

Einführung

Rein Diagnostisch Betrachtet

ein unspezifischer
raum fordernder prozess
sagt der onkologe
rein diagnostisch betrachtet

im freien fall
der patient
absturz ins bodenlose
alle haltegriffe
stürzen ihrerseits
mit in die Tiefe

eine unspezifische angst
greift um sich
ein raum fordernder prozess
rein diagnostisch betrachtet⁵

Das Thema: eine interdisziplinäre Fragestellung

Eine Krebserkrankung ist eine große Herausforderung – für die Patienten und Patientinnen selbst und ihre Angehörigen, für die medizinischen Arbeitsbereiche, die an Diagnose und Therapie beteiligt sind, und für die Krankenhauspflegerin, den Klinikseelsorger, die mit Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden in Kontakt stehen. Krankenhauspfleger sind einerseits mit einer eigenen geistlichen Identität in der Welt der Klinik präsent und unspezialisiert tätig, sie sind aber andererseits gerade in der Onkologie in einem komplexen Arbeitsbereich eingesetzt und benötigen Feldkompetenz.

Die Arbeit reflektiert Erfahrungen, Gespräche und Wahrnehmungen der eigenen Seelsorgepraxis am *Onkologischen Schwerpunkt* einer Klinik der Zentralversorgung. Insgesamt geht es darum, die Lebenswelt krebserkrankter Patienten

⁵ BRUNO POCKRANDT, Zwischen Befunden und Befinden. Krankenhauswelten im Fragment, Frankfurt am Main, Hansisches Druck- und Verlagshaus, edition chrison, 2008, 51.

ten aus der Sicht einer Krankenhauspfarrerin zu beschreiben, die als Seelsorgerin auch mit Methoden der Logotherapie arbeitet. Schon bei den ersten Vorarbeiten war deutlich, dass es dabei wichtig ist, auch die Rahmenbedingungen der seelsorglichen Arbeit sowie die Rolle der Klinikseelsorge im Krankenhaus ausführlicher darzustellen, da diese als Ausgangspunkt vieler Gespräche in der Seelsorge von zentraler Bedeutung sind. Die Reflexion des zunehmend raschen Wandels im Gesundheitswesen insgesamt und damit auch der Arbeitsbedingungen für alle Mitarbeitenden an Kliniken in den letzten Jahren, der Folgen für Patienten und Patientinnen, machte der Verfasserin deutlich, dass auch die Gesprächsbedingungen der Arbeit in der Seelsorge durch diesen Wandel sehr viel stärker beeinflusst werden, als ursprünglich angenommen. Deshalb wurde eine ausführlichere Darstellung dieser Gegebenheiten vorgenommen, inklusive eines Ausblicks auf mögliche weitere Entwicklungen, Grenzen und Chancen des Wandels.

Die Fragen, die zunächst im Zusammenhang dieser Tätigkeit im Vordergrund standen, waren z. B.:

- Wie erleben onkologische Patienten den Klinikalltag?
- Was haben wir als Seelsorgende krebskranken Patienten substantiell zu bieten? Wie geschieht dies?
- Wie geht Seelsorge mit „religiös unmusikalischen“ Patienten und Patientinnen um?
- Finden durch die Erkrankung Entwicklungen und Veränderungen statt?
- Hatte die Frage nach dem Sinn im Leben der Patienten vor der Erkrankung eine Bedeutung?
- Gibt es Bedingungen, unter denen die Sinnfrage zur Gottesfrage führt?
- Welche Aspekte sind in der Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen von besonderer Bedeutung?
- Wie definiert die Seelsorge ihre Arbeit im Verhältnis zur Psychoonkologie?
- Welche Bedeutung hat die Logotherapie für die Seelsorge an onkologischen Patienten?
- Welche Bedeutung hat die Seelsorge für die Logotherapie?
- Gibt es eine positive Bedeutung der Logotherapie über die Theologie, der Seelsorge über die Logotherapie hinaus?

