

Silke Peters

„Ich verstehe die Welt nicht mehr“

Existenzielle Kommunikation in der Pflege – Ein kommentierter Literaturbericht

Zusammenfassung: Das Selbst- und Fremdverständnis des Pflegeberufs wird bis heute von der Erwartung bestimmt, dass Kranken- und Gesundheitsschwestern sowie Kranken- und Gesundheitspfleger neben der Bewältigung aller pflegfachlichen Anforderungen auch für die existenziellen Belange ihrer Patienten, Bewohnerinnen und deren Angehörige ansprechbar sind. Gute Pflege zeichnet sich dem allgemeinen Verständnis nach auch durch eine besondere Sensibilität für die existenziellen Erfahrungen aus, die mit Krankheit und Leid einhergehen können. Untersuchungen belegen außerdem, dass Erwartungen solcher Art an Mitarbeitende der Diakonie ausgesprochen hoch sind; sie werden von kirchlich verbundenen wie kirchenfernen Menschen gleichermaßen an sie herangetragen.

Wissenschaftliche Forschungsarbeit

im Rahmen des ESF-Projektes ‚Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge im Pflegeberuf‘
im Programm *rückenwind*
Für die Beschäftigten
in der Sozialwirtschaft

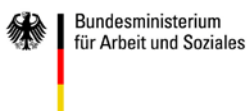
Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband

in Kooperation mit
Sozialwissenschaftliches Institut der EKD • Bundesakademie für Kirche und Diakonie
Fachhochschule der Diakonie gem. GmbH

Berlin, 2010 – 2012



Gefördert durch:



EUROPÄISCHE UNION

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
1. Zwischen Befund und Befinden	4
2. Existenzielle Kommunikation in der Existenzphilosophie von Karl Jaspers	7
2.1. Anmerkungen zum Leben und Werk von Karl Jaspers.....	7
2.2. Menschliche Grund- und Grenzsituationen.....	9
2.3. Existenzielle Kommunikation	11
2.4. Geistesgeschichtliche Rezeptionen im Werk von Karl Jaspers.....	13
2.4.1. Die Ergriffenheit von Kierkegaard.....	13
2.4.2. Die Forderung der Vernunft durch Kant	15
2.4.3. Nietzsches unbedingter Wahrheitswille	16
2.5. Jaspers‘ Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse.....	18
2.6. Jaspers‘ Auseinandersetzung mit der psychosomatischen Medizin.....	20
2.7. Jaspers‘ Beitrag zur existenziellen Kommunikation im heutigen Gesundheits- und Sozialwesen	22
3. Existenzielle Kommunikation in der Pflege – Ein kommentierter Literaturbericht.....	25
3.1. Schwestern reden mit Patienten (Ida und Hans-Christoph Piper).....	25
3.2. Gespräche auf der Krankenstation (Hilde-Dore Abermeth).....	28
3.3. „Am Bett ist alles anders“ (Rainer Wettreck)	31
3.4. Gespräche mit Schwerkranken (Reinhold Gestrich)	34
3.5. Das Kurzgespräch in Seelsorge und Beratung (Timm Lohse)	37
3.6. Kommunikation in der Pflege (Esther Matolycz)	41
3.7. Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag (Monika Specht-Tomann und Doris Tropper)	43
3.8. Gesprächsführung in der Altenpflege (Maria Langfeldt-Nagel)	46
3.9. Fallverstehen in der Pflege von alten Menschen (Esther Matolycz).....	49
3.10. Existenzielle Kommunikation in Pflegelehrbüchern.....	51
3.11. Existenzielle Kommunikation in Pflegezeitschriften	54
4. Existenzielle Kommunikation in der Pflege der Diakonie	57
4.1. Biblische Perspektiven	57
4.2. Existenzielle Kommunikation als Bestandteil von diakonischer Kultur.....	59
5. Literaturverzeichnis.....	62

Vorwort

Das Selbst- und Fremdverständnis des Pflegeberufs wird bis heute von der Erwartung bestimmt, dass Kranken- und Gesundheitsschwestern sowie Kranken- und Gesundheitspfleger neben der Bewältigung aller pflegfachlichen Anforderungen auch für die existenziellen Belange ihrer Patienten, Bewohnerinnen und deren Angehörige ansprechbar sind. Gute Pflege zeichnet sich dem allgemeinen Verständnis nach auch durch eine besondere Sensibilität für die existenziellen Erfahrungen aus, die mit Krankheit und Leid einhergehen können. Untersuchungen belegen außerdem, dass Erwartungen solcher Art an Mitarbeitende der Diakonie ausgesprochen hoch sind; sie werden von kirchlich verbundenen wie kirchenfernen Menschen gleichermaßen an sie herangetragen.

Die vorliegende Arbeit stellt die Langfassung des Aufsatzes „*Ich verstehe die Welt nicht mehr*“. *Existenzielle Kommunikation in der Pflege – Ein kommentierter Literaturbericht* dar, der in *Geistesgegenwärtig pflegen (Band 2)* im April dieses Jahres erschienen ist. Wie der genannte Aufsatz so geht auch die vorliegende Arbeit den Bedingungen nach, unter denen existenzielle Kommunikation im Pflegealltag gelingen kann. Der Fokus liegt hierbei nicht auf äußeren Rahmenbedingungen, wie z.B. vorgegebenen Zeittakten für einzelne Pflegehandlungen oder funktionalisierten Abläufen im Pflegealltag. Leitend ist vielmehr die Frage, welche persönlichen Voraussetzungen und Haltungen der Pflegekräfte dazu beitragen können, zwischenmenschliche Begegnungen mit existenzieller Tiefe im Pflegealltag zu ermöglichen.

Hinsichtlich des genannten Aufsatzes für *Geistesgegenwärtig pflegen (Band 2)* ermöglicht diese Langfassung eine ausführlichere Darstellung in mehrfacher Hinsicht. Als evangelische Theologin ist es mir ein Anliegen, das Thema „Existenzielle Kommunikation“ geistesgeschichtlich zu erschließen und einzuordnen (siehe Kapitel 2.). Neben den Grundzügen der Existenzphilosophie von Karl Jaspers, in der der Begriff „Existenzielle Kommunikation“ seinen Ursprung hat, werden auch die Rezeptionen aus der Philosophiegeschichte beleuchtet, die Jaspers‘ Existenzphilosophie zugrunde liegen. Außerdem werden seine grundlegenden Ausführungen zum Arzt-Patienten-Verhältnis und die damit einhergehenden Kontroversen mit Vertretern der Psychosomatik und der Psychoanalyse betrachtet – schließlich hat Jaspers, als Philosoph *und* Arzt, sein Verständnis von existenzieller Kommunikation im Verlauf dieser Auseinandersetzungen auch in Abgrenzung zu den genannten Vertretern und ihrer wissenschaftlichen Ausrichtung profiliert. Eine kritische Würdigung seines Beitrags für die existenzielle Kommunikation im heutigen Gesundheits- und Sozialwesen schließt diesen ersten Hauptteil (Kapitel 2.) ab.

Der kommentierte Literaturbericht, der darauf folgt, soll hingegen darstellen, wie existenzielle Kommunikation im Pflegealltag „zur Anwendung“ kommen kann. Denjenigen, die geeignete Fachliteratur zur Vorbereitung von Fortbildungseinheiten und Seminaren suchen, soll hiermit notwendige Informationen und geeignetes Hintergrundwissen zur Verfügung gestellt werden. Die Abschnitte im zweiten Hauptteil (Kapitel 3.) sind so angelegt, dass die Gliederung des jeweiligen Buches, seine Leitgedanken und Leittheorien aufgezeigt werden. In vielen Abschnitten finden sich auch Fallbeispiele, um die theoretischen Ausführungen konkret zu veranschaulichen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die zitierten Fallbeispiele lediglich Ausschnitte darstellen und nicht die ganze Gesprächssituation abbilden. Die Anmerkungen enthalten diesbezüglich weitergehende Quellenangaben. Ich hoffe, dass dieser zweite Hauptteil für interessierte Lehrende und Lernende eine Übersicht bereitstellt, mit der sie geeignete Fachliteratur für die eigenen Belange und Bedarfe finden können.

Einen breiteren Raum nehmen in dieser Langfassung auch die theologischen Reflexionen zum Abschluss ein (siehe Kapitel 4.), die Erkenntnisse aus den vorangehenden Abschnitten in Hinsicht auf ihre Konsequenzen für die Pflege in Einrichtungen der Diakonie beleuchten. Nach der vorangegangenen geistesgeschichtlichen Einordnung von „Existenzieller Kommunikation“ (siehe Kapitel 2.) wird abschließend eine Verhältnisbestimmung zur jüdisch-christlichen Tradition vorgenommen und das Thema theologisch verortet im Raum der Diakonie.

Hinsichtlich der Verwendung einer geschlechtergerechten Sprache habe ich mich dafür entschieden, einerseits geschlechtsneutrale Begriffe und andererseits die männliche und weibliche Form abwechselnd zu verwenden (z.B. Patient, Patientin). Das soll zur besseren Lesbarkeit des Textes beitragen. Es sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die jeweils nichtgenannte Personengruppe stets mitgedacht und mitgemeint ist. Bei der Bezugnahme auf Schriften von Jaspers habe ich mich durchgehend an der Jahreszahl des Ersterscheinungsdatums orientiert. Da viele seiner Texte in Sammelbänden erschienen sind, wollte ich mit diesem Vorgehen auch eine leichtere Orientierung und Lesbarkeit ermöglichen.

Die Komplexität der Themen, die in dieser Arbeit insgesamt angesprochen werden, erfordert die Notwendigkeit, sich – auch in der ausführlicheren Darstellung einer Langfassung – auf wesentliche Grundzüge zu konzentrieren und diese für die Leserinnen und Leser nachvollziehbar und pointiert darzulegen. Interessierte, die einzelne Aspekte gerne vertiefen möchten, finden in den Anmerkungen hoffentlich hilfreiche und weitergehende Hinweise.

Frankfurt, im Oktober 2013

PfarrerIn Silke Peters

1. Zwischen Befund und Befinden

Der Mann von Frau Giebel [eine 65-jährige Schlaganfallpatientin, Anm. der Verf.] hatte ein Gespräch mit der Stationsärztin, die ihn darüber aufgeklärt hat, dass nicht zu erwarten ist, dass sich die Halbseitenlähmung von Frau Giebel wieder ganz zurückbildet. „Sie wird Pflege brauchen“, sagt die Ärztin.

Zwar hat er so etwas schon geahnt, sich aber nicht getraut, diesen Gedanken fertig zu denken. Als er das Zimmer verlässt, in dem die Besprechung stattgefunden hat, ist er aufgewühlt und alles scheint sich im Kreis zu drehen. Die nächste Schwester, die er trifft, ist Gerti. Er erzählt ihr, was er gehört hat. „Wie wird das zuhause werden?“ fragt er.

Gerti bittet ihn ins Dienstzimmer, sorgt für eine ruhige Gesprächsatmosphäre und erklärt ausführlich, dass es verschiedene Hilfsmittel gibt, bietet ihm Kataloge von Bandagisten an, sagt weiter, dass auch mobile Pflege möglich sei, dass alles von der Pflegestufe abhängt, vom Grad der Pflegeabhängigkeit und von anderen Faktoren – etwa davon, was Herr Giebel selbst zu leisten imstande sei. „Ich habe ihn“, wird sie (...) später erzählen, „aber im gesamten Gespräch nicht mehr erreicht, er ist irgendwie starr geworden und es kam nichts mehr. Die Kataloge hat er liegen gelassen.“¹

Der eigene Anspruch an sich selbst, ein offenes Ohr für die Belange von Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen zu haben, ist dieser Kranken- und Gesundheitsschwester deutlich anzumerken. Sie erfasst den Ernst der Lage und bemüht sich um den verzweifeltsten Ehemann der 65-jährigen Schlaganfallpatientin. Dabei beherzigt sie die gängigen Hinweise aus Pflege-Kommunikationsratgebern, indem sie für eine störungsfreie Atmosphäre sorgt, sachlich informiert und Zusatzmaterial anbietet. Bei alledem hört sie dem Ehemann auch aufmerksam und aktiv zu. Doch trotz ihres ernsthaften Bemühens hat die existenzielle Dimension in diesem Gespräch wenig Raum und Tiefe. Der Gesprächspartner wird nicht „erreicht“.

Gesprächssituationen wie diese sind bei allen guten Absichten keine Ausnahme im Pflegealltag.² Bei den Mitarbeitenden hinterlassen sie häufig Ratlosigkeit und Gefühle von Unzulänglichkeit, dem Gegenüber nicht weiter helfen zu können, ihm vielleicht auch etwas schuldig geblieben zu sein. Welche Voraussetzungen sind notwendig, damit existenzielle Kommunikation in der Pflege nicht fehlgeht? Denn das angeführte Beispiel zeigt sehr eindrücklich, dass hierfür offensichtlich weder allein äußere Rahmenbedingungen ausschlaggebend sind, noch die Bereitschaft von Pflegenden, sich der Sorgen und Nöte von Patientinnen, Bewohnern und deren Angehörigen anzunehmen.

¹ Das Fallbeispiel stammt von Matolycz 2009, S. 118f.

² Das gilt selbstverständlich für andere helfende Berufe gleichermaßen.

Die Themen Sprache und Kommunikation sind inzwischen feste Bestandteile professioneller Pflegestandards geworden.³ Darüber hinaus wird in vielen Arbeitsbereichen der Pflege nach dem AEDL-Strukturmodell ganzheitlich fördernder Prozesspflege von Monika Krohwinkel gearbeitet. Dieses Modell formuliert als 13. Bereich „Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen“. Diese werden unterschieden in existenzgefährdende und existenzfördernde Erfahrungen. Es wird davon ausgegangen, dass beide einen maßgeblichen Einfluss auf den Pflegeprozess ausüben. Aufgabe der Pflegekräfte ist es, Ansprechpartnerinnen und -partner für Sorgen und Nöte, aber auch für Freude und Wohlfühl zu sein und Pflegebedürftige darin zu unterstützen, existenzfördernde Erfahrungen zu machen. Detaillierte Listen geben Anregungen für die Anamnese, Pflegeplanung und Dokumentation.⁴ Ein Katalog von Fragen leitet dazu an, existenzielle biographische Erfahrungen in Gesprächen mit Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen zu erfassen.⁵ Pflegekräfte erhalten somit allerdings eher ein Raster zum Erheben von existenziellen Situationen als Hinweise zu einem vertieften Verständnis und dementsprechenden Möglichkeiten der Gesprächsführung. Die geforderte Ansprechbarkeit der Pflegenden für die Sorgen und Nöte, Freude und Wohlfühl setzt jedoch voraus, diese in ihrer existenziellen Dimension wenigstens ansatzweise verstehen und deuten zu können.

Der Begriff „Existenzielle Kommunikation“ ist wissenschaftlich nicht eindeutig definiert.⁶ Im Kontext von Pflege versteht man darunter Sinnfragen oder Sinnäußerungen⁷ von Patienten und ihren Angehörigen, die sich im Zusammenhang der Auseinandersetzung mit der jeweiligen Erkrankung, Gebrechlichkeit oder Pflegebedürftigkeit ergeben. Sie können je nach Lebenssituation, Alter und Geschlecht sehr unterschiedlich ausfallen: Für eine junge Mutter mit drei kleinen Kindern wirft eine unerwartete Krebsdiagnose andere existenzielle Fragen und Probleme auf als für einen hochaltrigen Mann, der sich mit zunehmenden körperlichen Einschränkungen auseinandersetzen muss. Die existenzielle Bedeutung einer Hysterektomie wiederum hängt für die betroffene Frau oftmals mit ihrem Alter und anderen Lebensumständen (z.B. eigene Kinder) zusammen, während ein Schlaganfall andere Sinnfragen aufwirft. Existenzielle Kommunikation in der Pflege bewegt sich damit immer in den vielschichtigen Bereichen zwischen Befund und Befinden. Für die Pflegenden ist es daher wesentlich, in unterschiedlichen (unvermittelt auftretenden) Situationen angemessen reagieren zu können.

Betrachtet man den Begriff *Existenzielle Kommunikation* losgelöst von Pflegekontexten und -konzepten, dann ergeben sich Bezüge zur Existenzphilosophie von Karl Jaspers. Jaspers hat

³ Vgl. dazu exemplarisch Abt-Zegelin/Schnell ²2005.

⁴ Vgl. Checklisten Altenpflege ²2011, S. 158-170.

⁵ Vgl. Checklisten Altenpflege ²2011, S. 160-163.

⁶ Vgl. Schroeder-Hartwig 2013, S. 141.

⁷ Vgl. Schroeder-Hartwig 2013, S. 144.

die existenzielle Seite menschlicher Kommunikation grundlegend durchdacht; seine Überlegungen sind auch heute noch weiterführend.

2. Existenzielle Kommunikation in der Existenzphilosophie von Karl Jaspers

2.1. Anmerkungen zum Leben und Werk von Karl Jaspers

Karl Jaspers wurde am 23. Februar 1883 in Oldenburg geboren und starb am 26. Februar 1969 in Basel. Sein Leben war von Kindheit an durch Krankheiten beeinträchtigt (Bronchiektasen und sekundäre Herzinsuffizienz).⁸ Diese zwangen ihn zu einer entsprechenden Lebensführung mit zahlreichen Verzichtleistungen und besonderen Einschränkungen. Bis ins Erwachsenenalter forderten sie ihre Tribute und hinderten Jaspers auch an der Verwirklichung von beruflichen Möglichkeiten.⁹

Nach dem Ende der Schulzeit hatte Jaspers zunächst begonnen, Jura zu studieren, aber bald darauf zur Medizin gewechselt. Nach dem Abschluss des Medizinstudiums und der Approbation zum Arzt wandte er sich der Psychiatrie zu. Von 1908 bis 1915 arbeitete Jaspers an der Psychiatrischen Klinik in Heidelberg. In dieser Zeit erhielt er entscheidende Impulse und Erkenntnisse für seine *Allgemeine Psychopathologie*, die 1913 erschien.¹⁰ Mit diesem Werk habilitierte sich Jaspers an der Philosophischen Fakultät der Heidelberger Universität.¹¹ Es begründete zugleich seinen frühen Ruhm als Wissenschaftler;¹² für die 1946 erschienene vierte Auflage wurde es letztmalig überarbeitet.

Aus den frühen Jahren seiner der Habilitation folgenden Lehrtätigkeit veröffentlichte Jaspers 1919 die Vorlesung *Psychologie der Weltanschauungen*,¹³ die er rückblickend als „früheste Schrift der später so genannten modernen Existenzphilosophie“ charakterisierte.¹⁴ Sie wurde zur Grundlage seines weiteren Denkens und wissenschaftlichen Schaffens,¹⁵ aus dem schließlich die dreibändige *Philosophie* entstand, die im Dezember 1931 erschien.¹⁶ Jaspers

⁸ Vgl. Jaspers 1977, S. 12.

⁹ Vgl. Jaspers 1977, S. 12-15. 30. 123.

¹⁰ Vgl. Jaspers 1977, S. 17-31; Bormuth 2002, S. 27-46.

¹¹ Jaspers selbst merkt zu diesem Schritt in seiner *Philosophischen Autobiographie* an: „Daß diese Habilitation meinen Übertritt aus der medizinischen in die philosophische Welt der Universität zur Folge haben würde, war mir damals nicht bewußt. (...) Daß ich in der Folge nicht zur Psychiatrie zurückkehrte, schien zunächst durch eine äußerliche Tatsache erzwungen, meinen Krankheitszustand. (...) Es ist in der Rückbesinnung merkwürdig. Was damals durch die Krankheit erzwungen oder widerstrebend getan wurde, die endgültige Wahl der philosophischen Fakultät, war in der Tat die Führung auf den mir eingeborenen Weg.“ Vgl. Jaspers 1977, S. 29-31.

¹² Vgl. Bormuth 2002, S. 27.

¹³ „Dieses Buch wurde mir unbewusst mein Weg zur Philosophie“, Jaspers 1977, S. 32.

¹⁴ Jaspers 1977, S. 33.

¹⁵ Vgl. Jaspers 1977, S. 34.

¹⁶ Vgl. Jaspers 1977, S. 42-47.

hat diesem dreibändigen Werk nicht den Titel „*Existenzphilosophie*“ gegeben;¹⁷ der zweite Band trägt jedoch den Titel „Existenzerhellung“, darin ist Jaspers' Verständnis von existenzieller Kommunikation entfaltet.

Weitere Veröffentlichungen folgten innerhalb kurzer Zeit, die Machtübernahme durch die Nationalsozialisten setzte Jaspers' wissenschaftlicher Wirksamkeit jedoch ein vorläufiges Ende. Seine liberale Gesinnung und seine Ehe mit einer jüdischen Frau waren bei den neuen Machthabern unerwünscht. Er wurde 1933 von der Mitwirkung an der Universitätsverwaltung in Heidelberg ausgeschlossen. 1937 verlor Jaspers seine Professur, nachdem er sich geweigert hatte, sich scheiden zu lassen. 1938 wurde er schließlich mit einem Vortrags- und Publikationsverbot belegt.¹⁸ Das Ehepaar überlebte den Terror dieser Jahre zwar körperlich unversehrt, doch in ständiger Angst und Bedrohung von Trennung und Tod.

Nach dem Ende des Krieges war Karl Jaspers als Rektor der Heidelberger Universität maßgeblich an deren Wiederaufbau beteiligt. Die Auseinandersetzung mit der Weltlage und die Frage nach dem Umgang mit den verheerenden Folgen des Krieges, der von Deutschland ausgegangen war, ließen ihn die politische Dimension der Philosophie (wieder-)entdecken.¹⁹ Jaspers verfolgte die Intention, als Philosoph das gesellschaftliche Leben politisch mitzuprägen.²⁰ 1946 veröffentlichte er die *Schuldfrage* aus seiner Wintervorlesung 1945/46.²¹ Bis in die 60er Jahre äußerte er sich zu den aktuellen Entwicklungen in Politik und Gesellschaft.

1948 erhielt Jaspers einen Ruf nach Basel, wo er bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1961 lehrte und bis zu seinem Lebensende gemeinsam mit seiner Ehefrau Gertrud lebte. Mit der Philosophin Hannah Arendt, deren Doktorvater Jaspers war, verband ihn eine lebenslange Freundschaft.²² Als Existenzphilosoph war er wesentlich beeinflusst von Martin Bubers dialogischer Philosophie, besonders von dessen Betonung der Bedeutsamkeit der Ich-Du-Relation. Der Wert, den Jaspers der zwischenmenschlichen Beziehung stets beimaß,²³ unterscheidet sein Denken von anderen Varianten der Existenzphilosophie.

¹⁷ Vgl. Jaspers 1977, S. 46f.

¹⁸ Vgl. Jaspers 1977, S. 74ff.; vgl. auch Fiorillo 2008, S. 121.

¹⁹ Vgl. Jaspers 1977, S. 84f.

²⁰ Vgl. Bormuth, 2002, S. 330.

²¹ Vgl. Jaspers 1977, S. 83.

²² Vgl. Jaspers 1977, S. 80f.; Prinz ⁴2013, S. 65f. 70f. 237-239. 253f. 268f.

²³ „*Der Mensch kommt nur zu sich mit dem anderen Menschen, niemals durch das Wissen allein. Wir werden wir selbst nur in dem Maße, als der andere er selbst wird, werden frei nur, soweit der andere frei wird. (...) ...daß kein Mensch alles ist, auch der größte nicht, und daß ich, wenn ich entschieden wirklich werde und weiß, wo ich stehe, um so entschiedener der anderen bedarf.*“ Jaspers 1977, S. 124. 126.

Diese Haltung prägte bereits am Anfang seiner Berufslaufbahn auch Jaspers' Verständnis von der Beziehung zwischen Arzt und Patient.²⁴ Bei allen medizinischen Fachkenntnissen auf Seiten des Arztes fasste er dieses Verhältnis als übergreifende menschliche, nicht wissenschaftlich begründete Verbindung auf.²⁵ Das Beziehungsideal zwischen Arzt und Patientin war für Jaspers in existenzieller Hinsicht symmetrisch²⁶ und somit auf zwischenmenschlicher Ebene ein hierarchisches Machtgefälle ausgeschlossen.²⁷ Suggestive oder gar manipulative Behandlungsmethoden lehnte Jaspers ab,²⁸ stattdessen forderte er eine Orientierung des ärztlichen Handelns an dem, was wissenschaftlich objektivierbar und behandelbar ist.²⁹ Mit Vertretern der Psychoanalyse und der psychosomatischen Medizin führte er eine kritische Auseinandersetzung über die Dauer von mehreren Jahrzehnten.³⁰ Jaspers profilierte sein Verständnis von existenzieller Kommunikation auch in bewusster Abgrenzung zu den wissenschaftlichen Theorien und Behandlungsmethoden jener Fachrichtungen.

2.2. Menschliche Grund- und Grenzsituationen

Die sogenannten menschlichen „Grund- und Grenzsituationen“ gehören zu den Schlüsselbegriffen der Jaspers'schen Existenzphilosophie.³¹ Sterben zu müssen, leiden zu müssen, kämpfen zu müssen, dem Zufall ausgeliefert zu sein und unausweichlich schuldig zu werden, sind demnach Grundsituationen, die jederzeit bestehen. Meist bleiben sie jedoch verdeckt, überlagert von den Anforderungen des Alltags oder eingebettet in bestimmte Interpretations- und Deutungsmuster, die Sicherheit vor existenziellen Infragestellungen

²⁴ Vgl. Bormuth 2012, S. 195. Der Blick in den Aufsatz *Einsamkeit (1915/16)*, den Bormuth zitiert, verdeutlicht jedoch, dass Jaspers hier den Arzt mit Nervenarzt gleichsetzt, vgl. Jaspers 1915/1916, S.22-24.

²⁵ Vgl. Jaspers 1953b, S. 29.

²⁶ So fasst er am Ende seines Aufsatzes *Die Idee des Arztes* als Resümee zusammen: „*Das Höchste, was ihm hier und da gelingt, ist Schicksalsgefährte zu werden mit dem Kranken, Vernunft mit Vernunft, Mensch mit Mensch, in den unberechenbaren Grenzfällen einer zwischen Arzt und Kranken entstehenden Freundschaft.*“ Jaspers 1953a, S.18.

