

Kathrin Städler

„Spiritualität in ihrer Bedeutung für das Gesundheits- und Sozialwesen“

Eine Literaturrecherche

Zusammenfassung: Neben der Sensibilisierung für spirituelle Bedürfnisse gehören hier die eigene weltanschauliche Kompetenz und Sprachfähigkeit zu den wichtigen Kompetenzen, die neben der entscheidenden Haltung der Mitarbeitenden zu einer humanen Pflege beitragen.

„Unsere seelenlose Medizin braucht als ersten Schritt eine Anerkennung und Aufmerksamkeit für die Seele des Patienten, für sein Fühlen, sein in der Welt sein, seine Betroffenheit, für das Bewusstsein seiner Verletzlichkeit und Sterblichkeit, so dass sie zu einer beseelten Medizin werden kann. Und erst eine beseelte Medizin wäre eine wirklich humane Medizin.“

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

Spiritualität in den Gesundheitswissenschaften

Von Kathrin Städler

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Der Begriff Spiritualität
 - 2.1. Ein Anthropologischer Begriff der Spiritualität
 - 2.2. Der Begriff Spiritualität in den Gesundheitswissenschaften
 - 2.3. Forschung zur Wirkung von Spiritualität und Religiosität in der Medizin
3. Spirituelle Praktiken in der Medizin – Achtsamkeit, Meditation und Gebet
 - 3.1. Achtsamkeit
 - 3.2. Achtsamkeit in der Psychotherapie
 - 3.3. Stressbewältigung durch Achtsamkeit
 - 3.4. Achtsamkeit und Präsenz in der stationären Psychotherapie am Beispiel der Heiligenfeld-Kliniken
 - 3.5. Meditation
 - 3.6. Achtsamkeit und christliche Spiritualität
 - 3.7. Achtsamkeit und Meditation in der Pflege
4. Spiritualität in ausgewählten medizinischen Arbeitsfeldern
 - 4.1. Spiritualität in der Palliativmedizin
 - 4.2. Spiritualität und Gerontologie
 - 4.3. Spiritualität und Palliative Geriatrie
 - 4.4. Spiritualität und Pflege
5. Spiritualität in Diakonie und Caritas- Pflegen aus der Kraft des Glaubens

- 5.1. Mitarbeiterseelsorge und spirituelle Bildung als Personalentwicklung
- 5.2. Spiritualität und Organisationsentwicklung
- 6. Zusammenfassung
- 7. Literaturverzeichnis

Spiritualität in ihrer Bedeutung für das Gesundheits- und Sozialwesen – Eine Literaturrecherche

von Kathrin Städler

1. Einleitung

„Alle Gesellschaften stehen vor der Aufgabe, Handlungsweisen zu entwickeln, um Krankheiten vorzubeugen und zu heilen. Diese Handlungsweisen stellen bedeutsame Dimensionen der Kultur dar und sind empfänglich gegenüber sozialen Werten[...] Es sind die vorherrschenden philosophischen Konzepte des Menschen, welche seine Medizin am tiefsten beeinflussen.“¹

Die Erfolge der naturwissenschaftlichen Medizin seit dem 19. Jahrhundert sind allgemein bekannt und haben zu einer Trennung von Medizin und Religion geführt. Während der naturwissenschaftlich orientierte Arzt der Moderne für den Körper zuständig ist, wird die Sorge für Geist und Seele dem Seelsorger² oder dem Psychologen überlassen.

Nachdem die utopischen Proklamationen der naturwissenschaftlichen Medizin des 19. Jahrhunderts sowie die Erfolge der modernen Medizin in den letzten 200 Jahren prometheische Erwartungen wie die Ausrottung aller Krankheiten und vom glücklichen, weil gesunden Menschen geweckt hatten, mehren sich seit den 1970er Jahren kritische Stimmen. Ein wachsendes Unbehagen an Technik- und Fortschrittsglauben sowie der Widerstand gegen etablierte Institutionen führten nicht nur zur Ökologie-, Friedens- und Frauenbewegung, sondern ließen auch die naturwissenschaftliche Medizin in das Kreuzfeuer der Kritik geraten. Die Kritiker beklagten das „mechanistische Weltbild“ und forderten „Ganzheitlichkeit“, „Rückkehr zur Natur“ sowie einen Paradigmenwechsel hin zu einem „biologischen Weltbild“. In der emotional geführten Debatte wird der Medizin vorgeworfen, sie produziere Krankheiten, statt diese zu heilen. Der Titel des Buches von Ivan Illich ist

¹ Pellegrino 1963, S. 10.

² Seelsorge ist in Deutschland Aufgabe der evangelischen und der katholischen Kirche, während in anderen europäischen Ländern auch philosophische oder humanistische Seelsorger an Krankenhäusern arbeiten, so z.B. in Holland.

bezeichnend: „Medical Nemesis“³ deutet auf die Strafe der Götter für menschliche Überheblichkeit.

Diese kulturellen Veränderungen in Europa seit den 1960er Jahren wurden auch als „spirituelle Wende“⁴ bezeichnet. So wurde es nicht nur in der Meditationsbewegung, im New Age und anderen Esoterikrichtungen, sondern auch in der Humanistischen Psychologie, der Transpersonalen Psychologie und der Psychokultur populär, von Spiritualität zu sprechen.⁵

Spiritualität ist nicht nur ein Phänomen der „neuen Religiosität“, auch „alternative Religiosität“, New Age oder Esoterik genannt, die in den letzten Jahrzehnten zu einem festen Bestandteil der religiösen Landschaft⁶ geworden ist, sondern ist Teil der vermeintlich profanen Kultur der gegenwärtigen Gesellschaft – eine >populäre Spiritualität<, wobei die Erfahrungsdimension ein zentrales Merkmal ist.⁷

Auch innerhalb christlicher Gemeinden findet sich heute ein weites Spektrum verschiedener Frömmigkeitsformen, die aus den Traditionen verschiedener Religionen schöpfen.⁸

Spiritualität in der Medizin

Nachdem es lange Zeit nur in der Alternativ- und Komplementärmedizin⁹ üblich war, auch religiöse und spirituelle Aspekte einzubeziehen¹⁰, gewinnen in den letzten Jahren Aspekte wie Spiritualität und Religiosität im Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit, Heil und Heilung auch in der Wissenschaft im deutschsprachigen Raum zunehmend an Bedeutung. Dies zeigt sich sowohl an vermehrten Forschungsaktivitäten, einer steigenden Anzahl von

³ Illich 1977.

⁴ Houtman/Aupers 2007.

⁵ Vgl. Grom 2009.

⁶ Baier verweist darauf, dass die neuen Spiritualitäten nicht nur im Mittelstand der Großstädte verbreitet sind, sondern auch die Chefetagen großer Konzerne und die Landbevölkerung erreicht haben. Baier 2006, S. 2ff.

⁷ Knoblauch in Lüddeckens/Walthert 2010. Vgl. dazu auch Baier 2006 und Bochinger in Heimbach-Steins 2002.

⁸ Auch hier sind Reiki, Yoga, Tai-chi, Zen-Meditation u.a. Praktiken sowie der Reinkarnationsgedanke weit verbreitet, wie Christoph Bochinger in seinen Forschungen für die Region Franken gezeigt hat. Siehe Bochinger in Heimbach-Steins 2002. Ein Blick in die Angebote christlicher Bildungszentren belegt diese Entwicklung ebenfalls.

⁹ Hier ist z.B. die Anthroposophische Medizin zu nennen, die über eigene Krankenhäuser und Ausbildungsstätten verfügt.

¹⁰ für viele Menschen wurde die Sehnsucht nach der eigenen Heilung „das entscheidende Tor des Eingangs in die Angebote neuer Religiosität“, so Reinhard Hempelmann 2001, S. 17. Er beschreibt die neue Religiosität als ein Protestphänomen gegen das geheimnislose Wirklichkeitsverständnis der Aufklärung.

Veröffentlichungen als auch an dem Angebot und der Nachfrage an Tagungen zu diesem Themenbereich. Von dieser Entwicklung betroffen sind vor allem die Medizin, die Gesundheitswissenschaften, die Theologie und die Wissenschaften, die sich mit religiösen Phänomenen beschäftigen wie die Religionswissenschaft, die Religionspsychologie und die Religionssoziologie.

Die neuere Literatur zum Thema Spiritualität und Gesundheit kann unter verschiedenen Aspekten zusammengefasst werden. Zum einen sind dies Veröffentlichungen, die sich allgemein mit dem Begriff der Spiritualität bzw. der Religiosität beschäftigen. Der zweite Schwerpunkt bezieht sich auf Forschungsarbeiten, die den Zusammenhang von Spiritualität bzw. Religiosität und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit, Leiden und Sterben beleuchten. Es zeigt sich, dass im Bereich „Palliative Care“ besonders vielfältige Forschungsaktivitäten und Veröffentlichungen zum Thema Spiritualität zu verzeichnen sind. Im Rahmen von Spiritual Care geht es um die Integration von Spiritualität im weitesten Sinn sowohl in die Behandlung von Patienten als auch in die Aus- und Weiterbildung von Mitarbeitern im Gesundheitswesen. Hierzu gehören auch Publikationen, die sich mit Spiritualität in verschiedenen medizinischen Feldern so z.B. in der Gerontologie, der Psychiatrie, der Sozialarbeit, der Betreuung von Behinderten, beschäftigen. Im Rahmen von Spiritual Care wird ein sehr weiter Begriff von Spiritualität zugrunde gelegt.

Zum dritten Bereich gehören alle Veröffentlichungen, die sich speziell mit dem Thema Spiritualität in der Pflege, sei es Gesundheits- und Krankenpflege oder Altenpflege -, befassen. Untersucht werden zum einen die spirituellen bzw. religiösen Kompetenzen, die angesichts von existentiellen Erfahrungen der Pflegebedürftigen nötig sind, um umfassend pflegen zu können. Außerdem wird Spiritualität als Ressource und Kraftquelle im Pflegealltag untersucht und - im Umgang mit den vielfältigen Belastungen, denen Pflegende in ihrer Berufsausübung ausgesetzt sind -, als Mittel zur Selbstpflege entdeckt-. (Burnout-Prophylaxe, Stressreduzierung, Erhöhung der Zufriedenheit im Beruf, Entdeckung von Sinnquellen in der Arbeit usw.)

Zu diesem Bereich gehören auch Veröffentlichungen zum Thema Spiritualität und Unternehmensführung. Einbezogen werden an dieser Stelle Publikationen, welche über Spiritualität im Rahmen von Sozialunternehmen der organisierten Diakonie und Caritas reflektieren. Hier geht es um die Rahmenbedingungen, die wichtig sind, damit Spiritualität

heilsam für Patienten und Mitarbeiter sein kann. In diesem Bereich gibt es Überschneidungen sowohl zu dem Bereich, der Spiritualität als „Basisbaustein der Personalentwicklung“ und damit auch der Selbstpflege der Mitarbeiter versteht als auch zum Bereich „Spiritual Care“, denn auch für die Einbeziehung von Spiritualität in die Behandlung und Pflege sind die Rahmenbedingungen, welche durch die Unternehmensführung vorgegeben werden, maßgeblich und entscheidend.

2. Der Begriff „Spiritualität“

Immer wieder wird auf die Vieldeutigkeit und Ungenauigkeit des Begriffs Spiritualität verwiesen. War es in der Vergangenheit schon nicht gelungen, den Begriff der Religion hinreichend zu definieren¹¹, so gestaltet sich die Definition von Spiritualität¹² ähnlich schwierig. Die Debatte um die Definition von Spiritualität in Abgrenzung von Religion bzw. Religiosität erinnert an Debatten zum Religionsbegriff, an dem sich die Religionssoziologie über Jahrzehnte abgearbeitet hat. Schon 1967 hatte der Religionssoziologe Thomas Luckmann¹³ einen sehr weiten Religionsbegriff vorgestellt, der Religion als Möglichkeit zur Selbstreflexion und Selbsttranszendenz begreift. In seinem Verständnis verweist Transzendenz nicht unbedingt auf Gott oder das Unbedingte, sondern bezeichnet alles, was die unmittelbare menschliche Erfahrung übersteigt. Religion wird rein anthropologisch verstanden, als privat, diesseitig, innerlich und individualistisch. Sie dient der eigenen Identitätsfindung und Konstruktion eines Sinnsystems. Auch hier wurde die Frage gestellt, ob es sinnvoll ist, den Religionsbegriff tatsächlich so vage und weit anzusetzen¹⁴. - So plädiert Niklas Luhmann dafür, Religion nur so zu beobachten, wie sie sich selbst beobachtet, d.h. als religiöse Kommunikation und nicht als moralische oder sonst wie geartete über Fragen von Identität und Sinn.¹⁵ Religion ist demnach nur als *religiöse* Kommunikation beobachtbar, d.h. als Kommunikationsform, die die Welt und das Leben der Menschen in ihrem Bezug zu Gott oder göttlichen Mächten deutet und interpretiert.

¹¹ Vgl. Feil 2000, 2007.

¹² Hier soll das Thema Spiritualität nur angerissen werden.

¹³ Luckmann, 1991.

¹⁴ Vgl. Karle 2011, S. 21.

¹⁵ Luhmann 1996.

Auch in den Konzepten der ‚impliziten Religion-‘ kann alles, was dem Menschen „heilig“ sein kann, als Religion verstanden werden. Insofern ist mit Hinweis auf die Argumentation von Constantin Klein zu fragen, ob die vor allem in der medizinischen bzw. psychologischen Literatur üblichen Versuche, Spiritualität in Abgrenzung zu Religion bzw. Religiosität zu definieren, „einen Grund auch darin haben, dass einschlägige Definitionen von Religion/Religiosität schlicht weniger bekannt sind als in Religionswissenschaft und Theologie.“¹⁶

Während in der Religionswissenschaft noch gefragt wird, ob das Verständnis von Spiritualität überhaupt ein relevantes Thema sei¹⁷, hat innerhalb der Theologie inzwischen eine Auseinandersetzung mit dem Phänomen Spiritualität eingesetzt. Hier sind exemplarisch die „Theologie der Spiritualität“ des katholischen Theologen Simon Peng-Keller sowie die „Evangelische Spiritualität“ von Corinna Dahlgrün zu nennen¹⁸. Den theologischen Diskurs bestimmt vor allem eine Unterscheidung der christlichen Theorie und Praxis von anderen Spiritualitätsformen. Die theologische Verwendung des Begriffs bezieht sich auf eine menschliche Existenz, die vom Geist Gottes bestimmt ist.

Als Vertreter einer „säkularen Spiritualität“ ist der Mainzer Philosoph Thomas Metzinger zu nennen, welcher Spiritualität als eine „existentielle Form der Selbsterkenntnis und der Selbstvervollkommnung“ beschreibt. Seine Definition erhebt den Anspruch, ein Gegenentwurf zur (christlich)-religiösen, theologisch reflektierten Spiritualität zu sein.¹⁹

2.1. Ein anthropologischer Begriff der Spiritualität

Karl Baier geht davon aus, dass der anthropologische Zugang zum Phänomen Spiritualität grundlegend ist und die meisten Definitionen Varianten eines anthropologischen Verständnisses darstellen. Der anthropologische Zugang beruht auf der Unterscheidung von allgemeinemenschlicher und spezifisch christlicher, buddhistischer, muslimischer etc. Spiritualität. Karl Baier betont, dass wir zuerst als Menschen spirituell sind, dann als

¹⁶ Utsch/Klein in Klein/Berth/Balck 2011, S. 38.

¹⁷ Vgl. Rakow 2009.

¹⁸ Peng-Keller 2011, Dahlgrün 2009, Zimmerling 2012, Körtner 2012, Stegemann 2012. Ebenso sind hier Veröffentlichungen des Institutes für Spiritualität an der Philosophisch-theologischen Hochschule (der Kapuziner) in Münster zu nennen.

¹⁹ Vgl. Stegemann, 2012, S. 92

ChristInnen oder Angehörige einer andern Religionen bzw. religionsanalogen Weltansicht. Anthropologische Definitionen von Spiritualität berufen sich darauf, so Baier, „dass zum Mensch- Sein die Tiefendimension einer heilvollen, identitätsstiftenden Bezogenheit auf eine letzte Wirklichkeit gehört. Spiritualität ist die Erfahrung, Entwicklung und Gestaltung dieser Beziehung im Leben von Einzelnen und Gemeinschaften.“²⁰ Karl Baier beschreibt Spiritualität als „gelebten Bezug zu dem, was uns wichtiger als alles andere ist. Diese Bezogenheit manifestiert sich in seltenen, intensiven Erfahrungen, aber auch im durchgängigen Durchstimmtsein des Lebens von einer Grundhaltung zur Welt, die sich in bestimmten Tugenden wie Mitgefühl, Achtsamkeit usw. konkretisiert sowie durch die bewusste Gestaltung der Existenz im Licht dessen, was uns am meisten bedeutet“. Er verweist darauf, dass auch ein „agnostischer Humanismus, der sich die Liebe zum Leben in seiner kostbaren Endlichkeit auf die Fahnen schreibt und im Alltag zu praktizieren versucht, als eine Form von [...] Spiritualität bezeichnet werden kann. Diese Spiritualität wird dann zur Religiosität, wenn dazu ein Bezug auf „eine die Welt und das Leben in ihr übersteigende, göttliche Wirklichkeit gehört.“²¹

2.2. Der Begriff „Spiritualität“ in den Gesundheitswissenschaften

Da in den letzten Jahren eine Ausbreitung der Rede von Spiritualität als Alternative zur Verwendung des Religionsbegriffs in den Sozialwissenschaften zu verzeichnen ist, wurde es üblich, in Publikationen zum Thema „Spiritualität und Medizin“ eine Begriffsgeschichte des Begriffs Spiritualität (-vor allem auch in Abgrenzung zu Religion und Religiosität), verschiedene Definitionen sowie das je eigene Verständnis von Spiritualität voranzustellen.²²

Während in den USA von Brian J. Zinnbauer und Kenneth I. Pargament sich dafür ausgesprochen haben, Spiritualität als „Search for the sacred“ zu bestimmen, wird Spiritualität im Gesundheitswesen als medizinisch- anthropologische Kategorie, als

²⁰ Baier 2006(2), S. 14.

²¹ Baier 2009, S. 65.

²² Walter Lesch nennt sehr treffend alle Versuche der Verständigung „über eine *Definition* von Spiritualität den verzweifelten Versuch, einen Pudding an die Wand zu nageln.“ Vgl. Lesch 2003, S. 54.

existentielle Lebenshaltungen insbesondere im Umgang mit lebensbedrohlichen Situationen verstanden. In diesem Sinne ist jeder Mensch spirituell, so die WHO, weil sich jeder Mensch im Angesicht des Todes existentiellen Fragen stellen muss. Damit wird der Mensch als offenes Wesen, prozessorientiert, auf Beziehung hin angelegt, verwundbar und endlich beschrieben.²³

Erhard Weiher nennt Spiritualität „die innerste Quelle für die Lebensbewegungen und –bewältigungen [...] Die spirituelle Grundmelodie schwingt durch die ganze Lebensgestalt eines Menschen hindurch. Sie ist das am Menschen, was seine persönliche Welt im Innersten zusammenhält, wes > ‚Geistes Kind‘< er ist.“ Er unterscheidet zwischen der spirituellen und der existentiellen Dimension: die Bedrohung der eigenen Existenz führt zur „Erfahrung, dass das Selbst ungesichert, in seinem Dasein begrenzt und vom Tod bedroht ist. Die spirituelle Dimension meint im Unterschied zur existentiellen eher die persönliche innere Ausrichtung des Menschen.“ Spiritualität ist der deutende Umgang „die innere Lebenseinstellung und das ganz persönliche Ringen um Sinngebung und Hoffnung, mit dem der Patient auf die existentielle Herausforderung ein hilfreiches Gegengewicht sucht.“²⁴

Hier wird die Position vertreten, dass Spiritualität in jedem Menschen zu entdecken sei, und diese Ressourcen oft nur unbewusst seien, bzw. die spirituellen „Muskeln“ untrainiert sind.

Zu Recht kritisieren Birgit und Andreas Heller „die Annahme, jeder Mensch ist religiös und wenn schon nicht religiös, dann wenigstens spirituell (als) falsch.“²⁵ Sie verweisen darauf, dass sich in unserer Gesellschaft relativ viele Menschen weder als religiös noch spirituell bezeichnen. Wenn man von Spiritualität in einem allgemeinen Sinn als „-Suche nach existentieller Bedeutung-“ spricht, heißt das auch, dass sich Spiritualität nicht mehr von Weltanschauung, Weltbild, - Weltsicht oder Lebenssinn (im Sinne von Tatjana Schnell²⁶) unterscheiden lässt.²⁷

Während im wissenschaftlichen Diskurs um eine Definition des Begriffs Spiritualität gerungen wird, ist im Gesundheitswesen ein pragmatischer Umgang mit Spiritualität vor

²³ Roser 2009, S. 35.

²⁴ Weiher 2008, S. 46 und S. 26f.

²⁵ Heller /Heller (2009), S. 9. 2011 wird diese Kritik noch einmal wiederholt,

²⁶ Schnell 2009.