Sie erwiesen sich als wichtige Aspekte der Arbeit mit onkologischen Patienten im Krankenhaus.

Zunehmend rückte darüber hinaus aber das Thema „Schmerz“ in den Fokus dieser empirischen Arbeit. Die Behandlung physischer Schmerzen nimmt in der Therapie onkologischer Patienten einen breiten Raum ein, insbesondere beim Fortschreiten der Erkrankung. Der Blick der Seelsorgerin richtet sich darüber hinaus auf den oft gleichzeitig oder auch unabhängig von physischen Schmerzen vorhandenen psychosozialen und besonders den spirituellen Schmerz, der das innerste Motiv des Leidens sein kann. Es geht um den Schmerz, der implizit überall da entsteht, wo sich Menschen von ihrer Beziehung zur Welt, zum Leben, zu Gott abgeschnitten erleben, das Innerste verletzt ist, eine vielleicht na-

menlose innere Überzeugungswelt berührt oder auch erschüttert wird:⁶ Es geht um den Schmerz über die Endlichkeit des Lebens, der insbesondere die Patienten und ihre Angehörigen, aber auch die Mitarbeitenden im betreuenden Team (teilweise bewusst, teilweise unbewusst) immer wieder stark beschäftigt: „Der eine Patient kann den Zerfall seines Körpers, der andere seine Schwäche und sein Angewiesensein auf andere, ein dritter seine eingeschränkte Selbstverfügung als wesentliche Verletzung seines Innersten erleben.“⁷ Es sind jene Lebenssituationen, in denen nicht selten die Frage nach dem Warum, nach dem Sinn, nach Gott aufbricht.

Der Umgang mit dem „Schmerz der Endlichkeit“ erwies sich als Leitmotiv in der Suche nach sinnzentriert-psychotherapeutischen und seelsorglichen Perspektiven in der Begleitung onkologischer Patienten im Krankenhaus. Die Frage, ob sich Patienten bereits in einer palliativen Situation oder noch im Bereich der kurativen Therapiemöglichkeiten befinden, wird dabei je nach individueller Sichtweise der Betroffenen und den an der Behandlung Beteiligten immer wieder unterschiedlich beantwortet werden.

Patienten kommen zunehmend vor allem zur genaueren diagnostischen Abklärung, zur Operation, zu Kriseninterventionen im Krankheitsverlauf (z. B. wegen Nebenwirkungen von Chemotherapien, Infektionen, weiterer Tumorsuche, Wechsel der therapeutischen Strategie) und bei Therapiezieländerungen und schwierigen Verläufen in der Palliativsituation zur stationären Aufnahme ins Akutkrankenhaus. Die Liegezeiten verkürzen sich zunehmend weiter durch verstärkt konsequente Umsetzung der G-DRG-Vorgaben, aber auch als Ergebnis frühzeitig eingeleiteter interdisziplinärer Ethikberatung. Angesichts der oft weit fortgeschrittenen Krankheitsstadien, der Vielzahl der Patienten und der gleichzeitigen Stagnation bzw. Kürzungen bei den Personalstellen in der Klinikseelsorge in vielen Landeskirchen und Diözesen, haben sich die Möglichkeiten zu umfangreicher Begleitung auch für die Mitarbeitenden in der Seelsorge deutlich reduziert. Klinikseelsorge hat zunehmend die Aufgabe, punktgenaue Krisenintervention zu leisten. Damit stellt sich die Frage, wie ein Konzept sinnorientierter Seelsorge speziell für die Arbeit mit diesen schwerstkranken Patienten aussehen müsste und welche Mindestpräsenz notwendig ist, um hier auch interdisziplinär sinnvoll arbeiten zu können.

6 Vgl. dazu auch: ERHARD WEIHER, *Das Geheimnis des Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende*, 3., erweiterte und aktualisierte Auflage, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, 2011, 217.