²⁷ Vgl. Rehbock 2005, S. 173.

²⁸ Vgl. Bormuth 2002, S. 88-90.

²⁹ Vgl. Jaspers 1955, S. 90; Rehbock 2005, S. 168f.

³⁰ Matthias Bormuth beschreibt den Verlauf dieser Auseinandersetzung sehr detailliert anhand von umfangreicher Literatur und ausgewertetem Archivmaterial, vgl. Bormuth 2002. Vgl. auch Rehbock 2005, S. 163-168.

³¹ „*Das Wesen des Menschen wird sich erst bewußt in den Grenzsituationen.*“ In seiner *Philosophischen Autobiographie* skizziert Jaspers die menschlichen Grenzsituationen als ein Hauptthema in seinen Schriften und als Motiv für die Wahl der Medizin und Psychiatrie: „*die Grenze der menschlichen Möglichkeiten zu kennen, das in der Öffentlichkeit gern Verschleierte und Nichtbeachtete in seiner Bedeutung zu erfassen.*“ Jaspers 1977, S. 123.

vermitteln. Erst durch bestimmte Ereignisse werden uns die Grundsituationen bewusst – und dann erleben wir sie als Grenzsituationen. Wir erkennen die Unvermeidlichkeit grundlegender Situationen und die unüberwindlichen Grenzen, die unserem Leben gesetzt sind: Sterblichkeit als Grenze autonomer Lebensgestaltung, Kampf als Grenze von Solidarität, Schuld als Grenze des Handelns, Zufall als Grenze von eigenen Plänen und Absichten. Die unserem Dasein gesetzten Grenzen beschreiben keine Wechselfälle des Lebens, sie sind vielmehr Ausdruck der antinomischen Struktur des Daseins selbst.³²

„Grenzsituationen“, so führt Jaspers in der *Existenzerhellung* aus, „[...] sind nicht überschaubar; in unserem Dasein sehen wir hinter ihnen nichts anderes mehr. Sie sind wie eine Wand, an die wir stoßen, an der wir scheitern. Sie sind durch uns nicht zu verändern, sondern nur zur Klarheit zu bringen, ohne sie aus einem Anderen erklären und ableiten zu können. Sie sind mit dem Dasein selbst.“³³ Bisher tragende Grundannahmen, Glaubens- und Lebenseinstellungen (Jaspers nennt sie „Gehäuse“) zerbrechen. Das in der Einleitung erwähnte Fallbeispiel setzt bei dieser Situation ein. Der verzweifelte Ehemann der 65-jährigen Schlaganfallpatientin ist mit den Grenzen des Lebens konfrontiert: Die plötzliche Pflegebedürftigkeit seiner Ehefrau markiert ein Ende der bisherigen autonomen Lebensgestaltung, außerdem wirft sie vermutlich alle gemeinsamen Pläne und Vorhaben, die das Ehepaar für die nächsten Jahre hatte, über den Haufen. Konfrontiert mit der Frage, wie es nach dem Krankenhausaufenthalt zuhause weitergeht, werden dem Ehemann wohl auch die Grenzen seines Handelns schmerzlich bewusst: Bei den Entscheidungen, die nun zu treffen sind, besteht sicherlich auch die Sorge, den Bedürfnissen seiner Frau nicht gerecht zu werden, etwas zu versäumen oder ihr etwas schuldig zu bleiben. Die durchaus gut gemeinten pflegfachlichen Informationen der Kranken- und Gesundheitsschwester nehmen die existenzielle Verfassung des Angehörigen nicht auf, sondern laufen vielmehr an ihr vorbei. Der Ehemann könnte die Kataloge und Hinweise zu den Organisationsmöglichkeiten der häuslichen Pflege vermutlich erst dann annehmen, wenn die existenzielle Dimension seiner momentanen Lebenssituation im Gespräch zuvor eine Resonanz erfahren hätte.

Doch wie entsteht diese notwendige Resonanz? Wie lässt sich mit Grenzsituationen überhaupt umgehen? Nach Jaspers gilt es, mit offenen Augen in sie einzutreten³⁴ und sie nicht zu verschleiern, nicht zu beschönigen, weder zu rationalisieren noch zu beschwichtigen. Grenzsituationen fordern zur Entscheidung auf, sich zu bewähren und Tugenden auszubilden, die das Leben erträglich machen, wie z.B. Gelassenheit, Tapferkeit, Liebe und Solidarität.³⁵

³² Vgl. Kaegi 2009, S. 66; Pieper 2009, S. 124f.

³³ Jaspers 1932b, S. 203; vgl. dazu auch Fuchs 2009, S. 40.

³⁴ Vgl. Jaspers 1932b, S. 204.

³⁵ Vgl. Pieper 2009, S. 125.

Grenzsituationen verweisen den Menschen auf seine Freiheit, eine als ausweglos erlebte Lebenssituation als persönliche Aufgabe zu begreifen. Allerdings birgt ihre Annahme auch Risiken, da sie eben nicht die Entwicklung der Persönlichkeit garantiert, sondern sie zugleich auch gefährdet.³⁶ Sie anzunehmen, erfordert immense Kraft und Mut inmitten aller Angst. Denn zunächst einmal ist mit dem Eintreten in die Grenzsituation die totale Ungesicherheit des Daseins zu erkennen und auszuhalten. Dieses Aus- und Standhalten aber – so Jaspers – lässt dahinter den ungegenständlichen, tragenden Grund der Existenz aufscheinen.³⁷

2.3. Existenzielle Kommunikation

Grenzsituationen beinhalten die Aufforderung, die momentane Situation zu überschreiten, d.h. sie zu transzendieren.³⁸ Dabei kommt Akten der *Kommunikation* entscheidende Bedeutung zu. Kommunikation an sich ist konstitutiv für das Selbst-Sein des Menschen. Jaspers unterscheidet verschiedene Arten der Kommunikation.³⁹ Darunter sieht er die existenzielle Kommunikation als höchste Form an. Sie führt in die Tiefe menschlicher Existenz⁴⁰ und eröffnet weitergehende Perspektiven über die erfahrenen Grenzen hinaus.⁴¹

Existenzielle Kommunikation setzt ein symmetrisches Verhältnis zwischen zwei gleichrangigen Partnern voraus. Diese lassen sich mit einer (problematischen) Situation konfrontieren, ohne sogleich eine endgültige Lösung für die anstehenden Lebensfragen parat zu haben. Existenzielle Kommunikation geht über alles Planbare hinaus, sie hängt nicht von bestimmten Absichten⁴², sondern vielmehr von der Beziehung⁴³ der beiden beteiligten Gesprächspartner ab. Indem diese sich aufeinander einlassen, scheinen Wahrnehmungsmöglichkeiten ihrer Existenz und somit transzendierende (d.h. die momentane

³⁶ Vgl. Fintz 2006, S. 178-185 (184).

³⁷ Karl Jaspers ist hierin wesentlich beeinflusst vom christlichen Theologen und Philosophen Sören Kierkegaard (vgl. auch Kap. 2.4.1.). Für Jaspers bringt „*die existentielle Überwindung der Grenze und ihre (für das Denken) paradoxe Erhaltung die Erscheinung des eigentlichsten Seins mit sich. Auf den ersten Seiten der Philosophie lesen wir: „Was äußerlich Bestimmtheit und Schranke ist, ist innerlich Erscheinung eigentlichen Seins.“*“ Fiorillo 2008, S. 114. Vgl. auch Fiorillo 2008, S. 120. 124; Sitzler 2012, S. 39f.; Salaquarda 1987, S. 542.

³⁸ „*Grenze und Möglichkeit bilden einen Kreislauf (den wir auch hermeneutisch nennen können)*“; Fiorillo 2008, S. 110.

³⁹ Vgl. Jaspers 1915/1916, S. 15f. und Jaspers 1932b, S. 50-55.

⁴⁰ Jaspers 1932b, S. 97: „(...) existentielle Kommunikation aber vollzieht sich, wohin keine Gesellschaft dringt. In ihr werden die geselligen Formen überwunden, indem sie relativiert werden.“

⁴¹ Vgl. Fiorillo 2008, S. 115f.

⁴² Vgl. Fintz 2006, S. 201f.

⁴³ Vgl. Jaspers 1932b, S. 57. In diesem Zusammenhang zeigt sich der bereits erwähnte wesentliche Einfluss von Martin Bubers Ich-Du-Relation (vgl. Kap. 2.1).

Situation überschreitende) Perspektiven auf.⁴⁴

Existenzielle Kommunikation ereignet sich nach Jaspers in vorbehaltloser Offenheit, im Erkennen von Möglichkeiten in der Existenz – jenseits aller gesellschaftlichen Rollen, Masken und Konventionen.⁴⁵ Er beschreibt sie daher auch als „liebenden Kampf“, als „grenzenlose Infragestellung des Anderen in seiner Verschleierung“.⁴⁶ Die Liebe schließt allerdings jegliche Machtausübung auf die andere Person aus. Ziel der existenziellen Kommunikation ist vielmehr die „Existenzerhellung“, das Erkennen von Möglichkeiten der Existenz und ihre Verwirklichung als schöpferischer Prozess.⁴⁷

Es ist demnach also dieses vorbehaltlose Sich-Aufeinander-Beziehen,⁴⁸ das jene Resonanz erzeugt, die über existenzielle Gegebenheiten hinausweisen und sie im Aufscheinen des tragenden Seinsgrundes transzendieren kann. Es ist allerdings möglich, dass existenzielle Kommunikation unter diesen Voraussetzungen auch scheitert.⁴⁹ Ihr Scheitern muss jedoch nicht endgültig sein, sondern birgt in sich auch die Möglichkeit eines anderen Ausgangs zu einem anderen Zeitpunkt.

Bezogen auf das angeführte Fallbeispiel lässt sich anmerken, dass die ausschließliche Konzentration auf die Sachebene, die die Kranken- und Gesundheitsschwester an den Tag gelegt hat, trotz ihrer guten Absichten einen existenziellen Kontakt zum verzweifelten Ehemann der Schlaganfallpatientin verhindert hat. Als „Expertin für Pflegeangelegenheiten“ konnte sie mit dem auf sich selbst zurückgeworfenen Angehörigen die Wand seiner Grenzsituation letztlich nicht überschreiten. Die Ernsthaftigkeit ihres Bemühens gibt allerdings zur Hoffnung Anlass, dass ein weiteres Gespräch zu einem anderen Zeitpunkt vielleicht anders verlaufen könnte.

⁴⁴ Vgl. Jaspers 1932b, S. 58. 64-67.

⁴⁵ Vgl. Gerlach 1987, S.61.

⁴⁶ Im Aufsatz *Einsamkeit* aus den Jahren 1915/16 hat Jaspers bereits sein Verständnis von existenzieller Kommunikation als „liebenden Kampf“ grundlegend dargelegt, vgl. Jaspers 1915/1916, S. 17-22. 26f. Vgl. dazu auch Bormuth 2002, S. 83-85.

⁴⁷ Vgl. Jaspers 1932b, S. 58.

⁴⁸ „Kommunikation ist zwar offenbar nicht durch einen guten Willen des zweckhaften Verstandes allein zu erreichen, aber mit einem Einsatz des Selbstseins; denn ich komme selbst nur in ihr zu mir; sie gelingt nie, wenn ich mich in Reserve halte und relative und partikuläre Kommunikationen schon als letzte Möglichkeiten behandle. Das Bewusstsein, selbst ein entscheidender Faktor für sich und den Anderen zu sein, treibt in die äußerste Bereitschaft zur Kommunikation.“ Jaspers 1932b, S. 57

⁴⁹ Vgl. Jaspers 1932b, S. 58-60.

2.4. Geistesgeschichtliche Rezeptionen im Werk von Karl Jaspers

Um Jaspers' existenzphilosophischen Ansatz im Rahmen des Themas der vorliegenden Arbeit besser verständlich zu machen, beleuchten die folgenden Abschnitte jene geistesgeschichtlichen Rezeptionen, die Jaspers' Denken grundlegend beeinflussten und prägten.

2.4.1. Die Ergriffenheit von Kierkegaard

Das Werk des christlichen Theologen und Philosophen Sören Kierkegaard übte großen Einfluss auf Jaspers aus und prägte sein philosophisches Denken grundlegend.⁵⁰ Mit seiner Auffassung vom Menschen als Synthese aus unterschiedlichen Polaritäten charakterisiert Kierkegaard den Menschen als dialektisches Wesen,⁵¹ das der christliche Theologe und Philosoph durch ein vertieftes Sich-selbst-Verstehen zu ergründen sucht. Jaspers greift in seiner Existenzphilosophie grundlegende Motive von Kierkegaard auf und verwendet sie als Interpretationsparadigmen für das Menschliche.⁵²

In Bezug auf den Umgang mit Krankheit und Leid streben sowohl Kierkegaard als auch Jaspers danach, den Menschen aus einer Bindung an ein blindes Schicksal und dem Ausgeliefertsein an übermächtige Kräfte zu befreien.⁵³ „Für beide ist von entscheidender Bedeutung, dass der Begriff des Schicksals zu einer Bestärkung und Bestätigung des eigenen Handelns und des eigenen Strebens nach dem Guten führen muss, um sinnvoll verwendet werden zu können.“⁵⁴ Entscheidend ist, dass es zur Entwicklung von eigenen Handlungen und

⁵⁰ So urteilt Jaspers rückblickend in seiner *Philosophischen Autobiographie*: „Kierkegaard verdanke ich den Begriff der ‚Existenz‘, der mir seit 1916 maßgebend wurde, um das zu fassen, worum ich mich bis dahin in Unruhe bemüht hatte.“ Jaspers 1977, S. 125. Cantillos Einschätzung steht stellvertretend für den allgemeinen Konsens, dass „Kierkegaards Einfluss im Ursprung und in der Ausarbeitung von Jaspers' philosophischer Perspektive hoch bewertet werden“ muss, vgl. Cantillo 2008, S. 236. In seinem Vorwort zum ersten Band der *Philosophie* schreibt Jaspers: „Aber ich wurde kein Anhänger Kierkegaards. Denn ich blieb nicht nur unberührt von seinem Christentum, sondern spürte in seinen negativen Entschlüssen (keine Ehe, kein Amt, keine Verwirklichung in der Welt, sondern Märtyrerdasein als wesenszugehörig zur Wahrheit des Christentums) das Gegenteil von allem, was ich liebte und wollte, zu tun bereit und nicht bereit war. (...) Umso erstaunlicher war es, was Kierkegaard in seiner Redlichkeit auf seinem Wege zu sehen und zu sagen vermochte, fast unerschöpflich an erweckenden Momenten. Eine Philosophie ohne Kierkegaard schien mir heute unmöglich.“ Jaspers 1932a, S. XX.

⁵¹ Vgl. Cantillo 2008, S. 238.; Sitzler 2012, S. 248f.

⁵² Vgl. Cantillo 2008, S. 237f.

⁵³ Vgl. Boldt 2011, S. 238. 241. 243.

⁵⁴ Boldt. 2011, S. 243.

Haltungen kommt, indem man sich dem Anderen zuwendet.⁵⁵

Für Kierkegaard umfasst diese Zuwendung zum Anderen nicht nur den Mitmenschen, sondern auch eine persönliche Beziehung zu Gott.⁵⁶ Die Rückführung der menschlichen Existenz auf ein personales Gottesverhältnis übernimmt Jaspers jedoch nicht von Kierkegaard,⁵⁷ sondern ersetzt dieses durch den Bezug zur Transzendenz.⁵⁸ Diese ist nach Jaspers durch die Welt vermittelt und durch Bindungen und positive Entscheidungen ermöglicht.⁵⁹ Transzendenz eröffnet Raum, um Grenzsituationen zu überschreiten.⁶⁰ Anders als Kierkegaard setzt Jaspers den tragenden Grund und Halt, der über die Grenzsituation hinausweist, nicht mit Gott gleich. In seinem Selbstverständnis als Philosoph dachte Jaspers von einem „*selbständigen Ursprung*“ her,⁶¹ zum spezifischen kirchlichen Bekenntnisglauben fand er Zeit seines Lebens keinen Zugang.⁶² Das „*Kreisen um Transzendenz*“ in der Philosophie unterschied Jaspers vom Offenbarungsglauben der Religion.⁶³ Religion und Philosophie sind nach seinem Verständnis zwar aufeinander bezogen,⁶⁴ jedoch deutlich voneinander zu unterscheiden.⁶⁵ Zu erwähnen ist auch Jaspers' Hochschätzung der Bibel in diesem Zusammenhang,⁶⁶ allen voran des Alten Testaments.⁶⁷

⁵⁵ Vgl. Boldt 2011, S. 243.

⁵⁶ Vgl. Boldt 2011, S. 233-235.

⁵⁷ Vgl. Boldt 2011, S. 235f.; Sitzler 2012, S. 43-45; Cantillo 2008, S. 249.

⁵⁸ Philosophie „*ist das Denken, das den Aufschwung zur Transzendenz vorbereitet, erinnert und in hohem Augenblick selber vollzieht als ein denkendes Tun des ganzen Menschen.*“ Jaspers 1941, S. 45. Vgl. auch Boldt 2011, S. 236. Sitzler charakterisiert Jaspers' Auffassung von Transzendenz als „*philosophische negative Theologie*“, vgl. Sitzler 2012, S. 121.

⁵⁹ Vgl. Fiorillo 2008, S. 116; Sitzler 2012, S. 45f.

⁶⁰ Vgl. Sitzler 2012, S. 38.

⁶¹ „*Wir denken aus einem selbständigen Ursprung, den die Kirchen nicht anerkennen, und der von sich aus keine Beziehung zu den Kirchen hat. Dieser Ursprung mußte sich bewußt werden gegen die Verneinung von dorthin und sich behaupten als Wahrheit. Das Bewußtsein der selbständigen Macht der Philosophie durch die Jahrtausende, längst vor und auch außerhalb des Christentums, wurde mir immer entschiedener. Nicht als Aufklärer stehe ich gegen die Kirche und Theologie, um sie zu verneinen, aber als Diener jener großen selbständigen Wahrheit.*“ Jaspers 1977, S. 114.

⁶² Vgl. Jaspers 1977, S. 115; Saner 2008, S. 221-224; Pieper 2009, S. 119.

⁶³ Vgl. Jaspers 1941, S. 52.

⁶⁴ „*Religion braucht, um wahrhaftig zu bleiben, das Gewissen der Philosophie. Philosophie braucht, um gehaltvoll zu bleiben, die Substanz der Religion. (...) Philosophie wird die Religion bejahen müssen zum mindesten als die Wirklichkeit, der auch sie ihr Dasein verdankt. Wäre nicht Religion das Leben der Menschheit, so gäbe es auch keine Philosophie.*“ Jaspers 1941, S. 52f.

⁶⁵ „*Aber Philosophie als solche kann die Transzendenz nicht in der Garantie einer Offenbarung suchen, sondern muß sich dem Sein nähern in den dem Menschen als Menschen gegenwärtigen Selbstevidenzen des Umgreifenden (nicht etwa in Beweisen des Verstandes oder in Einsichten, die der Verstand als solcher gewinnen könnte) und durch die Geschichtlichkeit der Sprache der Transzendenz.*“ Jaspers 1941, S. 53.

⁶⁶ „*... was wir sind, sind wir durch biblische Religion und durch die Säkularisierungen, die aus dieser Religion hervorgegangen sind, von den Grundlagen der Humanität bis zu den Motiven der modernen Wissenschaft und zu den großen Antrieben unserer großen Philosophien. Es ist in der Tat so: ohne Bibel gleiten wir ins Nichts. Wir können unseren Ursprung nicht preisgeben.*“ Jaspers 1946a, S. 82.

2.4.2. Die Forderung der Vernunft durch Kant

Ein anderer Philosoph, der mit seinem Werk großen Einfluss auf Jaspers ausübte, ist Immanuel Kant.⁶⁸ Insbesondere die kritische Ausrichtung der Kantschen Philosophie sowie ihre Antinomienlehre⁶⁹ prägten Jaspers' Existenzphilosophie.⁷⁰ Demnach hält die Vernunft, die ihre eigenen Grenzen erkennt, den Raum offen, in dem eigentliche Existenz möglich ist. Sie vermag vor Dogmatismus und Nihilismus zu bewahren. Für die Selbsterkenntnis der Vernunft hinsichtlich ihrer Grenzen spielt die Antinomienlehre aus der „*Kritik der reinen Vernunft*“ eine besondere Rolle.⁷¹ Die Antinomienlehre besagt, dass hinsichtlich der grundlegenden Frage nach dem Vorhandensein von Freiheit in der Welt keine der beiden gegensätzlichen Antwortmöglichkeiten vor dem Forum der theoretischen Vernunft widerlegt werden kann, dass aber die praktische Vernunft den Nachweis *für* die Freiheit führen kann. Für den Umgang mit Krankheit und Leid bedeutete das für Jaspers, dass mit Hilfe der praktischen Vernunft und Urteilskraft Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen von naturwissenschaftlich-technischen und anderen Formen medizinischen Handelns in Hinsicht auf die jeweiligen Situationen und Zwecke kritisch auszuloten sind.

In der Selbstbeschränkung der Vernunft liegt für Jaspers ein unverlierbares Verdienst von Kant.⁷² „*Kants Denken lebt in der Spannung der praktischen Gewißheit und des theoretischen Nichtwissens. Kant erzieht zu leben und zu handeln aus Möglichkeiten, die im Dasein scheitern können. Situation und Aufgabe des Menschen ist: Mit der Möglichkeit totalen Scheiterns in der Welt zu leben, für dies Scheitern bereit zu sein, zugleich aber trotzdem kraft unutilgarer, im Philosophieren selbst hell werdender Hoffnung zu bauen und das unmöglich Scheinende, wenn es nicht für ein kritisches Wissen völlig unmöglich ist, als Ziel zu bewahren.*“⁷³ Es ist der *philosophische Glaube*, den Jaspers hier beschreibt. Hierfür ist in erster Linie Kierkegaard der Orientierungspunkt. Die Verbindung zu Kant besteht in dem Anspruch, dass dieser philosophische Glaube im kritischen Sinn vernünftig sein muss.⁷⁴

Jaspers konstatiert, dass die Lebensführung in der Moderne hinter den Anspruch der Aufklärung nicht mehr zurückgehen kann. Allerdings sieht er Menschen, die sich nach einer

⁶⁷ Vgl. Saner 2008, S. 226f. Er schildert eingehend Jaspers' Empörung über den christlichen Umgang mit dem Alten Testament und dem Erbe des Judentums in der Tradition des Christentums.

⁶⁸ Vgl. Sitzler 2012, S. 22.

⁶⁹ Vgl. Jaspers 1975, S. 22.

⁷⁰ Vgl. Sitzler 2012, S. 22f.

⁷¹ Vgl. Sitzler 2012, S. 23. Zu Jaspers' Urteil Kant gegenüber vgl. auch Jaspers 1975, S.215-228.

⁷² Vgl. Sitzler 2012, S. 25.

⁷³ So Jaspers zitiert nach Sitzler 2012, S. 26.

⁷⁴ Vgl. Sitzler 2012, S. 26; Pieper 2009, S. 122 und 133. Vgl. zum *philosophischen Glauben* das entsprechende Kapitel in Jaspers' *Philosophischer Autobiographie*, Jaspers 1977, S. 112-119 (bes. 117-119).

tieferen Wahrheit des Lebens sehnen, in der Versuchung und Gefahr, sich bereitwillig einer Wissenschaftsabergläubigkeit zu unterwerfen.⁷⁵ Aufklärung als Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit bedeutete für Jaspers dagegen jegliche Überlassung an „überkommene Autorität“ abzulehnen. Das galt auch in Hinsicht auf metaphysische Bedürfnisse und die Deutung von Lebenserfahrungen. Jaspers mutete „dem modernen Individuum zu, für sich alleine die Wahrheit zu bezeugen, die es trägt und führt. (...) Nach Jaspers gibt es niemanden, der sie für einen anderen Menschen deuten könnte. Der Mensch bleibt sich selbst überlassen und sein Gegenüber kann höchstens die sokratische Funktion der Hebamme einnehmen, deren Ziel es ist, mich selbst auf die mir möglichen Einsichten zu bringen.“⁷⁶ Das gilt auch in existenzieller Hinsicht für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient.⁷⁷

Die Kantsche Perspektive der Vernunft prägte außerdem auch Jaspers' Verständnis von Freiheit, nach dem sich Freiheit vor allem in dem Willen zeigt, eigene Leidenschaften und Bestrebungen zugunsten höherer Interessen der persönlichen Vernunft zu überwinden.⁷⁸

2.4.3. Nietzsches unbedingter Wahrheitswille

Hatte sich Jaspers in seiner Jugend mit Nietzsche schwer getan, so wurden ihm dessen Schriften später zur „großartigen Offenbarung des Nihilismus und der Aufgabe, durch ihn hindurchzukommen“.⁷⁹ Die radikale Fraglichkeit des Menschen und Nietzsches vehemente Destruktion des Christentums verstand Jaspers als unbedingte Wahrheitsuche,⁸⁰ welche nach seiner Einschätzung ihrerseits aus christlichen Antrieben erfolgte.⁸¹ Jaspers erkannte Nietzsche als „Erwecker aus dogmatischem Schlummer zu eigentlichem Philosophieren der freien Vernunft“.⁸²

Nietzsches existenziell verankerte Vernunftkritik inspirierte und vitalisierte Jaspers.⁸³ Die radikale Infragestellung von überlieferten Gewissheiten betrachtete dieser als notwendige

⁷⁵ Vgl. Bormuth 2012, S. 212.

⁷⁶ Bormuth 2012, S. 210.

⁷⁷ „Sich dem Arzt für seine Lebensführung anvertrauen zu wollen, das ist die Flucht mancher moderner Menschen aus dem Ernst in die Bequemlichkeit. Den Arzt und den Seelsorger zu verwechseln, ist Ergebnis der Glaubenslosigkeit.“ Jaspers 1953b, S. 38

⁷⁸ Vgl. Bormuth 2012, S. 203.