²⁷ „Jede Form auch eines rein weltimmanenten Empfindens von existentieller Bedeutung als Spiritualität zu verstehen, erscheint hingegen wie ein Versuch, auch nicht religiösen Haltungen einen religiös anmutenden Mehrwert zu verleihen, ohne dabei auf den Religionsbegriff rekurrieren zu müssen.“ Klein 2011, S. 39.

allem aus der Perspektive des Patienten gefordert, um spirituelle Begleitung beschreibbar und erkennbar im Unternehmen werden zu lassen. Traugott Roser verweist auf eine Arbeitsdefinition von Spiritualität, auf die sich palliativmedizinisch Tätige (Seelsorger, Mediziner, Pflegekräfte, Psychologen und Philosophen) verschiedener Länder in einem Konsenspapier geeinigt haben:

„Spiritualität ist der dynamische Aspekt menschlichen Lebens, der sich auf die Art und Weise bezieht, wie ein Mensch oder eine Gemeinschaft von Menschen Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfährt, ausdrückt oder sucht, und sich mit dem Sein, dem Selbst, mit anderen, mit der Natur, Bedeutsamen und /oder dem Heiligen verbunden weiß.“²⁸

Büssing et al. vertreten eine ähnlich offene Begriffsbestimmung von Spiritualität:

„ Mit dem Begriff Spiritualität wird eine nach Sinn und Bedeutung suchende Lebenseinstellung bezeichnet, bei der sich der/die Suchende des „göttlichen“ Ursprungs bewusst ist (wobei sowohl ein transzendentes als auch ein immanentes göttliches Sein gemeint sein kann, z.B. Gott, Allah, JHWH, Tao, Brahman, Prajna, All- Eines u.a.) und eine Verbundenheit mit anderen, der Natur, mit dem Göttlichen usw. spürt. Aus diesem Bewusstsein heraus bemüht er/sie sich um die konkrete Verwirklichung der Lehren, Erfahrungen oder Einsichten, was unmittelbare Auswirkungen auf die Lebensführung und die ethischen Bezüge hat.“²⁹

Büssing betont, dass in unserem Kulturkreis Spiritualität eher eine pluralistische Ausprägung hat und Achtsamkeit und Rücksichtnahme im Sinne eines säkulare Humanismus von

²⁸ Puchalski 2009, und Puchalski/Ferrell 2010, S. 25. Christina Puchalski, Pflegewissenschaftlerin, Gründerin von The Georg Washington Institute for Spirituality and Health 2007, hat die positiven und negativen Einflüsse religiöser und spiritueller Einflussfaktoren auf Krankheit, aufgezeigt (2001), Spiritualität im amerikanisch-medizinischen Curriculum (Puchalski und Larson 1998) und im Rahmen eines ganzheitlichen Pflegekonzeptes ein Instrument zur Erfassung der spirituellen Geschichte und Bedürfnisse entwickelt (Puchalski 2006: www.gwish.org/id79.htm).

²⁹ Ausgehend von der Feststellung, dass sich 40% der chronisch Kranken im Kontext der institutionalisierten Religion nicht mehr verortet fühlen, wurden die Aussagen von Menschen unterschiedlicher Professionen, Religionszugehörigkeiten und Konfessionen zu der Frage, was unter Spiritualität verstanden wird, untersucht. Büssing stellte fest, dass die Vorstellungen zur Spiritualität zwar vom weltanschaulichen Hintergrund abhängen, sich aber immer auf eine immaterielle Wirklichkeit beziehen, die aber erfahrbare bzw. erahnbar ist und der Lebensgestaltung Orientierung gibt. Diese Erkenntnisse wurden für ein Fragebogeninstrument verwendet und getestet. Dabei zeigte sich, dass „sowohl die religiöse Orientierung als auch die Transzendenzüberzeugungen erst mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen, während die existentialistisch geprägte Suche nach Erkenntnis, Weisheit und Einsicht sowie ein vom säkularen Humanismus geprägter bewusster Umgang von großer Bedeutung bereits bei Jugendlichen ist. Büssing 2011, S. 195.

besonderer Bedeutung sind. Die obengenannte Begriffsbestimmung lässt sich im Sinn der Argumentation von Klein auch unter „Religiosität“ einordnen.³⁰

Aus Sicht der Gesundheitsförderung und Prävention untersucht Ralph Marc Steinmann Spiritualität als vierte Dimension der Gesundheit.³¹ In seiner Definition von Spiritualität bezeichnet er nach dem Vergleich verschiedenster Begriffsbestimmungen von Spiritualität als charakteristisch für Spiritualität sowohl die Sinn- Suche als auch den Bezug zu einer über das Menschsein hinausweisenden Wirklichkeit.³²

Spiritualität kann als positiver Grundwert, als eigene, existentielle Dimension des Menschseins definiert werden, die getragen ist von der Sehnsucht nach Lebenserfüllung und Sinnerfahrung jenseits von Leben und Tod. Sie manifestiert sich in einem individuellen dynamischen Entwicklungs- und Bewusstseinsprozess in allen Lebensphasen und Entwicklungsbereichen, in verschiedenen Lebensweisen und Lebensorientierungen und verbindet über die innere Erfahrung einer transzendenten Wirklichkeit mit Umfeld und Umwelt.

Seine zusammenfassende Definition von Spiritualität will einerseits eng genug sein, um Spiritualität „gegenüber einseitig theoretisch-philosophischen, medizinisch-pathologisch und psychologisch (...), psychotherapeutisch oder neurowissenschaftlich-biologisch simplifizierenden Inhalten und Definitionsversuchen abzugrenzen, ...Andererseits sollte sie weit genug sein, dass sie alle Wertesysteme, Wissens- und Erfahrungshintergründe und soziokulturelle Kontexte *mit explizitem Transzendenzbezug* umfassen kann.“³³

2.3. Forschung zur Wirkung von Spiritualität und Religiosität in der Medizin

³⁰ Vgl. Klein 2011, S. 35f.

³¹ Steinmann 2008.

³² Diese zwei Grundwerte finden sich in vielen Definitionen, so z.B. bei Eglin et al. 2006 S. 15.

³³ Steinmann 2008, S. 64f. Ob diese Definition damit auch für die Wissenschaft akzeptabel ist, stellt er als Frage in den Raum.

Auch in Europa ist in den letzten 20 Jahren die Bereitschaft gewachsen, sich mit Religiosität und Spiritualität im Zusammenhang von Gesundheit und Medizin wissenschaftlich und praktisch zu beschäftigen. Es haben sich verschiedene Zentren und Netzwerke gebildet, die sich der Erforschung dieses Zusammenhangs widmen. Als Forschungszentren sind hier vor allem zu nennen: Die „-Transdisziplinäre Arbeitsgruppe Spiritualität und Krankheit -“ (TASK)³⁴, die Arbeitsgruppe „- Religionspsychologie des FPP der Universität Trier am St. Franziska-Stift“ in Bad Kreuznach -“³⁵, der „- Arbeitskreis Medizin und Spiritualität an der Ludwig-Maximilian- Universität -“ in München und die Forschungsgruppe zu „- Spiritualität und Krankheitsumgang-“ an der Universität Witten/Herdecke.³⁶ Außerdem sei auf das Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit (FISG) in Langenthal/Schweiz verwiesen, welches sich der wissenschaftliche Vernetzung europaweit verschrieben hat.³⁷ In Österreich gibt es Aktivitäten an der Universität Salzburg³⁸ sowie am „-Institut für Religiosität in Psychiatrie und Psychotherapie-“, welches inzwischen regelmäßig Tagungen und Kongresse zu entsprechenden Themen anbietet.

In dem Sammelband „-Gesundheit- Religion- Spiritualität-“³⁹ wird erstmalig der aktuelle Forschungsstand im deutschsprachigen Raum zum Thema Spiritualität und Gesundheit gesichtet und ein Überblick über die Rolle von Religion/Spiritualität im Kontext der Gesundheitsforschung gegeben. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit werden außerdem in der Veröffentlichung „Spiritualität transdisziplinär“⁴⁰ vorgestellt.

„-Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfaden-.“⁴¹ ist die Übersetzung des Buches „- Spirituality in Patient Care-“ von Harold G. Koenig. Hier wird eine Zusammenfassung der „-Religion and Health-“- Forschung der letzten 30 Jahre in den USA vorgestellt. Außerdem will es auch eine praktische Hilfestellung im Umgang mit Religiosität und Spiritualität in den Gesundheitsberufen geben. Es enthält neben dem minimalen Wissen

³⁴ Vgl. www.hwz.uni-muenchen.de/task/

³⁵ www.psychology-of-religion.de.

³⁶ Die Professur für Lebensqualität, Spiritualität und Coping an der Universität Witten/Herdecke hat Prof. Arndt Büssing inne.

³⁷ FISG; www.fisg.ch/de.

³⁸ Reiter/Bucher 2009.

³⁹ Klein/Berth/Balk 2011

⁴⁰ Büssing/ Kohls 2011.

⁴¹ Koenig 2012.

zu Religion und Spiritualität, welches nötig ist, um auf spirituelle Anliegen von Patienten einfühlsam eingehen zu können, auch ein Kapitel zur Erhebung einer „-spirituellen Anamnese-“. Außerdem enthält der Band einen kurzen Muster-Lehrgang für den Einsatz in „-medizinischen Fakultäten, medizinischen oder psychiatrischen Facharztausbildungen, psychologischen und seelsorgerlichen Ausbildungsprogrammen, Pflegefachhochschulen, Sozialarbeitsausbildungsstätten und in Ausbildungsprogrammen für Physio- und Ergotherapeuten, medizinischen Assistenten, Pflegefachpersonen und anderen Gesundheitsfachleuten-“. Dieser kann in bestehende Lehrpläne eingebaut werden und an die verschiedenen Gesundheitsberufe angepasst werden.

Wichtig ist neben der Krankheitsbewältigung auch die Gesundheitsvorsorge, d.h. die Rolle von Spiritualität aus Sicht von Gesundheitsförderung und Prävention.⁴²

3. Spirituelle Praktiken in der Medizin - Achtsamkeit, Meditation und Gebet

3.1. Achtsamkeit

Achtsamkeit bedeutet,

dem Augenblick bewusst

Aufmerksamkeit zu schenken.

Jon Kabat Zinn

Die Anwendung des Achtsamkeits-Konzeptes gewinnt zunehmend auch in Deutschland an Bedeutung. Nachdem in den USA das Konzept zuerst in der Medizin zur Stressbewältigung und bei chronischen Schmerzen eingesetzt wurde, hat es inzwischen neben dem Einsatz in verschiedenen Psychotherapien auch Eingang in die Arbeit von Managern und Beratern und zunehmend auch in die Pädagogik gefunden. Außerdem gilt Achtsamkeit als ein „machtvolles Instrument auf dem Weg zu tiefer Einsicht, zu Gelassenheit und Konzentration.

⁴² Vgl. Steinmann 2012.

Sie fördert Selbsterkenntnis, Selbsteinführung, Selbstakzeptanz, Selbstführung und Selbstfürsorge“.⁴³ Dies alles sind Fähigkeiten, die in vielen Bereichen des Lebens wichtig sind. Die Erkenntnisse der Forschung zu Meditation und Achtsamkeit sind nicht nur für die Behandlung und Prävention von Erkrankungen relevant.⁴⁴ Insofern sind die Auswirkungen des Achtsamkeitskonzeptes auf unsere Kultur noch nicht abzusehen. Insbesondere für den Bereich der Pflege ist das Potential der Achtsamkeitspraxis noch nicht hinreichend erforscht, eine „Pflegekultur der Achtsamkeit“ noch nicht etabliert.

Die Praxis der Achtsamkeit ist ein Urelement buddhistischer Spiritualität und der Suche nach Heil und Erlösung im Buddhismus. Die Anfänge dieser Praxis reichen bis in die älteste überlieferte Stufe des indischen Buddhismus zurück. Im Zentrum dieser Praxis stehen die *sogenannten Vier Anwendungen der Achtsamkeit*, die *Vergegenwärtigung der Achtsamkeit*, *Konzentration der Achtsamkeit*, *Grundlagen der Achtsamkeit* oder *Vierfaches Bereithalten der Achtsamkeit*⁴⁵ genannt werden. Diese formale, inhaltsneutrale Schulung der Beobachtungsfähigkeit garantierte schon in der Vergangenheit das Überleben dieser spirituellen Technik. Diese Inhaltsneutralität machte es möglich, die Praxis auch auf nichtbuddhistische spirituelle Kontexte zu übertragen. So haben die buddhistisch inspirierten Achtsamkeitsübungen heute eine große Bedeutung weit über den Buddhismus hinaus erlangt und gelten als „ideologieunabhängige spirituelle Technik des Geistes“.⁴⁶

3.2. Achtsamkeit in der Psychotherapie

Dieser Prozess der kulturellen Übertragung alter indischer Ideen und Praktiken in die moderne westliche Psychotherapie begann in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts mit der „Stressbewältigung durch Achtsamkeit“ (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) und der „Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie“ (Mindfulness-Based-Cognitive Therapy, MBCT).

⁴³ Weiss et al. 2010, S. 15.

⁴⁴ In den USA existieren schon Programme, welche die Selbstregulation durch Meditation als Basiskompetenz in Schulen vermitteln. In Deutschland gibt es erst wenige derartige Initiativen.

⁴⁵ Auf Achtsamkeit im Buddhismus soll hier nicht weiter eingegangen werden, da der Schwerpunkt hier vor allem auf westliche, säkularisierte Formen der Achtsamkeitspraktiken gelegt wird. Hier sei z.B. auf die Artikel zur buddhistischen Tradition in Zimmermann et al. 2012 verwiesen.

⁴⁶ Zimmermann in Zimmermann et al. 2012, S. 1.

Zunächst wurde in den USA in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts von dem Molekularbiologen, Verhaltensmediziner und Psychosomatiker Jon Kabat Zinn die *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) entwickelt. Diese Methode wurde von Zindel Segal, Mark Williams und John Teasdale als *Mindfulness-Based-Cognitive Therapy* (MBCT) zur Behandlung von Depressionen weiterentwickelt. Marsha Linehan entwickelte die *Dialektisch- Behaviorale Therapie* unter Bezugnahme auf Elemente der Achtsamkeitspraxis und der Zen-Meditation für die Behandlung von schweren Persönlichkeitsstörungen. Den Faktor Akzeptanz als wesentlichen therapeutischen Faktor betonte Steven C. Hayes in seiner *Acceptance and Commitment Therapy* für die Behandlung von Generalisierten Angsterkrankungen. Dieses Paradigma wiederum wurde von G.Alan Marlatt auf Suchterkrankungen angewendet. In der Traumatherapie wurden dann letztendlich wesentliche therapeutische Elemente aus der Achtsamkeitspraxis von Luise Reddemann als *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie* - PIIT(2003) angewendet. Außerdem wurde eine große Zahl achtsamkeitsbasierter Ansätze in der Suchttherapie, der Schmerztherapie und der Behandlung von Essstörungen entwickelt. In vielen verhaltenstherapeutischen Therapieformen haben heute achtsamkeitsbasierte Ansätze ihren festen Platz.

Jon Kabat Zinn, Zindel Segal, Mark Williams und John Teasdale, die MBSR und MBCT entwickelt haben, lösten bewusst die Praxis der Achtsamkeit aus ihrem buddhistischen Rahmen⁴⁷, um Menschen zu helfen, mit Stress, Depressionen oder chronischen Schmerzen umzugehen und nicht, um sie zur Erleuchtung zu führen. Ulrike Anderssen-Reuster weist darauf hin⁴⁸, dass die Achtsamkeitspraxis als Kern der buddhistischen Lehre nicht das Ziel Entspannung, Wohlbefinden oder persönliche Zufriedenheit verfolgt, sondern die Entwicklung von Weisheit und Mitgefühl und die Überwindung von Leiden, sowohl individuell als auch gesellschaftlich. Daher erscheint es legitim, das Erfahrungswissen aus dem spirituellen Kontext auf den psychotherapeutischen zu verlagern. Während der buddhistische Erkenntnisweg als Erlösungsweg nach Transzendierung des subjektiven Bezugsrahmens strebt, kann und soll dies nicht Aufgabe der Psychotherapie sein. Dabei ist es

⁴⁷ Gethin verweist aber darauf, dass, obwohl sich Kabat-Zinn nicht als Buddhist bezeichnet, dennoch viele Begriffe benutzt, die nahelegen, dass er sich eine Sicht *des dharma* zu eigen macht, die jenseits des streng Wissenschaftlichen und Medizinischen liegt. Das gilt m. E. nicht nur für Kabat-Zinn. Gethin in Zimmermann 2012, S. 47. Ebenso kritisch sieht er die Nachteile einer „Professionalisierung“ von Achtsamkeit und die Tendenz, Orthodoxie und Orthopraxie zu erzeugen, hin.

⁴⁸ Anderssen-Reuster 2011, S.3ff, in: Anderssen-Reuster 2011.

ihr wichtig, dass der Psychotherapieprozess frei von weltanschaulichen Aspekten ist und bleibt.⁴⁹

3.3. „Stressbewältigung durch Achtsamkeit“ (MBSR)

Inspiziert durch seine eigenen Erfahrungen mit der Vipassana⁵⁰- und der Zen-Meditation⁵¹ entwickelte Jon Kabat-Zinn diese Methode mit seinem Team an der Universität von Massachusetts in Worcester/USA Ende der 1970er Jahre. Ursprünglich war diese Methode als komplementärmedizinische Ergänzung zur konventionellen Therapie geplant, wenn die Beschwerden damit nicht genug gebessert werden konnten. Er wollte chronisch Kranken die Möglichkeit geben, mit Hilfe von Achtsamkeitsmeditation und Übungen aus dem Hatha-Yoga selbst ihr Leiden zu mindern.

Dieses Programm versteht sich als säkular und kann frei von religiösen oder spirituellen Überzeugungen ausgeübt werden.

Das MBSR-Programm dauert 8 bis 10 Wochen und besteht aus 8 wöchentlichen Gruppensitzungen von 2,5 bis 3 Stunden Dauer sowie einem Ganztagsseminar. Außerdem müssen die Teilnehmer bereit sein, jeden Tag zu Hause täglich 45 Minuten mit Anleitung auf CDs zu üben.

Innerhalb des Programms lernen die Teilnehmer mit Hilfe von formalen und informellen Meditationstechniken eine Haltung der Achtsamkeit kennen sowie Konzentration, Fokussierung und bewusstes Loslassen. Zu den formalen Meditationsübungen gehören der Body Scan, die Sitz- und Gehmeditation sowie achtsame Körperübungen aus dem Yoga.

Durch informelle Übungen soll die achtsame Haltung für den Alltag geübt werden. Ergänzt wird das Programm durch Informationen und Übungen zum Thema Stress.

⁴⁹ Auf die Nachteile des Herauslösens aus dem buddhistischen Rahmen wird immer wieder hingewiesen, so auch bei Gethin 2012,

⁵⁰ „Vipassana“ (wörtlich: klare, höhere Einsicht) wird entweder mit „Achtsamkeitspraxis“ oder „Einsichtsmeditation“ wiedergegeben. Vipassana beschreibt eigentlich den Zweck der Achtsamkeitspraxis, wird aber heute für alle zeitgenössigen Meditationsmethoden zur Erreichung dieses Zieles verwendet und ist eher ein Überbegriff.

⁵¹ Die vielgestaltige Vipassana-Bewegung, der Zen und der tibetische Buddhismus bilden die drei Haupttraditionen des Buddhismus im Westen. Ein historischer Abriss des westlichen Interesses an Achtsamkeit bei Gruber in Zimmermann 2012, S. 306ff.

Beim Body Scan wird die Aufmerksamkeit auf den Körper in allen seinen Teilen und seine Empfindungen gelenkt.

Bei der Sitzmeditation ist der Atem Gegenstand der Aufmerksamkeit.

Die Praxis der Achtsamkeit ermöglicht einen klareren Blick auf automatisierte Abläufe unseres Alltagsbewusstseins, von Jon Kabat-Zinn „Autopilot“ genannt. Durch achtsames Beobachten der inneren und äußeren Welt mit Gedanken, Empfindungen, Gefühlen und Handlungsimpulsen wird es möglich, sich davon auch zu distanzieren. Gerade bei Stressreaktionen wird es für die Übenden möglich, Stressauslöser und automatisierte Stressreaktion zu erkennen. Damit gewinnen sie die Möglichkeit, einen Moment innezuhalten, zu beobachten und sich dann für oder gegen eine Reaktion zu entscheiden. Das ermöglicht neue Handlungsspielräume und Freiheit.

*„Achtsamkeit verleiht unseren Handlungen Freiheit. Damit ist keine Freiheit im augustinischen Sinn gemeint,...sondern die Fähigkeit wahrhaft zu agieren, statt lediglich zu reagieren. Diese Freiheit ist die Freiheit, der Autor unseres eigenen Lebens zu sein, anstatt unsere Handlungen und unser Leben aus der Hand zu geben, um durch äußere Ereignisse und die Handlungen anderer hin-und hergeworfen zu werden.“*⁵²

Die informelle Meditationstechniken, die auf die Lehre Thich Nhat Hanhs⁵³ zurückgehen, sollen den Übungsteilnehmern helfen, den Status des Autopiloten im Alltag wahrzunehmen und zu lernen, alltägliche Handlungen bewusst und in einer achtsamen Haltung, d.h. in wacher Präsenz und im Gewahr-werden der Gedanken, Körperempfindungen, Gefühlen und Verhaltensimpulsen, die dabei auftreten, auszuführen. So wird Achtsamkeit bei täglichen Verrichtungen wie dem Zähneputzen, Treppensteigen, Abwaschen u.ä. eingeübt.

Im Rahmen der MBSR geht es weniger um die Vermittlung von Techniken, sondern um Achtsamkeit als Lebensstil.

Wohlwollen und Mitgefühl für sich selbst zu entwickeln ist außerdem fester Bestandteil des Curriculums. Darunter wird eine Haltung der Freundlichkeit und des Wohlwollens sich selbst gegenüber statt einer negativen Selbstbeurteilung verstanden. Akzeptanz nicht nur dem gegenwärtigen Moment gegenüber, sondern auch gegenüber sich selbst, anzuerkennen was

⁵² Garfield in Zimmermann 2012, S. 346.

⁵³ Der vietnamesische Mönch Thich Nath Hanh gilt als ein Vertreter des „engagierten Buddhismus“.

ist ohne zu werten, ist ein wichtiger Baustein von Achtsamkeit. Diese Haltung wird nach einiger Zeit auch auf Mitmenschen, Tiere, Pflanzen und die Umwelt ausgeweitet.

In vielen buddhistischen Traditionen spielt die Kultivierung von Zuständen „Liebender Güte“ bis zu einer Verinnerlichung dieser Haltung in Form der sogenannten „Mettapraxis“ eine große Rolle. Ziel der buddhistischen Geistesschulung ist die Entwicklung von Liebender Güte, Mitgefühl, Mitfreude und Inneren Frieden als Grundlage menschlichen Glücks.