7 Ebd.

Onkologie und onkologische Erkrankungen

Onkologie ist das Teilgebiet der Inneren Medizin, das sich mit der Entstehung und Behandlung von Tumoren und tumorbedingten Erkrankungen beschäftigt. „Krebs“ ist die umgangssprachliche Bezeichnung für maligne (bösartige) Erkrankungen, z. B. Karzinom, Sarkom, Leukämie. Mehr als hundert verschiedene Krebserkrankungen sind derzeit bekannt.⁸ Unter dem Stichwort “Cancer” formuliert die *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* zur Definition des Begriffs, den Ursachen der Erkrankung und den Therapiemöglichkeiten:

“Cancer is the uncontrolled growth and spread of cells and arises from a change in one single cell. The change may be started by external agents and inherited genetic factors and can affect almost any part of the body. The transformation from a normal cell into a tumor cell is a multistage process where growths often invade surrounding tissue and can metastasise to distant sites. These changes result from the interaction between a person’s genetic factors and three categories of external agents, including: physical carcinogens, such as ultraviolet and ionising radiation or asbestos; chemical carcinogens, such as vinyl chloride, or betnaphthylamine⁹ [sic!] (both rated by the International Agency for Research into Cancer as carcinogenic) components of tobacco smoke, aflatoxin (a food contaminant) an arsenic (a drinking-water contaminant); and biological carcinogen, such as infections from certain viruses, bacteria or parasites. Most chemicals to which people are exposed in everyday life have not been tested for their long-term impact on human health. Many cancers can be prevented by avoiding exposure to common risk factors, such as tobacco smoke. In addition, a significant proportion of cancers can be cured, by surgery, radiotherapy or chemotherapy, especially if they are detected early.”¹⁰

Weltweit sind Krebserkrankungen eine der häufigsten Todesursachen.¹¹ In Europa werden derzeit 20 % der Todesfälle durch Krebs verursacht. Krebserkrankungen stehen mit mehr als 3 Millionen Neuerkrankungen und 1,7 Millionen Sterbefällen pro Jahr an zweiter Stelle der häufigsten Todesursachen nach den kardiovaskulären Erkrankungen.¹²

8 Vgl. zur Definition, der Entstehung von Krebserkrankungen und den einzelnen Krankheitstypen: NATIONAL CANCER INSTITUTE AT THE NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, Defining Cancer, Origins of Cancer, Updated: 07/29/2011, <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer>, Zugriff vom 27.12.2011, 1-2, 1 und NATIONAL CANCER INSTITUTE AT THE NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, Types of Cancer, <http://www.cancer.gov/cancertopics>, Zugriff vom 27.12.2011.

9 β -Naphthylamin gilt als Risiko für die Entstehung eines berufsbedingten Blasenkarzinoms, vgl. www.dr-med-schlicht.de/pdf/Krebsvorsorge.pdf, Zugriff vom 24.10.2011.

10 WORLD HEALTH ORGANIZATION, Regional Office for Europe, Cancer, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/facts-and-figures>, Zugriff vom 28.03.2011.

11 2008 gingen 13 % (7,6 Millionen) aller Todesfälle auf Krebserkrankungen zurück, davon 70 % in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Im Februar 2011, also vor der Reaktorkatastrophe in Japan, die am 11. März 2011 begann, rechnete die Weltgesundheitsorganisation bis zum Jahr 2030 mit einem weltweiten Anstieg der durch Krebs verursachten Todesfälle auf über 11 Millionen. Vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Regional Office for Europe, Cancer, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer>, Zugriff vom 28.03.2011.