⁷⁹ Vgl. Pieper 2009, S. 122f.; Jaspers 1946b, S. 73. 76.

⁸⁰ Vgl. Sitzler 2012, S. 49 (dort auch Anmerkung 161).

⁸¹ Vgl. Jaspers 1946b, S. 15.

⁸² Vgl. Sitzler 2012, S. 57.

⁸³ Vgl. Pieper 2009, S. 121f.

Voraussetzung eines neuen philosophischen Selbst- und Weltverständnisses.⁸⁴ Doch hierin lag für ihn zugleich auch die Tragik in Nietzsches Leben und Werk.⁸⁵ War für Jaspers‘ Existenzphilosophie die Voraussetzung von Transzendenz konstitutiv,⁸⁶ so lehnte Nietzsche jeglichen Transzendenzbezug vehement ab. Aufgrund der Transzendenzlosigkeit fehlte ihm nach Jaspers‘ Verständnis der notwendige Halt⁸⁷ und es blieb schließlich nur das Abgleiten in den Ruin.⁸⁸

Die Rezeption von Nietzsches Gedanken in der Gegenwart fasste Jaspers als „Mitgehen“⁸⁹ auf:

„Dabei schult uns Nietzsche in der Sensibilität eines intuitiven Wahrnehmens, dann im bewußten Auffassen der Zwei- und Vieldeutigkeiten, schließlich in der Beweglichkeit des Denkens ohne Fixierung eines Wissens! Es ist im Umgang mit Nietzsche wie ein Aufgelockertwerden. Möglichkeiten entstehen, aber nicht mehr. Er zeigt uns nicht den Weg, lehrt uns nicht einen Glauben, stellt uns nicht auf einen Boden. Er läßt uns vielmehr keine Ruhe, quält uns unablässig, jagt uns auf aus jedem Winkel, verwehrt jede Verschleierung. Er will, indem er uns ins Nichts stellt, gerade dadurch die Weite unseres Raumes schaffen; indem er uns der Bodenlosigkeit ansichtig macht, gerade dadurch die Möglichkeit schaffen, unseren echten Grund zu erfassen, aus dem wir kommen.“⁹⁰

Für sein Verständnis vom Umgang mit Kranken wurde Nietzsche ebenfalls zum Wegweiser für Jaspers:

„Wer einem Kranken seine Ratschläge gibt, erwirbt sich ein Gefühl von Überlegenheit über ihn, sei es, daß sie angenommen oder daß sie verworfen werden. Deshalb hassen reizbare und stolze Kranke die Ratgeber noch mehr als ihre Krankheit.“⁹¹

⁸⁴ Jaspers 1946b, S. 81: „Er [Nietzsche] verläßt jedes Zuhause, er wagt die Bodenlosigkeit, er setzt sich jeder Ungeborgenheit aus; denn nur so kommt er zu den Grenzen, an denen die ihm mögliche tiefste Wahrheit aufgehen könnte.“

⁸⁵ Vgl. Sitzler 2012, S. 59.

⁸⁶ Vgl. Bormuth 2002, S. 122; Pieper 2009, S. 127f.

⁸⁷ Vgl. Pieper 2009, S. 131.

⁸⁸ Vgl. Sitzler 2012, S. 60.

⁸⁹ Vgl. Jaspers 1946b, S. 82.

⁹⁰ Jaspers 1946b, S. 82f.

⁹¹ Nietzsche, zitiert nach Jaspers 1955, S. 91. Vgl. auch Jaspers 1955, S. 100. 102f.

2.5. Jaspers' Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse

Jaspers stand seinen eigenen beruflichen Erfahrungen als Psychiater an der Heidelberger Klinik in den Jahren von 1909 bis 1913 im Rückblick skeptisch gegenüber.⁹² Das herrschende Klima in Forschung und Therapie dieser Zeit war nach seiner Ansicht durch eine Stagnation gekennzeichnet, die seelisch bzw. geistig Kranke eher zu verwalten schien.⁹³ Als Psychiater brachte Jaspers am Anfang seiner beruflichen Laufbahn den wissenschaftlichen Arbeiten von Sigmund Freud Anerkennung und Respekt entgegen,⁹⁴ spätestens seit 1920 war eine zunehmend kritische Haltung allerdings nicht zu übersehen.⁹⁵

In seiner Schrift zu *Wesen und Kritik der Psychotherapie*⁹⁶ nennt Jaspers unter den psychotherapeutischen Behandlungsmethoden in Anlehnung an Freud auch die sogenannten „kathartischen“,⁹⁷ deren kurative Wirkung er ausdrücklich anerkennt. Jaspers setzt die Existenz eines Unterbewusstseins im Menschen voraus,⁹⁸ er weiß um die affektive Dynamik im Behandlungsverhältnis zwischen (Nerven-)Arzt⁹⁹ und Patientin bzw. Patient. Während

⁹² „Meine Unlust an der Psychotherapie hatte folgende Gründe: Ich war, solange ich Patienten behandelte, so mitgenommen von den Schicksalen, daß ich zu keiner anderen Arbeit mehr fähig war. Ferner hatte ich nach den guten Erfahrungen, die mir wie allen anderen, die ernst bei der Sache sind, zuteil wurden, meistens das peinliche Gefühl, nicht zu wissen, wie ich es eigentlich gemacht habe“, so Jaspers in einem Brief an den Schweizer Psychoanalytiker Oskar Pfister am 20.9.1952, zitiert nach Bormuth 2002, S. 85 (Quellenangabe a.a.O Anmerkung 265).

⁹³ So äußert Jaspers in seiner Philosophischen Autobiographie: „Das Leben der Unglücklichen, im Wesen nicht zu ändern, wurde verwaltet. (...) Man war im Grunde therapeutisch ohne Hoffnung, aber menschenfreundlich, verhütete nach Kräften Unheil, das unnötigerweise aus dem Dasein der Geisteskranken folgen kann. Das Verhalten zu den Kranken war human ohne Pathetik, war heiter und tolerant. Die ‚psychiatrische Milde‘ galt als selbstverständliche Haltung, nicht nur den Kranken, sondern auch dem Leben gegenüber.“ Jaspers 1977, S.21.

⁹⁴ Vgl. Bormuth 2002, S. 46f.

⁹⁵ Vgl. Bormuth 2002, S. 66-83.

⁹⁶ Hierbei handelt es sich um zwei Abschnitte aus Jaspers *Allgemeiner Psychopathologie*, die einer interessierten Öffentlichkeit Informationen zur Verfügung stellen sollen, vgl. Jaspers 1955, S. 69.

⁹⁷ „Sofern Kranke unter der Nachwirkung ihrer Erlebnisse leiden, und soweit ihre einzelnen Symptome Manifestationen dieser Nachwirkung sind, müssen die Affekte, die die Quelle der Leiden sind, zum ‚Abreagieren‘ gebracht werden. Diese psychoanalytische Behandlung ist von Breuer und Freud zu einer Methode entwickelt, deren spätere Entwicklung durch Freud man nicht im einzelnen zu übernehmen braucht, wenn man das zugrunde liegende Prinzip anerkennt. Wir lassen die Kranken sich aussprechen, helfen ihnen auf den richtigen Weg, wenn sie wesentliches zu verschweigen scheinen, zeigen ihnen Verständnis und geben ihnen die Sicherheit, daß wir sie nicht moralisch beurteilen. Solche ‚Beichten‘ pflegen oft eine erlösende Wirkung zu haben. Es gibt einzelne Fälle, in denen vollkommen vergessene (abgespaltene) Erlebnisse bewußt gemacht werden können, und bei denen damit sofort ein abnormes körperliches oder seelisches Symptom aufhört. (...)“ Jaspers 1955, S. 71.

⁹⁸ „Wir wissen, daß unser bewußtes Leben nur gleichsam die oberste Schichte eines weiten und tiefen Reiches unter- und außerbewußten Geschehens ist.“ Jaspers 1955, S. 73.

⁹⁹ Hier ist noch einmal auf den Umstand (siehe Anmerkung 24) hinzuweisen, dass Jaspers den Begriff „Arzt“ nicht einheitlich verwendet. Mehrheitlich bezeichnet er mit diesem Begriff den „Nervenarzt“, also Psychiater und meint damit infolgedessen auch Psychologen bzw. Psychoanalytiker. In seinen grundlegenden Aufsätzen

Freud solche Übertragungen für die Prozesse im Rahmen der Psychoanalyse fruchtbar machte, lehnte Jaspers solche Methoden ab.¹⁰⁰ Er vertrat bereits sehr früh einen ausgeprägten Autonomieanspruch der Patientin. Eine suggestive Beeinflussung von ärztlicher Seite war für Jaspers lediglich unter klar begrenzten medizinischen Indikationen legitimiert.¹⁰¹ Bei aller unbestreitbaren ärztlichen Fachkenntnis war ihm in existenzieller Hinsicht der symmetrische Kontakt auf Augenhöhe, die Wechselseitigkeit der Beteiligten in einem offenen, kritischen und fairen Gespräch ein unbedingtes Anliegen.¹⁰² Ein Machtgefälle auf zwischenmenschlicher Ebene im Verhältnis von Arzt und Patient lehnte Jaspers ab,¹⁰³ wengleich er wusste, dass dieses den Bedürfnissen vieler Menschen seiner Zeit entgegenkam.¹⁰⁴ Jaspers verstand solche Wünsche als religiöse Bedürfnisse im säkularisierten Gewand.¹⁰⁵ Hierin sah er der Gefahr des Wissenschaftsaberglaubens Tür und Tor geöffnet.¹⁰⁶ Demgegenüber postulierte er das Ideal eines Arztes, der im reflektierten Bewusstsein seiner eigenen Grenzen Wissenschaftlichkeit und Humanität in sich vereint und als ärztliche Persönlichkeit Kranken existenziell beizustehen vermag.¹⁰⁷

Die Psychoanalyse charakterisierte Jaspers als gefährliche Ideologie¹⁰⁸, die es zu überwinden

zum Arzt-Patienten-Verhältnis aus den 50er Jahren wird jedoch deutlich, dass er bisweilen auch Hausärzte und Fachärzte in Krankenhäusern im Blick hat. Vgl. Jaspers 1958, S. 39-46.

¹⁰⁰ Vgl. Jaspers 1955, S. 98f.

¹⁰¹ Vgl. Bormuth 2002, S. 86-90.

¹⁰² „Von Freiheit zu Freiheit wird im geschichtlich Konkreten der Situation gefragt und gesucht, weder bevormundet noch abstrakter Anspruch erhoben.“ Jaspers 1955, S. 88. Vgl. auch Jaspers 1955, S. 88-90 und Bormuth 2002, S.83-85.

¹⁰³ Vgl. Jaspers 1955, S. 86-88.

¹⁰⁴ „Die Kommunikation aber wird durch die typischen Bedürfnisse des Kranken allermeist verunstaltet. Eine der Beziehungen von Mensch zu Mensch, die für den Nervenarzt wichtig wird, ist die von Freud beschriebene ‚Übertragung‘ von verehrenden, liebenden aber auch feindseligen Regungen auf den Arzt. In psychotherapeutischer Behandlung ist diese Übertragung eine Unvermeidlichkeit und eine gefährliche Klippe, wenn sie nicht erkannt und überwunden wird. Mancher Arzt sonnt sich in der überlegenen Position, die ihm von den Kranken aufoktroziert wird; das Streben manchen anderen Arztes, alle diese Übertragungen, dieses Unterwerfen und Sichabhängigmachen, diese Einseitigkeit erotisch gefärbter Beziehung fortzuschaffen, um das allein erwünschte Verhältnis der verstehenden Kommunikation auf gleichem Niveau herzustellen, scheitert an den elementaren Bedürfnissen der Kranken, die einen geliebten Heiland wollen.“ Jaspers 1955, S. 98.

¹⁰⁵ „Unser Zeitalter ist charakterisiert durch den Tatbestand, daß heute Nervenärzte säkularisiert tun, was früher auf Glaubensgrundlage vollzogen wurde. (...) Da unser Zeitalter den Arzt in die Rolle gedrängt hat, in wachsendem Umfange Aufgaben zu erfüllen, die früher Sache des Priesters und Philosophen waren, so ist eine Mannigfaltigkeit ärztlicher Typen entstanden.“ Jaspers 1955, S. 100.

¹⁰⁶ „Eine glaubenslose Zeit hat doch das Bedürfnis nach Seelsorge nicht verloren; diese will sie in Gestalten, die dem Zeitalter glaubwürdig sind, das heißt heute: die Sache muß ein wissenschaftliches Gewand anziehen. (...) Der Wissenschaftsaberglaube akzeptiert alles Erwünschte und Absurde, wenn es in einem pseudowissenschaftlichen Gewande dargeboten wird.“ Jaspers 1953b, S. 33.

¹⁰⁷ Vgl. Jaspers 1953a, S. 15-18. Dieses Arzt-Ideal hat biographische und ausgesprochen idealisierende Bezüge zu Jaspers' engem Freund und Vertrauten Ernst Mayer, dem Bruder seiner Ehefrau Gertrud. Vgl. Jaspers 1977, S. 50.

¹⁰⁸ Vgl. Bormuth 2002, S. 167 und Bormuth 2012, S. 198.

galt. Jeglichen normativen Anspruch dieser Wissenschaft – auch in Hinsicht auf ethische und kulturhermeneutische Fragen – lehnte er ab.¹⁰⁹ Seine vom existenzphilosophischen Glauben durchdrungene Anthropologie betrachtete den Menschen als unvollendetes und unvollendbares Wesen, das stets mehr ist, als es von sich selbst weiß.¹¹⁰ Seine Auffassung von existenzieller Kommunikation, wie sie Jaspers in den Jahren 1915 und 1916 zuerst skizziert¹¹¹ und schließlich 1932 in seiner *Philosophie* entwickelt hatte, erschien ihm hingegen medizinethisch unbedenklich, weil sie nach seiner Ansicht die Patientin weder suggestiv beeinflussen noch durch vermeintlich eindeutige Aussagen bevormunden würde.¹¹²

2.6. Jaspers‘ Auseinandersetzung mit der psychosomatischen Medizin

Die im vorangehenden Abschnitt skizzierte Haltung führte in den 40er Jahren zu einer kritischen Auseinandersetzung mit der medizinischen Anthropologie der Psychosomatik. Diese löste schließlich heftige Kontroversen zwischen Jaspers und Vertretern jener neuen Fachrichtung aus, die im Laufe der Zeit an Schärfe zunahm. Zwar erkannte auch Jaspers die Einflüsse der Psyche auf das Somatische,¹¹³ ebenso teilte er die Einschätzung, dass Krankheiten an den Wendepunkten biographischer Krisen stehen oder in die schleichende Krise eines Lebens eingeflochten sein können.¹¹⁴ Eine vereindeutigende psychosomatische Hermeneutik lehnte er jedoch entschieden ab.¹¹⁵ Die Selbstbeschränkung der Vernunft im Sinne Kants blieb für Jaspers auch hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient erkenntnis- und (be-)handlungsleitend.¹¹⁶

Der Begründer der psychosomatischen Medizin in Deutschland, Viktor von Weizsäcker,¹¹⁷ war als Enkel des protestantischen Theologen Carl Heinrich von Weizsäcker wesentlich beeinflusst von der Dialektischen Theologie und dem Glauben an die Wirkmächtigkeit des

¹⁰⁹ Vgl. Bormuth 2002, S. 68. 132f. 156f.

¹¹⁰ Vgl. Bormuth 2002, S. 146f. 176-178.

¹¹¹ Vgl. Anmerkung 24.

¹¹² Vgl. Bormuth 2002, S. 184.

¹¹³ Vgl. Bormuth 2002, S. 188-194.

¹¹⁴ Vgl. Bormuth 2012, S. 200f.

¹¹⁵ „Eine empirische Biographik, die über den Menschen Bescheid zu wissen meinte und gleichsam die Summe zöge, würde den Menschen einfangen in doch immer partikulare biographische Kategorien, die irrigerweise als erschöpfend gelten.“ Jaspers zitiert nach Bormuth 2012, S. 201.

¹¹⁶ „Wir müssen als Erkennende in einer offenen Biographie bleiben, welche im ganzen noch frei lässt, was wirklich und wesentlich ist, nämlich die nicht mehr psychologisch zu erkennende, sondern philosophisch oder dichterisch zu erhellende Tiefe des Menschseins.“ Jaspers, zitiert nach Bormuth 2012, S. 201.

¹¹⁷ Vgl. Rieger 2013, S. 69-82.

Wortes Gottes.¹¹⁸ Neben der dialogischen Philosophie Martin Bubers¹¹⁹ war sein psychosomatisches Denken ganz entscheidend von der Neurosenlehre Sigmund Freuds geprägt.¹²⁰ Demnach sind Krankheiten grundsätzlich als Ausdruck von verborgenen, unbewältigten Konflikten zu verstehen und dementsprechend auch – mitunter gegen den Widerstand der Patientin – zu behandeln.¹²¹ Das lehnte Jaspers entschieden ab, da damit das ärztliche Wort eine Autorität beansprucht, die ihm in existenziellen Lebensfragen nicht zusteht, es sei denn, der oder die Kranke sucht „*autoritativ gestiftetes Heil und Heilung in einer säkularisierten Welt.*“¹²²

Von Weizsäcker definierte die Arzt-Patient-Beziehung als Beziehung zwischen „*Mensch in Not und Mensch als Helfer*“.¹²³ Der Arzt wird demnach ausschließlich als Helfer, Therapeut und „Erzieher“ angesehen, der für die Gesundheit des Patienten zu sorgen hat, jedoch nicht *als Person*, die zur Patientin in einer „*interpersonalen Beziehung wechselseitiger Achtung steht*“.¹²⁴ Ein paternalistisches Gefälle in der Arzt-Patient-Beziehung ist hier nicht zu übersehen. Dieses kann sich bis zur paternalistischen Fremdbestimmung ausweiten, wenn erklärt wird, es sei Aufgabe des Arztes, die jeweilige Lebenskrise, in der sich ein Patient befindet und die sie bzw. er mittels seiner oftmals körperlichen Erkrankungen zum Ausdruck bringt, aufzudecken und ihren verborgenen Sinn ins Bewusstsein zu heben.¹²⁵ Demnach hat jede Erkrankung einen Sinn¹²⁶ und der Arzt grundsätzlich tiefere Einblicke in diesen verborgenen Sinn einer Krankheit, welcher der erkrankten Person selbst nicht bewusst ist.

In der Betrachtung als Subjekt wurde dem bzw. der Erkrankten in der psychosomatischen Medizin außerdem ein aktiver Part zugeschrieben,¹²⁷ die Krankheit wurde zur persönlich zu bewältigenden Aufgabe.¹²⁸ Unter diesem veränderten Blickwinkel lässt sich dem Menschen im Umkehrschluss jedoch auch eine Verantwortlichkeit für die Erkrankung zuschreiben. Dagegen wendet Jaspers ein: „*Krankheit wird zur Schuld. Was in begrenzten Bereichen ein*

¹¹⁸ Vgl. Bormuth 2012, S. 197. „*Bei Viktor v. Weizsäcker hält das anfängliche Wort des Arztes Gericht über den Zustand des Patienten, dessen kritischer Zustand keine andere Wahl lässt, als sich dem Urteil auszusetzen.*“ Ebd.

¹¹⁹ Vgl. Bormuth 2012, S. 197f.

¹²⁰ Vgl. Rehbock 2005, S. 161. 164.167; Bormuth 2002, S. 189.

¹²¹ Vgl. Rehbock 2005, S. 160-172.

¹²² Vgl. Bormuth 2012, S. 205.

¹²³ Vgl. Rehbock 2005, S. 166.

¹²⁴ Rehbock 2005, S. 167.

¹²⁵ Vgl. Rehbock 2005, S. 170.

¹²⁶ Vgl. Harrington 2002, S. 360.

¹²⁷ „*Wichtig war doch, daß die ganze Entstehung der Krankheit im Menschen eine Weise seines Menschseins ist, daß er seine Krankheit nicht nur hat, sondern auch macht.*“ Von Weizsäcker zitiert nach Rehbock 2005, S. 165 Anm. 37. Vgl. auch Rieger 2013, S. 79.

¹²⁸ Vgl. Rehbock 2005, S. 165. 171.

*möglicher Standpunkt gegenüber Krankheitserscheinungen ist – in keinem Falle ein ärztlicher Standpunkt – das wird mehr oder weniger auf alle Krankheiten ausgedehnt. Eine falsche und in ihren Folgen inhumane Philosophie verdirbt den Sinn und das Ethos ärztlichen Helfens.*¹²⁹

2.7. Jaspers' Beitrag zur existenziellen Kommunikation im heutigen Gesundheits- und Sozialwesen

Die Grenzsituationen im Zentrum von Jaspers' Philosophie stehen für die Auseinandersetzung mit Ordnungsabbrüchen im menschlichen Leben. Krankheit, Leiden und infauste Prognosen stellen solche Ordnungsabbrüche dar, die Menschen aus der Normalität ihres gewohnten Alltags herausreißen. Als menschliche Grund- und Grenzsituationen gehören sie zur *conditio humana*. Existenzielle Kommunikation im Pflegealltag greift diese Erfahrungen auf und versucht zu erfassen, was sie im Leben der Betroffenen bedeuten und welche individuelle Tragweite sie besitzen. Ausschlaggebend dafür ist, wie Betroffene ihre Situation selbst verstehen und deuten. Ein „Sinn“ der Krankheit oder Lebenskrise ist damit allerdings nicht von vornherein unterstellt. Es ist jedoch möglich, dass Menschen durch existenzielle Gespräche wieder Halt finden, Kraft gewinnen und manchmal neue Deutungen von Lebenssinn für sich erschließen können.¹³⁰

Die Voraussetzung hierfür besteht nicht in ausgefeilten Gesprächsmethoden oder -techniken,¹³¹ die als zusätzliches Repertoire neben den pflegefachlichen Kenntnissen anzueignen wären, sondern vielmehr in einem Bewusstsein um die eigene Menschlichkeit und den damit einhergehenden Grenzen und Verletzlichkeiten.¹³² Es geht somit auch darum, die potentiell eigene Betroffenheit im Umgang mit dem Leid eines anderen Menschen nicht abzuwehren. Dabei ist es nicht entscheidend, möglichst viele Fakten über die Krankheit oder aus der Biographie der Patientin zu kennen, sondern eine Vorstellung davon zu haben, was es existenziell bedeutet, in solche Notlagen, Leidenssituationen und Abhängigkeiten zu geraten, wie sie der oder die andere gerade erlebt.¹³³ Existenzielle Kommunikation in der Pflege

¹²⁹ Vgl. Jaspers 1950, S. 62.

¹³⁰ Vgl. Maio 2012, S. 30f.

¹³¹ Vgl. Virt 2012, S. 277f. Der Arzt, Medizinethiker und Philosoph Giovanni Maio äußert sich kritisch über gegenwärtige Tendenzen einer „Gesprächskultur“ im Gesundheitswesen, deren Form er als „inszeniertes Gespräch“ bezeichnet. Junge Ärztinnen lernen dann z.B. nicht, wie sie Empathie empfinden können, sondern wie sie mit rhetorischen Mitteln so tun könnten, als hätten sie Empathie. Solche inszenierten Gespräche sind unauthentisch und fassadenhaft. Sie vermitteln Fürsorge nur zum Schein und begünstigen eine Haltung der Teilnahmslosigkeit hinter geschickt verwendeten Worten. Vgl. Maio 2012, S. 27f.

¹³² Vgl. Jaspers: der Arzt nicht als „Helfer“, sondern als Mitmensch auf Augenhöhe.

¹³³ Vgl. Rehbock 2005, S. 173f.

beinhaltet dann weder kompetente Ratschläge noch eindeutige Lösungen für bestimmte Problemlagen. Sie kann vielmehr durch authentischen und mitmenschlichen Beistand jene Resonanzräume eröffnen, die über die gegebene Situation hinausweisen können. Diese Feststellung kann zur Klärung der Rolle und des Selbstverständnisses von Pflegekräften beitragen und vielleicht helfen, etwaige Befürchtungen bezüglich zusätzlicher Arbeitsbelastungen durch existenzielle Gespräche im Pflegealltag aufzulösen.

Karl Jaspers hat bereits früh darauf hingewiesen, dass ein Verständnis von Gesundheit im Sinne von ganzheitlicher Beschwerdefreiheit durchaus problematische Folgen für das menschliche Selbstverständnis und -erleben haben kann.¹³⁴ Zu diesem Thema lässt sich heute angesichts der demographischen Entwicklungen ein größeres Problembewusstsein ausmachen.¹³⁵ Auch Jaspers' Kritik an vereindeutigenden psychosomatischen Perspektiven und monokausalen Krankheitsdeutungen erfolgte bereits früh. Hier lässt sich inzwischen ebenfalls eine höhere Sensibilität ausmachen.¹³⁶ Erfahrungsberichte von Betroffenen sprechen eine deutliche Sprache,¹³⁷ ebenso wie andere Einwände, beispielsweise aus dem Umfeld der Psychoanalyse.¹³⁸

¹³⁴ „In einer für die moderne Welt charakteristischen Weise definiert die Weltgesundheitsorganisation Gesundheit als einen ‚Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens‘. Solche Gesundheit gibt es nicht. Nach diesem Begriff sind in der Tat alle Menschen und jederzeit irgendwie krank. Wenn aber der Krankheitsbegriff keine Grenzen mehr hat, jeder sich als Dasein schon krank fühlen und zum Arzt gehen darf, wenn der Arzt für alle Leiden dasein soll, dann tritt die existenzielle Verwirrung ein.“ Jaspers 1958, S. 53.

¹³⁵ Vgl. z.B. den Einwand von Rentsch: „Zu begreifen ist existenziell wie auch medizinethisch: Gesundheit ist nicht die Abwesenheit von Schmerzen, Störungen und Schwächen, von Endlichkeit und Sterblichkeit, sondern, ganzheitlich betrachtet, die Kraft, mit ihnen zu leben. Und wir sind psychosomatisch irreduzibel ganze Menschen, zerfallen nicht in Leib und Geist, Objektivität und Subjektivität. Selbsterkenntnis, Lebensklärung und Lebensvertiefung werden gerade auch durch die Erfahrung von Leid, Schmerzen und Endlichkeit ermöglicht und erschlossen.“ Rentsch 2012, S. 23. Vgl. auch Rieger 2013, S. 166-176.