Die achtsamkeitsbasierte Stressreduktion findet derzeit sowohl bei Neurowissenschaftlern und Schmerztherapeuten als auch in der Öffentlichkeit viel Beachtung.⁵⁴

Das derzeitige große Interesse an dem Prinzip „Achtsamkeit“ spiegelt sich auch in einer großen Anzahl von Studien wider, die sich mit der therapeutischen Wirksamkeit und den Wirkmechanismen von achtsamkeitsbasierten Verfahren beschäftigen.⁵⁵

3.4. Achtsamkeit und Präsenz in der stationären Psychotherapie am Beispiel der Heiligenfeld- Kliniken

Die Heiligenfeld-Kliniken in Bad Kissingen sind spezialisiert auf die Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Seit ihrer Gründung 1990 spielen Achtsamkeit und spirituelle Bestandteile wie Andacht, Gebet und Meditation eine große Rolle in der Fachklinik.

Dorothea und Joachim Galuska beschreiben ihr Klinikkonzept⁵⁶ wie folgt: Im Konzept der Heiligenfeld Kliniken in Bad Kissingen spielt Achtsamkeit eine große Rolle. Das Behandlungskonzept der 1990 gegründeten Klinik beruht auf einem Menschenbild, das den Menschen als eine „Einheit aus Leib, Seele und einem Geist in Bezogenheit und Teilhabe an der mitmenschlichen Gemeinschaft und als Ausdruck der lebendigen Natur versteht.“⁵⁷ Hier wird Spiritualität transkonfessionell, d.h. nicht an eine Religion gebunden, verstanden und in

⁵⁴ Vgl. Die Zeit online 1/2012 über Achtsamkeit.

⁵⁵ Heidenreich et al. stellen den derzeitigen Stand der Forschung sowie Fragebögen zur Erfassung von Achtsamkeit vor. Zusammenfassend stellen sie fest, dass Achtsamkeit als Prinzip ein großes therapeutisches Potential aufweist, aber dass bisher noch nicht hinreichend geklärt ist, wie Achtsamkeit und Achtsamkeitsbasierte Ansätze im Einzelnen wirken. Heidenreich et al in: Anderssen-Reuster 2011, S.310-325.

⁵⁶ Galuska/Galuska in Anderssen-Reuster 2011, S. 132-143.

⁵⁷ Galuska/Galuska schildern ihr Unternehmenskonzept in Anderssen-Reuster 2011, S. 132ff.

die Behandlung integriert. „Spiritualität wird verstanden als der erfahrungsmäßige Bezug zur Transzendenz, zum Unbekannten, zu dem, was jede Konzeptionalisierung unserer Erfahrungswirklichkeit überschreitet.“ In allen spirituellen Traditionen wird der Bezug zu dieser Wirklichkeit mit Hilfe von Besinnung und Meditation hergestellt, ihre Übung und Entfaltung ist aber im Buddhismus am weitesten ausgearbeitet, so dass die Achtsamkeitsmeditation von verschiedenen Lehrern in der Klinik angeboten wird. Neben den Meditationsangeboten für Patienten spielt Achtsamkeit auch als Grundhaltung der Therapeuten eine große Rolle.⁵⁸ Bei therapeutischen Mitarbeitern ist Selbsterfahrung und eine undogmatische Ausrichtung von Spiritualität Einstellungsvoraussetzung, von anderen Mitarbeitern wird Interesse und Offenheit für diese Themen erwartet.

Neben der klaren Verankerung von Achtsamkeit, Präsenz und Spiritualität im Klinikalltag bedeutet Spiritualität im Rahmen der Unternehmenskultur, dass Möglichkeiten für persönliche und kollektive Entwicklung von geistig-spirituellen Kompetenzen geschaffen werden. Außer der regelmäßigen Kommunikation humanistischer und spiritueller Anliegen gibt es neutral gestaltete Meditationsräume und einen „Weg der Weltreligionen“, wo die großen Weltreligionen (Christentum, Judentum, Islam, Buddhismus und Hinduismus) mit ihren Symbolen vertreten sind sowie ein transkonfessioneller Platz mit dem Symbol einer Glaskugel. Einmal im Monat können Mitarbeiter und Patienten gemeinsam diese sechs Plätze aufsuchen und mit einem Moment des Schweigens und dem Anzünden einer Kerze wertschätzen.

Zusätzlich zu den täglichen freiwilligen Meditationsangeboten finden viermal jährlich Achtsamkeitstage statt, die mit dem *Tag der Stille* für die Patienten verbunden sind. An diesem Tag herrscht, soweit es möglich ist, Stille und es werden Achtsamkeitsübungen durch die therapeutischen Mitarbeiter angeboten. Außerdem wird eine Veranstaltung mit einem Thema zur Achtsamkeitspraxis angeboten. Dieses Thema kann sowohl theoretischer als auch praktischer Natur sein. Darüber hinaus können alle Abteilungen an diesem Tag ein kleines Ritual oder Übungselement wie eine gemeinsame Körperübung, eine schweigende Mittagspause oder eine Teezeremonie am Nachmittag durchführen. Im Rahmen des Qualitätsmanagements werden sowohl auf Mitarbeiter- als auch auf Patientenebene alle

⁵⁸ Für die therapeutische Arbeit ist eine Verankerung in Achtsamkeit und Präsenz (als Spuren der eigenen bewussten Anwesenheit, die unmittelbare Vergegenwärtigung des gegenwärtig Anwesendseins) als Grundlage der Begegnung zwischen Therapeuten und Patient „-beseelte Psychotherapie-“ (Galuska 2006).

zwei Jahre mit Hilfe eines Wertefragebogens die erlebten Qualitäten von Heilung, Liebe und Achtsamkeit erfragt. Außerdem bewerten die Patienten die Therapieangebote am Ende ihres Aufenthaltes. Zu den wirkungsvollen „kleinen Gesten“ gehören Rituale wie ein kleiner Weisheitstext oder gemeinsames Schweigen am Anfang jeder Teamsitzung. Auch im Laufe der Teamsitzungen sind Unterbrechungen durch den Versammlungsleiter möglich, wenn die Konzentration nachlässt. Ein Moment der Sammlung und der Stille hilft, wieder an die Qualität von Achtsamkeit und dem Dienen der gemeinsamen Aufgabe anzuknüpfen.

Im jährlich stattfindenden Mitarbeitergespräch wird jeder Mitarbeiter zur eigenen Sinnerfüllung in der Arbeit gefragt.

Patienten können in dem Feld der Achtsamkeit, das von Mitarbeitern und der Organisation getragen und vertieft wird, die Qualität einer Achtsamkeitskultur (wieder)entdecken. Die Patienten werden systematisch und schrittweise in die Achtsamkeitskultur in der Klinik eingeführt. Der Therapiealltag besteht neben spezifischen Therapien auch immer aus Achtsamkeitselementen, die Innehalten und Stille unterstützen. Auch für spirituelle und religiöse Krisen gibt es in der Klinik spezielle Therapieangebote. Neben dem christlich orientierten Angebot „Glaube als Heilungsweg“ durch eine Seelsorgerin gibt es auch eine transkonfessionelle Gruppe zum Thema „spirituelle und religiöse Krisen“. Das Anliegen der Vernetzung und der transkonfessionellen Zusammenarbeit wird durch eine eigene Stelle der katholischen Seelsorge verwirklicht, welche je zur Hälfte von der Kirche als auch von der Klinik bezahlt wird. Außerdem bieten Vertreter der evangelischen und der katholischen Kirche Gottesdienste an.

Achtsamkeit und Spiritualität besitzen eine Relevanz nicht nur für die Psychotherapie, sondern auch für die Lebensführung von uns Menschen, so Galuska/Galuska. Deshalb wird auch ein umfangreiches Konzept für die Nachsorge angeboten.

Dieses Beispiel zeigt, wie Spiritualität, Achtsamkeit und Meditation sowohl in die Therapie von Patienten als auch in die Unternehmenskultur und für die Mitarbeiter im Klinikalltag integriert werden kann.⁵⁹

⁵⁹ Die Auszeichnung als „Deutschlands bester Klinikarbeitsgeber“ zeigt, dass dieses Konzept sich auch auf die Mitarbeiterzufriedenheit auswirkt.

3.5. Meditation

Meditation ist die am eingehendsten erforschte spirituelle Praxis. Wesentliche Elemente von Meditation sind innere Ruhe, Stille, Achtsamkeit und Bewusstheit dessen, was ist. Auch bei der Meditation geht es zuerst einmal darum, sich auf die unmittelbare Gegenwart zu konzentrieren. Meditation in ihren unterschiedlichen Formen ist in allen Religionen und Weisheitssystemen übliche Praxis, kann aber auch in säkularer Form als „Werkzeug der Selbsterforschung, Selbstregulation und Selbsterkenntnis“ auf der „Basis einer wissenschaftlichen Grundhaltung“⁶⁰ genutzt werden. Da verschiedene Techniken als Meditation bezeichnet werden, gibt es bis heute keine allgemein anerkannte Definition von Meditation. Neben einer Vielzahl von Meditationsformen, bei denen Bewegungen des Körpers einen zentralen Aspekt darstellen (z.B.Tai Chi, Chigong, der Drehtanz der Sufis und die Gehmeditationen), gibt es eine große Vielfalt an „stillen“ Übungen. Dabei wird die Aufmerksamkeit auf verschiedene Objekte wie den Atem, ein Bild, eine Silbe oder innere Bilder gelenkt. In der gegenstandslosen Meditation fehlt ein entsprechendes Objekt.

Wissenschaftliche Erforschung von Meditation

Der Dipl. Psychologe Ulrich Ott beschreibt die verschiedenen Entwicklungsphasen der Meditationsforschung der letzten 50 Jahre⁶¹ wie folgt: In der Frühphase in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts wurden vor allem Yogis und Zen- Mönche vor Ort in Indien und Japan untersucht. Danach folgte eine erste Blütezeit der Forschungsaktivität mit der Verbreitung der Transzendentalen Meditation in den 70er Jahren. 1984 erschien dann ein umfassendes Werk (herausgegeben von Shapiro & Walsh), das die bis dato gesammelten Befunde zusammenstellte und kommentierte. Es folgte 1987 ein Lehrbuch zur Psychologie der Meditation von Michael A. West. In Deutschland veröffentlichte der Medizinprofessor Klaus Engel dann 1997 eine Monographie über Geschichte, Theorien und Ergebnisse der Meditationsforschung. Seit dem Jahr 2000 begann eine Phase des Booms der

⁶⁰ Ulrich Ott vertritt in seinem Buch „Meditation für Skeptiker. Ein Neurowissenschaftler erklärt den Weg zum Selbst“ S. 11 diese Ansicht.

⁶¹ Ott 2010, S.141ff. Ulrich Ott erforscht am Bender Institute of Neuroimaging (BION) der Universität Gießen mit seinem Team vor allem Übungen der Achtsamkeitsmeditation.

Meditationsforschung, deren Ende noch nicht abzusehen ist. So sind in den letzten 10 Jahren mehr wissenschaftliche Publikationen entstanden als in den vierzig Jahren davor. Als Ursachen beschreibt Ott folgende Ursachen:

- Meditation gilt nicht mehr nur als exotisches Phänomen, welches in religiösen und esoterischen Kreisen verbreitet ist, sondern als mentales Training, welches auf der Grundlage wissenschaftlicher Modelle erklärt und angewandt wird
- Der Dialog des Dalai Lama mit führenden Wissenschaftlern seit den 1980er Jahren hat sich inzwischen zu richtungsweisenden Kongressen entwickelt. So wird außerdem seit 2004 ein *Summer Research Institute* statt, welches Studenten und Professoren die Möglichkeit bietet, ihre Forschungsergebnisse mit buddhistischen Meditationslehrern und Gelehrten zu diskutieren⁶²
- Die zunehmende Verbreitung achtsamkeitsbasierter Psychotherapieverfahren
- Die sogenannten bildgebenden Verfahren, die es ermöglichen, die Funktion und die Struktur des Gehirns abzubilden, haben zu einem Aufstieg der neurowissenschaftlichen Meditationsforschung geführt.

Zahlreiche Kongresse, Medienberichte und neu veröffentlichte Bücher spiegeln das starke wissenschaftliche und öffentliche Interesse an dem Thema wider.⁶³

Ähnlich wie bei dem Begriff „Spiritualität“ ist es schwierig, die Frage nach dem Forschungsgegenstand, die Frage „was ist eigentlich Meditation?“ zu beantworten. Wie oben beschrieben, gibt es keine allgemein anerkannte Definition.

In der empirischen Meditationsforschung wird üblicherweise eine Arbeitsdefinition verwendet, die erklärt, was im Rahmen der Studie unter Meditation verstanden wird.

Auswirkungen von Meditation

⁶² Siehe <http://www.mindandlife.org>.

⁶³ Ein aktuelles Beispiel: In einem Zeitinterview wird die Neurowissenschaftlerin Tanja Singer ausführlich zu ihren Forschungen zur Empathie, soziales Miteinander und Meditation befragt. Aktuell arbeitet sie an einer großen Studie über die Wirkung mentalen Trainings. Tanja Singer arbeitet im Rahmen des Mind&Life Institute eng mit dem Dalai Lama zusammen. Die Zeit Nr.23, 29.5.2013. Ebenso finden sich auf der Webseite von Ulrich Ott Lesetipps zum Thema: <http://sites.google.co/site/meditation> fuerskeptiker.

Meditation soll zu weniger bzw. kürzeren Krankenhausaufenthalten führen, eine Minderung von Abhängigkeiten (Nikotin, Alkohol, Drogen, Medikamente u.a.) herbeiführen, die Infektanfälligkeit verringern. Viele der beschriebenen positiven Auswirkungen von Meditation sind vor allem auf unspezifische Entspannungsreaktionen zurückzuführen. So kann durch Meditation der Blutdruck gesenkt werden und auch bei der Behandlung koronarer Herzerkrankungen hilfreich sein. Dies ist vor allem auf eine Vertiefung der Atmung und damit einhergehend einer Synchronisation von Atem-, Herz- und Blutdruckrhythmen zurückzuführen.⁶⁴

Meditation wird außerdem als Mittel angesehen, die emotionale Intelligenz⁶⁵ und Intuition zu fördern, bei Aufmerksamkeitsdefiziten die Konzentrationsfähigkeit zu erhöhen⁶⁶ und die Emotionen zu regulieren.⁶⁷ Ein weiterer Bereich der Regulation von Emotionen ist das Training von Mitgefühl und Empathie. Auch hierzu existieren bereits Studien.⁶⁸

Neben den medizinisch relevanten Auswirkungen von Meditation⁶⁹ und Achtsamkeit auf die Behandlung sowie die Vorbeugung von Erkrankungen ist ein ebenso wichtiger Forschungsansatz die neurowissenschaftliche Erforschung von Meditation, die der Frage nach den Veränderungen der Hirnstruktur (Hirnplastizität) nachgeht.⁷⁰

3.6. Achtsamkeit und christliche Spiritualität

⁶⁴ Lazar et al. 2005

⁶⁵ Zeuch 2010.

⁶⁶ Zylowska et al., 2009.

⁶⁷ Die Neuroplastizität, also die Fähigkeit der Formbarkeit der emotionalen Schaltkreise im Gehirn ist für die psychotherapeutische Behandlung von Depressionen, Ängsten und anderen psychischen Störungen von großer Bedeutung. Die Emotionsregulation ist neben der Achtsamkeitssteuerung ein wesentlicher Bestandteil des Meditationstrainings.

⁶⁸ Vgl. Tanja Singer im Zeit-Interview Anm. 61.

⁶⁹ Ausgehend von der besonderen Situation von akut oder chronisch Kranken hat Brigitte Fuchs 1997 in Anlehnung an das Konzept von Herbert Benson und seiner Mitarbeiterin Joan Borysenko ein Programm der „Therapeutischen Meditation“ entwickelt und an der Rehabilitationsklinik für Herz- und Kreislauferkrankungen in Bad Wörishausen durchgeführt und evaluiert. Die einzelnen Schritte wie Körperentspannung durch Atmung, Geführte Meditation, Meditation der Geistesruhe, Achtsamkeitsmeditation, Gehmeditation und Meditation der liebenden Güte werden intensiv und behutsam durch den Leiter begleitet, da die Situation der Krankheit in besonderer Weise die Lebenswirklichkeit prägt. Brigitte Fuchs weist darauf hin, dass Meditation weder eine fragwürdige Psychotechnik, noch eine harmlose Entspannungsmethode ist. „Meditation als spirituelle Übung geht tiefer als bis zu dem Wunsch nach Beseitigung eines gesundheitlichen Problems, der Gesundung; sie stellt den Menschen in einen weiteren Bezugsrahmen. Heilung bekommt einen weiteren und tieferen Sinn als den der Beseitigung eines körperlichen oder psychischen Problems. Meditation in diesem Sinne ist keine Heiltechnik zur Erreichung eines selbst gesteckten Ziels.“ Vgl. Fuchs in Büssing/Kohls 2011.

⁷⁰ Lazar in Zimmermann 2010.

Meditation und Kontemplation als spiritueller Weg- Aufmerksamkeit als Kernstück christlicher Kontemplation bzw. christlicher Spiritualität

Auch im Christentum ist das buddhistische Konzept der Achtsamkeit vielfältig rezipiert worden. Vor allem christliche Nonnen und Mönche hatten in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts bereitwillig Anregungen aus dem Buddhismus, vor allem aus dem Zen, übernommen. Als bekannte Vertreter seien hier der Jesuit Hugo M. Enomiya-Lassalle und der Benediktiner Willigis Jäger genannt.⁷¹

Sowohl im Buddhismus als auch im Christentum ist jede spirituelle Praxis nur Mittel und nicht Zweck der Übung. Während es im Buddhismus um Erlösung vom Leiden und um den Ausstieg aus dem Kreislauf der Wiedergeburt geht, ist im Christentum das Ziel die Gestaltung der Gottesbeziehung. Entspannung und „Still werden“ sind nur Voraussetzungen, um das Wort Gottes zu „hören“.

Wenn auch das Konzept der Achtsamkeit in der christlichen Spiritualität nicht so ausführlich wie im Buddhismus entwickelt wurde, finden sich auch in der christlichen Mystik⁷² Hinweise auf die Schulung der Aufmerksamkeit. Meditation im Sinne von Kontemplation ist auch im Christentum bekannte Praxis. Die Einheit von Gebet und Meditation als klassische christliche Gebetslehre betonen Stephan Ernst und Nicolaus Klimek in ihrem „Grundkurs christliche Spiritualität“. „Dabei ist Meditation nicht bloß als Vorbereitung auf das Gebet anzusehen, sondern eine Meditation, die sich Auf Gott hin öffnet, ist von Anfang an Gebet. Immer da,

⁷¹ Hier ist die wohl brisanteste Form interreligiöser Spiritualität angesprochen, das umfassende Einlassen auf eine andere religiöse Tradition, ohne die eigene Religion zu verlassen. Dieses Einlassen reicht von der Verwendung bestimmter Methoden einer anderen Spiritualitätstradition innerhalb des eigenen christlichen Wegs bis zur formellen oder informellen Initiation in eine spirituelle Linie einer anderen Religion. Die oben genannten Vertreter gehören zu den europäischen Christen, die in die japanische Linie des Sanbo-Kyodan aufgenommen wurden.

Die Beurteilung interreligiöser Spiritualität ist, je nach Standpunkt, sehr unterschiedlich. Ob als Grund zur Sorge, als gefährliche Abweichung oder als Aufbruch zu einer Erneuerung des Christentums bewertet, hängt von der eigenen Position im religiös pluralen Feld ab. Vgl. Furlinger in Baier 2006, S. 195ff. Ein ebenso bekannter Vertreter des „neuen religiösen Wegs“ (Raimon Panikkar) für die hinduistisch-christliche Begegnung ist der Benediktiner Henri le Saux. Furlinger verweist auch auf die Spannungen zwischen den zwei gelebten Traditionen, je tiefer in die andere religiöse Welt eingedrungen wird. Inzwischen ist die interreligiös-spirituelle Existenz nicht mehr nur Sache von Mönchen und Nonnen, denn vor allem im Zuge der Meditationsbewegung seit den sechziger Jahren gehen viele Christen den Weg des Yoga, des Zen und andere spirituelle Wege, ohne ihr Christsein aufzugeben. Ebd. S. 206f.

⁷² Vgl. dazu den Artikel von Reiner Manstetten zu Gelassenheit und Achtsamkeit bei Meister Eckhart in Anderssen-Reuster 2011.

wo ein Christ aus der Tiefe seiner Existenz bewusst meditiert, betet er schon. Und umgekehrt gibt es kein wahres Gebet ohne Meditation (im weiten Sinn verstanden)⁷³

In der christlichen Spiritualität gibt es verschiedene Meditationstechniken bzw. Gebetsformen, die mit buddhistischen Traditionen vergleichbar sind. Hier sollen exemplarisch das Herzensgebet oder Jesusgebet, das Gebet der Liebenden Aufmerksamkeit als Bestandteil der Ignatianischen Exerzitien⁷⁴ und das Kontemplative Gebet genannt werden. Das Jesusgebet der orthodoxen Kirche lässt sich am ehesten mit der buddhistischen Praxis der Achtsamkeit vergleichen. Dazu gehört die Achtsamkeit auf Körperhaltung, Atmung und Herzschlag. Als Anfangsübung wird ein kurzer Text, ein Mantra aus den Psalmen ständig wiederholt (*ruminatio*). Der Text des Herzensgebets der Ostkirche lautet: Herr Jesus Christus, erbarme dich meiner“. Diese Formel kann erweitert werden durch „...mich reuigen Sünder“, aber auch verkürzt werden. Durch ständige Wiederholung bindet es den Menschen in immer tieferer Sammlung an Gott. Die Meditation des Herzensgebets soll zum unablässigen inneren Gebet werden. Während die *Ruminatio* die persönliche Form des inneren Betens darstellt, ist das *Stundengebet* die gemeinschaftliche Form. Mit der immer wiederkehrenden Ausrichtung auf Gott an den markanten Zeitpunkten des Tages wie Abend, Morgen und Mittag wird der ganze Tag zum „Christus-Tag“ gemacht.

Beide Methoden für das unablässige Beten zielen auf eine Übersteigerung des wörtlichen Gebets in wortloses Aufmerksam-sein für Gott. Dies wird auch inneres Beten genannt.