12 Vgl. ebd.

Die Krankheitsverläufe bei onkologischen Erkrankungen sind sehr unterschiedlich. Trotz der in den letzten Jahrzehnten wesentlich verbesserten therapeutischen Möglichkeiten sind erfolgreiche Heilungen oft nicht möglich. Es gibt zwar chronische Verläufe, die über lange Zeit hinweg stabil behandelbar bleiben, in anderen Fällen aber führt die Erkrankung trotz intensiver Therapien innerhalb weniger Monate zum Tod. Alter und Konstitution der Patienten spielen eine Rolle, der Typus der Krebserkrankung, das Stadium, in dem die Krankheit entdeckt wird. Ein eigenes Krankheitsbild wird z. B. dadurch charakterisiert, dass der Primärtumor nicht gefunden werden kann (CUP-Syndrom), was Patienten häufig als besonders belastend erleben.

Insbesondere in der Palliativsituation, dann, wenn eine kurative Behandlung des Krankheitsbildes nicht mehr möglich ist, gilt: „Die große Mehrheit dieser Patienten leidet an Schmerzen, Atemnot und anderen körperlichen Symptomen oder benötigt Unterstützung bei psychosozialen oder spirituellen Problemen, die mit dem Fortschreiten ihrer Erkrankung auftreten können.“¹³ Eine eher vorsichtige Schätzung geht davon aus, dass mindestens 20 % der onkologischen (und 5 % der nicht onkologischen) Patienten in ihrem letzten Lebensjahr spezialisierte Palliativversorgung benötigen.¹⁴

Um den betroffenen Patientinnen und Patienten eine verbesserte fachliche und interdisziplinäre Versorgung anbieten zu können, wurden in Deutschland an Kliniken der Maximal- und Zentralversorgung sogenannte Comprehensive Cancer Center (CCC) bzw. (diesen untergeordnet) *Onkologische Zentren* eingerichtet. In Baden-Württemberg wurden als Spezifikum auf Anforderung des

13 L. RADBRUCH/S. PAYNE, White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 1. Recommendations of the European Association for Palliative Care, übersetzt von D. BUCHE/E. SCHMIDLIN/S. JÜNGER, Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1, Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC), in: Zeitschrift für Palliativmedizin, 12 (5), Stuttgart/New York, Georg Thieme Verlag, 2011, (DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1276909>), 116-227, 224. Vgl. dazu auch die Abschnitte „Klinikseelsorge aus der Sicht des Gesundheitssystems“, „Sinn- und Wertfragen in der Palliativmedizin“, „Lebensqualität“, „Symptomkontrolle“, „Die juristische Sicht“, „Medizinische Definitionsversuche des Sterbeprozesses und ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten am Lebensende“, „Was ist Gesundheit?“, „Die Frage nach dem „Warum“: Konflikte, Verantwortung und Schuld“, „Der Krankheit einen Sinn abringen“, „Religiöse Rückbindung und Sprachfindung“.

14 Vgl. RADBRUCH/PAYNE, White Paper, 224 mit Verweis auf: MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES, FRAUEN UND FAMILIE DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.), Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW, Kooperatives integriertes Versorgungskonzept, 2005, http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/konzept-palliativ.pdf, Zugriff vom 07.11.2011. Anders EVA RICHTER-KUHLMANN/NORBERT JACHERTZ, Gedenksymposium der Bundesärztekammer, Palliativmedizin heißt zuhören, in: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), Deutsches Ärzteblatt, 109 (27-28), Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, 2012, C 1200-1201, C 1201: „Bei den Erwachsenen benötigen nur etwa zehn Prozent der Schwerstkranken und Sterbenden eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).“

Landes außerdem sogenannte *Onkologische Schwerpunkte* außerhalb der Universitätskliniken eingerichtet. In allen Fällen liegt die onkologische Qualitätssicherung bei der Deutschen Krebshilfe, nicht in der Landeshoheit. Die Evangelische Landeskirche in Württemberg hat damit begonnen, ihre Dienstaufträge in der Klinikseelsorge entsprechend u. a. auch der Arbeit an solchen Zentren bzw. Schwerpunkten zuzuordnen, betont aber gleichzeitig, dass der Zugang zu seelsorglicher Begleitung allen Menschen gleichermaßen offen stehen muss und nicht von einem bestimmten Krankheitsbild abhängig sein darf.