¹³⁶ Vgl. Rehbock 2005, S. 171f.

¹³⁷ Vgl. dazu Karle 2009, S. 21-26.

¹³⁸ Hontschik 2009: „Mit dieser monokausalen Botschaft wirft man Kranke auf sich selbst zurück, isoliert sie von ihren sozialen Zusammenhängen und macht sie zu Alleinverantwortlichen: Ihre seelische Verfassung hat sie krank gemacht; und wenn sie nicht gesund werden, dann wollen sie es vielleicht nur nicht genug, haben mental und emotional nicht genug gekämpft. Ein sozialer oder gesellschaftlicher Kontext ist da nicht mehr von Bedeutung. So wird der Kranke vereinzelt und auf sich selbst zurückgeworfen. Es fällt auf, dass zugleich auch die ökonomische Last des Krankseins mehr und mehr von der Gemeinschaft auf den Einzelnen verschoben wird. Am deutlichsten wird das am immer weiter ausufernden System der Zuzahlungen: Je schwerer die Krankheit, je teurer das Medikament, je mehr Krankengymnastik oder Hilfsmittel, je länger der Krankenhausaufenthalt oder die Rehabilitation, desto mehr zahlt der Kranke selbst. Eigenverantwortung und Eigenbeteiligung, der Eigenanteil der Seele und der des Portemonnaies, zwei Seiten derselben Medaille? Eigenverantwortung statt Solidarität heißt die neue Parole. Es darf keine Rolle spielen, warum man krank wird: Dem Kranken stehen Hilfe und Beistand, Mitgefühl und Sachverstand zu. Keine Schuld und keine Schulden.“

In diesem Zusammenhang ist kritisch anzumerken, dass Karl Jaspers die Theoreme von Sigmund Freud nicht sachgemäß aufgefasst und in seiner polemischen Haltung vieles überzeichnet und verzerrt hat. Sein existenzphilosophischer Ansatz eröffnet Möglichkeiten, auch außerhalb von psychotherapeutischen oder tiefenpsychologischen Behandlungen mit existenziellen Grenzsituationen umzugehen, wie z.B. im beruflichen Alltag von Pflegekräften. Die Inanspruchnahme von psychologischer Behandlung muss das jedoch keinesfalls ausschließen. Beide Seiten können sich vielmehr sinnvoll ergänzen, wie interdisziplinäre Perspektiven und Erfahrungen im Gesundheitswesen inzwischen eindrücklich belegen.

Festzuhalten bleibt, dass Jaspers die außerordentliche Bedeutung von Kommunikation im Gesundheitswesen bereits sehr früh erkannt hat.¹³⁹ Sein ausschließlicher Fokus auf ärztliches (Be-)Handeln ist sicherlich als Ausdruck seiner Zeit zu werten. Jaspers' Erkenntnisse lassen sich jedoch nicht nur auf die existenzielle Kommunikation zwischen Ärztin – Patient beziehen, sondern auch auf Mitarbeitende in Pflege und Betreuung übertragen.¹⁴⁰ Darüber hinaus hat Jaspers Fragen und Probleme, die auch im heutigen Gesundheits- und Sozialwesen virulent sind,¹⁴¹ zu seiner Zeit bereits scharfsichtig erkannt und benannt. Sein philosophischer Ansatz eröffnet Umgangsmöglichkeiten mit den Fragen und Problemen, die Krankheit, Leiden und Sterben als menschliche Grenzsituationen aufwerfen. Seine Engführung von existenzieller Kommunikation auf zwei Personen¹⁴² ist allerdings ebenfalls kritisch zu hinterfragen. Außerdem ist angesichts der steigenden Lebenserwartung und der Zunahme von dementiellen Erkrankungen im hohen Alter zu überlegen, welche nicht-sprachlichen Formen existenzielle Kommunikation im Sinne von Jaspers annehmen könnte.

¹³⁹ Diese außerordentliche Bedeutung betonen heute u.a. Maio 2012, S. 13-32; Virt 2012, S. 272-287; Gadebusch-Bondio 2012, S. 330f.

¹⁴⁰ Vgl. Abt-Zeglin 2009, S. 255f.; Rehbock 2005, S. 163.

¹⁴¹ Vgl. Dörner 2008, S. 21-32.

¹⁴² Vgl. Jaspers 1932b, S. 58. 61.

3. Existenzielle Kommunikation in der Pflege – Ein kommentierter Literaturbericht

In den vergangenen Jahren hat es zum Thema „Existenzielle Kommunikation in der Pflege“ einige Veröffentlichungen gegeben. Dieser Abschnitt gibt einen chronologisch geordneten Ausschnitt wieder, wobei auf die jeweils neueste Auflage Bezug genommen wird. Die vorliegende Auswahl erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Entscheidend für die Auswahl der kommentierten Literatur ist der Fokus auf existenzielle Kommunikation durch Pflegekräfte in deren beruflichem Alltag. Sie orientiert sich zum einen an den beschriebenen Beobachtungen und Merkmalen zur existenziellen Kommunikation durch Pflegepersonal und zum anderen auf die Beziehungsebene zwischen Pflegenden und Patientinnen bzw. Angehörigen.

Die kommentierte Literatur weist in mehreren Aspekten Bezüge zu Jaspers' Verständnis von existenzieller Kommunikation auf. Diese sind umso auffälliger, wenn man sich die unterschiedlichen Hintergründe ihrer zeitlichen Entstehung einerseits und die verschiedenen Zugänge der jeweiligen Bezugswissenschaften andererseits vergegenwärtigt.

3.1. Schwestern reden mit Patienten (Ida und Hans-Christoph Piper)

Im Jahr 1979 erschien von Ida und Hans-Christoph Piper das Buch: Schwestern reden mit Patienten. Ein Arbeitsbuch für Pflegeberufe im Krankenhaus. Seine sechste Auflage aus dem Jahr 1993 ist erweitert um einen Abschnitt zur Sprache von Sterbenden.¹⁴³ Das Arbeitsbuch enthält Gedächtnisprotokolle von Gesprächen in verschiedenen pflegetypischen Situationen im Krankenhausalltag:

1. „Keiner spricht mit mir“
2. „Ich lag die ganze Nacht wach“
3. „Ich habe solche Angst“
4. „Wenn mir etwas passiert“
5. „Ich habe Angst, daß ich Krebs haben könnte“
6. „Ich brauche unbedingt Valium 10“
7. „Es wird jeden Tag schlimmer“
8. „Was meinte nun der Arzt richtig?“

¹⁴³ Piper, Ida und Hans-Christoph, Schwestern reden mit Patienten. Ein Arbeitsbuch für Pflegeberufe im Krankenhaus, Göttingen ⁶1993.

9. „Ich fürchte mich vor der Wahrheit“
10. „Soll das denn nie ein Ende nehmen?“
11. „Ihr habt euch um mich zu kümmern“
12. „Wie soll es weitergehen?“
13. „Ich bin fertig mit der Welt“
14. „Ich mache das ganz bestimmt wieder!“
15. „Mein ganzes Leben ist so sinnlos“
16. „Die Mutter mit den schwarzen Schuhen“

Diese Gesprächsprotokolle wurden von Pflegekräften in Seminaren mit Kolleginnen und Kollegen unter Anleitung der Autoren (beide waren damals in der Krankenhauseelsorge tätig) besprochen. Die eingebrachten Fallbeispiele liegen bei ihrer Besprechung teilweise schon einige Zeit zurück, beschäftigen die Kranken- und Gesundheitsschwester und -pfleger jedoch weiterhin hinsichtlich ihrer existenziellen Dimension. Die Besprechung in der Gruppe dient dazu, den Gesprächsverlauf und eigene wie fremde Reaktionen besser verstehen und deuten zu können sowie alternative Interventionsmöglichkeiten kennen zu lernen. Ein Ziel ist es unter anderem, dem bzw. der anderen und sich selbst in den Gesprächen gerecht zu werden.

„Es geht bei den Gesprächen zwischen Krankenschwester und Patienten nicht darum, wie man es machen soll, sondern vielmehr, wie die Krankenschwester sie selber bleiben oder sich selber finden kann, indem sie auf die spezielle Situation der Kranken hört und eingeht und dabei Worte sucht, in denen sie ihnen gerecht wird. (...) Dies Dem-anderen-und sich-selber-gerecht-Werden ist ein Ziel, dem man sich nur durch vielerlei ‚Versuch und Irrtum‘ nähern kann.“¹⁴⁴

Mehrere Gesprächsprotokolle veranschaulichen sehr eindrücklich, wie schnell Blockaden im Kontakt zum Patienten auftreten, wenn Pflegekräfte eigene Gefühle und Ängste abwehren.¹⁴⁵ Ida und Hans-Christoph Piper wollen hierzu keine Patentrezepte geben,¹⁴⁶ sondern Mitarbeitende in der Pflege vielmehr dazu ermutigen, die Herausforderung solcher Situationen im Pflegealltag anzunehmen und bei Menschen in ihrer Angst zu bleiben, damit diese in sich selbst wieder Halt und neue Orientierung finden.¹⁴⁷

¹⁴⁴ Vgl. Piper ⁶1993, S. 14f.

¹⁴⁵ Vgl. Piper ⁶1993, Fallbeispiel 3: „Ich habe solche Angst“; Fallbeispiel 5: „Ich habe Angst, dass ich Krebs haben könnte“; Fallbeispiel 8: „Was meinte nun der Arzt richtig?“ u.a.

¹⁴⁶ Vgl. Piper ⁶1993, S. 28f.

¹⁴⁷ Vgl. Piper ⁶1993, S. 32. Hier liegen meines Erachtens implizite Bezüge zum Umgang mit Grenzsituationen vor, wie sie Jaspers beschreibt.

So schlagen die beiden Seelsorger in ihren Kommentaren zur abgewehrten Angst von Patienten beispielsweise als alternative Reaktionen vor:

„Ich verstehe, daß Sie Angst haben. Ich kann sie Ihnen auch nicht nehmen. Aber ich bin davon überzeugt, daß Sie dieses durchstehen werden. Ich und andere mit mir werden jedenfalls alles tun, um Sie zu begleiten.“¹⁴⁸

Und an anderer Stelle anstatt:

„Sie dürfen sich auch nicht übernehmen. Bedenken Sie, wie lange Sie jetzt gelegen haben – da brauchen Sie immer noch viel Geduld!“¹⁴⁹

als alternative Reaktion:

„Frau L., ich merke, daß Sie sich furchtbare Sorgen um Ihr Bein machen.“¹⁵⁰ Daraufhin hätte sich die Patientin weiter äußern und sich vielleicht manches von der Seele reden können.

Für einen angemessenen Umgang mit den Ängsten von Patientinnen und Patienten ist nicht intellektuelles Verstehen, sondern vielmehr ein „emotionales Erkennen“ entscheidend:

„Bei jedem Gespräch, bei dem man offen und empfindsam zuhört, entdeckt man ein Stück mehr, wo man selber steht. Denn es geht bei diesen Dingen nicht um eine intellektuelle Erkenntnis, sondern vielmehr um ein emotionales Erkennen. Wir müssen nicht lernen, wie wir ‚es machen sollen‘ – das ist nicht zu lernen –. aber wir können entdecken, indem wir anderen zuhören, wie wir selber sind, um auf diese Weise den Menschen, die uns brauchen, besser gerecht zu werden.“¹⁵¹

Manche Protokolle verdeutlichen auch, welche Tiefe in Gesprächen mit Patientinnen und Patienten entstehen kann, wenn ihre Ängste und Gefühle zum Ausdruck kommen können.¹⁵²

Ihnen als Pflegekraft standzuhalten, kann Patientinnen und Patienten die Hoffnung vermitteln, dass auch sie ihren Ängsten und Gefühlen nicht hilflos ausgeliefert sind.¹⁵³

Das Thema Nähe – Distanz ist in vielen Gesprächsprotokollen zentral. Es ist den Verfassern ein Anliegen, dass neben den Patientinnen und Patienten auch die Pflegekräfte genügend Raum für ihre Empfindungen und Bedürfnisse haben und sie sich nicht von den Ansprüchen

¹⁴⁸ Vgl. Piper ⁶1993, S. 38.

¹⁴⁹ Vgl. Piper ⁶1993, S. 83.

¹⁵⁰ Vgl. Piper ⁶1993, S. 87.

¹⁵¹ Vgl. Piper ⁶1993, S. 40f.

¹⁵² Vgl. Piper ⁶1993, Fallbeispiel 9: „Ich fürchte mich vor der Wahrheit“; Fallbeispiel 10: „Soll das denn nie ein Ende nehmen?“; Fallbeispiel 11: „Ihr habt euch um mich zu kümmern!“ u.a.

¹⁵³ Vgl. Piper ⁶1993, S. 77.

oder der Hilflosigkeit anderer überfahren lassen. Auch das Auftreten von Aggression, wenn sie Patientinnen und Patienten nicht helfen können, wird beleuchtet:

„Die Gruppe ist betroffen, aber es ist keinem fremd, was die Kollegin hier äußert. Sie kennen dies alle: Nichts mehr tun können, machtlos sein; und so kommt das Gespräch auf die Ohnmacht. Die Krankenschwester kann jetzt klar sehen, daß es die eigene Ohnmacht ist, die ihr so zu schaffen macht, und nicht der Inhalt des Gesprächs. (...) Im Gruppengespräch, das nun folgt, wird klar, daß die Aggressivität die Kehrseite der eigenen Ohnmacht ist. Wenn man das Gefühl hat, für einen anderen nichts tun zu können, wenn man bei allem, was man tut, erfährt, daß man nichts ausrichtet, dann ist es von der Hilflosigkeit zur Aggression nur ein kleiner Schritt. Wenn man so frustriert wird, kann das leicht umschlagen in Aggression gegen die Person, die einem die Frustration zufügt.“¹⁵⁴

Der zitierte Abschnitt ist auch ein Beispiel für den kommentierten Verlauf der Besprechung im Seminar, der auf jedes einzelne Gesprächsprotokoll folgt. Hier finden sich jeweils Schlussfolgerungen zur Kommunikation in jener pflegetypischen Situation. Die angesprochenen Themen weisen eine große Praxisnähe auf. Das Arbeitsbuch bildet ein breites Spektrum an Erfahrungen aus dem Pflegealltag ab, in dem sich viele Pflegekräfte vermutlich wiederfinden können. In manchen der Gespräche spielt auch der Glaube an Gott eine Rolle, sowohl für die Patientin als auch für die jeweilige Krankenschwester.¹⁵⁵ Ein expliziter religiöser Bezug ist für Ida und Hans-Christoph Piper jedoch keine Voraussetzung für existenziellen Beistand durch Pflegepersonal. Die Gesprächsprotokolle regen an zum kollegialen Austausch¹⁵⁶ und ermutigen auf eine sehr wertschätzende Art und Weise dazu, eigene Erfahrungen in Patientinnen- und Patientenkontakten zu reflektieren und sich dabei auch mit Unsicherheiten im eigenen Gesprächsverhalten auseinander zu setzen.

3.2. Gespräche auf der Krankenstation (Hilde-Dore Abermeth)

Diese Veröffentlichung aus dem Jahr 1982 ist für den Einsatz in der Krankenpflegeausbildung sowie der inner- und außerbetrieblichen Fortbildung bestimmt. Die Verfasserin reflektiert eigene Erfahrungen als Krankenschwester¹⁵⁷ sowie Fortbildungen der Schwesternhochschule der Diakonie Berlin-Grunewald. Ziel ist es, Pflegekräften inhaltliche und methodische Impulse für ihre Gespräche mit Patientinnen und Patienten zu vermitteln, die sich in

¹⁵⁴ Piper ⁶1993, S. 54.

¹⁵⁵ Vgl. Piper ⁶1993, S. 34-39. 62-67. 92-95.

¹⁵⁶ Auch zwischen verschiedenen Berufsgruppen, vgl. Piper ⁶1993, Fallbeispiel 15: „Mein ganzes Leben ist so sinnlos“.

¹⁵⁷ So die damalige Dienstbezeichnung.

besonderen Lebenslagen befinden,¹⁵⁸ und Pflegende für die verbale wie nonverbale Kommunikation auf Krankenstationen zu sensibilisieren.¹⁵⁹

Nach einigen einführenden Erläuterungen ist das Buch in vier verschiedene in sich abgeschlossene Unterrichtsabschnitte gegliedert:

1. Die Dynamik des Gespräches
2. Das „sachliche“ Gespräch mit dem Patienten
3. Das Kritikgespräch im Mitarbeiterkreis
4. Das Gespräch mit Menschen in Lebenskrisen

Thematische Schwerpunkte sind:

Grundlagen der Gesprächsführung

- Kommunikationsketten (Körpersprache, Reaktionsweisen, Wechselwirkungen zwischen den Beteiligten)
- Das Wahrnehmen der eigenen Gefühle und Empfindungen
- Sach-, Beziehungs-, und Bedeutungsebenen in der Kommunikation
- Beziehungsfördernde Grundhaltungen

Informations- und Instruktionsgespräche mit Patientinnen und Patienten

- Vorbereitung auf medizinische/diagnostische Maßnahmen (Informationsgespräche)
- Anleitung zu bestimmten Fertigkeiten, wie z.B. Injektionstechnik, Einhalten einer bestimmten Diät, Umgang mit einem künstlichen Darmausgang (Instruktionsgespräche)

Kritikgespräche

- zwischen zwei Personen
- im Stationsteam bzw. Mitarbeiterkreis

Gespräche mit Menschen in Lebenskrisen

- menschliche Lebenskrisen als Weg in die Fremde¹⁶⁰
- Befindlichkeiten auf dem Weg¹⁶¹
- Ringen um Reife¹⁶²

¹⁵⁸ Vgl. Abermeth 1982, S. 7f.

¹⁵⁹ Vgl. Abermeth 1982, S. 12.

¹⁶⁰ Vgl. Abermeth 1982, S. 161-173

¹⁶¹ Vgl. Abermeth 1982, S. 173-179.

¹⁶² Vgl. Abermeth 1982, S. 179-187.

- Beistand und Wahrheit auf dem (letzten) Weg.¹⁶³

Die einzelnen Themeneinheiten enthalten jeweils Abschnitte zur Theorievermittlung, Graphiken und Schaubilder, Gesprächsprotokolle, Rollenspiele und didaktische Kommentare. Das Anliegen, Pflegekräfte für ihre eigenen Gefühle und Empfindungen zu sensibilisieren, ist in allen Themeneinheiten wahrnehmbar. Die eigenen Emotionen und Affekte nicht zu unterdrücken, wie es viele Pflegende bereits sehr früh lernen, sondern zu „einem vernünftigen Umgang“ mit ihnen zu finden, will die Unterrichtshilfe anregen. *„Nur in dem Maße, in dem sie [die Pflegekräfte, Anm. d. Verf.] sich selbst Gefühle und Empfindungen erlauben, erlauben sie dies auch z.B. ihren Patienten und Mitarbeiter/innen.“*¹⁶⁴

Deutungen für menschliche Krisensituationen werden in der vierten Themeneinheit aus einigen Märchen (Jorinde und Joringel, Die sieben Raben, Sterntaler, Schneewittchen, Die Bremer Stadtmusikanten) erschlossen, Bezüge zu biblischen Geschichten werden hingegen in keinem Abschnitt hergestellt. Außerdem wird explizit auf Elisabeth Kübler-Ross' Interviews mit Sterbenden Bezug genommen, um daraus auch allgemeine Anregungen für Gespräche mit Menschen in Krisensituationen abzuleiten. Hilfreich sind die beiden Arbeitsbögen am Schluss zum Thema „Wahrheit am Krankenbett“ und „Beistand in Lebenskrisen“,¹⁶⁵ die Aspekte aus vorangegangenen Abschnitten noch einmal aufgreifen und bündeln. Die Wahrheit am Krankenbett wird demnach nicht allein dadurch gefunden, dass ein kranker Mensch über seine Diagnose und Prognose informiert ist, sondern vielmehr durch ein solches Miteinander-Reden und Aufeinander-Hören, das es ihm ermöglicht, seinen Zustand allmählich zu erfassen und zu ertragen. Hilfreicher Beistand in Krisensituationen zeichnet sich demnach durch das Mithalten der Unsicherheit, Ratlosigkeit und Trauer aus. Sprachlosigkeit und Tränen können zugelassen, auf Beschwichtigungen und Vertröstungen verzichtet werden. Hilfreicher Beistand in Krisen predigt keinen Sinn, sondern leistet so etwas wie Geburtshilfe für einen neuen Lebensabschnitt.

Die Perspektive von Hilde-Dore Abermeth ist allerdings keine einseitige: Helfende in Krisen brauchen auch Beistand.¹⁶⁶ Denn existenzielle Kommunikation in der Pflege birgt eigene Herausforderungen und unter Umständen auch Risiken.¹⁶⁷ Richtige Einschätzungen zu treffen und Menschen in Grenzsituationen angemessen beistehen zu können, ist daher ein Anliegen dieses Fachbuchs.

¹⁶³ Vgl. Abermeth 1982, S. 188-218.

¹⁶⁴ Vgl. Abermeth 1982, S. 40.

¹⁶⁵ Vgl. Abermeth 1982, S. 214-218.

¹⁶⁶ Vgl. Abermeth 1982, S. 15.

¹⁶⁷ Vgl. Abermeth 1982, S. 198-213. Es geht hier um ein Fallbeispiel zum Thema „Wahrheit am Krankenbett“ und die Verarbeitung seiner tragischen Folgen durch die involvierte Schwester/das Stationsteam.

3.3. „Am Bett ist alles anders“ (Rainer Wettreck)

Während sich die beiden genannten Veröffentlichungen aus der Zeit um 1980 direkt und unmittelbar auf konkrete Gesprächssituationen aus dem Arbeitsalltag von Pflegekräften beziehen, richtet sich der Fokus in der einschlägigen Literatur späterer Jahre stärker auf gesellschaftliche und institutionelle Entwicklungen der Pflegeberufe. Angesichts standardisierter Zeittakte und Forderungen nach maximaler Effizienz pflegfachlichen Handelns wird nach einer Verortung des Menschlich-Existenziellen gefragt. So reflektiert der Klinikpfarrer und Psychologe Rainer Wettreck in seinem 2001 erschienenen Buch „Am Bett ist alles anders“ die Perspektiven professioneller Pflegeethik angesichts von zunehmenden ethischen und ökonomischen Herausforderungen.¹⁶⁸

Das Buch ist in folgende Hauptabschnitte gegliedert:

- A. Der Alltag einer verhinderten Profession
 - I. „Pflege-Falle“ und „Pflege-Mentalität“: die „Wagenburg“ der Pflege im modernen Medizin-System
 - II. Erster Durchgang zur Pflege-Situation: Das Spannungsfeld des Pflege-Alltags – soziologische Annäherung an die „Basis“ der Pflege
 - III. Zweiter Durchgang zur Pflege-Situation: Das Spannungsfeld des Menschenbilds – Bearbeitungs-Formen menschlichen Leids im modernen Gesundheitswesen
 - IV. Theoretische Bündelung: Die Logik des Alltags einer „verhinderten Profession“ und der innere Orientierungsverlust der Pflege (Was ist eigentlich das „Pflegerische“ der Pflege?)

- B. Neuansatz: Historische Transformationen des „Pflegerischen“ – eine wert-orientierte Archäologie des Pflege-Alltags

- C. Grundlagen eines wert-orientierten Pflege-Managements
 - I. Die Paralyse der Pflege als Leitungsproblem
 - II. Personal-Entwicklung in neuer Komplexität: Experten-Pflege
 - III. Führungs-Prinzipien eines wert-orientierten Pflege-Managements
 - IV. Ausblick: Das „Pflegerische“ – Botschaft an die moderne Gesellschaft

Existenzielles Erleben spielt demnach im Pflegealltag eine zentrale Rolle;¹⁶⁹ die existenzielle

¹⁶⁸ Wettreck, Rainer, Am Bett ist alles anders. Perspektiven professioneller Pflegeethik, Münster 2001.

¹⁶⁹ Wettrecks Definitionen von „existenzieller Bedrohung“ und „existenziellem Erleben“ weisen inhaltliche

Dimension steht nach Wettreck in enger Beziehung zur Leiblichkeit des Menschen. Sie wird leiblich erfahren, leiblich – von Mensch zu Mensch – vermittelt und berührt unmittelbar auch diejenigen, die am Schicksal von Kranken Anteil nehmen.¹⁷⁰ Allerdings ist es ein Kennzeichen der Moderne, Leiblichkeit aufzuspalten in Körper und Psyche und durch naturwissenschaftliche Verobjektivierungen Körperlichkeit medizinisch handhabbar zu machen, während existenzielles Erleben Gefahr läuft, banalisiert und zu „psychologischen Problemen“ profanisiert zu werden.¹⁷¹ Pflegende stehen damit vor der Herausforderung, angesichts der Erfahrungen von Krankheit, Leiden und Tod in ihrem Berufsalltag einen professionellen, pflegfachlichen Umgang zu finden, der Empathie nicht abspaltet. Ein solcher Umgang steht im Gegensatz zur weit verbreiteten „Pflege-Perspektive“, die mit Strategien der psychischen Distanzierung, Umdeutung, Relativierung und Banalisierung eine Pflege-Normalität konstituiert, die Pflegenden „an der Bruchkante des Lebens“ Sicherheit, Rationalität und Funktionalität ihres beruflichen Handelns gewährleistet.¹⁷²

Wettreck spürt in seiner Studie den spezifischen beruflichen Sozialisations- und Initiationserfahrungen von Pflegekräften nach, die solche Distanzierungen und Abspaltungen von existenziellem Erleben begünstigen.¹⁷³ Er beschreibt außerdem für Außenstehende sehr nachvollziehbar die (oftmals ambivalente) Dynamik, die das berufliche Handeln von Pflegekräften prägt:

- als Erleben einer z.T. „unerhörten Nähe“ zum anvertrauten Patienten,
- als sinnhaftes Glück, „helfen zu können“ (und „wie am eigenen Leibe“ mit-zu-spüren, wie z.B. ein „Umlagern“ einem Patienten „gut-tut“),
- als quasi-religiöse Erfahrung, „alles zu geben“, „sich selbst in der Arbeit zu vergessen“, „am Limit zu arbeiten“,
- als Einsatz der ganzen Existenz mit heroischem Hochgefühl,
- als Leben in einer (Stations-)Welt, die von der Normalwelt grundsätzlich unterschieden ist (Entweltlichung, Ersatzbeziehungen),
- als befreiend erlebte Distanz vom eigenen, bürgerlichen Ich (strukturell und rituell gefördert z.B. durch das Umkleiden und Durchschreiten von bestimmten Bereichen),
- als Verschiebung des normalen Gefühlsspektrums hin zum Selbst-Erleben von Reife, Mut, Angstlosigkeit und Normalität im Umgang mit Krankheit und Tod,
- als Erleben eines „Kicks“ von unbeschränkter Präsenz, Wesentlichkeit, „Action“ im

Übereinstimmungen zur Grenzsituation bei Jaspers auf, vgl. Wettreck 2001, S.86f. Den „existenziellen Ort“ der Pflege charakterisiert Wettreck als „Abbruchkante“ des normalen Lebens, vgl. S. 101.