Eckhard Frick beschreibt die Achtsamkeit in der Tradition des Ignatius von Loyola als „Spiritualität des Alltags“, als „Achtsam-werden, dass ich geschaffen bin“. Die Übungen zu einer Haltung alltäglicher Achtsamkeit bestehen in den folgenden fünf Schritten:

1. Gebet der liebenden Aufmerksamkeit
2. Spirituelle Begleitung

⁷³ Ernst/Klimek 2004, S. 189.

⁷⁴ Exerzitien sind geistliche Übungen. In den Ignatianischen Exerzitien finden sich viele Übungsanweisungen, die eine Schulung der Aufmerksamkeit fördern. So wird die Aufmerksamkeit auf die Körperwahrnehmung, die eigenen Gefühlsregungen, auf den Atem, auf die Entwicklung von Dankbarkeit und das Loslassen usw. gelegt. Vgl. Grundkurs Ignatianische Exerzitien. Weblearning, unter <http://jesuiten.intevo.net>. 25.2.13
Wie schon P. Rabbow gezeigt, übernahm das Christentum und auch Ignatius die antike Tradition der geistigen Übungen. So wurden Begriff und Praxis der geistigen Übungen als ein Bestandteil der christlichen Spiritualität aufgegriffen und zu geistlichen Übungen gewandelt. Das philosophische Leben der Antike bestand in den Übungen der Meditation, der Gewissenserforschung, der Kontemplation der Natur und „sollte die Seelen der Schüler formen“. Vgl. Hadot 2002, S. 9.

3. Imagination
4. Atmen
5. Kontemplation

In der Form der Exerzitien des Ignatius von Loyola und seinem „Gebet der liebenden Aufmerksamkeit“ ist auch dem westlichen Menschen das Prinzip der Achtsamkeit zugänglich, so Frick.⁷⁵

In der kirchlichen Tradition spricht man von „Kontemplation“ oder „kontemplativen Gebet“, abgeleitet vom Lateinischen „contemplatio“= (Gottes) Schau. Die Kontemplativen Exerzitien⁷⁶ wurden von dem Jesuitenpater Franz von Jalics im Haus Gries (Oberfranken) entwickelt und werden seit vielen Jahren dort und an anderen Orten durchgeführt. Sie sind ein klar in der christlichen Tradition verankerter Übungsweg, der sowohl in die Tiefe führt als sich auch dem Alltag stellt. Diese Orientierung an der Relevanz für den Alltag ist ein wichtiges Merkmal christlicher Spiritualität.

Auch Jalics betont, wie andere geistliche Lehrer auch, die Wichtigkeit von Entspannung in unserer schnelllebigen Welt als Grundvoraussetzung für gelingende Kommunikation und damit nicht nur für die Beziehung zu den Mitmenschen, sondern auch für die Gottesbeziehung. Die Entspannung ist eine unentbehrliche Vorbereitung zum Beten und befähigt zum schweigenden Gebet.⁷⁷ Diese geistige Konzentration und innere Sammlung ist notwendige Voraussetzung für eine tiefe Beziehung zu Gott, d.h. ein Zustand, in dem Beten möglich wird.⁷⁸ Er schlägt dafür Entspannungsübungen ähnlich dem Bodyscan von Kabat-Zinn vor, Konzentration auf den Atem und andere Übungen der Aufmerksamkeit. Da Gott Geist ist und im Geist angebetet wird, ist es wichtig, mit „dem Geist in uns in Verbindung zu treten. Dafür ist es notwendig zu lernen, „aus der Stille zu leben, die tief in unserer Mitte stets gegenwärtig ist.“⁷⁹ Den Weg vom einfachen Gebet bis zur Schau Gottes wird von der Kirche Kontemplation oder Mystik genannt. Nur bis zur Schwelle des Schauens kann der Mensch geführt werden. Alles andere wird von Gott geschenkt.

⁷⁵ Frick in Anderssen-Reuster 2011.

⁷⁶ Vgl. Franz Jalics 1996.

⁷⁷ das schweigende Gebet ist geistige Kommunikation. In der christlichen Tradition gibt es verschiedene Formen des Gebets, wie das *betrachtende Gebet*, das *affektive* und das *einfache Gebet*. Das einfache oder kontemplative Gebet führt in das „Schauen in Liebe“ und in die „gedankenfreie Welt des geistigen inneren Friedens“ Vgl. Jalics 1996, 62ff.

⁷⁸ Ebd. S. 47ff.

⁷⁹ Ebd. S. 61

Kontemplation wird von Thomas Dienberg beschrieben als „Antwortgeschehen auf den Anruf Gottes, zugleich kann der Mensch die Früchte der Kontemplation nicht machen und bewirken; es ist ein geheimes Geschehen, das von Gott geschenkt wird, wenn der Mensch ihm den nötigen Spielraum zuerkennt.“⁸⁰

Damit ist auch in der christlichen Spiritualität eine Schulung der Aufmerksamkeit, Übungen zur Entspannung und geistige Konzentration wesentlicher Bestandteil. Die oben beschriebenen Auswirkungen auf Gesundheit und den Umgang mit Stress sind auch hier eine positive „Nebenwirkung“.

3.7. Gebet

Das Gebet ist eine der zentralen Vollzüge von Religiosität und Spiritualität und gilt als eine eher persönliche Ausdrucksweise.

Spiritualität bedeutet, so hat Fulbert Steffensky gesagt, „geformte, gebildete Aufmerksamkeit“. Sie ist, neben der Erfahrung der Augen Christi in den Augen des leidenden Nächsten auch die „Wahrnehmung Gottes und seines Spiels im Glück der Menschen, in der Schönheit der Natur und im Gelingen des Lebens.“⁸¹ Als Herzstück aller Spiritualität bezeichnet er das Gebet, für das er Regeln formuliert, die zur religiösen Aufmerksamkeit verhelfen. Dabei betont er, dass uns Regeln und Methoden von der Zufälligkeit des Augenblicks befreien und uns langfristig machen.

Die gesundheitlichen Auswirkungen der verschiedenen Gebetsformen wie Bitt- und Dankgebet, Fürbitte, Bekenntnis, Sakrament wurden in verschiedenen Befragungen hinsichtlich ihrer Auswirkung auf Gesundheit und Lebensqualität, subjektives Wohlbefinden, Umgang mit chronischen und akuten Erkrankungen untersucht. Dabei wurde meist nur die Häufigkeit des Gebets untersucht. Inzwischen wurde die Forschung durch Skalen der Gebetserfahrung und unterschiedliche Gebetsarten ergänzt. So unterscheiden Poloma und Gallup⁸² *rituelles* (gesprächsweises ,colloquical, conversational), *bittendes* und *meditatives*

⁸⁰ Dienberg in Dienberg/Plattig 2001, S. 50.

⁸¹ Steffensky 2010, S. 17. Hier ist mit Spiritualität die christliche Spiritualität gemeint.

⁸² Poloma/Gallup 1991 zitiert nach Sperling in Kunz 2007.

Gebet. In drei Studien konnten Poloma und Pendleton⁸³ mit Hilfe der Skalen der Gebetserfahrung die Verbindung zum existentiellen Wohlbefinden, der Lebenszufriedenheit und Glück beschreiben. Die Gebetstypen ermöglichten eine Zuordnung der Gebetswirkungen. So konnte ein Zusammenhang zwischen dem existentiellen Wohlbefinden und dem gesprächsweisen Gebet, dem Glück und dem meditativen Gebet bzw. der Depression und dem rituellen Gebet hergestellt werden.

Als Erklärung wird eine psychosoziale Erklärung vorgeschlagen, die das Gebet als Coping-Antwort beschreibt, die krankmachende Stresseffekte lindern und somit die Gesundheit allgemein stärken kann. Levin diskutiert die Auswirkung des Gebets auf Gesundheit und Wohlbefinden in sechs Begriffen: Regelmäßiges Gebet fördert die Beziehung zu Gott und der Glaubenstradition und stützt so die *Motivation*, sich entsprechend der eigenen Religion oder des spirituellen Wegs mit ihren z.T. gesundheitsfördernden Vorschriften zur Lebensgestaltung zu verhalten. Das Gebet, vor allem das gemeinsame Gebet, fördert die *Verbundenheit* mit anderen und dem Ewigen, und wirkt so den negativen gesundheitlichen Folgen von Einsamkeit entgegen. Im Zusammenhang mit Verlusterfahrungen kann das Gebet auch helfen, den *Lebenssinn*⁸⁴ zu bewahren. Der Lebenssinn stellt eine wichtige Voraussetzung für Gesundheit und Wohlbefinden dar. Das Gebet kann *Hoffnung* spenden und *die Liebe* zu Gott und der Schöpfung ausdrücken, was zu einem subjektiv höheren Wohlbefinden führen kann. Ebenso können dadurch Schmerzen besser ertragen und depressive Symptome gelindert werden. Alle Gebetsarten können schließlich Momente echter *Transzendenz* ermöglichen und damit Gesundheit und Wohlbefinden fördern.⁸⁵

3.8. Achtsamkeit und Meditation in der Pflege

Achtsamkeit und Meditation sind eine Möglichkeit der Stressreduktion und können damit einer Vielzahl von stressbedingten Erkrankungen wie auch einem Burnout vorbeugen. Besonders in Berufen, die mit hohem Druck und einem hohen Anteil „emotionaler Arbeit“ einhergehen, wie im Gesundheitswesen und in der Pflege üblich und hinreichend

⁸³ Poloma /Pendleton 1988, 1989, 1991 zitiert nach Sperling in Kunz 2007.

⁸⁴ Vgl. dazu die Forschungen von Tatjana Schnell zum Lebenssinn. Schnell in Klein/Berth/Balck 2011, S. 259-271.

⁸⁵ Levin 2004 zitiert nach Sperling in Kunz 2007, S. 83f. Die Forschung zur therapeutischen Wirkung von Gebeten, die entfernt vom Patienten durchgeführt werden („Fernheilung“) wird hier vernachlässigt.

beschrieben, können Mitarbeiter von einem achtsamen Umgang mit sich selbst und den Mitmenschen sowie von Zeiten der Entspannung und Besinnung profitieren. Hier ist auch auf den Unterschied zwischen Alten- und Krankenpflege hinzuweisen. Neben den Belastungsfaktoren wie ein knapper Personalschlüssel, die Verantwortung für sehr unterschiedliche Menschen und ihre Bedürfnisse, die in allen pflegerischen Berufsgruppen ähnlich sind, kommen noch psychischen Belastungen durch zunehmend pflegebedürftige Demenzkranke, denen Pflegende im Setting des Pflegeheims ausgesetzt sind, hinzu. Die permanente Konfrontation mit Gebrechlichkeit, Leiden, Sterben und Tod in einer Gesellschaft, in der diese Themen eher negativ besetzt sind bzw. verdrängt werden und damit verbunden eine fehlende gesellschaftliche Anerkennung der Pfl egetätigkeit, die nicht auf „Heilung und Gesundheit“ angelegt ist, verstärken die Belastung in der Altenpflege. In allen Bereichen der Pflege besteht ein erhöhtes Risiko, an Depressionen oder Burn-out zu erkranken.⁸⁶

Die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien der letzten zehn Jahre zeigen, dass Achtsamkeitsübungen nicht nur in der Bewältigung von Krankheiten hilfreich sein können, sondern auch zahlreiche Effekte auf die Persönlichkeitsentwicklung im Allgemeinen und die Entwicklung sozialer Kompetenzen haben können. Auch die Fähigkeit, Empathie zu empfinden, kann durch Achtsamkeitsübungen und Meditation gestärkt werden.⁸⁷ Das hat neben der Bedeutung für Patienten und Pflegebedürftige auch entscheidende Bedeutung für alle Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Neben der Stressbewältigung, der Burnout- Prophylaxe und der Gesundheitsvorsorge sind Achtsamkeitsübungen und Meditation eine Möglichkeit, die Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit der Mitarbeiter zu fördern.⁸⁸

⁸⁶ Hier soll allerdings, ohne die Situation in der Pflege beschönigen zu wollen, auf einen „ Aufruf zur psychosozialen Lage in Deutschland“ hingewiesen werden. Hier geben Fachleute für die Behandlung seelischer Erkrankungen, also Psychiater und Psychotherapeuten, ihrer Erschütterung darüber Ausdruck, dass seelische Erkrankungen sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen in den Industrienationen ständig zunehmen und inzwischen, obwohl eine Vielzahl nicht erkannt wird, bei 15-20% liegen. Die Unterzeichner sehen die Ursachen dafür in der psychosozialen Belastung des Einzelnen durch individuellen und gesellschaftlichen Stress. Gleichzeitig konstatieren sie eine vorherrschende Orientierung an materiellen und äußeren Werten und die Unterschätzung innerer Werte und Sinnverbundenheit. Vgl.

<http://www.psychosoziale-lage.de> aufgerufen am 15.5.13

⁸⁷ Präsenz, Offenheit und Akzeptanz sind wesentlich für aktives Zuhören und eine differenzierte Wahrnehmung der Gefühle und Bedürfnisse des Anderen. Durch Achtsamkeitsschulung wird diese Einfühlung in andere Menschen deutlich verbessert, wie Versuche mit dem Mönch Matthieu Ricard und anderen erfahrenen Meditierenden gezeigt haben. Vgl. Goleman 2003, S. 43.

⁸⁸ Die entsprechenden Programme wie die >achtsamkeitsbasierte Stressreduktion< und die >achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie< waren allerdings nicht allgemein gehalten und hatten keinen speziellen Bezug zu Menschen in helfenden Berufen. In dem Buch von Gerhard Zarbock, Axel Ammann und

Körper- und Wahrnehmungsübungen sind, obwohl aus dem Buddhismus kommend, auch als kultur- und religionsübergreifende Methode ohne Glauben oder Ideologie durchzuführen, was in dem heutigen multikulturellen Pflegealltag von Bedeutung ist.

Fürsorge bzw. „Care“ im Sinn von „füreinander sorgen“ ist eine wesentliche Qualität in der Pflege. Diese Fähigkeit kann ebenfalls durch Achtsamkeitspraxis gefördert werden.

„Achtsamkeit bedeutet neben der Bewusstheit auch die Qualität der Fürsorglichkeit. Achtsam mit Menschen und Dingen umzugehen, bedeutet aufmerksam und fürsorglich zu sein.“⁸⁹

Achtsamkeit ist zugleich eine Grundhaltung professionellen Helfens, die durch Meditation eingeübt werden kann. Durch wiederholte „Übung der Stille“ wird der Habitus „Achtsamkeit“ erworben, welcher eine achtsame zwischenmenschliche Kommunikation und einen achtsamen Umgang mit den Dingen fördert. Außerdem fördert dieser Habitus die geistige Achtsamkeit, die einen Grundzug christlicher Spiritualität bildet.

4. Spiritualität in ausgewählten medizinischen Arbeitsfeldern

4.1. Spiritualität in der Palliativmedizin

Palliativmedizin ist (nach der Definition der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin) die „aktive ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer fortschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Behandlung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen soziale und spirituelle Problemen höchste Priorität besitzt.“ Diese Definition wurde 2002 ersetzt: „Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugung und Lindern von Schmerzen, durch frühzeitiges

Silke Ringer „Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater“ werden nun Achtsamkeitsgrundlagen für *helfende Berufe*, MBHP- Mindfulness Basics for Helping Professions- vorgestellt.

⁸⁹ Galuska in Anderssen-Reuster 2011, S.133.

Erkennen, untadeliges Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ Palliativ Care ist der Oberbegriff für alle Bereiche der Versorgung unheilbar Kranker und Sterbender wie Palliativmedizin und –pflege sowie die Hospizarbeit.

Im Konzept von Palliativ Care wird nicht nur der Patient, sondern die „Unit of Care“, d.h. sein soziales Bezugssystem, Familienangehörige und Freunde, in den Blick genommen. In der Palliativmedizin wird versucht, das Sterben als natürlichen Vorgang in den menschlichen Lebens- und Krankheitsprozess einzubinden. Die Einbeziehung der sozialen und der spirituellen Dimension in das Behandlungskonzept bildet ein notwendiges Gegengewicht zur Medikalisierung von Tod und Sterben im medizinischen Alltag.

Spirituelle Begleitung

Spirituelle Begleitung ist ein unverzichtbarer Bestandteil von Palliativmedizin und Hospizbetreuung. Im Rahmen von Palliative Care gilt die spirituelle Begleitung der Wahrnehmung individueller spiritueller Not, spirituellem Wohlbefinden und dem Zugang der „Unit of Care“ zu spirituellen Ressourcen.

Spiritualität wird in diesem Zusammenhang als eine alles durchdringende Dimension menschlichen Lebens beschrieben. „Sie betrifft die Identität des Menschen, seine Werte, alles, was seinem Leben Sinn, Hoffnung, Vertrauen und Würde verleiht. Spiritualität wird erlebt in der Beziehung zu sich selber, zu anderen und zum Transzendenten (Gott, höhere Macht, Geheimnis...) Zur Spiritualität gehören die Fragen, die angesichts von Krankheit und Endlichkeit des Lebens aufkommen, ebenso wie die individuellen und gemeinschaftlichen Antworten, die dem erkrankten Menschen als Ressource zur Verfügung stehen.“⁹⁰

Ähnlich beschreibt der Arbeitskreis Spirituelle Begleitung in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin Spiritualität als innere Einstellung, den inneren Geist wie auch das

⁹⁰ Vgl. BIGORIO 2008. Empfehlungen zu Palliative Care und Spiritualität. Konsens zur >best practice< für Palliative Care in der Schweiz.

persönliche Suchen nach Sinngebung eines Menschen, mit dem er Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existentiellen Bedrohungen zu begegnen versucht.⁹¹

In der Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen ist die Wahrnehmung spiritueller Bedürfnisse und die Spirituelle Begleitung eine Grundaufgabe aller an der Sterbebegleitung Beteiligten, sowohl Haupt- als auch Ehrenamtliche. Die Herausforderung besteht in einem multiprofessionellen Team in der notwendigen Kommunikation in Form von Patientenübergaben, Stationskonferenzen, Teamgesprächen und Supervision mit dem Ziel, unterschiedliche Einschätzungen der Situation, die durch die je eigene Sicht der unterschiedlichen Berufsgruppen bedingt ist, für den Kranken auszugleichen und gleichberechtigt zusammenzuarbeiten. Multiprofessionelles Arbeiten ist in diesem Sinn „eine beständige Einübung der Fähigkeit, sich selbst zu relativieren, dem anderen großmütig den Vortritt zu gewähren und bescheiden zu bleiben.“⁹²

Obwohl in der Palliative Care die spirituelle Begleitung durch alle Mitglieder des Behandlungsteams (dazu gehören Mitarbeiter aus Pflege, Medizin, Sozialarbeit, Physiotherapie, Psychotherapie u.a.) erfolgen kann, Spiritualität deshalb fester Bestandteil der Curricula für medizinische, pflegerische und psychosoziale Berufe ist, kommt der Seelsorge in diesem multiprofessionellem Team eine besondere Rolle zu. Seelsorgende verfügen durch ihre pastorale Ausbildung über vertiefte Kenntnisse und Kompetenzen sowohl im Hinblick auf die eigene Religion als auch auf andere Religionen und Weltanschauungen. Durch ihre Verankerung sowohl innerhalb des Palliativ-Teams als auch innerhalb der entsendenden Kirche verfügen sie außerdem über die notwendige Integration hinaus eine prinzipielle Unabhängigkeit.

Immer wieder wird darauf hingewiesen, dass eine Haltung der Achtung und der Offenheit gegenüber individuellen Formen der Spiritualität von allen Mitgliedern des hospizlichen oder palliativmedizinischen Behandlungsteams gefragt ist. Spiritualität im Rahmen von Spiritual Care ist das, was der Patient dafür hält.

⁹¹ DGP Homepage <http://www.dgpalliativmedizin.de/DGP-Arbeitskreis> Spirituelle Begleitung (aufgerufen am 28.1.2013).

⁹² Knipping/Heller in Knipping 2007 S.44.

Das Konzept von Spiritual Care⁹³

Im deutschen Sprachraum wird das Konzept von Spiritual Care vor allem durch den „-Arbeitskreis Medizin und Spiritualität-“ an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München befördert. Neben einer zunehmenden Anzahl von Publikationen zu diesem Thema sei hier auch auf den Lehrstuhl für Spiritual Care an der LMU-München, z.Z. durch Traugott Roser und Eckhard Frick SJ besetzt, und auf die Gründung der Internationalen Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität e.V. (IGGS) im Oktober 2011 in München mit ihrer Zeitschrift für Spiritual Care verwiesen. Als spirituelle Begleitung ist „-Spiritual Care-“ wesentlicher Bestandteil der Palliativversorgung.⁹⁴

Spiritual Care wird von Eckhard Frick so ins Deutsche übertragen: „Care heißt Sorge, Sich-kümmern-um. Spiritualität ist unsere Suche nach Sinn und Transzendenz, gerade in Krise und Krankheit. Spiritualität ist eine ureigene Aufgabe von Ärzten und Krankenschwestern, kann nicht an die Krankenhausseelsorge delegiert werden.“⁹⁵

Das englische Wort „-care-“ umfasst, so Frick, Achtsamkeit, Bedacht, Behandlung, Umsicht, Sorgfalt und Pflege, Obhut, Fürsorge und Sorge, Zuwendung, das Adjektiv „-caring-“ meint fürsorglich, liebevoll, mitfühlend, sozial.

Spiritual Care als Aufgabe des ganzen Behandlungsteams umfasst:

- die geschulte Wahrnehmung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten (spirituelle Anamnese)
- die individuelle Planung der spirituellen Begleitung
- die Durchführung spiritual Care-/ seelsorgerlicher Interventionen.⁹⁶

⁹³ Auf „Spiritual Care“ auf buddhistischer Grundlage wird hier nicht weiter eingegangen. Das „-Spiritual Care Center“ in Bad Saarow bietet, inspiriert vom tibetischen Buddhismus und den Lehren des Sogyal Rinpoche Fortbildungen für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter im Gesundheitswesen an, welche überkonfessionell „in die universellen spirituellen Prinzipien von Liebe, Mitgefühl, Geduld, Toleranz, Vergebung und Verantwortungsbewusstsein für sich und andere einführen“ vgl. [www.spiritual care-center](http://www.spiritualcare-center.de) Bad Saarow.de

⁹⁴ Roser 2007, 2009, Frick 2011.