Seelsorge

Seelsorge im Krankenhaus ist auch im Umfeld einer schwäbischen Industriestadt zunehmend Seelsorge an Konfessionslosen.¹⁵ Die Bindung breiter Bevölkerungsschichten an die traditionellen christlichen Kirchen nimmt ab.¹⁶ Gleichzeitig ist Seelsorge in der Klinik durchaus erwünscht, obwohl drei Viertel derer, die einer Religionsgemeinschaft angehören, keinen oder kaum Kontakt zu ihrer Gemeinschaft haben.¹⁷ Von der Seelsorge wird Hilfe beim Deuten und Verstehen der Erkrankung im Lebenskontext erwartet. Außerdem sind Zuhören, Trost und Hilfe bei Problemen wichtige Anliegen der Patienten an die Seelsorge.¹⁸

15 Vgl. JUTTA RITTWEGER, Hoffnung als existenzielle Frage im seelsorgerlichen und psychotherapeutischen Handeln am Beispiel onkologischer Patienten in der Strahlentherapie, Dissertation, Halle/W., 2004, urn:nbn:de:gbv:3-000007813, Zugriff vom 21.09.2010, 152.

16 Vgl. URS WINTER-PFÄNDLER/CHRISTOPH MORGENTHALER, Rolle und Aufgaben der Klinikseelsorge in den Augen von Stationsleitungen. Eine Untersuchung in der Deutschschweiz, in: Wege zum Menschen, 62, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2010, 585-597, 593.

17 Vgl. ANKE LUBLEWSKI-ZIENAU/JÖRG KITTEL/MARTHIN KAROFF, Religiosität, Klinikseelsorge und Krankheitsbewältigung: Wie wird Seelsorge von kardiologischen Rehabilitanden angenommen?, in: Wege zum Menschen, 57, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2005, 283-295, 292.

18 Vgl. a. a. O., 285 und das Kapitel „Klinikseelsorge aus kirchlicher und theologischer Sicht – Seelsorge als kirchlicher Dienst im Krankenhaus“.

Die Frage nach dem Sinn

Es ist zu beobachten, dass sich mit dem Erleben und der Erfahrung einer Krebserkrankung nicht selten Lebenskrisen ereignen, in denen sich für Patienten und Angehörige existenziell die Frage nach dem Sinn stellt: „Seelsorger/innen in der säkularen Institution Krankenhaus berichten immer wieder mit Erstaunen darüber, mit welchem Vertrauen sie von Menschen, die der Kirche entfremdet oder gar aus ihr ausgetreten sind, empfangen werden.“¹⁹ In der Sprache eines Patienten könnte die Formulierung z. B. lauten: „Wenn die Pfarrerin kommt, kommt der liebe Gott zu Besuch!“

„Vermutlich besteht bei diesen Menschen noch eine Ahnung davon, daß Glaube (aus welcher Quelle er sich auch immer speist) Wege aufzeigt, auf denen wir Sinn für unser Leben finden oder diesen Sinn aufrechterhalten. Und sie sehen in dem Seelsorger einen Fachmann, und in der Seelsorgerin eine Fachfrau für eben dies Gebiet. Schwere Krankheit, die eine Einweisung in das Krankenhaus notwendig macht, provoziert ja die Frage nach dem Sinn. Der Sinn des Lebens, so wie es bislang gelebt wurde, ist zerbrochen oder droht verlorenzugehen.“²⁰