¹⁷⁰ Vgl. Wettreck 2001, S. 88. 93.

¹⁷¹ Vgl. Wettreck 2001, S. 89f. Die Vorstellung von „leiblicher Resonanz“, „Anteilnahme“, „Mitschwingen und Eingebundensein in Eindrücke“ stellt Wettreck den gängigen Verobjektivierungen gegenüber.

¹⁷² Vgl. Wettreck 2001, S. 113-120.

¹⁷³ Vgl. Wettreck 2001, S. 104-112.

OP und „auf Station“; es geht „um alles“ (Abstreifen, Loswerden des „Ich“, existenzieller Kick der Dezentrierung),

- als hohen moralischen Gewinn gegenüber der Gesellschaft,
- als Erleben von enormer informeller (Helfer-)Macht über Schicksale, Bedürftigkeit und für andere Menschen existenziell bedeutsam zu sein,
- als Gewinn der „Selbstlosigkeit“: informelle Macht, Autorität, Einfluss, Selbstbestätigung, Überlegenheit gegenüber anderen, auch hierarchisch überlegenen Fächern durch moralischen Einsatz persönlicher Ressourcen („unsere Zeit“).¹⁷⁴

Wettrecks Analysen eröffnen hilfreiche Einblicke in das Selbst- und Berufsverständnis von Mitarbeitenden in der Pflege. Sie stellen somit notwendiges Hintergrundwissen bei der Vorbereitung von Fortbildungsreihen und Seminareinheiten zur existenziellen Kommunikation in der Pflege zur Verfügung. Dem Autor ist nicht an einer Darstellung von Kommunikations- oder Seelsorgetheorien gelegen, sondern vielmehr daran, die vielfältigen Dynamiken offen zu legen, die im Pflegealltag – bewusst oder unbewusst – wirksam sind. Ziel ist es, die am Pflegegeschehen Beteiligten (Patienten, Pflegekräfte und andere Akteure) zu verstehen und aus dem gewonnenen Verständnis Perspektiven für eine menschliche Pflege zu entwickeln.¹⁷⁵ Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Funktionalisierungen behält Wettreck dabei stets im Blick, seine Studie ist damit im besten Sinn auch als politisch einzuordnen.

Mit analytischem Gespür, ethischen Reflexionen und der Bezugnahme auf den jüdischen Philosophen Emmanuel Lévinas¹⁷⁶ beschreibt Rainer Wettreck schließlich „Pflege-Persönlichkeiten“ als Weg zur Professionalisierung für eine menschliche Pflege. Pflege-Persönlichkeiten sind gegründet in einem „eigenen“ Selbstverständnis des Pflegerischen (Berufung, Auftrag, Menschenbild) und fähig, sich einzulassen „in“ die Situation von Patientinnen und Patienten in solidarischer, mitmenschlicher Anteilnahme. In ihrer Mit-Leiblichkeit sind sie immer auch potentiell Mit-Betroffene am Schicksal der Kranken. Pflegepersönlichkeiten können in existenziell belastenden Berufssituationen fachlich, ethisch und kommunikativ verantwortlich handeln, weil sie in der Lage sind, die eigenen existenziellen Berufserfahrungen und Lebenserfahrungen sinnhaft zu verarbeiten und zu integrieren.¹⁷⁷

Rainer Wettreck untermauert seine Reflexionen mit zahlreichen persönlichen Aussagen von

¹⁷⁴ Vgl. Wettreck 2001, S. 97.

¹⁷⁵ Vgl. Wettreck 2001, S. 258.

¹⁷⁶ Vgl. Wettreck 2001, S. 218-220.

¹⁷⁷ Vgl. Wettreck 2001, S. 260-274.

Pflegekräften aus ihrem Berufs(er)leben. Auf diese Weise leitet er seine Überlegungen aus der vielschichtigen Praxis des Pflegealltags ab. Für den Leser, die Leserin wird das komplexe Thema somit in einem hohen Maß verständlich und nachvollziehbar.

Das folgende Zitat verdeutlicht zum Abschluss, welches Verständnis von existenzieller Kommunikation den Berufsalltag des Autors charakterisiert:

„,Gut, dass du da bist, die beiden erwarten dich schon!’ Die Stationsschwester der Orthopädie weist auf die Zimmertür, hinter der die 35-jährige Patientin – mit ihrer ,Hemipelvektomie nach rezidivierendem Tumor’ – und ihr Ehemann warten. Eine medizinische Standardmaßnahme, oft gesehen. Bilder, gefühlsmäßige Anmutungen, Ahnungen schießen mir (als Klinikpfarrer) durch Kopf und Körper. Ein ganzes Bein samt der Hälfte des Beckens der jungen Frau zu amputieren, war noch einmal lebensrettend, lebenserhaltend, letzte Chance. Der Geschmack des Schreckens. Während ich auf die Tür zugehe, merke ich, wie mir die Knie zittern. Angst. Wachheit gegenüber dem Schrecken, der hinter der Tür wartet. Ich weiß, dass das Zittern der Knie für mich dazugehört. Immer wieder. Zeichen dafür, um was es geht: um verlorenen Boden, um grundstürzendes Erleben. Schwer auszuhalten, aber immer, wenn ich’s spüre, bin ich ,gut’. Ich klopfe, drücke die Klinke und öffne die Tür.“¹⁷⁸

3.4. Gespräche mit Schwerkranken (Reinhold Gestrich)

Die zunehmende Technisierung und Zeitknappheit im Krankenhausalltag bilden den Hintergrund der Reflexionen des Krankenhausseelsorgers Reinhold Gestrich, Pflegende zu seelsorglichen Gesprächen mit Patientinnen und Patienten anzuleiten und damit die menschlichen Seiten der Pflege zu bewahren. Sein Buch erschien erstmals im Jahr 1991 unter dem Titel „Das seelsorgerliche Gespräch in der Krankenpflege“.¹⁷⁹ Es wurde für die dritte Auflage im Jahr 2006 vollständig neu überarbeitet und gestaltet und unter dem Titel „Gespräche mit Schwerkranken. Krisenbewältigung durch das Pflegepersonal“ veröffentlicht.¹⁸⁰ In die aktuelle Fassung wurden gegenüber der Erstauflage jeweils ein Kapitel zu den Themen „Sprechen mit Menschen, die nicht mehr sprechen können“ und „Gespräche mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind“ aufgenommen.¹⁸¹

¹⁷⁸ Vgl. Wettreck 2001, S. 86 und 266f.

¹⁷⁹ Vgl. Gestrich, Reinhold, Das seelsorgerliche Gespräch in der Krankenpflege, Stuttgart 1991.

¹⁸⁰ Gestrich, Reinhold, Gespräche mit Schwerkranken. Krisenbewältigung durch das Pflegepersonal, Stuttgart 2006.

¹⁸¹ Gestrich 2006, S. 103-113; 115-121. Die in der Erstauflage vorliegenden Abschnitte zu „Riten und Bräuche

Das Buch ist in folgende Kapitel gegliedert:

1. Menschliche, patientenzentrierte, gesprächsorientierte Pflege
2. Die Krise der Krankheit
3. Wenn Schwerkranke schwierig werden
4. Das helfende Gespräch in der Pflege
5. Lernbeispiele zum Gespräch mit Schwerkranken
6. Tröstende Pflege
7. Die „Wahrheit am Krankenbett“
8. Sprechen mit Menschen, die nicht mehr sprechen können
9. Gespräche mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind
10. Aufgaben im Umgang mit Sterbenden

Allen seinen Ausführungen legt Reinhold Gestrich die Gesprächsgrundhaltungen nach Rogers zugrunde, also unbedingte Annahme des Gegenübers, Empathie und Kongruenz.¹⁸² Als Beziehungsmuster im pflegerischen Gespräch favorisiert er eine symmetrische Ausrichtung.¹⁸³ Offenheit, mitmenschliche Solidarität und Begleitung sollten die Kommunikation zwischen Pflegenden, Ärzten und Patient(inn)en – auch im Ringen um die Wahrheit am Krankenbett – kennzeichnen.¹⁸⁴ Seelsorglicher Beistand ist nach Reinhold Gestrich nicht gleichbedeutend damit, für schwere Situationen allgemeingültige, passende Antworten parat zu haben. Vielmehr geht es darum, solche Krisensituationen mit auszuhalten und sie mit dem kranken Menschen für eine Weile gemeinsam zu (er-)tragen. Darin birgt sich die Möglichkeit, Erleichterung und die „tröstliche Kraft des Lebensgrunds zu erfahren“.¹⁸⁵

Folgender Ausschnitt aus dem Kapitel mit Lernbeispielen zum Gespräch mit Schwerkranken sei an dieser Stelle zitiert:

(...)

Patientin: Ja, denn alles ist noch unsicherer geworden.

Schwester: Haben Sie Angst?

Patientin: Ja.

der Konfessionen am Sterbebett“ und „Zusammenarbeit mit der Krankenhauseseelsorge“, vgl. Gestrich 1991, S. 106-108; 109-118, fehlen hingegen.

¹⁸² Vgl. Gestrich ³2006, S. 119.

¹⁸³ Vgl. Gestrich ³2006, S. 51.

¹⁸⁴ Vgl. Gestrich ³2006, S. 98.

¹⁸⁵ Vgl. Gestrich ³2006, S. 86f. Die „tröstliche Kraft des Lebensgrundes zu erfahren“ (87) erinnert an Jaspers existenzphilosophische Ausführungen zum Umgang mit Grenzsituationen.

Schwester: Jetzt noch mehr als vor der Operation?

Patientin: Ja. Wenn mir jetzt etwas weh tut, irgendwo, dann denke ich sofort: was bildet sich da wieder?

Schwester: Und gegen die Angst – kann man da gar nichts machen?

Patientin: Ich versuche immer wieder, solche Gedanken wegzuschieben. Man darf das ja nicht zu nahe an sich rankommen lassen. Man muss ja auch positiv denken.

Schwester: Das gelingt Ihnen dann auch...?

Patientin: Ja, durch Beten. (Die Patientin dreht den Kopf zur Wand, vielleicht muss sie weinen.)

Schwester: Ist Beten manchmal auch schwer für Sie?

Patientin: Ja, manchmal gibt es einen Tag, da kriege ich gar nichts zusammen, nur Löcher...

Schwester: Löcher...

Patientin: Ja, da kann ich einfach nicht, es gibt keine Worte, nur Leere...

Schwester: Ich glaube, dass Gott auch die Löcher versteht!

Patientin: Das glaube ich auch.

Schwester: Jetzt muss ich aber gehen und weitermachen. Gott möge Sie behüten, Frau W.!¹⁸⁶

In seinem Kommentar verweist Reinhold Gestrich darauf, dass das Standhalten bei der Angst der Patientin die kranke Frau schließlich auf das stoßen ließ, was ihr mitten in der Angst Kraft gibt. Dazu war es entscheidend, dass die Kranken- und Gesundheitsschwester die geäußerten Empfindungen nicht beschwichtigte oder dämpfte, sondern sich ihnen stellte.¹⁸⁷ Auch wenn das angeführte Gesprächsbeispiel eine religiöse Ebene beinhaltet, so ist diese für den Autor jedoch keine unbedingte Voraussetzung, um Kranken existenziell beizustehen.¹⁸⁸ Es ist ihm ein Anliegen, Pflegekräfte für die seelischen Bedürfnisse von Kranken zu sensibilisieren, unabhängig davon, ob diese religiös sind oder nicht. Sein Buch bildet dazu ein breites Spektrum an Themen ab (z.B. Argumente für und gegen Patientenaufklärung,¹⁸⁹ nonverbale Kommunikation,¹⁹⁰ seelische Bedürfnisse von Sterbenden¹⁹¹).

Reinhold Gestrich ist aufgrund seiner langjährigen Erfahrungen als Krankenhausseelsorger allerdings bewusst, dass die Routinen vieler Einrichtungen, spezifische Probleme der Kranken

¹⁸⁶ Vgl. Gestrich ³2006, S. 77.

¹⁸⁷ Vgl. Gestrich ³2006, S. 77f.

¹⁸⁸ Vgl. Gestrich ³2006, S. 84.

¹⁸⁹ Vgl. Gestrich ³2006, S. 94-99.

¹⁹⁰ Vgl. Gestrich ³2006, S. 103-113.

¹⁹¹ Vgl. Vgl. Gestrich ³2006, S. 123-134.

selbst sowie auch Unsicherheit und mangelnde Sprachfähigkeit von Ärzten und Pflegenden eine seelsorgliche Begleitung oftmals erschweren. Sein Buch versteht sich daher sowohl als Anregung als auch als Anleitung zum seelsorglichen Beistand im Pflegealltag. Neben den jeweiligen thematischen Ausführungen finden sich in einzelnen Kapiteln auch Fallbeispiele und praxisnahe Übungen für Pflegekräfte.

3.5. Das Kurzgespräch in Seelsorge und Beratung (Timm Lohse)

Timm Lohse gibt in seinem Buch „Das Kurzgespräch in Seelsorge und Beratung“, das im Jahr 2003 erstmals erschien und 2008 in dritter Auflage veröffentlicht wurde, eine methodische Anleitung für Gespräche zwischen Tür und Angel in existenziellen Situationen.¹⁹² Ausgehend von seinen Erfahrungen als Pfarrer in einer Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte sowie im Rahmen der Cityseelsorge, nimmt er besondere Situationsmerkmale dieser Gespräche wie Zufälligkeit, Beiläufigkeit und Einmaligkeit zum Ausgangspunkt, um die Gesetzmäßigkeiten, Fallen und Chancen solcher Gespräche aufzuzeigen. Sein Buch versteht sich als Anleitung und Ermutigung für Menschen in den klassischen helfenden Berufen (Pflegekräfte sind ausdrücklich einbezogen¹⁹³), Kurzgesprächen nicht auszuweichen, sondern ihre besondere Chance zu nutzen.¹⁹⁴

Das Buch ist in folgende Abschnitte gegliedert:

Einführung in das Kurzgespräch

1. Die interaktiven Elemente des Kurzgesprächs
2. Die Methodik der Gesprächsführung
3. Das schlüssige Ende des Kurzgesprächs
4. Das hilfreiche Kurzgespräch
5. Nachwort: Die Methode des Kurzgesprächs im Rahmen der Alltagsseelsorge

Methodisch geht es darum, das „Konfliktkarussell“¹⁹⁵ der ratsuchenden Person anzuhalten und seine Kreisbewegung in eine lineare Richtung auf eine neue Sicht bzw. den ersten Schritt zu einer möglichen Konfliktlösung hinzuführen. Bereits die ersten Sätze und das Mandat, das

¹⁹² Lohse, Timm H., Das Kurzgespräch in Seelsorge und Beratung. Eine methodische Anleitung, Göttingen 2008.

¹⁹³ Vgl. Lohse 2008, S. 9.

¹⁹⁴ Vgl. Lohse 2008, S. 14.

¹⁹⁵ Mit diesem Begriff ist ein Dilemma, eine festgefahrene oder existenzgefährdende Situation gemeint, in der die ratsuchende Person feststeckt und gedanklich Kreise dreht.

die ratsuchende Person der ratgebenden überträgt, beinhalten hierfür entscheidende Hinweise. Von zentraler Bedeutung ist außerdem die Beziehungsebene zwischen der ratsuchenden und der ratgebenden Person. Am Anfang der Kontaktaufnahme besteht eine Asymmetrie, die es im Verlauf der Begegnung in eine symmetrisch-solidarische Achse zu überführen gilt.¹⁹⁶ Dieser Intention liegt die Annahme zugrunde, dass die ratsuchende Person selbst über innere Vorstellungen und Ressourcen verfügt, um aus eigener Kraft aus ihrem Dilemma, der festgefahrenen Situation herauszukommen.

Aufgabe der ratgebenden Person ist es, durch mütterliches Fragen neue Sichtweisen zu evozieren, in denen sich die ratsuchende Person wieder findet und entdecken kann, wie es für sie weitergehen könnte.¹⁹⁷ Timm Lohses methodische Anleitung zum Kurzgespräch in klassischen helfenden Berufen ist im systemischen Denken verankert und daher nicht problem-, sondern lösungs- und ressourcenorientiert. Sie will professionell Helfende, die neben ihrer fachlichen Kompetenz ein Gespür für die Ängste, Sorgen und innere Not ihres Gegenübers haben, ganz praktisch dabei unterstützen, „sich dem Menschen als Mensch zu stellen“.¹⁹⁸

Der Autor expliziert sein methodisches Vorgehen anhand einiger Fallbeispiele, die sich durch die einzelnen Kapitel des Buches hindurch ziehen. Davon stammen drei aus den Kontexten der Pflege bzw. dem Umgang mit Krankheit.¹⁹⁹ Eines aus der Praxis einer Hausärztin wird im folgenden angeführt, um einen Eindruck von den Charakteristika eines Kurzgesprächs nach Timm Lohse zu vermitteln:

„Nach der üblichen Begrüßung, noch während die Ärztin ihren Mantel ablegt, ihre Arzttasche öffnet, Blutdruckmessgerät und Stethoskop bereitlegt, bricht aus Frau H. [eine 80-jährige alleinstehende, gehbehinderte Frau, die über starke Kopfschmerzen und hohen Blutdruck klagt, Anm. der Verf.] ein unerschöpflicher Redeschwall: Er beginnt bei der Klage über die Tochter, auf deren Versorgung sie ja angewiesen sei, da sie – ‚Wie Sie ja sehen, Frau Dr.‘ und dabei macht sie mehrere vergebliche Versuche aufzustehen – nichts allein machen könne, und endet bei einem Urenkel, der für Frau H. kleinere Besorgungen erledigt. Frau Dr. G. bemüht sich nicht, sich einen Durchblick durch die verwickelten Verwandtschaftsbeziehungen von Frau H. zu verschaffen, sondern geht zunächst – fast wortlos – ihren ärztlichen Untersuchungen nach, setzt sich dann auf den freien Sessel neben

¹⁹⁶ Vgl. Lohse ³2008, S. 30-37. Das erinnert auch an Jaspers Verständnis vom Arzt als Mensch auf Augenhöhe und nicht als Helfer.

¹⁹⁷ Vgl. Lohse ³2008, S. 75-82.

¹⁹⁸ Vgl. Lohse ³2008, S. 147.

¹⁹⁹ Vgl. Lohse ³2008, Ein Gespräch am Krankenbett, S. 51-53, S. 128f.; Kraftquellen erschließen angesichts von Krankheit, S. 107-111; Aus der Praxis einer Hausärztin, S. 146f.

Frau H.

Dr. G.: Wer wird Sie versorgen, wenn Sie ganz hilflos sind?

Frau H.: Meine Tochter kann das nicht; ihr Mann ist schwer krebskrank. Und sonst hab ich niemand.

Dr. G.: Mit wem können Sie über Ihre Zukunftssorgen sprechen?

Frau H.: Von meiner Familie hört mir keiner mehr zu...

Dr. G.: Sonst haben Sie niemanden?

Frau H.: Mein Nachbar sagt, ich soll mal in der Sozialstation, hier um die Ecke, anrufen. Aber ich hab Angst, die wollen mich nur ins Heim bringen, und da will ich nicht hin.

Dr. G.: Ich kenne die zuständige Sozialarbeiterin. Die wird zu Ihnen nach Hause kommen und sehr genau prüfen, wie Ihre Lebensverhältnisse sich hier verbessern lassen.

Frau H.: Sie meinen auch, Frau Dr., ich soll da mal anrufen?

Dr. G.: Ja, tun sie es.

*Aus dem Konfliktkarussell der Klagen über unzureichende Versorgung durch die Familienangehörigen befreit Frau Dr. G. die Patientin, indem sie sich nicht instrumentalisieren lässt, behutsam andockt, sich klar erkundigt, ein realistisches Ziel formt und ergebnisorientiert das Kurzgespräch beendet.*²⁰⁰

Hilfreiche Kurzgespräche enthalten für die ratsuchende Person befreiende Wegweisung, die sich auch heilsam auf ihr seelisches Gleichgewicht auswirkt. Sie sind somit in wahrstem Sinne Seel-Sorge. Diese erfordert nach Timm Lohse eine konfessionelle Offenheit auf Seiten der beratenden Person, jedoch nicht im Sinne von Beliebigkeit, sondern vielmehr in einem reflektierten Bewusstsein dessen, was die beratende Person selbst „glaubt“.²⁰¹ Der Autor verortet seinen eigenen Glauben in seinem „*Verständnis der Selbstoffenbarung des dreieinigen Gottes im Prozess der Schöpfung, Erhaltung, Versöhnung und Erlösung der Welt*“.²⁰² Die Lebenswerte dieses Glaubens erschließen sich für ihn aus dem Doppelgebot der Liebe. Die im Neuen Testament überlieferten Kurzgespräche Jesu im Zusammenhang mit den Krankenheilungen sind für Timm Lohse ein Vorbild.²⁰³ Ebenso ist sein Verständnis von Hoffnung biblisch begründet.²⁰⁴

²⁰⁰ Lohse ³2008, S. 146f.

²⁰¹ Vgl. Lohse ³2008, S. 148.

²⁰² Ebd.

²⁰³ Vgl. Lohse ³2008, S. 149f.

²⁰⁴ Vgl. Lohse ³2008, S. 60 (auch Anm. 6).

Hoffnung ist ein konstitutives Element von Kurzgesprächen,²⁰⁵ das die beratende Person als etwas Lebensnotwendiges an- und aufnehmen sollte. Daraus leitet Lohse für Kurzgespräche ab:

- Kein „Smalltalk“
- kein oberflächliches „nach-dem-Munde-Reden“
- keine Beschwichtigungsformeln,
- sondern ein offenes, direktes Gespräch von Mensch zu Mensch.²⁰⁶

Die angeführten Fallbeispiele veranschaulichen insgesamt die spezifische Handhabung des Kurzgesprächs. Sie vermitteln jedoch auch, dass die praktische Umsetzung ein intensives Training voraussetzt. Interessierte finden dazu zahlreiche Fallbeispiele und Übungen im „Trainingsbuch zum Kurzgespräch“ von Timm Lohse,²⁰⁷ das in seinem Aufbau eng an die Struktur von „Das Kurzgespräch in Seelsorge und Beratung“ angelehnt ist.²⁰⁸ Wesentliche Aspekte wie z.B. das mæeutische Fragen,²⁰⁹ das Aufschlüsseln der Tiefenstruktur unterhalb der Oberfläche eines Gesprächs,²¹⁰ die Wirksamkeit von Sprechakten²¹¹ u.a. werden im Trainingsbuch ausführlicher behandelt. Ein Ziel besteht darin, zur vertieften Selbstwahrnehmung des eigenen Gesprächsverhaltens anzuleiten, sich von Fehlhaltungen und Fallen zu lösen²¹² und stattdessen hilfreiche, weiterführende Interventionen zu erschließen und einzuüben.²¹³ Die intensive Selbstbeobachtung und -reflexion soll keineswegs das Arbeiten in einer Gruppe ersetzen. Vielmehr gibt Lohses Trainingsbuch hilfreiche Anregungen zur kollegialen Aussprache und dem Trainieren von Kurzgesprächen in einer Kleingruppe, idealerweise in einer Dreiergruppe im Rahmen einer zwölf Personen umfassenden Gesamtgruppe.²¹⁴

Das im Jahr 2012 erschienene Buch von Timm Lohse „Grundlagen des Kurzgesprächs. Kenntnisse und Fertigkeiten für ein bündiges Beratungsgespräch“ fasst wesentliche Elemente des Kurzgesprächs auf dem Hintergrund der Sprachphilosophie und der

²⁰⁵ Vgl. Lohse ³2008, S. 55-60.

²⁰⁶ Vgl. Lohse ³2008, S. 59.

²⁰⁷ Vgl. Lohse, Timm H., Das Trainingsbuch zum Kurzgespräch. Ein Werkbuch für die seelsorgliche Praxis, Göttingen 2006.

²⁰⁸ Vgl. Lohse 2006, S. 9. Er verortet seinen Ansatz auch im Trainingsbuch explizit auf der Grundlage christlicher Theologie, vgl. Lohse 2006, S. 186f.

²⁰⁹ Vgl. Lohse 2006, S. 98-109.

²¹⁰ Vgl. Lohse 2006, S. 86-97.

²¹¹ Über die gewählte Modalform – Konjunktiv oder Indikativ, vgl. Lohse 2006, S. 110-115.

²¹² Diese sind in zahlreichen Beispielen mit einem ☺ markiert.

²¹³ In allen Abschnitten mit einem ☺ markiert.

²¹⁴ Vgl. Lohse 2006, S. 11.

Kommunikationswissenschaften zusammen.²¹⁵ Bei den angeführten Fallbeispielen liegt ein besonderes Augenmerk auf der Intonation und Sprachmodulation. Obwohl viele Abschnitte zur Methode inhaltlich dem „Kurzgespräch in Seelsorge und Beratung“ entsprechen, werden demgegenüber explizite theologische oder biblische Bezüge in dieser jüngsten Veröffentlichung nicht hergestellt. Der Verfasser charakterisiert das Kurzgespräch hier als „Bündnis mit dem Leben“, als „Berührung (...) mit der Tiefe des Lebens“²¹⁶.