⁹⁶ Roser in Schoenauer 2012, S. 410ff.

Obwohl zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Forschungsstand zum Einfluss von Religiosität und Spiritualität auf die körperliche Gesundheit widersprüchlich ist⁹⁷ formuliert Gian Domenico Borasio, bis 2011 ebenfalls in München tätig, einen Paradigmenwechsel in der Medizin. Ausgehend von der Palliativmedizin und der Hospizbewegung wurde ein Paradigmenwechsel in der modernen Medizin eingeleitet, von „einer organozentrischen, technokratischen zu einer anthropozentrischen, ganzheitlichen Perspektive, die auch den Bereich der Spiritualität und der Transzendenz nicht ausklammert, sondern aktiv in die Betreuung einbaut. Die spirituelle Dimension stellt dabei den Mehrwert dar, der den qualitativen Unterschied beim Paradigmenwechsel zwischen „Cure“ und „Care“ ausmacht.“⁹⁸ Dabei meint „Care“ in diesem Zusammenhang die Sorge für den anderen, die so Eckart Frick, „vorausspringend“, nicht „einspringend“ ist, also Entwicklungsraum lässt und gleichzeitig Cura sui, Selbstsorge der Helfenden ist. Damit ist die *eigene* Spiritualität nicht nur der Patienten, sondern auch der therapeutisch Tätigen gemeint, die sich jeden Tag wiederholt, so beim Ausatmen bevor ich klopfe und das Zimmer des Patienten betrete. Diese achtsame Haltung, ausführlich beschrieben in Kapitel 3, kann sich sowohl an der europäischen christlich-jüdischen Tradition orientieren als auch aus anderen Quellen, wie der buddhistischen Tradition speisen. Frick verweist zu Recht darauf, dass „eine transreligiöse Spiritualität, am gemeinsamen mystischen Kern aller Religionen orientiert, problematisch ist“⁹⁹. Die christliche Spiritualität ist nicht nur Kontemplation, sondern immer auch Aktion, Ethik und soziales Engagement.

Kritisch zu diesem Konzept von Spiritual Care äußern sich Birgit und Andreas Heller: „Es ist jedoch unnötig, das Ethos, einen kranken oder sterbenden Menschen als Menschen wahrzunehmen, als Spiritual Care zu etikettieren. Das ist ein Teil von Humanität.“ Sie konstatieren einen „- interprofessionellen Wettbewerb, einen regelrechten Kampf-“ um die Zuständigkeit für Spiritual Care. Bei dem Versuch, alles zu kontrollieren und zu managen, werden nun auch „-spirituelle Bedürfnisse erhoben, dokumentiert, therapiert und evaluiert. [...]Wie kann das, was Menschen als Grundlage ihrer Existenz erfahren, statistisch erfasst, zahlenmäßig operationalisiert und gemessen werde?[...] Das medizinische Interesse an Religion und Spiritualität kann durchaus in dem Bemühen wurzeln, den Patienten als ganzen

⁹⁷ Mehnert/Höcker in Klein/Berth/Balck 2011.

⁹⁸ Borasio in Heller/Heller 2009, S. 32.

⁹⁹ Frick in Klein/Berth/Balck 2011, S. 417.

Menschen wahrzunehmen. Manchmal entsteht jedoch der Verdacht, dass die zu erwartende Entlastungsfunktion im Vordergrund steht [...] Bemühungen um Spiritual Care müssen sich kritisch befragen lassen, ob sie nicht zum Instrument werden, Menschen in eine letzte Anpassungs- und Unterwerfungsbereitschaft an Therapie und Organisation zu bringen.“¹⁰⁰

Auch Eckhard Frick warnt vor den Gefahren des gesundheitswissenschaftlichen Modells von Spiritual Care: Glauben, Religion und Spiritualität werden unter dem Blickwinkel der evidenzbasierten Medizin mit ihren ökonomisierenden und technisch-rationalen Tendenzen gesehen und dem Effizienzdenken untergeordnet. Spiritual Care muss sich einerseits zwar der diagnostischen und therapeutischen Rationalität der modernen evidenzbasierten Medizin unterordnen. Andererseits steht sie unter dem Vorbehalt des unverfügbaren „-Geheimnisses Mensch -“¹⁰¹ und seiner Transzendenz.

Eine ebenfalls kritische Auseinandersetzung mit dem Konzept von „-Spiritual Care-“ bezogen auf die Krankenhausseelsorge liefert Isolde Karle.¹⁰²

Christoph Schneider-Harpprecht wiederum verweist darauf, dass das Konzept von Spiritual Care eine zwar dem postmodernen Individualismus und Pluralismus westlicher Prägung entsprechende liberale Seelsorgekonzeption sei, aber seines Erachtens nicht dem Selbstverständnis des christlichen Glaubens entspreche. Er betont den Unterschied zwischen Spiritual Care und christlicher Seelsorge, die nicht beliebig, sondern christlich-religiös sei.¹⁰³ Mit Verweis auf Ulrich H. Körtner¹⁰⁴ beschreibt er diese Unterschiede: „...In der Praxis bedeutet dies...Lebensmöglichkeiten auf der Grundlage des christlichen Glaubens zu erschließen. Dabei sprechen sie anderen religiösen Lebensdeutungen ihre Bedeutung nicht ab. Sie geben jedoch zu erkennen, dass christliche Seelsorge durch den Geltungsanspruch einer eigenen Form der Lebensdeutung, eben durch die Symbolsprache des Christentums gebunden ist.“¹⁰⁵

¹⁰⁰Vgl. Heller/Heller 2009, S.11.

¹⁰¹ Weiher 2008.

¹⁰² Karle 2010. Sie verweist auch darauf, dass der Glaube zwar gesundheitsfördernde Wirkung haben kann, aber trotzdem der Glaube von medizinisch-therapeutischen Ansprüchen zu entlasten sei. Sie betont, dass es nicht um ein ganzheitliches Verständnis von Heil und Heilung geht, sondern um ein mehrdimensionales Verständnis von Heil und Heilung, in denen Zusammenhänge und Unterschiede klar benannt werden (Karle 2009, S. 550f)

¹⁰³ Schneider-Harpprecht in Kunz 2007, S. 325f.

¹⁰⁴ Vgl. dazu Körtner 2006.

¹⁰⁵ Schneider-Harpprecht in Kunz 2007, S. 326.

4.2. Spiritualität in der Gerontologie

Spiritualität im Alter - Lebenskunst des Alterns

Nachdem das zwanzigste Jahrhundert als das „Zeitalter des Kindes“ galt, beginnt das einundzwanzigste Jahrhundert mit der „Entdeckung des Alters“. Durch die demographischen Entwicklungen in den modernen europäischen Gesellschaften gerät nun auch zunehmend das Alter als eigener Lebensabschnitt in den Blickpunkt der Forschung. So bestehen inzwischen an vielen Universitäten interdisziplinäre Forschungszentren zu diesem Themenkomplex.¹⁰⁶ In der Gerontologie werden medizinische, psychologische, demographische, politische, ökonomische, pädagogische, soziale und kulturwissenschaftliche Aspekte untersucht. Zunehmend beginnt auch die praktische Theologie, das Alter als eigenen Gegenstand zu entdecken.¹⁰⁷

In den letzten drei Jahrzehnten hat sich eine eigene Forschungsrichtung, die Religionsgerontologie, herausgebildet, die den Zusammenhang von Alter bzw. Altern und religiöser Deutung thematisiert. In der Religionspsychologie wird die Wirkung und Funktion religiöser Deutungsmuster für das gelingende Altern gefragt, wobei das Verhältnis von Alter und Religiosität nicht nur auf die Lebens- und Leidensbewältigung und Sterbevorbereitung im Sinne von Coping-Strategien reduziert werden sollte. So beschreiben gerontologische Studien meist positive Wirkungen von spirituellen und religiösen Aktivitäten bei älteren Menschen auf die subjektive Gesundheit, das psychische Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit, Glück, depressive Symptome, Selbstwertgefühl) und die Mortalität. Auch im Umgang mit Stress spielt Spiritualität als Ressource im Alter eine zunehmende Rolle, so Baltes in seiner Berliner Altersstudie.¹⁰⁸

Hier gewinnt auch die Frage der Lebenskunst (des Altern) zunehmend an Bedeutung.¹⁰⁹ Zu den Themen *Lebenskunst- ars vivendi*, welches bis in die griechische Antike zurückgeht,

¹⁰⁶ Z.B. in Rostock, Tübingen, Heidelberg und Zürich.

¹⁰⁷ Vgl. dazu Klie/Kumlehn/ Kunz 2009.

¹⁰⁸ Baltes und Mayer 1999.

¹⁰⁹ In den letzten Jahren hat das philosophische Thema der *Lebenskunst* als eine bewusste, eigenverantwortliche Lebensführung und – Gestaltung vor allem durch die Veröffentlichungen von Wilhelm Schmid wieder mehr an Bedeutung gewonnen. Vgl. Schmid 1998 und 2000.

gehört auch die „*Kunst des Sterbens*“ - die *ars moriendi*,¹¹⁰ die untrennbar aufeinander bezogen sind.

Inzwischen wird das Alter als eigene Entwicklungsphase begriffen. Zu den Themen der Religionspsychologie gehört insofern auch die Beschreibung der religiös-spirituellen Entwicklung im Alter.

Alter(n) ist nicht nur ein biologisch-medizinischer, ständig fortschreitender Prozess, der durch das Nachlassen der Kräfte und die stetig fortschreitende Einschränkung von Organen und Organsystemen.¹¹¹ Auch dieser biologische Prozess des Alterns hängt von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wie Ernährung, gesundheitliche Versorgung, Arbeits- und Lebensbedingungen ab, wie ein Blick in Länder der sogenannten Dritten Welt zeigt. Auch der soziale und bildungsmäßige Status hat einen Einfluss auf den biologischen Alterungsprozess.

Wie das eigene Altern erlebt wird, hängt aber auch von den Altersbildern einer Gesellschaft ab, die wir verinnerlicht haben. Damit ist das Altern auch ein gesellschaftlich-biographisches Phänomen, das wir durch unsere Handlungen beeinflussen und durch Deutungen und Bewertungen mitbestimmen können. Insofern sind wir dem Prozess des Alterns nicht nur ausgeliefert, sondern können ihn mitgestalten. Wir verfügen heute über beachtliche Möglichkeiten, den Prozess des Alterns nach eigenen Wünschen und Vorstellungen und die Bedingungen unseres Alt-seins zu gestalten. Das bedeutet neben einem Zuwachs an Freiheit aber auch ein höheres Maß an Verantwortung. Während Altern früher als hinzunehmendes Schicksal galt, unterliegt es nun zunehmend einer bewertenden Beurteilung, ob ein Alterungsprozess als gesundes oder pathologisches, erfolgreiches oder weniger erfolgreiches Altern bezeichnet wird. Daraus ergeben sich letztendlich moralische Forderungen, den Alterungsprozess so zu gestalten, das er „gesund“, „erfolgreich“ und „würdig“ verlaufe. Auf

¹¹⁰ Vgl. Rügger 2006.

¹¹¹ in der Enzyklopädie der Gerontologie wird das Alter in humanbiologischer Sicht definiert als „gekennzeichnet durch stetig fortschreitende, nicht-umkehrbare Veränderungen (im Allgemeinen: Einschränkungen) der Funktionen und Strukturen von Organen des Organismus. Dieser Prozess geht einher mit einer zunehmenden Anfälligkeit für insbesondere chronische Krankheiten [...]und führt unausweichlich zum Tod.“ In: Kruse/ Martin 2004, S. 167, 178.

den moralischen Druck, der dadurch entsteht, hat Gunda Schneider –Flume in ihrem Buch „Leben ist kostbar. Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens“ eindrücklich hingewiesen.¹¹²

Diese Gestaltbarkeit bzw. Plastizität¹¹³ des Alters hat zu vielfältigen Idealvorstellungen in Hinblick auf das Altern geführt, die auf der einen Seite unter dem Stichwort *Anti-Aging* und auf der anderen Seite unter dem Oberbegriff „erfolgreiches Altern (*successful Aging*)“ zu finden sind.

Anti-Aging und Successful-Aging („Erfolgreiches Altern“)¹¹⁴

Anti-Aging basiert in allen seinen sehr heterogenen Ausprägungen auf einem negativen, pathologischen Verständnis des Alterns. Wenn es nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft noch nicht zu verhindern ist, alt zu werden, so soll es durch Prävention oder Therapie wenigstens bekämpft werden. Auch alte Träume vom ewigen Jungbrunnen und Unsterblichkeit werden hier, nicht nur von der Kosmetikbranche und dem Wellness-Bereich, sondern auch von der Medizin selbst bedient. Der Ethiker Giovanni Maio weist auf die moralische Fragwürdigkeit dieses Trends hin: „Mit den Anti-Aging- Maßnahmen und der entsprechenden Werbung dafür in >medizinischen< Handbüchern verstärkt die Medizin die modernen Tendenzen, das Altsein als etwas Defizitäres zu betrachten. [...] Indem die Medizin mehr oder weniger unreflektiert Mittel anpreist, durch die die Älteren jugendlich aussehen und leistungsfähig werden sollen, macht sich die Medizin zur Komplizin einer Gesellschaft, die im Altsein nur noch eine Schwundstufe des Menschen sieht.[...] Indem ältere Menschen von der Medizin äußerlich wie innerlich fit gemacht werden, werden diese Menschen gerade nicht in ihrem Altsein respektiert, sondern nur insofern sie so geblieben sind wie die Menschen in der mittleren Lebensphase. Mit allen Mitteln nicht alt aussehen und

¹¹² Die Kritik gilt nicht nur dem Konzept des gelingenden Alters, sondern allgemein dem Konzept „gelingenden Lebens“, welches als *Lebenskunst* z.B. von Wilhelm Schmid propagiert wird. Vgl. Gunda Schneider-Flume mit „wider die tyrannei des gelingenden Lebens“ 2004 hingewiesen.

¹¹³ Plastizität meint die Eigenschaft von Organismen, über die gesamte Lebenszeit hinweg weitgehend formbar(plastisch) zu sein und auf Anforderungen durch die Umwelt durch die Fähigkeit der Veränderbarkeit zu reagieren. Für die Gerontologie hat die Plastizitätsforschung vor allem gezeigt, dass auch ältere Erwachsene über ein beträchtliches Ausmass an Lernfähigkeit verfügen. Damit wurde ein Grundstein gelegt für eine Kultur des Alterns „die die Aktivierung vorhandener Potentiale fördert und somit präventiv, korrektiv und optimierend wirken kann.“ Singer/Lindenberg in Wahl/Römer 2000, S. 39, 42f.

auf die Plastizität des Gehirns wurde schon im Abschnitt Meditation hingewiesen.

¹¹⁴ Vgl. Rügger in Kunz 2007, S. S. 143ff.

gebrechlich sein wollen ist somit Ausdruck einer Ideologisierung der mittleren Lebensphase.“¹¹⁵

Dem negativen Altersbild, welches dem Anti-Aging-Konzept zugrunde liegt, wurde inzwischen ein positiveres Bild vom Alter als eigenständigen Entwicklungsprozess entgegengestellt. Unter Successful Aging¹¹⁶ kann man alle Bestrebungen zusammenfassen, die dazu dienen, im Alter möglichst lange gesund, aktiv zu sein und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können.¹¹⁷ Hier ist wieder auf die Gefahr hinzuweisen, die im Begriff des Erfolgreichen Alterns als einen Leistungsakt liegt.

Mit dem Konzept des „erfolgreichen Alterns“ haben sich verschiedene Autoren kritisch auseinandergesetzt, so Heinz Rügger¹¹⁸, Leopold Rosenmayr und Reimer Gronemeyer. In polemischer Form kritisiert R. Gronemeyer eine anthropologische Sichtweise, die von einer utilitaristischen Sicht geprägt ist und deren oberste Maxime die grösstmögliche Steigerung des Erfolgs eigener Pläne bei möglichst umfassender Ausschaltung von Leiden und Schwierigkeiten ist, so dass „das Bild vom erfolgreichen Alternden [...] führen muss, dass Pflegebedürftigkeit zum Inbegriff des Altersschreckens wird. Je länger sich die Alten erfolgreich am Riemen reißen, je verbissener sie den Rüstigkeitswettlauf durchhalten, desto furchtbarer ist der Absturz in die Hinfälligkeit.“¹¹⁹ Leopold Rosenmeyer betont, dass man vielleicht hoffnungsvoll oder sich selbst und anderen gegenüber sein Alter verantwortungsvoll gestalten kann oder anderen beistehen kann, aber nicht *erfolgreich* altern kann.¹²⁰

In dem Spannungsfeld der Bekämpfung des Alters (Anti-Aging) und dem Konzept des *erfolgreichen Alterns* (successful aging) sollte es um eine sachlich-realistische Einschätzung von Möglichkeiten und Grenzen, von Ressourcen und Defiziten gehen, sowie um eine mögliche Vermeidung pathologischer Phänomene und die Gestaltung eines möglichst lange

¹¹⁵ Maio 2006, S. 348f.

¹¹⁶ Der Begriff wurde 1953 von R.J. Havighurst und R. Albrecht im Sinn von Lebenszufriedenheit eingeführt und meint die Fähigkeit, Schwierigkeiten zu bewältigen und sozialen Rollenanforderungen gerecht zu werden.

¹¹⁷ Hier ist wieder in Anlehnung an Gunda Schneider-Flume auf die Gefahr einer „Tyrannei des erfolgreichen Alterns“ hinzuweisen, die Altern als Leistungsakt versteht.

¹¹⁸ Rügger in Kunz 2007, S. 155ff, Rügger 2009.

¹¹⁹ Gronemeyer in M.M.Baltes et al.1998, S. 116.

¹²⁰ Rosenmayr in M.M. Baltes 1989, S.96ff.

bei guter Gesundheit verlaufenden Alterungsprozess.¹²¹ Das entspricht eher dem Begriff des Pro-Agings. Damit ist die Annahme und Bejahung des Alterungsprozesses gemeint, sowie die Entdeckung des Alters mit eigenen Entwicklungsmöglichkeiten und Aufgaben. Natürlich wird diese „positive Einstellung zum eigenen Alter, ein *Pro-Aging*, natürlich erheblich beeinflusst [...] durch die Gesellschaft, in der wir leben, vom Ansehen, der Stellung, der Wertschätzung, die die Gesellschaft dem alten Menschen entgegenbringt. Eine durch Jugendwahn gekennzeichnete Gesellschaft, die das Alter ablehnt, in der ein negatives Altersbild vorherrscht, macht es dem Einzelnen natürlich schwer, zum Älterwerden ja zu sagen.“¹²²

Lebenskunst des Alterns - *ars senescendi*

Ausgehend von der Grundannahme, dass das Altern selbstverständlich zum Leben dazugehört, gehört zu einer *Lebenskunst des Alterns* zuerst einmal eine Medizin, die das Älterwerden als Teil der Würde des Menschen betrachtet.¹²³

Es geht für alle Beteiligten, welche alte Menschen begleiten, darum, Altern als umfassenden, wichtigen biographischen Prozess zu begreifen und die Menschen zu einem bewussten, eigenverantwortlichen Umgang mit diesem plastischen Prozess zu ermutigen (Empowerment). Hier kann Spiritualität eine bedeutende Ressource sein. Darüber hinaus ist eine kritische Auseinandersetzung mit den sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wichtig.

Nach Margret M. Baltes besteht die wichtigste Entwicklungsaufgabe des Alters darin „im Vollzug der eigenen Lebensgeschichte Lebenssinn zu finden, das eigene gelebte Leben und damit sich selbst und seine Endlichkeit anzunehmen,“ was „eine gewisse Konzentration auf das eigene Leben verlangt, nicht nur äussere oder nach aussen gerichtete Aktivität, sondern vor allem auch innere Aktivität.“¹²⁴ Hier ist es offensichtlich, dass für diese Entwicklungsaufgabe Religiosität bzw. Spiritualität eine wichtige Rolle spielen kann. Die oben

¹²¹ Auf die Gefahr der Medikalisierung des Alters und damit verbunden einer Pathologisierung von Alterserscheinungen mit all ihren pejorisierenden Auswirkungen hat G. Maio ebenfalls hingewiesen, Vgl. Maio 2006, S. 346.

¹²² So die Gerontologin Ursula Lehr, zitiert nach Rügger in Kunz 2007, S. 174.

¹²³ Ammicht-Quinn in Lederhilger 200, S. 87, zitiert nach Rügger in Kunz 2007, S. 154.

¹²⁴ M.M. Baltes 1996 S. 406.

beschriebenen Aufgaben wie Sinnfindung, Annahme der eigenen Biographie und der eigenen Endlichkeit sind wesentliche Aspekte von Spiritualität, ebenso die nach innen gerichteten Aktivitäten. Hier liegt auch eine wesentliche Aufgabe auch der Pflegenden, akzeptierend diese Prozesse zu begleiten und zu unterstützen. Dazu gehört auch, sich entgegen allen gesellschaftlichen Trends um eine Wertschätzung des Alter(n)s zu bemühen mit der damit verbundenen Wertschätzung der besonderen Qualitäten und Fähigkeiten dieser Lebensphase, sowie bei den vorhandenen Einschränkungen und Defiziten sensibel zu unterstützen, damit diese innere Aktivität gelingen kann. Das heißt für Pflegende z.B. Raum zu schaffen für spirituelle Bedürfnisse, die über die klassischen Angebote wie Gottesdienste und Andachten hinausgehen.

Magret M. Baltes weist außerdem darauf hin, dass *> gelingendes Altern<*, ein Nachdenken über gutes Leben im Alter sowie *„Ziele und Sinn des Alters einen Wertewandel von uns allen verlangt. Dieser Wandel betrifft vor allem unsere Leistungswerte, Konsumansprüche, unsere Abhängigkeit von materiellen Werten und unser Verständnis von Rechten und Pflichten oder Verantwortlichkeiten.“* Das betrifft natürlich alle, aber besonders diejenigen, die alte Menschen begleiten. Insgesamt muss es auch in der Pflege und Begleitung alter Menschen darum gehen, *„Menschen zu ermutigen, ihr Altern bewusst anzunehmen, selbstbewusst zu leben und kreativ-verantwortlich zu gestalten.“*¹²⁵ Das gilt auch für die *Phase des fragilen Rentenalters*, in der sich zunehmend körperliche oder geistige Beschwerden bemerkbar machen und *die Phase der (umfassenden)Pflegebedürftigkeit* in der letzten Lebenszeit.