Der Eröffnungssatz „„Ich sage es ihnen gleich – ich bin kein Kirchgänger““²¹ den Piper/Piper in diesem Zusammenhang zitieren, ist auch nach der Erfahrung der Verfasserin keine Ablehnung des Gesprächsangebotes – Patienten möchten eben nur nicht „angepredigt“ werden, sondern vielmehr nach dem Sinn fragen dürfen.²² Viele Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung gehen dem Tod mit Empfindungen von Trost und Sinn entgegen und schildern gleichzeitig Gefühle der Lebensmüdigkeit. Die Frage nach dem Sinn stellt sich nicht nur für die Patienten, sondern für alle, die mit kranken Menschen zu tun haben, oft in großer Intensität, sei es als professionell oder ehrenamtlich Helfende, als Angehörige oder Nahestehende. Dass die Frage nach dem Sinn zur Frage nach Gott führt, ist möglich: „Religiöse Erfahrung im Leiden ist zunächst Verlust-Erfahrung. Lebenssinn geht verloren. Das Verlorengegangene aber muß zur Sprache gebracht werden.“²³

19 HANS-CHRISTOPH PIPER/IDA PIPER, Religiöse Erfahrung in einer säkularen Institution, in: MICHAEL KLESSMANN (Hrsg.), Handbuch der Krankenhauseelsorge, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2008, 197-208, 199-200.

20 A. a. O., 200.

21 A. a. O., 199.

22 Vgl. a. a. O., 200.

23 Ebd.

Logotherapie und Seelsorge

Ob der Mensch als Mensch religiös ist, Religiosität ein Strukturelement von Existenz ist, ist umstritten.²⁴ Wolfram Kurz formuliert: „Wirkliche Begegnung mit objektiver Religion ist gar nicht möglich, sofern der Mensch sich selbst in der Tiefe seiner Selbst noch gar nicht begegnet ist.“²⁵ Demnach kommt in Gestalt der Sinnfrage Gott in jedem Menschenleben vor – als Frage nach dem Gelingen der je eigenen Existenz. In besonderer Weise, so Kurz, ist dies bei schicksalsorientierter Problematik der Fall, da es hier um Lebensfragen geht, von denen nicht alle Menschen gleichermaßen betroffen sind. Die Konfrontation mit der Diagnose einer onkologischen Erkrankung ist eine solche Schicksalsfrage.

Insofern kann Logotherapie Anregung und Impuls für die Seelsorge sein:²⁶ einerseits für Patienten, sich auf dem Weg der Frage nach dem Sinn auf das Angebot der kirchlichen Seelsorge einzulassen, andererseits für die Seelsorgenden, die aus der Logotherapie für ihre Arbeit Zugangsweisen, Impulse und Gesprächstechniken hinzugewinnen können, um Menschen in Grenzsituationen optimal zu beraten und zu begleiten.

In der sinnzentrierten Psychotherapieform der Logotherapie steht die positive Kategorie „Sinn“ im Zentrum. Nach Viktor Frankl (1905-1997), dem Begründer der Logotherapie, ist der Mensch seinem Wesen nach auf der Suche nach Sinn. „Der Wille zum Sinn stellt die zentrale Motivation dar, Leben zu führen und zu gestalten.“²⁷ Aus der Sicht der Logotherapie ist es, auch im Status des Patienten, die vorrangige Intention des Menschen, sein Leben sinnvoll zu führen – so zu gestalten, dass er es selbst als sinnvoll wahrnehmen kann. Zu dieser subjektiven Bedeutsamkeit gehört gleichzeitig die transsubjektive Bedeutsamkeit – die Wahrnehmung, dass das eigene Leben für anderes Leben sinnvoll ist, etwas zur Bereicherung fremden Lebens beiträgt.²⁸

Ein positiver Kontakt zur Seelsorgeperson im Einzelgespräch mit therapeutisch-zwischenmenschlichem Schwerpunkt bringt nicht selten eine positive Veränderung der Sichtweise auf die religiös-rituellen Angebote der Kirche mit sich. Damit ist auch eine Chance gegeben, Menschen wieder einen Raum in der institutionalisierten Religion zu eröffnen.²⁹ Gerade im Krankenhaus besteht ein Be-

24 Vgl. zum folgenden WOLFRAM KURZ, Philosophie für helfende Berufe, Tübingen, Institut für Logotherapie und Existenzanalyse Tübingen/Wien, Verlag Lebenskunst, 2005, 506-515.