3.6. Kommunikation in der Pflege (Esther Matolycz)

Esther Matolycz legt mit ihrer Veröffentlichung „Kommunikation in der Pflege“ eine praktische Hilfestellung für den Pflegealltag und für das Verständnis des menschlichen Miteinanders auf Grundlage verschiedener Kommunikationstheorien vor.²¹⁷ Das Buch enthält folgende Hauptabschnitte:

- I. Klassiker der Kommunikations- und Pflgetheorie. Grundlagen
- II. Wenn Kommunikation schwierig wird – spezielle Problemfelder und Lösungsansätze
- III. Pflegeabhängigkeit und Kommunikation
- IV. Transkulturelle Pflege und Kommunikation
- V. Kommunikationspartner und ausgewählte Gesprächssituationen in der Pflege

Esther Matolycz stellt die Ansätze von Watzlawick, Schulz von Thun, Rogers, Cohen u. a. anhand von vielen konkreten Beispielen aus der Praxis des Pflege- und Stationsalltags dar. Diese Verknüpfungen schaffen in einem hohen Maß Verständlichkeit – für die jeweilige Gesprächssituation sowie die jeweilige Kommunikationstheorie, die diese entschlüsselt. Obwohl der Begriff *Existenzielle Kommunikation* von der Autorin überhaupt nicht verwendet wird, geht es in vielen Passagen eben genau darum, wie das eingangs angeführte Fallbeispiel von Herrn Giebel und Schwester Gerti zeigt.²¹⁸

Im Unterschied zu der Literatur, die in diesem Kapitel bereits kommentiert wurde, liegt der existenziellen Kommunikation im Fachbuch von Esther Matolycz jedoch nicht unbedingt ein seelsorgliches Gesprächsverständnis zugrunde. Als Pädagogin, Kommunikationswissenschaftlerin und diplomierte Krankenpflegerin versteht es die Verfasserin hervorragend, in ihren Beschreibungen von spezifischen (Konflikt-) Situationen

²¹⁵ Timm H. Lohse, Grundlagen des Kurzgesprächs. Kenntnisse und Fertigkeiten für ein bündiges Beratungsgespräch, Norderstedt 2012.

²¹⁶ Vgl. Lohse 2012, S. 117.

²¹⁷ Vgl. Matolycz, Esther, Kommunikation in der Pflege, Wien 2009.

²¹⁸ Vgl. Kapitel 1. dieser Arbeit.

im Pflegealltag auch deren existenzielle Dimension zu erschließen und dementsprechend kommunikative Interventionsmöglichkeiten aufzuzeigen.²¹⁹ Folgende Gesprächsanalyse soll dafür exemplarisch stehen:

„Bei der Mittagsrunde kommt Christa zu Frau Giebel [65-jährige Schlaganfallpatientin mit Halbseitenlähmung, Anm. d. Verf.]. Die Speisetablets sind abserviert und Frau Habel [ihre Bettnachbarin, eine 45-jährige, ausgesprochen attraktive Patientin mit Bandscheibenvorfall, Anm. d. Verf.] ist bei der Physiotherapie. ‚Frisch ist es hier‘, sagt Christa, ‚soll ich nicht zumachen?‘ und geht zum Fenster.

‚Na, die wollte das‘ murmelt Frau Giebel und schaut mit bedeutungsvollem Blick zum Bett ihrer Nachbarin, die nicht da ist.

Christa schließt das Fenster, sieht Frau Giebel an und fragt: ‚Kann ich Ihnen helfen?‘ Diese kann nicht mehr an sich halten und sagt: ‚So eine große Dame, lackiert sich hier die Nägel und spielt Prinzessin, kann nur an sich denken, mehr kann sie nicht. Und schlaue Bücher lesen. Hier sind wir aber im Krankenhaus und nicht auf der Modenschau.‘

Christa hat ihr aufmerksam zugehört und sagt: ‚Hier werden alle Patienten gleich behandelt. Sie sollten nicht über ihre Nachbarin schimpfen, sondern sich mit ihr vertragen. Sehen Sie, jetzt war das Fenster den ganzen Vormittag zu, dann war es kurz offen, und wenn Frau Habel kommt, ist es wieder zu, dann ist das ja in Ordnung.‘ Christa tätschelt Frau Giebels Handgelenk. Diese schweigt, als Christa geht. ‚Was sticht denn bitte unsere Giebel?‘, witzelt Ute bei der Dienstübergabe. ‚Hat vorhin geweint wie ein Kind, aber herauszubringen ist nichts aus ihr.‘²²⁰

Als aktive Frau, die gerne reist, ist ihre momentane gesundheitliche Verfassung für Frau Giebel eine große Belastung. Neben ihrer Zimmernachbarin fühlt sie sich klein, alt und hilflos. Noch dazu hat diese in ihrer Wahrnehmung die Auseinandersetzung um das geöffnete Fenster gewonnen. *„Was Frau Giebel jetzt braucht“*, so Esther Matolycz, *„ist jemand, der ganz mit ihr und ihrem aktuellen Bedürfnis fühlt, und nicht einen Verweis auf den – für sie im Moment abstrakten – Begriff von Gerechtigkeit.*

(...) ‚Ihnen ist im Moment gar nicht nach Dame?‘, könnte Christa fragen und würde sicher zu hören bekommen, was in der Patientin vorgeht und könnte dann entsprechend reagieren.‘²²¹

²¹⁹ Vgl. dazu z.B. die Auseinandersetzung um ein geöffnetes Fenster im Krankenzimmer, Matolycz 2009, S. 117-121; oder die Botschaft hinter der Botschaft des Dauerläutens, S. 174-178.

²²⁰ Matolycz 2009, S. 118.

²²¹ Matolycz 2009, S. 120.

Entscheidend ist also wiederum das Identifiziert-Sein, die Empathie und Kongruenz der Pflegekraft anstelle einer sich distanzierenden objektiv-neutralen Haltung,²²² denn die „Nähe zu den Emotionen und Affekten Anderer bedingt kommunikative Handlungsfähigkeit“.²²³ So liegt der Schlüssel zum Verständnis des unter Kapitel 1. geschilderten Gesprächs für Esther Matolycz auch im fehlenden Identifiziert-Sein der Krankenschwester Gerti, das letztlich kein echtes „Spüren“ zuließ.²²⁴

In ihrem Kommentar zu diesem Gespräch schreibt die Autorin:

„Will sie [d.h. Schwester Gerti, Anm. d. Verf.] sich aber mit Herrn Giebel identifizieren, sich von dem, was in ihm vorgeht, im positiven Sinn ‚anstecken‘ lassen, gibt es nur eine Antwort auf seine Frage (‚Wie wird das zuhause werden? ‘), und die lautet: ‚Wie denken Sie denn, dass es zuhause werden wird? ‘

Wenn Gerti mit dem, was in Herrn Giebel vorgeht, ‚angesteckt‘ ist, wenn sie also weiß, was in ihm vorgeht, was er sich vorstellt und vermutet, wird ihr ganz von selbst klar sein, was sie ihm antworten kann, ohne ihn (wie es geschehen ist) zu überfordern, sie muss dann quasi nicht ‚ins Blaue‘ antworten.

(...)

Mit großer Wahrscheinlichkeit wird er auf die Frage, die ich oben vorschlug, ein ‚Thema‘ vorgeben. Bei diesem könnte Gerti bis zum nächsten Gespräch bleiben, wobei anzunehmen ist, dass er sich Schritt für Schritt in die neue Situation einfinden wird.“²²⁵

3.7. Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag (Monika Specht-Tomann und Doris Tropper)

Im Jahr 2011 erschien von Monika Specht-Tomann und Doris Tropper „Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag“ in vierter, überarbeiteter Auflage.²²⁶ Die Verfasserinnen betrachten Kommunikation als Heilmittel, das Kraftpotenziale in Menschen freisetzen kann, die zur Bewältigung von Krisen und Krankheiten betragen können.²²⁷ Den Wunsch nach Medikalisierung und das fachärztliche Spezialistentum beurteilen sie kritisch

²²² Vgl. z.B. Operationsvorbereitung, Matolycz 2009, S. 168.171f.; Was der immer nur mit dieser Allergie hat!, S. 174-178.

²²³ Vgl. Matolycz 2009, S. 121.

²²⁴ Vgl. Matolycz 2009, S. 119-123. Sich-Identifizieren wird in diesem Zusammenhang nicht im psychoanalytischen Sinn verstanden, sondern vielmehr als Empathie oder „seelische Ansteckung“ (S. 120).

²²⁵ Matolycz 2009, S. 121.

²²⁶ Specht-Tomann, Monika/Tropper, Doris, Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag, Berlin ⁴2011. Die vorangehenden Auflagen erschienen in den Jahren 2000, 2003 und 2007.

²²⁷ Vgl. Specht-Tomann/Tropper ⁴2011, S. 4f. 62.

gegenüber der „*Kultur des guten alten Hausarztes, der gleichzeitig Arzt, Priester, Therapeut, Eheberater und noch vieles mehr war*“.²²⁸ Dagegen möchten die beiden Autorinnen professionelle Helfer wie engagierte Laien dazu anregen, an uraltes menschliches Wissen anzuknüpfen, da Berührungen und Kommunikation zu den menschlichen Urerfahrungen gehören.²²⁹

Das Buch gliedert sich in folgende Abschnitte:

1. Einführende Gedanken
 - 1.1 Anfänge menschlicher Kommunikation
 - 1.2 Kommunikation als Heilkraft
 - 1.3 Kommunikation für therapeutische Begleiter: Zielsetzung des Buches
2. Kommunikation: Entwicklungsgeschichte und Theorieansätze
 - 2.1 Kommunikation im Alltagsverständnis der Menschen
 - 2.2 Grundbegriffe der Kommunikation: eine Übersicht
 - 2.3 Die Bedeutung der Sprache
 - 2.4 Entwicklungspsychologische Grundlagen
 - 2.5 Von der Theorie zur Praxis: das Kommunikationsmodell von Schulz v. Thun
 - 2.6 Nonverbale Kommunikation
 - 2.7 Unterschiedliche Aspekte der Kommunikation
 - 2.8 Gedanken zum Thema Kommunikation: Literatur, Texte, Fallbeispiele
3. Angewandte Kommunikation
 - 3.1 Persönliche Voraussetzungen
 - 3.2 Hilfen für ein gutes Gespräch
 - 3.3 Berührende Gespräche
 - 3.4 Das biografische Gespräch
 - 3.5 Kommunikation mit alten, verwirrten Menschen
 - 3.6 Kommunikation in der Sterbebegleitung
 - 3.7 Gedanken zum Thema angewandte Kommunikation: Literatur, Texte, Fallbeispiele

Als Psychologin und Physiotherapeutin verfügt Monika Specht-Tomann ebenso wie die Journalistin und Erwachsenenbildnerin Doris Topper unter anderem auch über langjährige Erfahrungen in der Hospizarbeit. Sterbebegleitung ist für sie von der Haltung bestimmt, in ehrlicher Solidarität in Beziehung zum kranken bzw. sterbenden Menschen zu treten, ohne

²²⁸ Vgl. Specht-Tomann/Tropper ⁴2011, S. 4.

²²⁹ Vgl. Specht-Tomann/Tropper ⁴2011, S. 3. 69-72.

jede Besserwisserei und ohne bestimmte Antworten parat zu haben.²³⁰ Diese Einstellung lässt sich auch in anderen Gesprächszusammenhängen feststellen. Ihrem Anliegen, verständlich und in einfacher Sprache Kommunikationsmodelle sowie daraus resultierende praktische Möglichkeiten im Pflegealltag zu beschreiben, werden die beiden Autorinnen in allen Abschnitten gerecht. Einen besonderen Stellenwert nimmt die Biographiearbeit ein,²³¹ die in der vierten Auflage um das Thema „Biographiearbeit als Stressprophylaxe“ erweitert wurde.²³² Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der nonverbalen Kommunikation²³³ und taktilen Berührungen²³⁴. Hierzu finden sich auch Fallbeispiele²³⁵, meditative Texte, Fotos und Abbildungen.

Neben dem Kommunikationsmodell von Schulz von Thun²³⁶ und den Persönlichkeitsinstanzen nach der Transaktionsanalyse²³⁷ orientieren sich Monika Specht-Tomann und Doris Tropper auch an Eriksons Stufenmodell der menschlichen Entwicklung.²³⁸ Demnach ist jedes Entwicklungsstadium mit bestimmten (Lebens-) Aufgaben verbunden.²³⁹ Scheitert deren Bewältigung, so können daraus unter anderem Misstrauen, Scham, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Unsicherheit resultieren und sich durch mehrere Lebensphasen hindurch ziehen. Die Bearbeitung aktueller Lebensaufgaben bietet mithin die Chance, auch frühere, ungelöste Entwicklungsaufgaben zu bewältigen.²⁴⁰ Ist eine verbale Kommunikation allerdings (fast) nicht mehr möglich, dann gewinnt direkter Körperkontakt an Bedeutung.²⁴¹ Es ist jedoch eine ausgeprägte Sensibilität nötig, um zu erfassen, ob Patientinnen und Bewohner es tatsächlich wünschen, berührt zu werden.²⁴²

Zur Anregung für die Praxis enthält das Buch auch Kinderreime, Schlaflieder und Fotos mit Gegenständen aus alter Zeit. Bisweilen entsteht allerdings der Eindruck, dass die Autorinnen von einer vermeintlich „guten, alten Zeit“ mit entsprechenden idealisierenden Verklärungen

²³⁰ Vgl. Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 113.

²³¹ Vgl. Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 86-96. 115f.

²³² Vgl. Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 93-96.

²³³ Vgl. Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 43- 54. 68-71. 101-105.

²³⁴ Vgl. Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 68-85.

²³⁵ Vgl. die berührende Geschichte von der sterbenden Rosa, Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 117f.

²³⁶ Vgl. Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 32-43.

²³⁷ Vgl. Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 38.

²³⁸ Vgl. Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 28-31. 97.

²³⁹ Vgl. Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 97.

²⁴⁰ Ebd.

²⁴¹ Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 101: „*Wie sehr jeder Mensch die Berührung von Beginn seines Lebens an braucht, wie wichtig die Berührung vor, während und nach der Geburt ist, wurde bereits ausführlich dargestellt. (...) Es bleibt zu fragen, ob nicht gerade am Ende des Lebens die Berührung genauso wichtig ist. Wenn man den Tod gleichsam als eine ‚Geburt in eine andere Welt‘ begreifen kann, so muss der Berührung in der Alten- und Sterbebegleitung ein zentraler Platz eingeräumt werden.*“

²⁴² Vgl. Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 78-80. Die beiden Autorinnen möchten zu dieser Sensibilität anleiten.

ausgehen,²⁴³ von denen eher fraglich ist, ob diese tatsächlich den (biographischen) Wirklichkeiten der betroffenen Menschen entsprechen.²⁴⁴ Der Rückbezug auf eine vermeintlich gute alte Zeit übersieht außerdem auch, dass sowohl Verständnis als auch Verhalten in Bezug auf Krankheit und Gesundheit bei vielen Menschen heute polykontextural angelegt sind.²⁴⁵ Das bedeutet, dass die Inanspruchnahme von High-Tech-Medizin und komplementären Verfahren einander keinesfalls ausschließen, sondern sogar oftmals miteinander einhergehen.²⁴⁶ Der Umgang mit Krankheit und Gesundheit im eigenen Leben evoziert zahlreiche Spannungen, Widersprüche und Ambivalenzen. Die pauschale Bezugnahme auf eine vermeintlich gute alte Zeit übersieht diese komplexen Spannungen allerdings leicht und läuft somit Gefahr – trotz bester Absichten – an der Lebenswirklichkeit vieler Menschen vorbei zu gehen.

Wer mehr über die Möglichkeiten von nonverbaler Kommunikation und taktilem Berührung erfahren möchte, wird in diesem Buch praxisnahe Anregungen finden. Außerdem enthält der Abschnitt zur „Biographiearbeit als Stressprophylaxe“²⁴⁷ weiterführende Impulse für die Vorbereitung von Fortbildungen und Seminareinheiten für Pflegekräfte. Demnach eröffnet Biographiearbeit diesen nicht nur einen erweiterten und vertiefenden Zugang zu den Patientinnen und Patienten, sondern auch Möglichkeiten der Selbstreflexion, die ihre Sozialkompetenz stärken und schließlich zur Stressprophylaxe beitragen kann. Es finden sich zahlreiche Beispiele für biographiegeleitete Fragestellungen zu

- berufsbezogenen Themen
- zum beruflichen Werdegang
- zum Ausloten von Möglichkeiten, auf Stressoren positiv einzuwirken.²⁴⁸

3.8. Gesprächsführung in der Altenpflege (Maria Langfeldt-Nagel)

Im Jahr 2011 erschien die zweite, aktualisierte Auflage des Fachbuchs „Gesprächsführung in

²⁴³ So findet sich z.B. die romantisierende Einschätzung: „In einer Zeit der Hektik und Schnelllebigkeit, des raschen Wechsels von einem Ort zum andern und aller Möglichkeiten der Telekommunikation, ist das ‚Prinzip Geduld‘ wie eine seltene, vom Aussterben bedrohte Pflanze zu sehen.“ Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 63.

²⁴⁴ Wenn es etwa heißt: „Für den alten Mann, der Zeit seines Lebens Tischler war, bedeuten Schrauben, Zwingen, eine Feile, der Hobel oder bloß Hobelspäne Gegenstände von größter persönlicher Vertrautheit. Die alte Schneiderin wird mit einem Stück Stoff, Nähnaedel, Zwirn und Schere voll Begeisterung in ihre geliebte, alte Rolle zurückfallen.“ Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 105.

²⁴⁵ Vgl. Vogd 2009, S. 28f.

²⁴⁶ So z.B. oftmals in der Pränatalmedizin.

²⁴⁷ Vgl. Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 93-96.

²⁴⁸ Vgl. Specht-Tomann/Tropper⁴2011, S. 94f.

der Altenpflege“ von Maria Langfeldt-Nagel,²⁴⁹ Krankenschwester, Diplom-Psychologin und Lehrende an Fachseminaren für Altenpflege. Ihr Buch basiert auf psychologischem Handlungswissen, Erfahrungen aus dem Unterricht und in der Altenpflege. Es enthält folgende Kapitel:

1. Altenpflege: Unterstützung bei der Bewältigung des Alters
2. Der Mensch in seiner sozialen Umwelt
3. Miteinander in Beziehung treten: Kommunikation
4. Gespräche analysieren
5. Basiskompetenzen
6. Probleme bearbeiten
7. Konflikte bewältigen
8. Unterstützung geben
9. Gespräche mit alten Menschen
10. Gespräche mit Angehörigen
11. Gespräche im Team
12. Grenzen der Machbarkeit

Die Unterscheidung von analoger und digitaler Kommunikation sowie das Modell von Schulz von Thun dienen als Theorie-Grundlagen, auf denen Maria Langfeldt-Nagel Gespräche im Alltag der Altenpflege analysiert.²⁵⁰ Einführendes Verstehen, aktives Zuhören, Kongruenz, Ich-Botschaften und Humor sind Basiskompetenzen für gelingende Gespräche, die erlernt werden können.²⁵¹ Das Buch enthält dazu zahlreiche praktische Anleitungen und Übungen zur Selbstreflexion wie zur Gruppenarbeit.

Unter der Überschrift „In Krisen beistehen“ (Abschnitt 8.5) behandelt die Autorin das Thema „Existenzielle Kommunikation“, ohne diesen Begriff allerdings zu verwenden.²⁵² Sie unterscheidet zwischen „traumatischen Krisen“ und „Veränderungskrisen“. Der typische Verlauf einer traumatischen Krise besteht demnach in Schockphase – Reaktionsphase – Bearbeitungsphase – Neuorientierung, ausgelöst wird sie durch plötzliche, meist nicht vorhersehbare Schicksalsschläge. Veränderungskrisen können hingegen entstehen, wenn vorhandene Kräfte nicht mehr ausreichen, um eine neue Situation oder neue Aufgaben zu bewältigen. Auch hier lassen sich vier Phasen unterscheiden: 1. Mit gewohnten Strategien Abhilfe suchen – 2. Bei Misslingen Versagensgefühle – 3. Mobilisierung aller Kräfte – 4. Bei

²⁴⁹ Maria Langfeldt-Nagel, Gesprächsführung in der Altenpflege, München ²2011. Die Erstauflage stammt aus dem Jahr 2004.

²⁵⁰ Vgl. Langfeldt-Nagel ²2011, S. 58-75.

²⁵¹ Vgl. Langfeldt-Nagel ²2011, S. 84-105.

²⁵² Vgl. Langfeldt-Nagel ²2011, S. 148-153.

Misserfolg unerträgliche Spannung, Angst, Hilflosigkeit, Gefühl der Überforderung, ungesteuertes Verhalten, ziellose Aktivitäten, Denkblockaden.

In einer Schockphase können Pflegekräfte durch bloße Anwesenheit beistehen und den Betroffenen vermitteln, dass sie nicht alleine, nicht im Stich gelassen werden. Mitarbeitende in Pflege und Betreuung können durch Körperkontakt oder Fürsorge versuchen, ein Gefühl der Geborgenheit zu vermitteln. In einer Reaktionsphase oder der vierten Phase einer Veränderungskrise können Mitarbeitende die Betroffenen unterstützen durch emotionale Stabilisierung (einführendes Verstehen, bei Bedarf für Ruhe und Aktivität sorgen) und Strukturierung der Aufgaben (Organisation von notwendigen Maßnahmen, Informationen bereitstellen, durch Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit das Vertrauen stärken).

Die Aufnahme in ein Pflegeheim stellt oftmals ein krisenhaftes Ereignis im Leben von alten Menschen dar.²⁵³ Pflegenden können mit entsprechender Sensibilität und einfühlsamen Gesprächen im Pflegealltag entscheidend dazu beitragen, dass Betroffene sich wieder orientieren und die Belastung bewältigen können. Bei allen Möglichkeiten, die Maria Langfeldt-Nagel in zahlreichen Beispielen aufzeigt, macht sie jedoch auch die Grenzen des beruflichen Handelns von Pflegekräften bewusst.²⁵⁴ Auch hierin zeigt sich die große Realitäts- und Praxisnähe ihres Fachbuchs.²⁵⁵ Pflegeideale von „Gegenseitigkeit und Wechselseitigkeit“ oder „Ganzheitlichkeit“ hinterfragt die Autorin ebenso kritisch wie das Konzept der sogenannten „Kundenorientierung“.²⁵⁶ Die Beziehung zwischen betreuten Menschen und Pflegenden beschreibt sie als „*Interaktion zwischen Hilfsbedürftigen und professionell Hilfe Gebenden*“.²⁵⁷ Sie ist eine Arbeitsbeziehung, die so gestaltet werden kann, dass sich die betreuten und gepflegten Menschen verstanden und wertgeschätzt fühlen.²⁵⁸ Die Grenzen der eigenen Person sind dabei jedoch zu beachten. Die häufige Klage über den Zeitmangel in der Pflege versteht Maria Langfeldt-Nagel auch als Schutzwall, um eigene Begrenzungen nicht wahrnehmen zu müssen. Dahinter steht dann manchmal:

„Ich ertrage es nicht lange, immer dieselben Geschichten, das Jammern, das Anklagen, die

²⁵³ Vgl. Langfeldt-Nagel ²2011, S. 156-159. 179. 239f.

²⁵⁴ Langfeldt-Nagel ²2011, S. 245: „Wenn Ziele nicht erreicht werden, kann es daran liegen, dass die falschen Strategien gewählt wurden. Es ist aber auch möglich, dass unangemessene Ziele formuliert wurden. Altenpflegerinnen können weder die Persönlichkeit noch das soziale Verhalten der von ihnen betreuten Menschen verändern. Hilfreicher wäre der Versuch, die betreuten alten Menschen so zu akzeptieren, wie sie sind, das heißt z.B., gegebenenfalls auch zu akzeptieren, dass sie nicht an der Integration in den Wohnbereich oder den angebotenen Aktivitäten interessiert sind.“

²⁵⁵ Vgl. Langfeldt-Nagel ²2011, S. 152. 238-247.

²⁵⁶ Vgl. Langfeldt-Nagel ²2011, S. 243f.

²⁵⁷ Vgl. Langfeldt-Nagel ²2011, S. 244.

²⁵⁸ Vgl. Langfeldt-Nagel ²2011, S. 245.

Überheblichkeit, die Passivität... ‘.

(...)

In solchen Fällen hilft es, sensibel mit sich selbst umzugehen, das eigene Unvermögen wahrzunehmen und zu sagen: *„Ich kann Frau Schmitz nicht länger als wenige Minuten ertragen.“* Wenn die eigenen Grenzen so akzeptiert werden, kann hinzugefügt werden: *„Aber die wenigen Minuten, die ich sie aushalte, will ich ihr so oft wie möglich schenken.“* [Verweis auf Schützendorf 2008].²⁵⁹

Ein solches Bewusstsein von den eigenen Grenzen eröffnet Freiräume, mit denen sich eine professionelle Beziehung zu den Gepflegten gestalten lässt.

3.9. Fallverstehen in der Pflege von alten Menschen (Esther Matolycz)

Hierbei handelt es sich um die jüngste Veröffentlichung der bereits unter Abschnitt 3.6. genannten Autorin. Sie möchte Pflegende dazu anleiten, theoretisches Regelwissen situationsadäquat anwenden und mit den jeweiligen Anforderungen einer komplexen Situation verbinden zu können.²⁶⁰ Für professionell Pflegende gilt es demnach, im Lauf der Zeit eine Haltung zu entwickeln, die es ihnen ermöglicht, Pflegesituationen multiperspektivisch wahrzunehmen – einschließlich ihrer jeweils eigenen Logik und ihren „blinden Flecken“ – um „auf dieser Grundlage das Geschehen verstehen und weiter planen zu können“.²⁶¹

Das Buch gliedert sich in folgende Abschnitte:

- 1 Einleitung

- I Grundsätzliches
- 2 Fallbezogenes Arbeiten
- 3 Professionelles Handeln und Fallverstehen
- 4 Säulen eines Falls in der geriatrischen Pflege
- 5 Erste Fragen und Antworten

- II Die Säule „Klient“
- 6 Was kann man sehen?
- 7 Was bedeuten Symptome und Interventionen für den Klienten?