Geht man vom Alter als eigenen Entwicklungsabschnitt aus und davon, dass auch alte Menschen ein Bedürfnis nach Sinn und Sinnverwirklichung haben, so muss der „Lebensraum Anlässe und Orte für die Sinnsuche und das Finden von Antworten bieten“ Außerdem können latente Ressourcen durch soziale Kontakte und Übungsmöglichkeiten gefördert werden können. Dies zu berücksichtigen, ist Aufgabe aller, die alte Menschen begleiten. Hier ist es für Pflegende wichtig, diese Räume, auch im Lebensraum Pflegeheim, zu schaffen.

Zu einer *Lebenskunst des Alters* gehört es, so zu leben, dass am Ende nicht das Gefühl entsteht, am Leben vorbei gelebt oder das Leben verpasst zu haben. Hier geht es darum „lebenssatt“ zu werden und durch vielfältige Erfahrungen seinen Lebenshunger zu stillen.

¹²⁵ Rügger in Kunz 2007, S. 155.

Lebenssättigung als „Ziel und Sinn der dritten Lebensphase“¹²⁶ ist allerdings eine Aufgabe, die nicht erst im Alter begonnen werden kann, das ist offensichtlich.

Eine Haltung der Achtsamkeit und der Dankbarkeit, das Genießen der schönen Dinge auch im Kleinen, Alltäglichen trägt als Grundhaltung des Lebens entscheidend zur Lebenssättigung bei. Durch Spiritualität kann diese Haltung dem Leben gegenüber eingeübt und gefördert werden.¹²⁷

Ebenfalls zur Lebenssättigung trägt bei, so der Philosoph Wilhelm Schmid, die „Lüste des Alters zu pflegen und zu genießen. Dazu zählt er die Lust des Gesprächs, die Lust der Erinnerung, die Lust der Muße oder die Lust der selbstvergessenen und zweckfreien Hinwendung zu Menschen und Aktivitäten. Diese „Lüste“ sollten allerdings nicht erst im Alter eingeübt werden, sondern gehören in allen Lebensphasen zur „Lebenskunst“ selbst.

Die Lebenskunst des Alterns beinhaltet, so Heinz Rügger, sich mit der Fragmenthaftigkeit (Henning Luther) des Lebens abzufinden sowie sich mit der Herausforderung der Passivität als Grunddimension des Lebens auseinanderzusetzen.

Diese Erfahrung wird in der Jugend und im mittleren Erwachsenenalter häufig durch die komplementäre Erfahrung von Aktivität und Leistung in den Hintergrund gedrängt.

Zu einer Lebenssättigung und Weisheit trägt ebenso die Annahme der eigenen Sterblichkeit bei. Der 90. Psalm : „-Herr, lehre uns unsere Tage zu zählen, das wir ein weises Herz gewinnen-“ verdeutlicht die Notwendigkeit, die eigene Sterblichkeit zu bedenken, um die Zeit weise zu nutzen und zu genießen, die einem (noch) vergönnt ist. „Wer sich in das sterbliche Leben einübt, pflegt keine Todes- oder Jenseitssehnsucht, sondern gewinnt ein positives Verhältnis zur Begrenztheit des irdischen Lebens und wird alles daran setzen, das Leben jeden Tag achtsam und intensiv zu leben. Wer so lebt, wird im Leben satt und eben darum eher bereit, das Leben zu gegebener Zeit loszulassen.“¹²⁸

¹²⁶ Werner Kramer sieht in der Lebenssättigung das Ziel in der Phase der sog. Jungen Alten, während in der vierten Phase (der Hochaltrigkeit) die Aufgabe darin besteht, mit den abnehmenden Fähigkeiten leben zu lernen, in Bäuerle et al. 2005, S. 127ff.

¹²⁷ Hier sei als Beispiel das „Gebet der liebenden Aufmerksamkeit“ nach Ignatius von Loyola genannt.

¹²⁸ Rügger in Kunz 2007, S. 172.

Altersweisheit – das Konzept der Gerotranszendenz

Das Konzept der Gerotranszendenz wurde von dem schwedischen Gerontologen Lars Tornstam¹²⁹ beschrieben. Er versteht darunter eine Haltung zum Leben, die in der nachberuflichen Phase die Möglichkeit einer neuen Weltsicht enthält. Diese Weltsicht führt von einer eher materialistischen und rein rationalen Orientierung hin zu einer mehr kosmischen, spirituellen Lebenshaltung. Diese Veränderung hin zu einer mehr kontemplativen Einstellung versteht Tornstam als eine Phase eigener Bedeutung und Möglichkeiten, nicht als eine Phase des Verlusts früherer Rollen und Fähigkeiten. Sicher können auch jüngere Menschen über Gerotranszendenz verfügen, aber diese Lebenseinstellung ist, so Tornstam, doch eher bezeichnend für das höhere Alter.

Tornstam beschreibt folgende Aspekte als kennzeichnend für diesen Reifungsprozess: eine veränderte Wahrnehmung von Raum und Zeit, ein verstärktes Empfinden der Verbundenheit mit vergangenen und zukünftigen Generationen, die Akzeptanz der eigenen Endlichkeit und damit eine geringere Angst vor dem Tod, verringertes Interesse an materiellen Dingen sowie die oben erwähnte mehr kontemplativ- spirituelle Lebenshaltung mit einer verstärkten Beschäftigung mit meditativen Tätigkeiten und Stille. So kann es zu einer z.B. zu einer Umdefinition von Werten wie Fleiß und Tatendrang als „Aktionismus“ und für das Alter als nicht mehr erstrebenswert kommen. Gerotranszendenz kann durch die damit verbundene Verschiebung der Wertorientierung zu einer Humanisierung unserer Gesellschaft beitragen.

4.3. Spiritualität in der Palliativen Geriatrie

Pflegeheime sind Lebens- und Sterbeorte, Orte des Abschied-nehmens. Es ist daher sinnvoll, allen Heimbewohnern eine hospizliche Haltung zukommen zu lassen. Heller et al. fordern darüber hinaus eine >Organisationsehtik< mit ganzheitlicher, >palliativer< Spiritualität. Wilkening und Kunz haben als erste ein umfassendes Konzept einer „Abschiedskultur“ für den deutschsprachigen Raum entwickelt.¹³⁰ Im „Netzwerk Abschiedskultur“ werden alle Beteiligten berücksichtigt sowie das Pflegeheim als „Ort des Lebens bis zuletzt“ verstanden.

¹²⁹ Tornstam in Thomas/Eisenhandler 1994, S. 208f, zitiert nach Rügger in Kunz 2007, S. 175.

¹³⁰ Wilkening/Kunz 2003

Beginnend mit Fragen zur religiösen Biographie und Erfragen der Wünsche für das Lebensende beim Einzug in das Heim gehören auch Angebote zur „Lebenssättigung“¹³¹ sowie eine hospizlich-palliative Gestaltung des Sterbens mit Abschiedsritualen und Gedenkmöglichkeiten nach dem Tod des Bewohners dazu. So durchzieht die Beschäftigung mit Tod und Sterben den gesamten Heimaufenthalt.¹³² Innerhalb dieser Abschiedskultur spielt der oben beschriebene spirituelle Leitgedanke der Lebenssättigung (Kramer) eine große Rolle. Karin Wilkening hat darauf hingewiesen, dass durch Schulungen der Mitarbeiter in den Heimen eine positive Wirkung auf den Umgang mit den Bewohnern erreicht wurde. „Nicht nur mehr Gespräche mit spirituellen Inhalten, sondern auch durch Begegnungen mit der Natur, mehr Eingehen auf die Biografie, Einsatz von Musik oder auch Malerei und Literatur. Sie alle könne als >Gefäß< dienen, in denen sich die Spiritualität im Sinn von Weiher niederschlagen kann.“¹³³

Spiritualität in der Sterbebegleitung- >Sterben in Würde<

Die Forderung nach einem „Sterben in Würde“ spiegelt Ängste in unserer Gesellschaft wider, die ausgelöst werden durch besondere Entwicklungen der Moderne. Die Langlebigkeit, bedingt durch die Erfolge der modernen Medizin, führt zu einer zunehmenden Multimorbidität im hohen Alter mit entsprechend starker Pflegebedürftigkeit und der Zunahme von gerontopsychiatrischen Erkrankungen (Stichwort Demenz). Unsere westliche Kultur ist aber von der Idee der Autonomie und dem Individualismus geprägt. So erscheint der Zustand der Abhängigkeit und Fremdbestimmung unerträglich, als unvereinbar mit der Menschenwürde. Häufig gipfelt diese Anschauung in der Forderung nach einem „selbstbestimmten“ Sterben, also aktiver Sterbehilfe als Möglichkeit, in Würde zu sterben.¹³⁴ Ängste herrschen auch vor den technischen Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin, welche eine Lebensverlängerung um jeden Preis bzw. ein Weiterleben mit Behinderungen ermöglichen. Bei vielen alten Menschen hat diese Entwicklung auch dazu geführt, „niemand

¹³¹ bei „Lebenssättigung“ geht es nach Kramer darum, Vernachlässigtes zu pflegen, die religiöse Dimension zu stärken und die Endlichkeit zu akzeptieren. Vgl. Kramer 2005. Auch die Aussöhnung mit der eigenen Biographie gehört in diesen Bereich, wobei auch hier Rituale eine große Rolle spielen. Vgl. Wilkening in Kunz S. 140

¹³² Vgl. Wilkening in Kunz 2007, S. 139.

¹³³ Wilkening in Kunz 2007, S. 140.

¹³⁴ Immer wieder erlebe ich diese Argumentation bei zukünftigen AltenpflegerInnen im Ethikunterricht bei dem Thema Tod, Sterben und Ethik.

zur Last fallen zu wollen“. Hier ist immer wieder darauf hinzuweisen, dass Menschenwürde im klassischen Sinn unverlierbar ist, man muss dafür nichts tun und kann auch in Krankheit und Sterben nicht aus ihr herausfallen. In neuerer Zeit greifen allerdings immer mehr relativierender Vorstellungen von Menschenwürde um sich, welche Menschenwürde an bestimmte Bedingungen knüpfen, demzufolge es auch Situationen geben kann, in denen der Mensch die Menschenwürde verliert.

„Es liegt auf der Hand, dass ein solches an Bedingungen der Gesundheit bzw. der Lebensqualität gebundenes Würdeverständnis Ängste hervorruft und Druck ausübt, und zwar gerade auf die Besonders verletzbaren Menschen, die unter ihrer Lebenssituation sowieso schon besonders leiden. Die im konkreten Fall vielleicht nur ganz subtil und zwischen den Zeilen geäußerte, gesamtgesellschaftlich aber immer wieder zum Ausdruck gebrachte Vorstellung, dass Erdulden eines schweren Krankheits- und Sterbeprozesses sei unter Umständen entwürdigend und beeinträchtigt die Menschenwürde, kann Leidenden und Sterbenden nur allzu leicht den Gedanken nahelegen, doch selber für ein würdiges Sterben Verantwortung übernehmen und „selbstbestimmt“ rechtzeitig aus dem Leben scheiden zu sollen. In Zeiten zunehmenden Kostendrucks im Gesundheitswesen erhalten solche Gedankengänge noch besonderes Gewicht. Umgekehrt verstärkt ein solches nur noch bedingtes Würdeverständnis unweigerlich die Gefahr, dass Ärzte und Pflegenden – wie in den letzten Jahren wiederholt geschehen! – eigenmächtig zur Tötung von ihnen anvertrauten Menschen schreiten, deren Leben sie nicht mehr als unter dem Schutz eines unbedingten Menschenwürdeprinzips stehend erachten.“¹³⁵

Die Frage nach einem würdevollen Umgang am Lebensende wurde vor allem von der Hospiz- und Palliativ-Care-Bewegung aufgegriffen und thematisiert. Von ihr gingen wichtige Impulse auch in Hinblick auf die Einbeziehung spiritueller Bedürfnisse Sterbender aus. Im klassischen „interdisziplinären Palliativ- oder Hospizteam“¹³⁶, bestehend aus Arzt, Pflege, Sozialarbeit und Seelsorge, sind alle Mitarbeiter für spirituelle Belange zuständig, der Seelsorgende eher für religiöse Fragen und sakramentalen Handlungen und damit die „großen Transzendenzen“, die Pflegenden und die anderen Mitarbeiter eher für „kleinere und

¹³⁵ Ruegger mit Verweis auf Eibach 2004 in Knipping 2007, S. 560f.

¹³⁶ Siehe Kapitel „Spiritualität in der Palliativmedizin“

mittlere Transzendenzen“¹³⁷ zuständig. Diese äußern sich in jeder achtsamen Pflegehandlung, sowie im Gebrauch von Symbolen und Alltagsritualen.

Daraus folgt für eine würdevolle Sterbebegleitung, dass die Mitarbeitenden im Pflegeheim geschult werden in der Wahrnehmung und den Umgang mit „kleinen Transzendenzen“, verbunden mit einer >geistesgegenwärtigen< Haltung, die von einem >Geist der Absichtslosigkeit<, einem >Geist der Würde< und dem >Geist des Geheimnisses< als notwendige Form der Achtsamkeit in der Begleitung Sterbender geprägt ist, ohne die sich weder kleine noch große Transzendenzen ereignen können.

Spiritualität und Trauer

Die Beschäftigung mit Trauer als einem komplexen, intensiven Geschehen als Reaktion auf einen Verlust hat noch nicht die hohe Akzeptanz und Professionalität wie die Unterstützung des Sterbeprozesses errungen.

Die christlichen Kirchen haben zum Thema Leid und Trauer einen reichen Fundus von Klageformen, Hoffnungsbildern und Ritualen anzubieten.

In der Trauerarbeit werden neben christlichen Orientierungen auch zunehmend Angebote aus anderen Kulturen und Religionen sowie dem boomenden Esoterikmarkt in Anspruch genommen. Gerade in den großen Städten, aber nicht nur dort, ist ein Verschwinden von Trauer Ritualen zu beobachten bis hin zu einer Veränderung der Bestattungskultur. Damit fehlen häufig neben dem Schonraum der Trauerzeit auch Möglichkeiten des Trostes.

Trauerbegleitung in seiner gesamten Bandbreite ist einerseits ein psychoedukatives Angebot und andererseits nach biblischem Auftrag eine der wesentlichen Aufgaben der Seelsorge und damit auch immer eine Chance der Neu- oder Wiederbegegnung mit dem Glauben. Neben der Trauerbegleitung der Angehörigen spielt auch der Umgang mit Trauer der Fachkräfte eine Rolle.

4.4 . Spiritualität und Pflege

¹³⁷ Vgl. Weiher 2007

Die letzten beiden Jahrzehnten sind in der Pflege durch sich z.T. widersprechende Entwicklungen gekennzeichnet: auf der einen Seite Professionalisierung und Akademisierung, auf der anderen Seite Ökonomisierung und demographischer Wandel, welche zu problematischen Arbeitsbedingungen und fehlender Wertschätzung führen. Dieses Defizit an Anerkennung betrifft besonders die „unsichtbaren“ Bestandteile der Pflege, die zum Kern einer menschenwürdigen fürsorglichen Praxis gehören.¹³⁸

Natürlich braucht qualitativ hochwertige Pflege fachliche Standard, entsprechende Aus- und Weiterbildungen und eine weiterführende akademische Reflexion. Zu Recht stand daher die Professionalität in der Pflege im Zentrum der Aufmerksamkeit. Die Frage der Berufung rückte, obwohl geschichtlich wirkmächtig, in den Hintergrund.¹³⁹

Obwohl die Krankenpflege historisch eng mit Religion verbunden war, und noch im 19. Jahrhundert fast ausschließlich von religiösen Orden geleistet wurde, ist das Wissen um die spirituellen Wurzeln in der letzten Generation fast völlig verloren gegangen.¹⁴⁰ Trotzdem existiert gerade in der Pflege eine enge Verbindung zwischen professionellem Tun und einer damit verbundenen Geisteshaltung. Die Begriffe Spiritualität und Professionalität sind daher für pflegende Berufe grundlegend. Gerade konfessionelle Einrichtungen haben hier eine besondere Verantwortung, auch für die Ausbildung Pflegender in der christlichen Tradition.¹⁴¹

Forschungen zu „Spiritualität und Pflege“ untersuchen auf der einen Seite spirituelle Bedürfnisse auf Seiten der Patienten und Pflegebedürftigen. Auf der anderen Seite werden die Pflegenden in den Blick genommen: Welche Vorstellungen verbinden sie mit dem Begriff Spiritualität, was bedeutet es für ihr berufliches Selbstverständnis, welche Bedingungen ermöglichen „- eine spirituelle Pflege-“ und wie kann Spiritualität auch Ressource für die eigene Gesunderhaltung, für Selbstpflege, werden?¹⁴² Hier sind Veröffentlichungen zu nennen, die sich mit dem Grundverständnis von Pflege und Spiritualität beschäftigen.¹⁴³ Es wird betont, dass die Berücksichtigung der spirituellen Dimension des Menschen Teil eines

¹³⁸ Vgl. Kumbruck 2009, 2010, 2011, 2012.

¹³⁹ Vgl. Fischer/Bövingloh 2012.

¹⁴⁰ Koenig 2012, S. 19.

¹⁴¹ Fischer 2012, S. 11ff.

¹⁴² Lubatsch 2012, Hagemann 2011, 2012, Schwer 2010, Kumbruck 2012.

¹⁴³ Diakonisches Werk der EKD (Hrsg.) 2010, Agoston 2010, Bürgi 2012

umfassenden Pflegeverständnisses ist und auf die ganzheitliche¹⁴⁴ Betreuung des Patienten ausgerichtet ist.¹⁴⁵

Ebenso werden spirituelle Bildungsangebote für Pflegende entwickelt, beschrieben und auf ihre Wirkung hin evaluiert.¹⁴⁶

Kritisch dazu merken Birgit und Andreas Heller an: „Die Vorstellung, dass die festgestellten spirituellen Bedürfnisse eines Kranken zu einer Kategorie in der Pflegeplanung werden, die dann bei der Dienstübergabe im Schichtwechsel zu bedienen sind, mutet eigenartig, instrumentalisierend an. Spiritual Care Pläne gehören in die Schublade, und nicht in die Kommunikation mit den Betroffenen.“¹⁴⁷

5. Spiritualität in Diakonie und Caritas - Pflegen aus der Kraft des Glaubens

In empirischen Studien zur „Neuen soziokulturellen Konstruktion des Ethos fürsorglicher Praxis in der Pflege“, -wobei hier diakonische Pflege gemeint ist-, wurde Spiritualität in mehrfacher Hinsicht untersucht.¹⁴⁸ In einer ersten Studie wurde das traditionelle Ethos von Diakonissen und Diakonieschwestern untersucht, welches eine tiefe Fundierung der Pflegepraxis in der Spiritualität ergab.¹⁴⁹ In einer zweiten Studie wurden die Auswirkungen veränderter Rahmenbedingungen auf das Ethos fürsorglicher Praxis in diakonischen Einrichtungen untersucht. Als Ergebnis wurde festgehalten, dass Spiritualität nicht mehr selbstverständlich - auch von spirituell eingestellten Pflegekräften- praktiziert wurde.¹⁵⁰ Eine

¹⁴⁴ Hier ist anzumerken, dass der Begriff der „Ganzheitlichkeit“ ähnlich schwierig ist wie Spiritualität selbst und häufig als Containerbegriff verwendet wird, dem eher eine Wunschvorstellung und weniger eine analytische Aussagekraft zugrunde liegt

¹⁴⁵ In der Pflegeethik wird im deutschsprachigen Raum immer noch auf Käppeli (-2000-) und auf das Modell von Krohwinkel (-1986-) verwiesen. Es fehlt aus pflegetheoretischer Sicht ein Modell, welches die Einbeziehung von Spiritualität über die AEDLs (Umgang mit existentiellen Erfahrungen) hinaus fördert.

¹⁴⁶ Hier soll auf die wissenschaftliche Begleitforschung des Projektes Existentielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen im Pflegeberuf verwiesen werden, die durch Tim Hagemann in diesem Band veröffentlicht wird.

¹⁴⁷ Heller/Heller 2009, S.11.

¹⁴⁸ Der Projektverbund umfasst das Sozialwissenschaftliche Institut der EKD, das Forschungszentrum Nachhaltigkeit der Universität Bremen sowie die Hochschule Osnabrück, Studiengang Wirtschaftspsychologie.

¹⁴⁹ Vgl. Kumbrock (1) 2009.

¹⁵⁰ Vgl. Kumbrock/Rumpf/Senghaas-Knobloch 2010.

dritte Studie thematisierte besonders die inneren Kraftquellen von diakonischen Pflegekräften.¹⁵¹

Hervorgehoben sei an dieser Stelle auf alle Veröffentlichungen im Umfeld von „-Diakonie Care-“ verwiesen. In Anlehnung an die bekannten Begriffe Palliative Care und Spiritual Care wurde für die Weiterbildung (120Stunden), welche im Rahmen des Projektes „Existentielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen im Pflegeberuf“ entwickelt und zwischen 2010 und 2012 in der Praxis erprobt wurde, der Begriff „- DiakonieCare-“ gefunden.¹⁵² Diese Weiterbildung wurde für alle Bereiche der Kranken- und Altenpflege (ambulant wie stationär) entwickelt, während die Konzepte Palliativ- und Spiritual Care speziell die Betreuung unheilbar kranker, sterbender Patienten in den Mittelpunkt stellen.