25 KURZ, Philosophie für helfende Berufe, 507.

26 Vgl. WOLFGANG SCHWARZKOPF, Logotherapie im seelsorglichen Kontext. Die Existenzanalyse und die Logotherapie Viktor E. Frankls als methodische Hilfe für die begleitende Seelsorge? (Geist und Wort, Schriftenreihe der Professur für Christliche Spiritualität und Homiletik, Hrsg. Prof. Dr. Erwin Möde, Katholische Universität Eichstätt), Hamburg, Verlag Dr. Kova, 2000, 104.

27 KURZ, Philosophie für helfende Berufe, 89.

28 Vgl. a. a. O., 85.

29 Vgl. LUBLEWSKI-ZIENAU/KITTEL/KAROFF, Religiosität, Klinikseelsorge und Krankheitsbewältigung, 292.

dürfnis nach sakramentalen Handlungen und nach sakralen Räumen – auch von Zeitgenossen, die sich nicht mehr der Institution Kirche verbunden fühlen.³⁰ Wenn z. B. im Krankenhausgottesdienst Geschichten vom heilenden Handeln Gottes thematisiert und in der Predigt mit dem Leben der Patienten verbunden werden, geschieht diese Unterstützung.³¹

Zum Forschungsstand im Grenzbereich zwischen Logotherapie als sinnzentrierter Psychotherapie und Theologie

Bereits 1974 hatte Böschmeyer³² die Sinnfrage in der Existenzanalyse und Logotherapie Frankls aus theologischer Sicht dargestellt. Im Bereich der Poimenik gilt aber im Grunde bis heute, was Karl-Heinz Röhl in der Einleitung zu seiner 1985 erstmals erschienenen Dissertation feststellt: „Das Werk Frankls fand bisher im kontinentalen evangelischen Raum kaum Beachtung, obwohl die Existenzanalyse wie kaum eine andere psychotherapeutische Konzeption offen ist für das Fragen nach der Transzendenz.“³³ Es ist das Verdienst seiner Untersuchung, die Existenzanalyse und Logotherapie V. E. Frankls im Vergleich mit den seinerzeit neueren evangelischen Seelsorgekonzeptionen (E. Thurneysen: kerygmatische Seelsorge, J. Scharfenberg und H.-J. Thilo: Seelsorge als tiefenpsychologisch orientiertes Gespräch, D. Stollberg, R. Riss und H.-Chr. Piper: Seelsorge als therapeutische Kommunikation) untersucht und mögliche logotherapeutische Impulse für die kirchliche Seelsorge herausgearbeitet zu haben, wobei die sinnorientierte Seelsorge an Kranken nur einen untergeordneten Teilas-

30 Vgl. HANS-GÜNTER HEIMBROCK, Das Unbegreifliche begreifen – Das Heilige in theologischer Perspektive, in: BOGLARKA HADINGER (Hrsg.), Mut in Zeiten der Resignation. Betrachtungen zur Bestimmung des Menschen. Bericht über die Jubiläumstagung und Festschrift zum 60. Geburtstag von Prof. Dr. Wolfram Kurz, Institut für Logotherapie und Existenzanalyse Tübingen/Wien, Verlag Lebenskunst, 2004, 208-233, 209.

31 Vgl. LUBLEWSKI-ZIENAU/KITTEL/KAROFF, Religiosität, Klinikseelsorge und Krankheitsbewältigung, 293.

32 UWE BÖSCHEMEYER, Die Sinnfrage in Psychotherapie und Theologie: Die Existenzanalyse und Logotherapie Viktor E. Frankls aus theologischer Sicht, Berlin/New York, de Gruyter-Verlag, 1977, zugl. Hamburg, Univ., Diss., Die Sinnfrage in der Existenzanalyse und Logotherapie Viktor E. Frankl. Eine Darstellung aus theologischer Sicht, 1974.