²⁵⁹ Vgl. Langfeldt-Nagel ²2011, S. 246.

²⁶⁰ Vgl. Matolycz 2013, S. 2f. 30.

²⁶¹ Vgl. Matolycz 2013, S. 31-34.

- 8 Unerwünschte Wirkungen von Pflege
- 9 Was bedeutet es, in einer Pflegeeinrichtung zu leben?
- 10 Wie kann man Ausdruck und Verhalten von Klienten beschreiben?

- III Die Säule „Beziehung“
- 11 „Nicht alles ist, wie es scheint“ – Psychodynamik und Fallverstehen
- 12 Falsche Adressen: Übertragung und Gegenübertragung
- 13 Unbemerkttes Zusammenspiel mit klaren Regeln: Kollusion
- 14 Zugeschriebenes und hervorgerufenes Verhalten: Projektionen

- IV Die Säule „Organisation/Institution“
- 15 „Institutionen wirken!“
- 16 Team- und Pflegekulturen in Organisationen und Institutionen
- 17 „Darüber wird nicht viel gesprochen“: Gefühle in Organisationen
- 18 „Bis man nicht mehr kann...“ – das eigene Handeln verstehen

- V Fallverstehend arbeiten
- 19 Nähe und Distanz – zwei unterschiedliche Beziehungstypen
- 20 Die Professionalität nicht verlieren – Grundregel und Abstinenzregel
- 21 Was gehört dazu? Der Fall und seine Daten
- 22 Über Fälle sprechen – verschiedene Ebenen
- 23 Wo man steht, bestimmt, was man sieht: sich identifizieren
- 24 Was der Klient denkt – Kommentar und Eigentheorie
- 25 Was der Klient sagt und zeigt – die Rolle der Sprache
- 26 Liege ich richtig? Abgleich mittels Meta-Sensibilität
- 27 Sechs Thesen zum Fallverstehen in der Pflege alter Menschen

Esther Matolycz spürt auch die unbewussten ambivalenten und komplexen Spannungen, Beziehungsdynamiken und Verstrickungen auf, die das Pflegehandeln häufig negativ beeinflussen.²⁶² Eine fallverstehende Haltung im Sinne der Autorin verfolgt andere Ziele als psychotherapeutische Prozesse oder psychologische Begleitung, wenngleich grundlegende Erkenntnisse aus der Psychoanalyse auf das Fallverstehen Anwendung finden.²⁶³ Das Fallverstehen soll reflektiertes professionelles Pflegehandeln ermöglichen,²⁶⁴ verborgene Probleme einer Bearbeitung zugänglich machen und zur Entlastung der Pflegekräfte

²⁶² Vgl. Matolycz 2013, S. 74-120. (Diese Seitenauswahl steht exemplarisch, da sich ein solcher Bezug in fast allen Abschnitten findet.)

²⁶³ Vgl. Matolycz 2013, S. 70-93. 108-120. 128-130.

²⁶⁴ Matolycz, S. 33: „*Pflegende handeln damit nicht auf Ebene persönlicher Betroffenheit oder auf Ebene der Verstrickung in unprofessionelle Beziehungen, sondern durchschauen unprofessionelles Miteinander.*“

beitragen.²⁶⁵

Die Fallbeispiele stammen allesamt aus der Altenpflege und bilden typische Situationen des geriatrischen Pflegealltags ab. Vermutlich werden sich viele Pflegekräfte in den Situationen wiederfinden, die Esther Matolycz schildert. Ihr gelingt es auch mit diesem neuen Buch ganz hervorragend, theoretisches Wissen für die Praxis nutzbar zu machen und auf seiner Grundlage Berufs- und Lebenswirklichkeiten zu erschließen. Die Autorin deckt auf, welche verborgene Dynamik hinter den häufig verwendeten Begriffen wie „Achtsamkeit“, „Wertschätzung“ oder „Empathie“ wirksam sein kann,²⁶⁶ sie benennt Abwehrmechanismen²⁶⁷ und beleuchtet somit verschwiegene Seiten des Pflegealltags. Das Fallverstehen zeichnet sich nach Esther Matolycz durch gedankliche Einbeziehung von mehreren Ebenen aus,²⁶⁸ daher stellt sie auch einseitige Sichtweisen und Festlegungen innerhalb von Stationsteams in Frage. Hinsichtlich der Klienten und Klientinnen regt sie dazu an, deren Konnotationen,²⁶⁹ Kommentare, Eigentheorien und Deutungen²⁷⁰ zu beachten, um sich an ihre Sicht- und Verständnisweisen anzunähern und diese – wenn möglich – für den Pflegeprozess und die damit einhergehenden Interaktionen nutzbar zu machen.

3.10. Existenzielle Kommunikation in Pflegelehrbüchern

In diesem Abschnitt wird untersucht, wie existenzielle Kommunikation in Pflegelehrbüchern dargestellt und thematisch behandelt wird. Um zu erfassen, mit welchen Vorstellungen unterschiedliche Generationen von Pflegekräften in ihrer Berufsausbildung sozialisiert wurden, wird auch Bezug auf ältere Werke genommen.

Im Jahr 1993 erschien die vierte überarbeitete Auflage des Fachbuchs „Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht“ von Nancy Roper, Winifred W. Logan und Alison J. Tierney.²⁷¹ Dieses Pflegemodell entstand im

²⁶⁵ Vgl. Matolycz 2013, S. 170f. Das Fallverstehen stellt allerdings keinen Ersatz für die Supervision dar und ist von dieser zu unterscheiden, vgl. Matolycz 2013, S. 32f.

²⁶⁶ Vgl. Matolycz 2013, S. 108-110. 144-147. (Die Seitenauswahl steht exemplarisch.)

²⁶⁷ Vgl. Matolycz 2013, S. 110-120.

²⁶⁸ Vgl. Matolycz 2013, S. 148.

²⁶⁹ Vgl. Matolycz 2013, S. 43f. Die Fallbeispiele zeigen, welche Bedeutung einer Erkrankung / der eigenen Pflegebedürftigkeit von den Betroffenen zugeschrieben wird: „Strafe des Schicksals“, „Chance“, „Strategie“, „Bewusstsein der eigenen Abhängigkeit“.

²⁷⁰ Vgl. Matolycz 2013, S. 150-153.

²⁷¹ Roper, Nancy/Logan, Winifred W./Tierney, Alison J., Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht, Baunatal 1997 (4., überarb. Auflage 1993, unveränderter Nachdruck 1997).

angelsächsischen Kontext und basiert auf fünf Hauptkomponenten: Insgesamt 12 Lebensaktivitäten (LA), Lebensspanne, Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum, Einflussfaktoren auf die LA, Individualität. Spirituelle Bedürfnisse gehören demnach zu den soziokulturellen Faktoren und beinhalten geistige, religiöse und ethische Aspekte.²⁷² Sie stehen in enger Verbindung mit jeder der 12 Lebensaktivitäten²⁷³ und können diese entscheidend beeinflussen,²⁷⁴ wie z.B. das Essverhalten.²⁷⁵

Die Verfasserinnen unterscheiden zwischen Religiosität (als Zustimmung zu einem bestimmten Glaubenssystem) und Spiritualität (als Suche nach dem Sinn des Lebens).²⁷⁶ Sie erkennen einen besonderen Gesprächsbedarf auch bei den Erkrankten, die sich explizit als nicht religiös bezeichnen.²⁷⁷ Kranke empathisch beim Umgang und der Bewältigung ihrer Krankheit zu unterstützen, gehört zu den beruflichen Aufgaben von Pflegekräften.²⁷⁸ Wenn jedoch keine Aussicht auf Heilung mehr besteht und Patientinnen im Sterben liegen, vermeiden Pflegende häufig einen engeren persönlichen Kontakt und täuschen das Bild der „geschäftigen Krankenschwester“ vor.²⁷⁹ Dagegen möchten die Verfasserinnen Pflegekräfte dazu ermutigen, Sterbenden durch ihre persönliche Anwesenheit beizustehen, ihnen genau zuzuhören, für ihre körperlichen Bedürfnisse zu sorgen und ihnen Mitgefühl und Anteilnahme zu zeigen. Die Sorge für die Sterbenden und Hinterbliebenen ist ein wichtiger Teil der Pflege.²⁸⁰ Auch für die Angehörigen²⁸¹ von Sterbenden ist es entscheidend, dass ihnen die Pflegekräfte zur Seite stehen, ihnen Auskunft geben und sie einfühlsam einbeziehen.²⁸²

Auf dem Hintergrund der Pflegemodelle nach Nancy Roper (Lebensaktivitäten), Sr. Liliane Juchli (Aktivitäten des täglichen Lebens) und Marianne Krohwinkel (Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens) definiert Mechthild Seel die Unterstützung des Menschen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL; LA; AEDL) als eigentlichen

Die erste Auflage dieses Lehrbuchs erschien im Jahr 1980, zum Entstehungsprozess vgl. Roper/Logan/Tierney 1997, S. 36.

²⁷² Vgl. Roper/Logan/Tierney 1997, S. 8.

²⁷³ Für eine sichere Umgebung sorgen, Kommunizieren, Atmen, Essen und Trinken, Ausscheiden, Sichsauberhalten und Kleiden, Regulieren der Körpertemperatur, Sichbewegen, Arbeiten und Spielen, Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten, Schlafen, Sterben.

²⁷⁴ Vgl. Roper/Logan/Tierney 1997, S. 56.

²⁷⁵ Vgl. Roper/Logan/Tierney 1997, S. 316.

²⁷⁶ Vgl. Roper/Logan/Tierney 1997, S. 90f.

²⁷⁷ Vgl. Roper/Logan/Tierney 1997, S. 91.

²⁷⁸ Vgl. Roper/Logan/Tierney 1997, S. 18.

²⁷⁹ Vgl. Roper/Logan/Tierney 1997, S. 710-712 (711).

²⁸⁰ Vgl. Roper/Logan/Tierney 1997, S. 715f.

²⁸¹ Der Begriff „Angehörige“ bezeichnet nicht nur die engere Familie, sondern auch Verwandte, Freunde und Partner, vgl. Roper/Logan/Tierney 1997, S. 712.

²⁸² Vgl. Roper/Logan/Tierney 1997, S. 712-714.

Aufgabenbereich von Krankenschwestern und -pflegern, zu dem auch ausdrücklich die Begleitung in existenziellen Situationen gehört.²⁸³ Im Jahr 1998 erschien die vollständig überarbeitete und erweiterte dritte Auflage ihres Lehrbuchs „Die Pflege des Menschen“.²⁸⁴ In seiner Einleitung befindet sich ein Abschnitt zum Thema „Pflege und religiöse Bedürfnisse“ mit Informationen zu einzelnen Religion(sgemeinschaft)en und ihren zentralen Glaubensvorstellungen, Jenseitshoffnungen, rituellen Praktiken und Speisevorschriften.²⁸⁵

Außerdem eröffnet dieses Lehrbuch viele Einblicke in das existenzielle Erleben, das mit bestimmten klinischen Befunden einhergehen kann, wie z.B. nach einer Hysterektomie,²⁸⁶ der Diagnose „Krebs“²⁸⁷ oder „HIV - positiv“,²⁸⁸ nach einem Suizidversuch,²⁸⁹ oder auf einer Intensivstation,²⁹⁰ um nur einige Beispiele zu nennen. Auf diese Weise erhalten Pflegekräfte notwendige Informationen, die es ihnen ermöglichen, sich in die Situation der Betroffenen bzw. ihrer Angehörigen hineinzusetzen. Professionelles pflegfachliches Handeln ist somit an die adäquate Wahrnehmung von existenziellen Erlebensweisen geknüpft.

In Hinsicht auf die Begleitung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen plädiert die Autorin für eine frühzeitige Aufklärung über die Prognose, um ihnen Zeit zu geben, Abschied zu nehmen und loszulassen. Allerdings sollte immer noch Raum für Hoffnung bleiben, „egal worauf sie ausgerichtet ist“.²⁹¹ Entgegen der Bestrebung von Pflegenden, sich in eine intensive pflegetechnische Versorgung zu flüchten, um dem Bedürfnis nach Zuwendung, Anteilnahme und Geborgenheit auszuweichen, plädiert Mechthild Seel für Gesprächsbereitschaft und solchen Beistand, der Todkranke spüren lässt, dass sie unter Lebenden sind und nicht im Stich gelassen werden. Selbstverständlich können auch Angehörige in das Geschehen mit einbezogen werden.

Das Lehrbuch „Pflege heute“ von Nicole Menche erschien 2011 in fünfter, vollständig überarbeiteter Auflage.²⁹² Es lässt sich keinem bestimmten Pflegemodell zuordnen, sondern bietet umfassende Informationen nach dem jeweils aktuellen Kenntnisstand, zahlreiche

²⁸³ Vgl. Seel ³1998, S. 7.

²⁸⁴ Vgl. Seel, Mechthild, Die Pflege des Menschen, Hagen ³1998 (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Die vorangehenden Auflagen erschienen in den Jahren 1992 und 1993.

²⁸⁵ Vgl. Seel ³1998, S. 8-11.

²⁸⁶ Vgl. Seel ³1998, S. 841.

²⁸⁷ Vgl. Seel ³1998, S. 918-920;

²⁸⁸ Vgl. Seel ³1998, S. 827f.

²⁸⁹ Vgl. Seel ³1998, S. 776-778.

²⁹⁰ Vgl. Seel ³1998, S. 380f. 398.

²⁹¹ Vgl. Seel ³1998, S. 981f.

²⁹² Menche, Nicole, Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe, München ⁵2011. Die vorangehenden Auflagen erschienen in den Jahren 1997, 2001, 2004 und 2007.

Graphiken und Schaubilder zu allen pflegefachlichen Themen. Im ersten Hauptteil (Kapitel 1 bis 12) werden Grundlagen der Pflege behandelt. Besonders die Kapitel „Menschenbilder und Ethik“, „Lebensphasen“ und „Palliativpflege“²⁹³ nehmen auf existenzielle Dimensionen in der Pflege Bezug. Neben Eriksons Modell der Lebensphasen werden auch Erkenntnisse der Sozialisations- sowie der Copingforschung berücksichtigt (vgl. Kapitel 5).²⁹⁴ Unter „Palliativpflege“ wird auch auf die religiöse Bedeutung des Todes in verschiedenen Religionen hingewiesen. Entsprechende Rituale angesichts des nahenden Todes sowie bei der Versorgung von Toten werden ebenfalls beschrieben (Vgl. Kapitel 10²⁹⁵). Außerdem enthält dieses Kapitel auch einen Abschnitt zum Umgang mit sterbenden Kindern.

Das Lehrbuch von Nicole Menche bietet in allen Kapiteln eine außerordentliche Informationsfülle auf neuestem Wissensstand und gibt somit die komplexen Zusammenhänge, in denen sich pflegefachliches Handeln vollzieht, wieder. Berufliche Rahmenbedingungen werden nicht ausgeblendet, sondern benannt und daraus resultierende Spannungen verdeutlicht.²⁹⁶

Aufgaben der Pflegenden in der Krisenbegleitung sind: Den Patienten in seinem Verhalten anzunehmen, „da Sein“, aktives Zuhören, Anleiten und Beraten (ohne vorschnelle Lösungsansätze).²⁹⁷ Viele Kapitel beginnen außerdem mit einem vorangestelltem Abschnitt zur Situation des Patienten,²⁹⁸ der Patientin²⁹⁹ bei Erkrankungen bestimmter Organe oder anderen klinischen Befunden. Somit verknüpft auch dieses Lehrbuch pflegefachliches Handeln mit der Wahrnehmung von existenziellen Dimensionen.

3.11. Existenzielle Kommunikation in Pflegezeitschriften

Die Zeitschrift „Die Schwester Der Pfleger“ veröffentlichte im Jahr 2009 eine neue Serie unter dem Titel: „Beratungsgespräche in der Pflege“. In loser Folge sollten Gespräche nach wahren Begebenheiten in unterschiedlichen Settings vorgestellt werden, die von einem

²⁹³ Vgl. Menche ⁵2011, S. 2-18; 106-144; 238-264.

²⁹⁴ Vgl. Menche ⁵2011, S. 106-144.

²⁹⁵ Vgl. Menche ⁵2011, S. 238-264.

²⁹⁶ Menche ⁵2011, S. 140: „*Da die Pflegenden sowohl die Pflegeprobleme des Kindes als auch die Situation der Familie gut kennen, kommt ihnen oft die Rolle der ‚psychischen Betreuung‘ zu, wenn Eltern in Grenzsituationen geraten, weil sie beispielsweise überlastet sind, wenn ein Kind stirbt. Diese Leistung wird von den Kostenträgern nicht finanziert und kann die Pflegenden vor einen Erklärungsnotstand gegenüber dem Arbeitgeber stellen, da dieser auf eine wirtschaftliche Arbeitsweise der Pflegenden angewiesen ist.*“

²⁹⁷ Vgl. Menche ⁵2011, S. 123.

²⁹⁸ Vgl. Menche ⁵2011, S. 660. 692. 720. 756. 794 u.a.

²⁹⁹ Vgl. Menche ⁵2011, S. 1078f.

Beratungsexperten nachträglich kommentiert wurden.³⁰⁰ Bei näherem Hinsehen stellten sich im ersten und zweiten Teil der Serie klassische existenzielle Gesprächssituationen im stationären³⁰¹ und ambulanten³⁰² Pflegealltag dar. Der Begriff „Beratungsgespräch“ scheint diese Dimensionen allerdings nicht so präzise zu erfassen: Eine Altenpflegerin begleitet einen 84-jährigen Bewohner auf die Toilette, währenddessen entwickelt sich ein Gespräch über den Umgang mit körperlichen Einschränkungen und dem Gefühl, von der Tochter verlassen zu sein. Die Altenpflegerin geht einfühlsam auf den Mann ein, vermittelt ihm das Gefühl, angenommen zu sein und eröffnet ihm schließlich neue Handlungsperspektiven. Die zweite Folge handelt von einer klassischen Situation in der ambulanten Pflege, in der die Kranken- und Gesundheitsschwester den seltenen Kontakt zur Außenwelt darstellt und es der 80-jährigen Ehefrau eines 82-jährigen dementen Patienten ermöglicht, sich aussprechen zu können. Auch hier werden über das (nachvollziehbare) Beklagen der Situation hinaus neue Handlungsperspektiven gewonnen.

Die zweite Ausgabe der „Pflegezeitschrift“ im Jahr 2013 stand unter dem Schwerpunktthema „Sprache und Kommunikation“. Dazu findet sich auch ein Artikel unter der Überschrift „Einbruch des Wortwinters. Kommunikation in schwierigen und belastenden Situationen“ von Sylvia Brathuhn, gelernte Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesiedienst und in der Aus- und Fortbildung von medizinischem Personal tätig.³⁰³ Sie beschreibt sehr anschaulich die Sprachlosigkeit, die sich bei Pflegekräften im Umgang mit Sterbenden häufig einstellt, und welche Belastungen sich daraus für sie ergeben. Um sie zu überwinden und mit den an der Situation Beteiligten wieder ins Wort und eine lebendige Verbindung zu kommen, ist zunächst Selbstklärung vonnöten. Sie bedeutet, den Blick vom anderen weg auf sich selbst zu lenken, sich mit den eigenen Auffassungen von Sterben, Tod und Trauer auseinanderzusetzen und dem anderen in Klarheit zu begegnen. Darüber hinaus braucht es auch die Fähigkeit, gute Fragen zu stellen und dazu beizutragen, dass die Sterbenden sich in ihre eigene Fragenwelt vertiefen und ihre eigenen Antworten finden.

Marion U.: „Wer wird mit und bei mir sein im Sterben?“

Sonja K.: „Gibt es jemand, den Sie gerne bei sich hätten?“

Marion U.: „Ja eigentlich schon. Am liebsten hätte ich meinen Mann und meine Tochter bei mir. Doch ich weiß nicht, ob das gut ist. Sie ist doch schwanger. Vielleicht schadet es dem Baby?“

Sonja K.: „Vielleicht wäre es gut, mit ihrem Mann und ihrer Tochter darüber zu

³⁰⁰ Abt-Zegelin/Bamberger/Tolsdorf 2009a, S. 652.

³⁰¹ Vgl. Abt-Zegelin/Bamberger/Tolsdorf 2009a.

³⁰² Vgl. Abt-Zegelin/Bamberger/Tolsdorf 2009b.

³⁰³ Vgl. Brathuhn 2013, S. 91-95.

sprechen. Manchmal tut nur das darüber reden schon gut. “...

Marion U.: „Werde ich empfangen werden in der anderen Welt?“

Sonja K.: „Was wäre denn ihre eigene Antwort?“

Marion U.: „Ich weiß nicht. Irgendwie glaube ich ja, dass es einen Gott gibt. Doch hier lässt er mich manchmal ganz schön alleine.“

Sonja K.: „Dann fühlen Sie sich von ihm verlassen?“

Marion U.: „Ja.“

Sonja K.: „Wie würden Sie sich denn wünschen von ihm empfangen zu werden?“ ...³⁰⁴

Aufgabe der Pflegenden ist es demnach nicht, Antworten zu geben, sondern Patientinnen und Patienten behilflich zu sein, ihre eigenen Antworten zu finden. Kommunikation gelingt, wenn sie einen Begegnungsraum eröffnet, in dem etwas Neues entstehen kann. Sylvia Brathuhn bezieht sich explizit auf Jaspers und zeigt mit seinem existenzphilosophischen Ansatz verständliche und nachvollziehbare Möglichkeiten auf, die Sprachlosigkeit in schwierigen und belastenden Situationen im Pflegealltag zu überwinden.

³⁰⁴ Vgl. Brathuhn 2013, S. 94.

4. Existenzielle Kommunikation in der Pflege der Diakonie

Die Literatur, die in den vorangehenden Abschnitten kommentiert wurde, weist in mehrfacher Hinsicht Bezüge zu Jaspers' Verständnis von existenzieller Kommunikation auf. Demnach ist existenzielle Kommunikation in der Pflege zum einen weder durch spezifische Inhalte und Gesprächstechniken bestimmt, noch hält sie allgemeingültige Antworten parat. Sie zeichnet sich vielmehr durch eine Haltung aus, die von Zuwendung, Kongruenz und Empathie bestimmt ist. Zum anderen stimmen alle genannten Autorinnen und Autoren darin überein, dass existenzielle Kommunikation durch Pflegekräfte als *Begleitung* zu verstehen ist, als mitmenschlicher, mitfühlender Beistand in einer schweren Lebenskrise.³⁰⁵ Eine (in existenzieller Hinsicht) symmetrische Beziehung zwischen den Beteiligten spielt dabei eine entscheidende Rolle.

Die Gemeinsamkeiten zwischen Jaspers' Verständnis von existenzieller Kommunikation und den Ansätzen von christlichen Seelsorgerinnen und Seelsorgern, die der kommentierte Literaturbericht verdeutlicht, führen abschließend zur Frage nach einer Verhältnisbestimmung zur jüdisch-christlichen Tradition.

4.1. Biblische Perspektiven

Im Alten Testament verleihen die sogenannten Krankheits- und Klagepsalmen³⁰⁶ denjenigen eine Stimme, die unter Krankheit, schweren Schicksalsschlägen und Ausgrenzung leiden. Sie stehen damit stellvertretend für die Erfahrungen, die viele Menschen in existenziellen Lebenskrisen machen.³⁰⁷ Die Betrachtung einzelner Textpassagen verdeutlicht, dass körperliches Leiden und seelische Not eng aufeinander bezogen sind (vgl. Ps 38, 6-9; Ps 102, 4-8), dass sich Krankheit auf die sozialen Beziehungen auswirkt (vgl. Ps 41, 5-11)³⁰⁸ und existenzielle Lebenskrisen auf dem Hintergrund der theologischen Vorstellungen des JHWH-Glaubens verstanden und gedeutet werden.³⁰⁹ So enthalten die Krankheits- und Klagepsalmen Ich-Klagen (über das eigene Ergehen), Feind-Klagen (über das Verhalten der Mitmenschen)

³⁰⁵ Vgl. Anteilnahme, Mitschwingen und Eingebundensein in Eindrücke (Wettreck), Kongruenz und Empathie (Matolycz), sich dem Menschen als Mensch stellen (Lohse), Offenheit und mitmenschliche Solidarität (Gestrich), Gefühle zugestehen – sich selbst ebenso wie anderen (Abermeth) und kein intellektuelles, sondern vielmehr emotionales Erkennen (Piper).

³⁰⁶ Über die Frage der Zuordnung bestehen innerhalb der alttestamentlichen Wissenschaft unterschiedliche Auffassungen, vgl. Bester 2009, S. 68. Hinsichtlich Ps 30, Ps 38, Ps 41, Ps 69, Ps 88, Ps 102, Ps 116 scheint jedoch ein breiter Konsens zu bestehen. Vgl. dazu auch Janowski 2009, S. 50f. (bes. Anm. 14).

³⁰⁷ Vgl. Bester 2009, S. 67 (Anm. 1) und 81; Janowski 2009, S. 54.

³⁰⁸ Vgl. Janowski 2009, S. 56-62.

³⁰⁹ Vgl. Janowski 2009, S. 54.

und Gott-Klagen (über Gottes Handeln selbst).³¹⁰ Krankheit ist demnach nichts, „*was nach alttestamentlichem Verständnis aus der Gottesbeziehung herausgehalten werden könnte*“.³¹¹ Ihren Ort hat die alttestamentliche Klage im Gebet als an Gott gerichtete Klage.³¹² Es hat den Anschein, als ob diese Kommunikationsform jenen notwendigen Resonanzraum zu eröffnen vermag, der über die Situation hinausweist, denn die Betroffenen erfahren ein Gegenüber, das ihnen antwortet (vgl. Ps 30, Ps 38, Ps 69, Ps 71 u. a.).³¹³ Die Vorstellung von Transzendenz ist in der jüdisch-christlichen Tradition jedoch keine abstrakte, der „tragende Seinsgrund“ hat einen Namen: „Ich-bin-da“ (Ex 3, 14).