Michael Plattig definiert Spiritualität als „- fortwährende Umformung eines Menschen, der antwortet auf den Ruf Gottes-“. ¹⁵³ Spiritualität beschreibt in diesem Sinn einen „persönlichen Entwicklungs- und Umformungsprozess, der der persönlichen Zustimmung, der Einübung, der Reflexion und der Pflege bedarf... die Formen sind dabei so bunt wie die Menschen, die sie vollziehen. Insofern gibt es auch nicht die Spiritualität in der Pflege, sondern die Spiritualitäten der in der Pflege tätigen Menschen. Einrichtungen und Institutionen, dazu gehören auch Krankenhäuser und Pflegeheime, können im obengenannten Sinn keine Spiritualität haben, da diese als „-Menschen, die auf den Ruf Gottes antworten-“ beschrieben wird. Einrichtungen können fördern und helfen, sie müssen dabei aber die Freiheit ihrer Mitarbeiter respektieren und es dem Wirken des Heiligen Geistes überlassen, was geschieht.¹⁵⁴ Sie können auch Räume schaffen, welche z.B. den Austausch über die eigene Spiritualität ermöglichen.

Spiritualität in der Pflege beschreibt vor allem eine Haltung dem Patienten oder dem Pflegebedürftigen gegenüber. Was Stefan Knobloch im Zusammenhang der Sterbebegleitung als seelsorgerliche Haltung betont, kann in abgewandelter Form auch für die Pflege gelten. In diesem Sinn ist Pflege dann Beziehung, welche mit unverstellter Offenheit und Aufmerksamkeit den anderen meint und für ihn da ist. Beziehung „ als eine präsente, den

¹⁵¹ Vgl. Kumbruck/Derboven/Wölk 2009, Kumbruck (1)2009, Kumbruck (2) 2009.

¹⁵² Diakonisches Werk der EKD 2012

¹⁵³ Plattig in Lewkowicz/Lob- Hüdepohl 2003, S. 13, zuerst in: Institut für Spiritualität (Hrsg.), Grundkurs Spiritualität, Stuttgart 2000, S. 10.

¹⁵⁴ Plattig 2003, S. 32.

anderen in seiner Totalität meinende Beziehung, die ihn annimmt und in jenes Geheimnis einführt, das sein Leben schon immer ist.“¹⁵⁵ Beate Augustyn zitiert Traugott Roser und weist darauf hin, dass sich im Da- Sein und Da- Bleiben, im Schweigen und in einer behutsamen Begleitung genauso eine spirituelle Haltung ausdrücken kann wie in einer konkreten pflegerischen Maßnahme.¹⁵⁶

5.1. Mitarbeiterseelsorge und spirituelle Bildung als Personalentwicklung

Für die Caritas sind hier vor allem die Dissertation von Markus Schwer¹⁵⁷ und die Veröffentlichungen von Joachim Reber¹⁵⁸ zu nennen, die sich mit der Thematik der seelsorgerlichen Begleitung von Pflegenden und der spirituellen Bildung der Mitarbeiter beschäftigen. Reber weist auf einen wichtigen Unterschied im Rahmen der „-Mitarbeiterseelsorge-“ in Sozialunternehmen hin, nämlich auf: die „-Seelsorge durch Mitarbeitende-“ und die „-Seelsorge für Mitarbeitende-“.

Seelsorge findet, gerade in der Altenpflege, im Alltag statt und wird damit Aufgabe der Pflegenden, der Angehörigen und der Ehrenamtlichen. Das entspricht dem Charakter des Religiösen als Dimension des menschlichen Zusammenlebens und auch dem christlichen Selbstverständnis des Seelsorgertums aller Gläubigen. Da alle Beteiligten diese Aufgabe nur im Rahmen ihrer eigenen Überzeugungen leisten können, wird sich die religiöse und spirituelle Pluralität der Gesellschaft auch in den Alten- und Pflegeheimen, den Wohngruppen und in der Häuslichen Pflege widerspiegeln.¹⁵⁹ Die Aufgabe der Professionellen Seelsorge sollte neben ihrer sakramentalen und seelsorgerlichen Funktion die Schulung aller in der Pflege beteiligten sein.

M. Schwer untersucht in seiner religionspädagogischen Studie das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden in der stationären Altenpflege, ihre existentiellen Berufserfahrungen und ihre Deutung sowie die Auswirkungen dieser Deutung auf ihre Berufsspiritualität. Hintergrund dabei ist die Frage nach den Kriterien einer seelsorgerlichen

¹⁵⁵ Knobloch 1993, S. 190f.

¹⁵⁶ Augustyn 2009, S.160, und Roser 2009, s.45ff.

¹⁵⁷ Schwer 2009 /2010.

¹⁵⁸ Reber 2009.

¹⁵⁹ Vgl. Schneider-Harpprecht in Kunz 2007, S. 354f.

Begleitung, welche eine Weiterentwicklung der beruflichen Spiritualität ermöglichen, um Pflegende „-selber mehr Mensch-“ werden zu lassen.¹⁶⁰

5.2. Spiritualität und Organisationsentwicklung

Konfessionelle Krankenhäuser, Behinderteneinrichtungen und Seniorenheime stehen in der christlich begründeten Tradition von Nächstenliebe und Barmherzigkeit. Gleichzeitig sind sie aber Unternehmen, die unter Marktbedingungen wirtschaftlich arbeiten müssen. Was bedeutet für kirchliche Träger der Prozess des ökonomisch bedingten Umbaus des Gesundheits- und Sozialwesens? Nachdem es im 20. Jahrhundert nicht nur durch Professionalisierung und Institutionalisierung, sondern auch - bedingt durch Nachwuchsmangel und gesellschaftliche Säkularisierungsprozesse - zum Rückzug der Ordensgemeinschaften aus der Pflege kam- wurde dort, wo bislang die Integration von pflegerisch- medizinischer Qualität und seelsorgerlicher Begleitung als Alleinstellungsmerkmal verstanden wurde- , nun Spiritualität zunehmend als Aufgabe „des Trägers“ definiert. ...¹⁶¹ Nach Jahren, in denen Professionalität, Wirtschaftlichkeit und Qualitätsmanagement im Mittelpunkt der Überlegungen stand, kommt es indessen wieder zu einer Rückbesinnung auf die sogenannte „-diakonische Kernkompetenz-“¹⁶², auf das „C“ auch als Markenzeichen im Wettbewerb.¹⁶³ Da in diesem Prozess die Führungskräfte eine besondere Verantwortung haben, kommt der Führungskräfteentwicklung in der Unternehmensentwicklung eine große Bedeutung zu.¹⁶⁴¹⁶⁵ Das gilt natürlich nicht nur für den Bereich der Altenpflege, sondern auch für andere Einsatzfelder der Diakonie.

¹⁶⁰ Schwer 2010, S. 17.

¹⁶¹ Frick in Klein/Berth/Balck 2011, S.408, „So wurde Spiritualität als berufs- und persönlichkeitsfremdes Merkmal zunehmend dem Träger und seinen offiziellen Manifestationen (Feiern, Ansprachen, Hochglanzbroschüren) überlassen“.

¹⁶² Kritisch zur „Diakonischen Identität“ äußert sich dagegen Heinz Rüeegger und betont, dass „diakonische Identität“ häufig dazu dient, sich von anderen abzugrenzen. „Stattdessen wäre es angezeigt, ohne künstliche Abgrenzungsbedürfnisse mit anderen in der Altersarbeit tätigen Kräften an einer gerontologisch reflektierten und über den heutigen gerontologischen Kenntnisstand informierten Praxis mit und zugunsten älterer Menschen zu arbeiten.“ Mit Verweis auf S. Kobler-von Komorowski (2005) und G. Theissen (1990) Rüeegger 2009, S. 35.

¹⁶³ Zimmerling 2010, Schoenauer 2012, Horneber/Helbich/Raschok 2010.

¹⁶⁴ Vgl. Balzer, in Diakonisches Werk der EKD 2012, Lubatsch 2012.

¹⁶⁵

Aufgabe des Managements ist es, Personalentwicklung und Organisationsentwicklung zur Entwicklung von Spiritualität für Patienten und Mitarbeitende aufeinander zu beziehen und Räume für die Ausgestaltung einer christlichen Unternehmenskultur zu schaffen.

Berührt ist davon auch die Frage nach einem geeigneten Managementverständnis in konfessionellen Einrichtungen. Die Buchreihe „Mauritzer Schriften“ der St. Franziskus-Stiftung Münster, der zweitgrößten konfessionellen Krankenhausgruppe Deutschlands, stellt sich diesen Fragen.¹⁶⁶

Organisationsentwicklung in Hinblick auf Spiritualität wird in dem Sammelband „-Spiritualität und innovative Unternehmensführung-“¹⁶⁷ besonders in den Beiträgen des 5. Kapitels thematisiert.¹⁶⁸

Konfessionslosigkeit oder „religiöse Indifferenz“ in den neuen Bundesländern

Eine besondere Herausforderung für Spiritualität in der Pflege und das diakonische Profil stellt die Situation in den neuen Bundesländern dar. Hier ist die „religiöse Indifferenz“ bzw. die Konfessionslosigkeit der Normalzustand, das heißt die Mehrheitsgesellschaft ist nicht nur geprägt von einer großen Unkenntnis in Bezug auf Religion, sondern auch von einer latenten Kirchenfeindlichkeit. Während die Pflegebedürftigen noch kirchlich sozialisiert wurden, ist das auf Seiten der Pflegenden meist nicht der Fall. Hier geht es nicht um erfolgte „-Kirchenaustritte-“, sondern um zwei Generationen¹⁶⁹, die ohne kirchliche Sozialisation und religiöse Grundkenntnisse aufgewachsen sind. Dieser Traditionsabbruch führt oft, so die Erfahrungen aus der Praxis, zu einem Unverständnis gegenüber religiösen bzw. spirituellen Bedürfnissen der Patienten bzw. Pflegebedürftigen. Ob eine Sensibilisierung für diese Themen durch Glaubensgrundkurse zu erreichen ist, ist eher unwahrscheinlich. Bedingt durch den Fachkräftemangel werden zunehmend auch Leitungspositionen ohne

¹⁶⁶ Fischer, Michael, 2012.

¹⁶⁷ Schoenauer 2012

¹⁶⁸ Hier sind u.a. in Schoenauer 2012: Manzeschke, Bilgri, Grabenstein, Assländer, Breit-Kessler, Reber, Fromm zu nennen.

¹⁶⁹ Während die Großeltern noch kirchlich sozialisiert und gebunden sind, trifft das auf ihre Kinder und Enkelkinder oft nicht mehr zu.

Kirchenmitgliedschaft in konfessionellen Einrichtungen besetzt.¹⁷⁰ Was diese Entwicklung für das diakonische Profil einer Einrichtung bedeutet, ist noch nicht hinreichend untersucht worden.¹⁷¹ Wichtig erscheint hier der Hinweis von Reber (bezugnehmend auf seine Erfahrungen mit Pflegenden in Berlin im Rahmen des Projektes Existentielle Kommunikation und Spiritualität im Pflegeberuf), dass Pflegende auf die Ermutigung, „sich wichtig zu nehmen, das eigene Menschsein auch in der Arbeit als unverrechenbaren Wert zu schätzen u.ä.“¹⁷² mit Erstaunen reagiert haben. Neu erlebt haben diese, dass das christliche Menschenbild diametral in Widerspruch sowohl zu einem totalitären Welt- und Menschenbild steht als auch zu einer Vergötzung der Arbeit bzw. der Nützlichkeit und damit der nicht selten verbundenen „Spiritualität der Selbstaussbeutung“.

6. Zusammenfassung

Nachdem in den USA seit den 1990er Jahren ein explosionsartiger Anstieg der Publikationen zum Thema Spiritualität und Gesundheit zu verzeichnen ist, wurden zunehmend auch in deutschsprachigen Ländern Studien zur Bedeutung von Religion bzw. Religiosität und Spiritualität für die Gesundheit durchgeführt. Dabei wurde auf die Bedeutung von Spiritualität bei der Bewältigung von Krankheit sowie in der Gesundheitsvorsorge z.B. beim Umgang mit Stress und seinen gesundheitlichen Folgen hingewiesen. Insgesamt aber ist die Forschungslage, und das betrifft insbesondere die Forschung zu Religion/Spiritualität in der Pflege, eher lückenhaft und wenig systematisch.¹⁷³

Nachdem vor allem von der Hospizbewegung und der Palliativmedizin wichtige Impulse für die Einbeziehung der spirituellen Dimension bei der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden ausgegangen sind, wird zunehmend auch in anderen Bereichen des

¹⁷⁰ „Zwangstaufen“ sind sicher nicht das geeignete Mittel, um für das diakonische Profil der Einrichtungen zu sorgen. Hier ist Sensibilität und Kommunikationsfähigkeit gefragt, um Ängste vor Missionierung zu entkräften. Bisher wird aber Konfessionslosigkeit als religionspädagogische Herausforderung nicht im Zusammenhang von Spiritualität in der Pflege, sondern meines Wissens nach nur für Familie, Gemeinde und Religionsunterricht thematisiert. Wichtig sind dabei die Wahrnehmung der Gemeinsamkeiten, aber auch der Unterschiede der Konfessionslosigkeit in Ost und West. Vgl. Domsgen 2005.

¹⁷¹ Tiefensee 2010, Zulehner 2012.

¹⁷² Reber, in Schoenauer 2012, S. 232.

¹⁷³ Vgl. Klein in Klein/Berth/Balck 2011, S. 12.

Gesundheitswesens über die Integration von Religiosität bzw. Spiritualität nachgedacht. Dabei gilt Spiritualität auch als Ressource für Mitarbeitende. In den letzten Jahren hat vor allem die beschriebene Methode der Achtsamkeitspraxis Beachtung als Methode gefunden, die psychische Gesundheit bei Menschen in helfenden Berufen, die vielfältigen Belastungen ausgesetzt sind, zu fördern.

Nachdem in der Vergangenheit in vielen diakonischen und caritativen Einrichtungen ein eher zurückhaltender Umgang mit religiösen Formen gepflegt wurde und gegenüber den Mitarbeitern ein Signal von Toleranz und Pluralität gesendet wurde, ist inzwischen zu beobachten, dass verstärkt wieder nach den eigenen Wurzeln und Kraftquellen gefragt wird und eine Gesprächsfähigkeit bezüglich der eigenen christlichen Spiritualität sowie des Profils der Einrichtung gesucht wird. Hier werden zunehmend Schulungsprogramme wie die oben beschriebene Weiterbildung DiakonieCare entwickelt und in die Praxis eingeführt. Neben den bekannten und bewährten Formen christlicher Spiritualität, die in den diakonischen und caritativen Einrichtungen gepflegt werden, wie z.B. Andachten und Gottesdienste, Seelsorge, Rituale und Einbettung in das Kirchenjahr mit Festen und Feiern, die Begleitung von Übergängen wie der Einzug ins Heim, Aussegnung u.ä. gibt es darüber hinaus ein großes Potential in der christlichen Spiritualität, die es neu zu entdecken und für den Alltag in Medizin und Pflege fruchtbar zu machen gilt. Dazu gehören z.B. Formen der christlichen Meditation und Schulungen der Achtsamkeit. Hier ist auch ein Dialog mit anderen Religionen bzw. Weltanschauungen möglich, was in unserer pluralistischen Gesellschaft und damit auch in den Einrichtungen des Gesundheitswesens als Teil der Gesellschaft wichtig ist. Christliche Spiritualität ist auch in der Ethik eine wichtige Quelle für die Auseinandersetzung mit Fragestellungen nach einem „gelingenden Leben und Altern“ sowie einem menschlichen Umgang mit Krankheit, Leiden und Sterben sowie nach allen Fragen der „Menschenwürde“ auch in Hinblick auf die eigenen Mitarbeiter und deren Arbeitsbedingungen.

Neben der Sensibilisierung für spirituelle Bedürfnisse gehören hier die eigene weltanschauliche Kompetenz und Sprachfähigkeit zu den wichtigen Kompetenzen, die neben der entsprechenden Haltung der Mitarbeitenden zu einer humanen Pflege beitragen.

Dem bleibt nur hinzuzufügen, dass eine menschenwürdige, „beseelte Pflege“ ohne die Berücksichtigung der spirituellen Dimension aller im Gesundheitswesen Beschäftigten, in der Pflege sowohl der Pflegebedürftigen als auch der Pflegenden nicht auskommt.

„Unsere seelenlose Medizin braucht als ersten Schritt eine Anerkennung und Aufmerksamkeit für die Seele des Patienten, für sein Fühlen, sein in der Welt sein, seine Betroffenheit, für das Bewusstsein seiner Verletzlichkeit und Sterblichkeit, so dass sie zu einer beseelten Medizin werden kann. Und erst eine beseelte Medizin wäre eine wirklich humane Medizin.“¹⁷⁴

7. Literatur

Anderssen-Reuster, Ulrike, Was ist Achtsamkeit? In: Anderssen-Reuster, Ulrike (Hrsg.), *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode*, 2. Aufl., Stuttgart 2011, S. 1-5.

Anderssen-Reuster, Ulrike (Hrsg.), *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode*, 2. Aufl., Stuttgart 2011.

Augustyn, Beate, Spiritual Care in der Pflege, in: Frick, Eckhard / Roser, Traugott (Hrsg.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Stuttgart 2009.

Altmeyer, Stefan et al, *Christliche Spiritualität lehren, lernen und leben*, Göttingen 2006.

Antonovsky, Anton, *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Tübingen 1997.

Balzer, Reinhold, in: Diakonisches Werk der EKD (Hrsg.) *Geistesgegenwärtig pflegen. Existentielle Kommunikation und spirituelle Ressourcen im Pflegeberuf*. (Bd.1: Grundlagen und Werkstattberichte), S. 31- 40.

Baier, Karl, Was ist Spiritualität? In: Heller, Birgit/Heller, Andreas (2009 (Hrsg.:) *Jahresheft Spiritualität und Spiritual Care*(Reihe Palliative Care und Organisationsethik Bd. 22), S. 65.

¹⁷⁴ www.joachim-galuska.de/joachim-galuska, aufgerufen am 22.5.13

Baier, Karl, Unterwegs zu einem anthropologischen Begriff der Spiritualität, in: Baier, Karl/Sinkovits, Josef (Hrsg.), *Spiritualität und moderne Lebenswelt*, Berlin/Wien 2006 (1), S. 21-43.

Baier, Karl, Spiritualitätsforschung heute, in: Baier, Karl (Hrsg.), *Handbuch der Spiritualität. Zugänge, Traditionen, interreligiöse Prozesse*, Darmstadt 2006 (2), S. 11-48.

Baltes, P.B./Mayer, K.V., *The Berlin Aging Study*. Cambridge 1999.

Baltes, Margret M./ Kohli, Martin/ Sames, Klaus (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*, Bern 1989.

Baltes, Margret M./montada, Leo, *Produktives Leben im Alter*, Frankfurt/Main 1996 (Aida-Schriftenreihe, Bd. 3).

Bochinger, Christoph, *Die unsichtbare Religion in der sichtbaren Religion. Zur Alltagsreligiosität evangelischer und katholischer Christen in Franken*, in: Heimbach-Steins, Marianne (Hrsg.), *Religion als gesellschaftliches Phänomen. Soziologische, theologische und literaturwissenschaftliche Annäherungen*, Münster 2002, 27-43.

Borasio, Gian Domenico, Wie Ärzte spirituelle Bedürfnisse von leidenden Menschen wahrnehmen können, in: Heller, Birgit/Heller, Andreas (2009 (Hrsg.): *Jahresheft Spiritualität und Spiritual Care*(Reihe Palliative Care und Organisationsethik Bd. 22), S. 32-33

Bretfeld, S. et al (Hrsg.), *Dynamiken der Religionsgeschichte: Historische und gegenwärtige Perspektiven. XXIX. Kongress der Deutschen Vereinigung für Religionswissenschaft*. 20.-24. September 2009, Bochum.

Büssing, Arndt/Kohls, Niko (Hrsg.), *Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*. Berlin/Heidelberg 2011.

Büssing, Arndt, Die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität für chronisch Kranke, in: Klein, Constantin/Berth, Hendrik/Balck, Friedrich (2011) (Hrsg.) , *Gesundheit-Religion-*

Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze. Weinheim und München 2011, S. 189-213.

Bäuerle, Peter/Föstl, Hans/Hell, Daniel/Radebold, Hartmut/Riedel, Ingrid/Studer, Karl (Hrsg.) *Spiritualität und Kreativität in der Psychotherapie mit älteren Menschen*, Bern 2005.

Bäumer, Regina/Plattig, Michael, Beruf- Berufung- Spiritualität, in: Fischer, Michael/Dietlinde Bövingloh (Hrsg.), *Pflege aus Berufung. Spiritualität und Professionalität in der Pflegeausbildung*, Rheinbach 2012.

Benson, Herbert, Heilung durch den Glauben. Selbstheilung in der neuen Medizin, München 1997 S. 176-178.

Borysenko, Joan, Gesundheit ist lernbar. Hilfe zur Selbsthilfe, München 1991, S. 146f.

Dienberg, Thomas/Plattig, Michael (Hrsg.), „Leben in Fülle. Skizzen zur christlichen Spiritualität. Festschrift Prof. Dr. Weismayer zu seinem 65. Geburtstag (Theologie der Spiritualität Bd.5), Münster/Hamburg/London 2001.

Didonna, Fabrizio (Hrsg.), *Clinical Handbook of Mindfulness*, New York 2009.

Dienberg, Thomas, Christliche Spiritualität oder: von der „heiligen Muße“ des Franz von Assisi, in: Dienberg, Thomas/Plattig, Michael (Hrsg.), „Leben in Fülle. Skizzen zur christlichen Spiritualität. Festschrift Prof. Dr. Weismayer zu seinem 65. Geburtstag (Theologie der Spiritualität Bd.5), Münster/Hamburg/London 2001, S.39-63.

Ernst, Stephan,/Klimek, Nicolaus (Hrsg.), Grundkurs christliche Spiritualität. Werkbuch für Schule, Gemeinde und Erwachsenenbildung, Kevelaer 2004.

Fuchs, Brigitte, Sitzen in Stille, was kann das schon bewegen? Meditieren mit kranken Menschen, in: Büssing, Arndt/Kohls, Niko (Hrsg.), *Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*, Berlin/Heidelberg 2011, S. 223-229.