Manche Passagen aus den Krankheits- und Klagepsalmen erinnern an Hiob: an sein Leiden, seinen körperlichen Verfall, seine soziale Bedrängnis und seine verzweifelte Anklagen an Gott. Daneben spielt die Begleitung der Freunde im Hiobbuch eine zentrale Rolle. Hiob nennt sie „leidige Tröster“ (Hi 16,2), weil sie versuchen, sein Leiden und damit auch Gott zu erklären. Damit treiben sie Hiob – trotz ihrer guten Absichten – nur weiter in die Verzweiflung und Einsamkeit hinein.³¹⁴ Die Freunde Hiobs stehen exemplarisch für alle diejenigen, die meinen, Erklärungen oder Antworten auf Lebenskrisen und schwere Schicksalsschläge parat zu haben. Dieses Verhalten wird im Hiobbuch jedoch als hilfloser Versuch entlarvt, sich von Leidbetroffenen zu distanzieren. Stattdessen ist mitmenschliches Begleiten, Zuhören und Dasein im wahrsten Sinne des Wortes notwendig. „*Hört doch meiner Rede zu und lasst mir das eure Tröstung sein! Ertragt mich, dass ich rede (...)*“, klagt Hiob seine Freunde an (Hi 21, 2.3a). Bis heute verleiht er Menschen eine Stimme, die an der Sinnlosigkeit und Ungerechtigkeit ihres Leidens schier verzweifeln. Gegen das Verhalten der Freunde hält das Hiobbuch fest: Gott steht auf Hiobs Seite! (Hi 42,7). Er bestätigt gerade nicht diejenigen, die Sinn behaupten und zur Zustimmung des Elends anstiften wollen.³¹⁵

Die Klagegebete waren nicht allein dem privaten Bereich zugewiesen, vielmehr gab es in Israel auch öffentliche Räume der Klage (Tempelplatz und Vorhof).³¹⁶ Dort konnte die Notsituation aus dem Raum des individuellen Erlebens der Betroffenen herausgeholt und in die Gemeinschaft gestellt werden. Hierin bestand die hilfreiche Möglichkeit, „*den*

³¹⁰ Vgl. Bester 2009, S. 67.

³¹¹ Bester 2009, S. 81.

³¹² Vgl. Bester, S. 67; Rügger/Sigrist 2011, S. 54.

³¹³ Diese Deutungstradition setzt sich auch im Neuen Testament fort, vgl. die Heilungsgeschichten Jesu und 2. Kor 12, 7b-9.

³¹⁴ Vgl. Luther 2001, S. 7f.

³¹⁵ Luther 2001, S. 8: „*Von Hiob können wir lernen, nicht zu leidigen Tröstern zu werden und Gott zum Sinnbeschaffer zu machen, der uns beruhigt. Das Hiobbuch verwehrt uns die einfache Gleichung Gott und Sinn. Für die Affirmation unseres Daseins, so wie es war und ist läßt [sich] der Gott des Hiobbuchs nicht ge(miß-)brauchen.*“

³¹⁶ Vgl. Rügger/Sigrist 2011, S. 45. 55.

*Mechanismus von Notlage, gesellschaftlicher Isolierung und existenzieller Bedrohung aufzubrechen“.*³¹⁷

Jesu Leben und Wirken steht im Kontext der prophetischen und sozialrechtlichen Traditionen Israels, wie sie im Alten Testament überliefert sind. Das findet auch Ausdruck in seiner vielfältigen Heilungstätigkeit und in seinem Umgang mit sozial Benachteiligten und Ausgegrenzten.³¹⁸ Die ersten frühchristlichen Gemeinden verstanden die Fortführung dessen als Jesu Nachfolge.³¹⁹ Im Laufe der Zeit entwickelten und etablierten sich daraus schließlich spezifische Aufgabenbereiche in der kirchlichen Praxis.³²⁰

4.2. Existenzielle Kommunikation als Bestandteil von diakonischer Kultur

Insbesondere die Krankheits- und Klagepsalmen, das Hiobbuch sowie Passagen aus weisheitlichen Texten belegen, dass existenzielle Kommunikation nach heutigem Verständnis bereits im Alten Testament angelegt ist. Dort ist sie allerdings nicht – wie im existenzphilosophischen Ansatz von Jaspers – auf eine abstrakte Transzendenz bezogen, sondern auf Gott hin ausgerichtet, dessen Anspruch auf unser menschliches Leben keinen Bereich ausklammert, auch nicht Krankheit und Leiden, Sterben und Tod. Vom Alten Testament geht diese Traditionslinie weiter ins Neue Testament und das Leben der ersten christlichen Gemeinden in der Nachfolge Jesu, schließlich zur Praxis der Alten Kirche bis hinein in unsere Zeit.

Aus dem Vorhandensein von Räumen für öffentliche Klage angesichts von individuellen Notsituationen, die bereits in alttestamentlicher Zeit existierten,³²¹ lassen sich Schlussfolgerungen für die existenzielle Kommunikation in der Pflege der Diakonie ableiten. Demnach brauchen Menschen in Krisenzeiten Möglichkeiten, um ihrer Klage und Verzweiflung Ausdruck geben zu können und mit ihrer Not nicht allein zu bleiben. Sie brauchen Raum, zu klagen, zu fragen und zu hadern. Sie brauchen Resonanzen, die über ihr eigenes inneres Erleben hinausweisen, Gemeinschaften, die sich ihrer Not annehmen,³²² wie z.B. ein Stationsteam oder eine Wohngruppe. Entsprechende Gesprächsorte und -gelegenheiten sind Bestandteil der diakonischen Kultur in den Einrichtungen der Diakonie. Sie sind eingebettet in die jüdisch-christliche Tradition und helfen Leidenden, ihre

³¹⁷ Vgl. Rügger/Sigrist 2011, S. 55.

³¹⁸ Vgl. Thomas 2009, S. 510-512; Rügger/Sigrist 2011, S. 59-63.

³¹⁹ Davon zeugen die paulinischen Briefe an vielen Stellen.

³²⁰ Vgl. Rügger/Sigrist 2011, S. 87-90.

³²¹ Vgl. Abschnitt 4.1.

³²² Da Jaspers sich ausschließlich auf Zweier-Gespräche bezieht, fehlt dieser Gemeinschaftsgedanke in seinem Verständnis von existenzieller Kommunikation.

Sprachlosigkeit zu überwinden, unabhängig von ihrer Religions- oder Konfessionszugehörigkeit. Es ist Aufgabe aller am Pflegeprozess Beteiligten, sich in dieser Weise um die anvertrauten Menschen zu bemühen und diesen Auftrag nicht ausschließlich an Seelsorger oder Psychologinnen zu delegieren. Damit sind seelsorgliche, psychotherapeutische oder tiefenpsychologische Zugänge keineswegs ausgeschlossen, sondern vielmehr als notwendige und sinnvolle Beiträge zum Pflegeprozess anzusehen.

Aufgabe der Diakonie ist es, im Pflegealltag gute Rahmenbedingungen für Begegnungen in mitmenschlicher Solidarität zu schaffen. Das betrifft die Gestaltung von Dienstplänen, Stationsroutinen und Arbeitsabläufen ebenso wie räumliche Ausstattungen. Für die existenzielle Kommunikation in den vielfältigen Arbeitsfeldern von diakonischer Pflege ist es letztlich auch entscheidend, dass Mitarbeitende nicht allein pflegfachlich-qualifiziert, sondern vielmehr auch menschlich teilnehmend mit Patientinnen, Bewohnern und Angehörigen umzugehen in der Lage sind. In diesem Zusammenhang geht es nicht darum, Seelsorgerinnen und Seelsorger zu ersetzen, sondern in jenen vielschichtigen Bereichen zwischen Befund und Befinden sicher und angemessen im Pflegealltag agieren und reagieren zu können. Dazu bedarf es neben einem achtsamen Umgang mit sich selbst außerdem der Möglichkeiten zur Einübung und Reflexion, des kollegialen Austausches und der institutionellen Verankerung. Das Pilotprojekt „*Geistesgegenwärtig pflegen – Existenzielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen im Pflegeberuf*“ hat dahingehend wichtige Impulse und Veränderungen auf den Weg gebracht. Es ist zu wünschen, dass diese nun über die Dauer des Pilotprojektes hinaus weitergetragen werden und sich schließlich überall im Pflegealltag der Diakonie etablieren können.

Nachdem die Themen Krankheit, Gesundheit, Heil und Heilung in der wissenschaftlichen Theologie lange wenig beachtet worden waren, lässt sich seit einiger Zeit ein zunehmendes Interesse ausmachen. Es ist ausgesprochen erfreulich, dass für theologische Implikationen, die heute in säkularisierter Form (z.B. Krankheit als Folge von Sünde/Fehlverhalten) verbreitet sind, eine kritische Aufmerksamkeit besteht.³²³ Es ist Aufgabe der Diakonie, die vielfältigen, konkreten Erfahrungen betroffener Menschen in die theologischen Diskurse einzubringen und sie auf diese Weise aktiv mit zu gestalten. Diakonisches Handeln ohne theologische Sprachfähigkeit läuft Gefahr, in einer unreflektierten Verantwortung christlichen Glaubens und engführenden Funktionalisierungen stecken zu bleiben. Eine theologische Sprachfähigkeit, die ohne diakonische Perspektiven auskommt, steht dagegen in der Gefahr, ihren Wirklichkeitsbezug zu verlieren.

³²³ Vgl. dazu exemplarisch Schaede 2009, 290-307; Thomas 2009, S. 503-525; Karle 2009, S. 19-34; Kappauf 2012, S. 492f.; Popp-Baier 2012, S. 494f.; Ritter 2012, S. 495-497; Hurth 2012, S. 497-502.

Eine christliche Sozialisation kann bei vielen Patienten, Bewohnerinnen und Angehörigen heute nicht mehr vorausgesetzt werden. Ein existenzphilosophisches Verständnis wie das von Karl Jaspers eröffnet somit Zugangsmöglichkeiten zu den Lebenserfahrungen von Gepflegten und ihren Angehörigen, unabhängig von deren religiösen oder weltanschaulichen Einstellungen. Existenzielle Kommunikation im Pflegealltag der Diakonie kann nicht darauf abzielen, christliche Bilder und Metaphern Patientinnen, Bewohnern oder Angehörigen einfach überzustülpen. Es wäre allerdings wünschenswert, wenn Mitarbeitende Grundkenntnisse von der jüdisch-christlichen Tradition haben und wissen, dass existenzielle Kommunikation in der beschriebenen Art und Weise durchaus mit einem christlichen Selbstverständnis vereinbar ist. Diese Perspektive birgt in sich letztlich auch die Hoffnung, dass jene resonante Transzendenz, die in den Momenten mitmenschlicher Begegnung aufscheint und über die bestehende Situation hinausweist, Gottes Geistesgegenwart selbst ist, in deren Kraft wir leben, handeln und sind (Acta 17, 28a).

5. Literaturverzeichnis

- Abermeth, Hilde-Dore, *Gespräche auf der Krankenstation. Eine Unterrichtshilfe*, Göttingen 1982.
- Abt-Zegelin, Angelika/Schnell, Martin W. (Hg.), *Sprache und Pflege*, Bern ²2005.
- Abt-Zegelin, Angelika, *Sprache und Pflege. Zur Sprache in den Pflegeberufen*, in: Ingensiep, Hans Werner/Rehbock, Theda (Hg.), „Die rechten Worte finden...“ Sprache und Sinn in den Grenzsituationen des Lebens, Würzburg 2009, S. 247-258.
- Abt-Zegelin, Angelika/Bamberger, Günther/Tolsdorf, Mareike, „*Bitte bleiben Sie hier...*“, in: Die Schwester Der Pfleger, 48. Jg. Heft 7, 2009, S. 652-655. (zitiert unter 2009a)
- Abt-Zegelin, Angelika/Bamberger, Günther/Tolsdorf, Mareike, „*Setzen Sie sich doch noch einen Moment...*“, in: Die Schwester Der Pfleger, 48. Jg. Heft 9, 2009, S. 856-861. (zitiert unter 2009b)
- Bester, Dörte, *Krankheit und Klage. Zur Interpretation der Körperbilder in Psalm 22*, in: Thomas, Günther/Karle, Isolde (Hg.), *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, Stuttgart 2009, S. 67-81.
- Boldt, Joachim, *Tentatio und Amor fati. Zum Umgang mit Leid in den existenzphilosophischen Ansätzen von Kierkegaard und Jaspers*, in: Maio, Giovanni (Hg.), *Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizin-technischer Gestaltbarkeit*, Freiburg i. Br. 2011, S. 224-244.
- Bormuth, Matthias, *Lebensführung in der Moderne. Karl Jaspers und die Psychoanalyse*, Stuttgart 2002.
- Bormuth, Matthias, „*Von Freiheit zu Freiheit*“. *Die Arzt-Patient-Beziehung nach Karl Jaspers*, in: Giovanni Maio (Hg.), *Macht und Ohnmacht des Wortes. Ethische Grundfragen einer personalen Medizin*, FS zum 70. Geburtstag von Dietrich von Engelhardt, Göttingen 2012, S. 195-213.
- Brathuhn, Sylvia, *Einbruch des Wortwinters. Kommunikation in schwierigen und belastenden Situationen*, in: *Pflegezeitschrift* 66. Jg. Heft 2 2013, S. 91-95.
- Cantillo, Giuseppe, *Kierkegaard und die Existenzphilosophie von Karl Jaspers*, in: Hügli, Anton/Curzio Chiesa (Hg.), *Glaube und Wissen. Zum 125. Geburtstag von Karl Jaspers. Jahrbuch der Schweizerischen Philosophischen Gesellschaft Band 67*, Basel 2008, S. 235-250.
- Checklisten Altenpflege. Planen, durchführen, dokumentieren mit den AEDL, zusammengestellt von Wiederhold, Dagmar unter Mitarbeit von Villwock, Ute, München ²2011.
- Dörner, Klaus, *Helfende Berufe im Markt-Doping. Wie sich Bürger- und Profi-Helfer nur gemeinsam aus der Gesundheitsfalle befreien*, Neumünster 2008.

- Fintz, Anette Suzanne, *Die Kunst der Beratung. Jaspers' Philosophie in Sinn-orientierter Beratung*, Bielefeld 2006.
- Fiorillo, Claudio, *Die einende Grenze: Paradoxon, Kommunikation, Leid*, in: Hügli, Anton/Curzio Chiesa (Hg.), *Glaube und Wissen. Zum 125. Geburtstag von Karl Jaspers. Jahrbuch der Schweizerischen Philosophischen Gesellschaft Band 67*, Basel 2008, S. 109-124.
- Fuchs, Thomas, *Existenzielle Vulnerabilität. Ansätze zu einer Psychopathologie der Grenzsituationen*, in: Hügli, Anton/Kaegi, Dominic/Weidmann, Bernd (Hg.), *Existenz und Sinn. Karl Jaspers im Kontext, Festschrift für Reiner Wiehl*, Heidelberg 2009, S. 37-56.
- Gadebusch-Bondio, Mariacarla, *Vom Gewicht des Wortes. Der redengewandte Arzt als humanistisches Ideal*, in: Giovanni Maio (Hg.), *Macht und Ohnmacht des Wortes. Ethische Grundfragen einer personalen Medizin, FS zum 70. Geburtstag von Dietrich von Engelhardt*, Göttingen 2012, S. 315-333.
- Gerlach, Hans-Martin, *Existenzphilosophie – Karl Jaspers*, Berlin 1987.
- Gestrich, Reinhold, *Das seelsorgerliche Gespräch in der Krankenpflege*, Stuttgart 1991.
- Gestrich, Reinhold, *Gespräche mit Schwerkranken. Krisenbewältigung durch das Pflegepersonal*, Stuttgart³2006.
- Harrington, Anne, *Die Suche nach Ganzheit. Die Geschichte biologisch-psychologischer Ganzheitslehren: Vom Kaiserreich bis zur New-Age-Bewegung*, Hamburg 2002.
- Hontschik, Bernd, *Diagnose: Einzelhaftung*, 2009, unter: www.psychanalyse-aktuell.de (aufgerufen am 03.05.2013).
- Hurth, Elisabeth, *Von der Heilkunst zur Heilslehre. Die Wiederkehr der Halbgötter in Weiß im Fernsehen*, in: *DtPfbI* 9/2012, S. 407-502.
- Janowski, Bernd, „*Heile mich, denn ich habe an dir gesündigt!*“ (Ps 41,5). *Zum Konzept von Krankheit und Heilung im Alten Testament*, in: Thomas, Günther/Karle, Isolde (Hg.), *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, Stuttgart 2009, S. 47-66.
- Jaspers, Karl
- (1915/1916), *Einsamkeit*, in: Jaspers, Karl, *Das Wagnis der Freiheit. Gesammelte Aufsätze zur Philosophie*, hrsg. von Hans Saner, München 1996, S. 11-30.
 - (1932a), *Philosophie Bd. I: Philosophische Weltorientierung*, Berlin/Heidelberg/New York⁴1973 (vierte unveränderte Auflage).
 - (1932b), *Philosophie Bd. II: Existenzerhellung*, Berlin/Heidelberg/New York⁴1973 (vierte unveränderte Auflage).
 - (1941), *Über meine Philosophie*, in: Jaspers, Karl, *Das Wagnis der Freiheit. Gesammelte*

- Aufsätze zur Philosophie, hrsg. von Hans Saner, München 1996, S. 31-58.
- (1946a), *Vom europäischen Geist*, in: Jaspers, Karl, *Das Wagnis der Freiheit. Gesammelte Aufsätze zur Philosophie*, hrsg. von Hans Saner, München 1996, S. 59-85.
 - (1946b), *Nietzsche und das Christentum*, Düsseldorf 2011 (Die Erstausgabe dieser Neuedition erschien 1946).
 - (1950), *Zur Kritik der Psychoanalyse*, in: Jaspers, Karl, *Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin. Arzt und Patient. Kritik der Psychotherapie*, München 1986, S. 59-67.
 - (1953a), *Die Idee des Arztes*, in: Jaspers, Karl, *Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin. Arzt und Patient. Kritik der Psychotherapie*, München 1986, S. 7-18.
 - (1953b), *Arzt und Patient*, in: Jaspers, Karl, *Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin. Arzt und Patient. Kritik der Psychotherapie*, München 1986, S. 19-38.
 - (1955), *Wesen und Kritik der Psychotherapie*, in: Jaspers, Karl, *Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin. Arzt und Patient. Kritik der Psychotherapie*, München 1986, S. 69-122 (Als Einzelveröffentlichung unter diesem Titel 1955 erschienen).
 - (1958), *Der Arzt im technischen Zeitalter*, in: Jaspers, Karl, *Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin. Arzt und Patient. Kritik der Psychotherapie*, München 1986, S. 39-58.
 - (1975), *Kant. Leben, Werk, Wirkung*, München 1975.
 - (1977), *Philosophische Autobiographie*, Erw. Neuausgabe, München 1977.
- Kaegi, Dominic, *Leiden als Grenzsituation*, in: Hügli, Anton/Kaegi, Dominic/Weidmann, Bernd (Hg.), *Existenz und Sinn. Karl Jaspers im Kontext*, Festschrift für Reiner Wiehl, Heidelberg 2009, S. 57-71.
- Kappauf, Herbert W., *Wunder in der Medizin. Verwunderliche Krankheitsverläufe und Spontanheilungen bei Krebs*, in: *DtPfb* 9/2012, S. 492-493.
- Karle, Isolde, *Sinnlosigkeit aushalten! Ein Plädoyer gegen die Spiritualisierung von Krankheit*, in: *WzM* 61/1 (2009), S. 19-34.
- Kierkegaard, Sören, *Der Begriff Angst*. Übersetzt und mit Glossar, Bibliographie sowie einem Essay „Zum Verständnis des Werkes“, hrsg. von Richter, Liselotte, Frankfurt (Main) ³1988.
- Langfeldt-Nagel, Maria, *Gesprächsführung in der Altenpflege*, Reinhardts Gerontologische Reihe Band 32, München/Basel ²2011.
- Lohse, Timm H., *Das Trainingsbuch zum Kurzgespräch. Ein Werkbuch für die seelsorgliche Praxis*, Göttingen 2006.
- Lohse, Timm H., *Das Kurzgespräch in Seelsorge und Beratung. Eine methodische Anleitung*,

Göttingen ³2008.

Lohse, Timm H., *Grundlagen des Kurzgesprächs. Kenntnisse und Fertigkeiten für ein bündiges Beratungsgespräch*, Norderstedt 2012.

Luther, Henning, *Die Lügen der Tröster. Das Beunruhigende des Glaubens als Herausforderung für die Seelsorge*, in: *Transparent-Extra* 62/2001, S. 2-11.

Maio, Giovanni, *Wenn Prozesse wichtiger sind als Worte. Zur Gefährdung einer personalen Medizin durch die Übermacht von Naturwissenschaft und Ökonomie*, in: Ders. (Hg.), *Macht und Ohnmacht des Wortes. Ethische Grundfragen einer personalen Medizin*, FS zum 70. Geburtstag von Dietrich von Engelhardt, Göttingen 2012, S. 13-32.

Matolycz, Esther, *Kommunikation in der Pflege*, Wien 2009.

Matolycz, Esther, *Fallverstehen in der Pflege von alten Menschen*, Wien 2013.

Menche, Nicole, *Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe*, München ⁵2011.

Pieper, Annemarie, „*Grenzen und Ursprünge*“. *Jaspers liest Nietzsche*, in: Hügli, Anton/Kaegi, Dominic/Weidmann, Bernd (Hg.), *Existenz und Sinn. Karl Jaspers im Kontext*, Festschrift für Reiner Wiehl, Heidelberg 2009, S. 119-134.

Piper, Ida und Hans-Christoph, *Schwestern reden mit Patienten. Ein Arbeitsbuch für Pflegeberufe im Krankenhaus*, Göttingen ⁶1993.

Popp-Baier, Ulrike, *Wunder geschehen nicht, sie werden erlebt. Über eine besondere Kategorie von Lebenserfahrung*, in *DtPfb* 9/2012, S. 494-495.

Prinz, Alois, *Hannah Arendt oder Die Liebe zur Welt*, Berlin ⁴2013.

Rehbock, Theda, *Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns*, Paderborn 2005.

Rentsch, Thomas, *Fürsorge am Lebensende: Philosophische Grundlagen*, in: Kumlehn, Martina/Kubik, Andreas (Hg.), *Konstrukte gelingenden Alterns*, Stuttgart 2012, S. 22-34.

Rieger, Hans-Martin, *Gesundheit. Erkundungen zu einem menschenangemessenen Konzept*, *ThLZ.F* 29, Leipzig 2013.

Ritter, Werner H., „... *des Glaubens liebstes Kind*“. *Theologische Einsichten über Wunder*, in: *DtPfb* 9/2012, S. 495-497.

Roper, Nancy/Logan, Winifred W./Tierney, Alison J., *Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht*, Baunatal 1997 (4., überarb. Auflage 1993, unveränderter Nachdruck 1997).

Rüegger, Heinz/Sigrist, Christoph, *Diakonie – Eine Einführung. Zur theologischen Begründung helfenden Handelns*, Zürich 2011.

- Salaquarda, Jörg, Artikel: *Jaspers*, in: TRE 16, Berlin/New York 1987, S. 539-545.
- Saner, Hans, *Karl Jaspers und das Christentum*, in: Hügli, Anton/Curzio Chiesa (Hg.), Glaube und Wissen. Zum 125. Geburtstag von Karl Jaspers, Jahrbuch der Schweizerischen Philosophischen Gesellschaft Band 67, Basel 2008, S. 221-233.
- Schaede, Stephan, *Zur Relevanz alter und uralter Krankheitsdeutungen für die aktuelle Diskussion*, in: Thomas, Günter/Karle, Isolde (Hg.), Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch, Stuttgart 2009, S. 290-307.
- Schroeder-Hartwig, Karin, „*Das Unsichtbare und Ungehörte der Pflegenden sichtbar und hörbar machen*“ – *Existenzielle Kommunikation und Spiritualität als Ressource in der Pflege – Spiritualität im Alltag und mit dem Patienten*, in: Diakonie Deutschland/Stockmeier, Johannes/Giebel, Astrid/Lubatsch, Heike (Hg.), Geistesgegenwärtig pflegen. Existenzielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen im Pflegeberuf, Band 2: Studien und Projektergebnisse, Neukirchen-Vluyn 2013, S.135-150.
- Schützendorf, Erich, *Das Recht der Alten auf Eigensinn. Ein notwendiges Lesebuch für Angehörige und Pflegende*, München/Basel ⁴2008.
- Seel, Mechthild, *Die Pflege des Menschen*, Hagen ³1998 (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage).
- Sitzler, Hartmut, *Das Selbstsein des Geschöpfes. Eine theologische Studie zum Transzendenzbezug der menschlichen Freiheit bei Karl Jaspers*, Studien zur systematischen Theologie und Ethik Band 53, Berlin 2012 (zugl. Münster/Westf., Univ. Diss. 2003).
- Specht-Tomann, Monika/Tropper, Doris, *Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag*, Berlin ⁴2011.
- Thomas, Günter, *Krankheit im Horizont der Lebendigkeit Gottes*, in: Ders./Karle, Isolde (Hg.), Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch, Stuttgart 2009, S. 503-525.
- Virt, Günter, *Vom Informieren zum heilsamen Wort in der Medizin*, in: Giovanni Maio (Hg.), Macht und Ohnmacht des Wortes. Ethische Grundfragen einer personalen Medizin, FS zum 70. Geburtstag von Dietrich von Engelhardt, Göttingen 2012, S. 272-287.
- Vogd, Werner, *Kontexturen der Heilung in einer polykontexturalen Gesellschaft. Empirische und gesellschaftstheoretische Untersuchungen zur Koexistenz scheinbar widersprüchlicher Semantiken*, in: Thomas, Günter/Karle, Isolde (Hg.), Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch, Stuttgart 2009, S. 23-35.
- Wettreck, Rainer, *Am Bett ist alles anders. Perspektiven professioneller Pflegeethik*, Münster 2001.