Fuchs, Brigitte/Kobler-Fumasoli, Norbert (Hrsg.), *Hilft der Glaube? Heilung auf dem Schnittpunkt zwischen Theologie und Medizin*, Münster 2002.

Fürlinger, Ernst, Interreligiöse Spiritualität, in: Baier, Karl/Sinkovits, Josef (Hrsg.), *Spiritualität und moderne Lebenswelt*, Berlin/Wien 2006 (1), S.195-222.

Heidenreich, Thomas /Junghanns-Royack, Katrin/Michalak, Johannes, Achtsamkeitsbasierte Therapieansätze: Stand der empirischen Forschung, in: Anderssen-Reuster, Ulrike (Hrsg.), *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode*, , 2. Aufl., Stuttgart 2011.

Domsgen, Michael (Hrsg.), *Konfessionslosigkeit - eine religionspädagogische Herausforderung. Studien am Beispiel Ostdeutschlands*. Leipzig 2005.

Eglin, Anemone et al , *Das Leben heiligen: Spirituelle Begleitung von Menschen mit Demenz. Ein Leitfad*en .Zürich 2006.

Etzel Müller, Gregor/Weissenrieder, Anette (Hrsg.), *Religion und Krankheit*, Darmstadt 2010.

Feil, Ernst, *Streitfall „Religion“*. *Diskussionen zur Bestimmung und Abgrenzung des Religionsbegriffs* (Studien zur Systematischen Theologie und Ethik, Bd. 21), München/Münster/Wien/Zürich/London 2000.

Feil, Ernst, *Religio. Die Geschichte eines neuzeitlichen Grundbegriffs im 18. Und 19. Jahrhundert*, 4 Bd., Göttingen 2007.

Fischer, Michael, *Barmherzigkeit provoziert. Vom heilenden Dienst zum kirchlichen Dienstleistungsunternehmen*. Rheinbach 2012

Fischer, Michael/ Bövingloh, Dietlinde (Hrsg.), *Pflege aus Berufung. Spiritualität und Professionalität in der Pflegeausbildung*, Rheinbach 2012.

Frick, Eckhard / Roser, Traugott (Hrsg.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Stuttgart 2009.

Frick, Eckhard SJ (2009a): Was ist Spiritual Care? S. 68-69 in: Heller, Birgit/Heller, Andreas (2009) (Hrsg.): *Jahresheft Spiritualität und Spiritual Care* (Reihe Palliative Care und Organisationsethik Bd. 22)

Frick, Eckhard, Spiritualität des Alltags – Achtsamkeit in der Tradition des Ignatius von Loyola, in: : Anderssen-Reuster, Ulrike (Hrsg.), *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode*, , 2. Aufl., Stuttgart 2011,S. 46-54.

Frick, Eckhard, Spiritual Care in der Humanmedizin: Profilierung und Vernetzung, in: Klein, Constantin/Berth, Hendrik/Balck, Friedrich (2011) (Hrsg.) , *Gesundheit-Religion-Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim und München 2011, S. 407- 420.

Galuska, Dorothea/Galuska, Joachim, Achtsamkeit und Präsenz in der stationären Psychotherapie, in: Anderssen-Reuster, Ulrike (Hrsg.), *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode*, 2. Aufl., Stuttgart 2011,S. 132-144.

Gethin, Rupert, Achtsamkeit, Meditation und Therapie, in: Zimmermann, Michael/Spitz, Christof/Schmidt, Stefan (Hrsg.), *Achtsamkeit. Ein buddhistisches Konzept erobert die Wissenschaft – mit einem Beitrag SH. Des Dalai Lama*, Bern 2012, S. 37-47.

Goleman, Daniel, *Mind/Body Medicine*, New York 1993.

Grom, Bernhard, Spiritualität – die Karriere eines Begriffs: Eine religionspsychologische Perspektive. In: Frick, Eckhard /Roser, Traugott (Hrsg.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Stuttgart 2009, S. 12-17.

Gronemeyer, Reimer, Integration und Segregation – Spezielle oder altersübergreifende Massnahmen in Einrichtungen für alte Menschen, in: Baltes, Margret M./ Kohli, Martin/ Sames, Klaus (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*, Bern 1989, S. 113-117.

Hadot, Pierre, *Philosophie als Lebensform. Antike und moderne Exerzitien der Weisheit*. Frankfurt/Main 2002.

Hagen, Thomas/ Roser, Traugott/Reigber, Hermann/Fittkau-Tönnemann, Bernadette, *Qualifizierungskurs Palliative Care für Seelsorgende. Curriculum und Einführung*. Stuttgart 2011.

Heimbach-Steins, Marianne (Hrsg.), *Religion als gesellschaftliches Phänomen. Soziologische, theologische und literaturwissenschaftliche Annäherungen*, Münster 2002.

Heller, Birgit/Heller, Andreas (2009 (Hrsg.)) *Jahresheft Spiritualität und Spiritual Care* (Reihe Palliative Care und Organisationsethik Bd. 22)

Heller, Birgit/Heller, Andreas (2011): Spiritualität und Spiritual Care, in: *Junge Kirche* 4/11, S.16-19.

Horneber, Markus/ Helbich, Peter/Raschok, Klaus (Hrsg.), *Dynamisch Leben gestalten. Perspektiven zukunftsorientierter Unternehmen in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft* (Dynamisch Leben gestalten Bd. 1), Stuttgart 2010.

Houtman, Dick /Aupers, Stef, The spiritual turn and the decline of tradition: The spread of post-Christian spirituality in 14 western countries, 1981-2000, in: *Journal for the scientific Study of Religion*, 46 (2007), S. 305-320.

Illich, Ivan, *Die Enteignung der Gesundheit. „Medical Nemesis“*, Reinbek b. Hamburg, bearb. Neuauf. 1977.

Institut für Spiritualität (Hrsg.), *Grundkurs Spiritualität*, Stuttgart 2000.

Jalics, Franz, *Kontemplative Exerzitien. Eine Einführung in die kontemplative Lebenshaltung und das Jesusgebet*, Würzburg 1996

Journal for the scientific Study of Religion, 46 (2007),

Kabat-Zinn, Jon, *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung*. München 2011.

Karle, Isolde, Sinnlosigkeit aushalten! Ein Plädoyer gegen die Spiritualisierung von Krankheit, in: *WzM* 61/1 (2009), S. 19-34.

Karle Isolde, *Kirche im Reformstress*, Gütersloh 2011, 3.Auf. l.

Karle, Isolde, Perspektiven der Krankenhauseelsorge, in: *WzM* 2010/62,6, S. 537-555.

Klein, Constantin/Berth, Hendrik/Balck, Friedrich (Hrsg.) , *Gesundheit-Religion-Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim und München 2011.

Klein, Constantin/Albani, Cornelia (2011): Religiosität/Spiritualität in somatischer Behandlung, Pflege und Psychotherapie, in: Klein, Constantin/Berth, Hendrik/Balck, Friedrich (2011) (Hrsg.) , *Gesundheit-Religion-Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim und München 2011, S. 375- 406.

Klein, Constantin/Lehr, Dirk: Religiöses Coping, in: Klein, Constantin/Berth, Hendrik/Balck, Friedrich (2011) (Hrsg.): *Gesundheit-Religion-Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim und München 2011, S. 333-359.

Klie, Thomas/Kumlehn, Martina/Kunz, Ralph (Hrsg.), *Praktische Theologie des Alterns*, Berlin/New York 2009.

Knipping, Cornelia/Heller, Andreas, Palliative Care – Haltungen und Kulturen, in: Knipping, Cornelia (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care*, 2. überarb. Aufl., Bern 2007, S. 39-48.

Knipping, Cornelia (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care*, 2. überarb. Aufl., Bern 2007.

Knoblauch, Hubert, *Vom New Age zur populären Spiritualität*, in: Lüdeckens, Dorothea/Waltert, Raffael (Hrsg.), *Fluide Religion: Neue religiöse Bewegungen im Wandel. Theoretische und empirische Systematisierungen*. Bielefeld 2010, S. 145-174.

Knobloch, Stefan, *Wieviel ist ein Mensch wert? Einzelseelsorge- Grundlagen und Skizzen*, Regensburg 1993.

Koenig, Harold A.: *Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfadentext*. Stuttgart 2012.

Kumbruck, Christel (1), *Diakonische Pflege im Wandel. Nächstenliebe unter Zeitdruck*. Berlin 2009.

Kumbruck, Christel (2), *Spiritualität in der diakonischen Pflege- quo vadis?* Forschungsbericht für das SI der EKD, Hannover 2009.

Kumbruck, Christel/Derboven, W/Wölk, M, *Innere Kraftquellen in der diakonischen Pflege*. Texte aus dem SI der EKD, Hannover 2009.

Kumbruck, Christel, Menschenwürdigere Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit, in: Becke, Guido/ Bleses, Peter/Schmidt, Sandra/Ritter, Wolfgang (Hrsg.), *Decent Work. Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt*, Wiesbaden 2010.

Kumbruck, Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva (Hrsg.), *Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung*. Münster 2010.

Kumbruck, Christel, Spiritualität in der Pflege. Befunde einer Untersuchung in diakonischen Einrichtungen, in: Fischer, Michael/ Bövingloh, Dietlinde (Hrsg.) *Pflege aus Berufung: Spiritualität und Professionalität in der Pflegeausbildung*. Rheinbach 2012.

Kunz, Ralph (Hrsg.), *Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie*, Zürich 2007.

Körtner, Hans-Ulrich J., *Wiederkehr der Religion. Das Christentum zwischen neuer Spiritualität und Gottvergessenheit*, Gütersloh 2006.

Kramer, Werner, Was sind die spirituellen Ziele im Alter aus der Sicht des Christentums und wie können sie erreicht werden? in: Bäuerle, Peter/Föstl, Hans/Hell, Daniel/Radebold, Hartmut/Riedel, Ingrid/Studer, Karl (Hrsg.) *Spiritualität und Kreativität in der Psychotherapie mit älteren Menschen*, Bern 2005.

Kruse, Andreas./Martin, Mike. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie*, Bern 2004.

Lazar, Sara et al, Meditation experience is associated with increased cortical thickness, in: *Psychosomatic Medicine*. November-Dezember 1999, Bd. 61, H. 6, S. 812-821.

Lazar, Sara, Die neurowissenschaftliche Erforschung der Meditation, in: Zimmermann, Michael/Spitz, Christof/Schmidt, Stefan (Hrsg.), *Achtsamkeit. Ein buddhistisches Konzept erobert die Wissenschaft – mit einem Beitrag SH. Des Dalai Lama*, Bern 2012, S. 71-81.

Lesch, Walter, „Vom Gemüt herzloser Zustände“ und vom „Geist einer gottlosen Welt“.
Ethische Zugängen zu einer Spiritualität sozialen Handelns, in: Lewkowicz, Marina/Lob-
Hüdepohl, Andreas (Hrsg.), *Spiritualität in der sozialen Arbeit*, Freiburg im Br. 2003, S. 45-68.

Lewkowicz, Marina/Lob-Hüdepohl, Andreas (Hrsg.), *Spiritualität in der sozialen Arbeit*,
Freiburg im Br. 2003.

Lubatsch, Heike, *Führung macht den Unterschied. Arbeitsbedingungen diakonischer Pflege
im Krankenhaus*. (SI Konkret Bd. 5), Hannover 2012.

Luckmann, Thomas, *Die unsichtbare Religion*, Frankfurt a.M.1991, Erstauflage der englischen
Originalausgabe > The Invisible Religion< 1967.

Lüdeckens, Dorothea/Waltert, Raffael (Hrsg.), *Fluide Religion: Neue religiöse Bewegungen im
Wandel. Theoretische und empirische Systematisierungen*. Bielefeld 2010.

Luhmann, Niklas, Die Sinnform Religion, in: Soziale Systeme . Zeitschrift für soziologische
Theorie 2 (1996).

Maio, Giovanni, Die Präferenzorientierung der modernen Medizin als ethisches Problem .Ein
Aufriss am Beispiel der Anti-Aging-Medizin, Zeitschrift für medizinische Ethik 52 (2006), S.
339-354.

Manstetten, Reiner, Gelassenheit. Selbstwahrnehmung und Achtsamkeit bei Meister
Eckhart, in: Anderssen-Reuster, Ulrike (Hrsg.), *Achtsamkeit in Psychotherapie und
Psychosomatik. Haltung und Methode*, 2. Aufl., Stuttgart 2011, S. 21-45.

Medicine and Society – Annals of American Academy of Political and Social Science, Vol 346,
1963.

Mehnert, Anja/Höcker, Anja (2011): Religion und körperliche Gesundheit- empirische Befunde und Erklärungsansätze, in: Klein, Constantin/Berth, Hendrik/Balck, Friedrich (2011) (Hrsg.): *Gesundheit-Religion-Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim und München 2011, S. 247- 257.

Ott, Ulrich, *Meditation für Skeptiker. Ein Neurowissenschaftler erforscht den Weg zum Selbst*. München 2010.

Pellegrino, E.D., Medicine, history and the idea of man, in: *Medicine and Society – Annals of American Academy of Political and Social Science*, Vol 346, 1963, 9-20, S. 10.

Peng-Keller, Simon, *Einführung in die Theologie der Spiritualität*. Darmstadt 2010.

Peng-Keller, Simon, *Geistbestimmtes Leben* (Studiengang Theologie Bd.XI) Zürich 2012.

Plattig, Michael, „Was ist Spiritualität?“ In: Lewkowicz, Marina/Lob-Hüdepohl, Andreas (Hrsg.), *Spiritualität in der sozialen Arbeit*, Freiburg im Br. 2003, S. 12 – 32.

Puchalski, Christina et al., Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The report of the Consensus Conference, *Journal of Palliative Medicine*, Vol.12/10 (2009): 885-904.

Puchalski, Christina/ Ferrell, Betty, *Making Health Care Whole. Integrating Spirituality into Patient Care*. Templeton 2010.

Psychosomatic Medicine. November-Dezember 1999, Bd. 61, H. 6.

Rakow, Klaudia, „Spiritualität in diskursanalytischer Perspektive, in: Bretfeld, S. et al (Hrsg.), *Dynamiken der Religionsgeschichte: Historische und gegenwärtige Perspektiven. XXIX. Kongress der Deutschen Vereinigung für Religionswissenschaft*. 20.-24. September 2009, Bochum, S. 98-99.

Reber 2009: Joachim Reber, *Spiritualität in sozialen Unternehmen. Mitarbeiterseelsorge. Spirituelle Bildung und spirituelle Unternehmenskultur*, Stuttgart 2009.

Reber 2009: Joachim Reber, Mitarbeiterseelsorge, spirituelle Bildung und spirituelle Kultur. Theologische Anmerkungen, in: Caritasverband der Diözese Rottenburg Stuttgart (Hrsg.): *Der Geist der Caritas trägt und bewegt*, Stuttgart 2009, S. 10-15.

Reiter, A./ Bucher, Anton (Hrsg.), *Psychologie & Spiritualität- ein interdisziplinärer Diskurs*. Eschborn 2008

Roser, Traugott, *Spiritual Care. Ethische, organisationelle und spirituelle Aspekte der Krankenseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang*. Stuttgart 2007.

Roser, Traugott, Vierte Säule des Gesundheitswesens. Dienstleistungen der Seelsorge im Kontext des Sterbens, in: Thomas, Günter/Karle, Isolde (Hrsg.), *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, Stuttgart, 2009, S. 580-592.

Roser, Traugott, Spirituelle und existentielle Bedürfnisse Sterbender, in: Schoenauer, Hermann (Hrsg.), *Spiritualität und innovative Unternehmensführung*. (Dynamisch Leben gestalten 3) Stuttgart 2012, S. 408.

Rosenmayr, L Wandlungen der gesellschaftlichen Sicht und Bewertung des Alters, in: Baltes, Margret M./ Kohli, Martin/ Sames, Klaus (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*, Bern 1989, S. 96-101.

Rüegger, Heinz, Altern im Spannungsfeld von <Anti-Aging> und <Successful Aging> Gerontologische Perspektiven einer seelsorgerlichen Begleitung älterer Menschen, in: Kunz, Ralph (Hrsg.), *Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie*, Zürich 2007, S. 143-186.

Rüegger, Heinz, Alter(n) als Herausforderung. Gerontologisch-ethische Perspektiven, Zürich 2009.

Rüegger, Heinz, <Sterben in Würde> als Auftrag menschenwürdiger Sterbebegleitung, in: Knipping, Cornelia (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care*, 2. überarb. Aufl., Bern 2007, S. 557-563.

Rüegger, Heinz, Das eigene Sterben. Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst. Göttingen 2006.

Schachtschabel, Dietrich Otto, Humanbiologie des Alterns, in: Kruse, A./Martin, M. (Hrsg.), Enzyklopädie der Gerontologie, Bern 2004, S. 167-181.

Shapiro, Deane H./Walsh, Roger N. (Hrsg.), *Meditation: Classic and Contemporary Perspectives*, New York 1984.

Singer, Tanja/Lindenberg, Ute, Plastizität, in: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens, *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*, Stuttgart 2000, s. 39-43.

Schmid, Wilhelm, *Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst*, Frankfurt/Main 1998.

Schmid, Wilhelm, *Schönes leben? Einführung in die Lebenskunst*, Frankfurt/Main 2000.

Schneider- Flume, Gunda, *Leben ist kostbar. Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens*, Göttingen, 3. Aufl. 2008.

Schneider- Harpprecht, Christoph, Altenseelsorge im Kontext- Lebenswelt, Lebensraum und soziale Beziehungssysteme in der Seelsorgearbeit mit alten Menschen, in: Kunz, Ralph (Hrsg.), *Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie*, Zürich 2007, S. 321-363.

Schnell, Tatjana, *Implizite Religiosität. Zur Psychologie des Lebenssinns*. München 2009.

Schnell. Tatjana, Religiosität und Spiritualität als Quellen der Sinnerfüllung, in: Klein, Constantin/Berth, Hendrik/Balck, Friedrich (2011) (Hrsg.): *Gesundheit-Religion-Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim und München 2011, S. 259-271.

Schoenauer, Hermann (Hrsg.), *Spiritualität und innovative Unternehmensführung*. (Dynamisch Leben gestalten 3)Stuttgart 2012.

Schwer, Markus, *Selber mehr Mensch sein. Diakonisch-mystagogisches Lernen in der stationären Altenpflege*. Ostfildern 2010 (Dissertation Tübingen 2009).

Sperling, Uwe, Spiritualität und Wohlbefinden im Alter, in: Kunz, Ralph (Hrsg.), *Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie*, Zürich 2007, S. 73-98.

Steffensky, Fulbert, *Schwarzbrot- Spiritualität*, Stuttgart 2010 (Neuausgabe).

Stegemann, Wolfgang, Der Heilige Geist und die Sorge um sich. Zur Einordnung der paulinischen Spiritualität, in: Schoenauer, Hermann (Hrsg.), *Spiritualität und innovative Unternehmensführung*. (Dynamisch Leben gestalten 3) Stuttgart 2012, S.90 - 107.

Steinmann, Ralph Marc, *Spiritualität- die vierte Dimension der Gesundheit. Eine Einführung aus der Sicht von Gesundheitsförderung und Prävention* (psychologie des Bewusstseins Bd. 11), Berlin/Münster/Wien/Zürich/London, 2. Aufl. 2012.

Tiefensee, Eberhard, Religiöse Indifferenz als interdisziplinäre Herausforderung, in: Pickel, Gert/Sammet, Kornelia (Hrsg.), *Religion und Religiosität im vereinigten Deutschland. Zwanzig Jahre nach dem Umbruch* (Veröffentlichungen der Religionssoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie), Wiesbaden 2011, S.79-101.

Thomas, Günter/Karle, Isolde (Hrsg.), *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, Stuttgart, 2009.

Utsch, Michael/Klein, Constantin, Religion, Religiosität, Spiritualität. Bestimmungsversuche für komplexe Begriffe, in: Klein, Constantin/Berth, Hendrik/Balck, Friedrich (2011) (Hrsg.): *Gesundheit-Religion-Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim und München 2011, S.25 – 46.

Utsch, Michael, Spiritualität in psychologischer Perspektive, in: Schoenauer, Hermann (Hrsg.), *Spiritualität und innovative Unternehmensführung*. (Dynamisch Leben gestalten 3) Stuttgart 2012, S. 392-405.

Walach et al. Measuring mindfulness – the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI), in: *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555.

Weiber, Erhard, *Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende*, Stuttgart 2008.

Weiss, Halko/Harrer, Michael E./Dietz, Thomas, *Das Achtsamkeitsbuch. Grundlagen, Übungen, Anwendungen*, Stuttgart 2010.

West, Michael A. (Hrsg.), *The psychology of meditation*. New York 1987.

Wilkening, Karin/Kunz, Roland, *Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur*. Göttingen 2003.

Wilkening, Karin, *Spirituelle Dimensionen und Begegnungsebenen mit Tod und Sterben im Alter*, in: Kunz, Ralph (Hrsg.), *Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie*, Zürich 2007.

Zeuch, Andreas, *Feel it! So viel Intuition verträgt ihr Unternehmen*. Weinheim 2010.

Zimmerling, Peter, *Evangelische Spiritualität. Wurzeln und Zugänge*, Göttingen 2010, 2. Aufl.

Zimmermann, Michael/Spitz, Christof/Schmidt, Stefan (Hrsg.), *Achtsamkeit. Ein buddhistisches Konzept erobert die Wissenschaft – mit einem Beitrag SH. Des Dalai Lama*, Bern 2012.,

Zarbock, Gerhard Ammann, / Axel/ Ringer, Silke, *Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater*. Landsberg 2012.

Zylowska Lidia/ Smalley, Susan L./Schwartz, Jeffrey, *Mindful awareness and ADHD*, in: Didonna, Fabrizio (Hrsg.), *Clinical Handbook of Mindfulness*, New York 2009, S.319-338.

Internetquellen:

www.joachim-galuska.de/joachim-galuska.

DGP Homepage <http://www.dgpalliativmedizin.de/DGP-Arbeitskreis> Spirituelle Begleitung
(aufgerufen am 28.1.2013.

www.gwish.org/id79.htm.

FISG; www.fisg.ch/de.

<http://www.mindandlife.org>.

, 2. Aufl., Stuttgart 2011, S. 310-334.