33 KARL-HEINZ RÖHLIN, Sinnorientierte Seelsorge: Die Existenzanalyse und Logotherapie V. E. Frankls im Vergleich mit den neueren evangelischen Seelsorgekonzeptionen und als Impuls für die kirchliche Seelsorge, 3., durchges. Aufl./mit einem Geleitwort von Gunther Wenz, Münchner theologische Beiträge; Bd. 9, München, Herbert Utz Verlag, 2004, 7.

pekt der Untersuchung ausmacht.³⁴ Peek hat später die Ansätze Frankls und Tillichs für Theorie und Praxis der Seelsorge an suizidgefährdeten Menschen untersucht.³⁵ Anzenberger³⁶ hat in einer Untersuchung zur Anthropologie Paul Tillichs unter anderem die Korrelation des psychotherapeutischen Menschenbildes nach Frankl mit der Anthropologie Tillichs untersucht. Im Bereich der katholischen Theologie liegen daneben weitere Untersuchungen zu einer ganzen Bandbreite theologischer und logotherapeutischer Fragestellungen vor: Zur theologischen Relevanz der Logotherapie hat Vardidze³⁷ gearbeitet. Raskob, die eine systematische und kritische Darstellung der Logotherapie verfasst hat, schlägt in der Auseinandersetzung mit Frankls Religionsverständnis ein alternatives „universelles/kosmisches Religionsverständnis“³⁸ und ein „individualisiertes Religionsverständnis“³⁹ vor, da sie das Religionsverständnis Frankls aus theologischer Sicht als nicht haltbar ansieht. Für psychotherapeutische Zwecke wird eine fehlende tiefendynamische Dimension angemahnt.⁴⁰ Waldosch⁴¹ hat den Umgang mit Leid in der Logotherapie und Existenzanalyse und in der mystischen Theologie untersucht, Zaiser⁴² den Begriff des „übernatürlichen Existentials“ (Rahner) im Licht der Franklschen These vom unbewussten Gott. Zu philosophischen Aspekten des Franklschen Denkens hatte schon 1988 Zsok gearbeitet und den Sinnbegriff Frankls untersucht,⁴³ zur ethischen Dimension in Frankls Menschenbild vgl. Leitner-Schweighofer⁴⁴.

34 Vgl. RÖHLIN, a. a. O., 198-210.

35 STEPHAN PEEK, Suizid und Seelsorge. Die Bedeutung der anthropologischen Ansätze V. E. Frankls und P. Tillichs für Theorie und Praxis der Seelsorge an suizidgefährdeten Menschen, Stuttgart, Calwer Verlag, 1991.

36 HANS ANZENBERGER, Der Mensch im Horizont von Sein und Sinn: Die Anthropologie Paul Tillichs im Dialog mit Humanwissenschaften (Rupert Riedl, Erich Fromm, und Viktor E. Frankl) (Münchener theologische Studien: 2, Systematische Abteilung; 54), (zugl. München, Univ., Diss., 1995/96), St. Ottilien, EOS-Verlag, 1998.

37 VAJA VARDIDZE, Theologische Relevanz der Existenzanalyse und Logotherapie Viktor E. Frankls, Inaugural-Dissertation zur Erlangung der theologischen Doktorwürde am Fachbereich Katholische Theologie der Westfälischen Wilhelm-Universität Münster in Westfalen, ohne Verlagsangabe, 2003.

38 Vgl. HEDWIG RASKOB, Die Logotherapie und Existenzanalyse Viktor Frankls, Wien/New York, Springer Verlag, 2005, zugl. Tübingen, Univ., Diss., Die Logotherapie Viktor E. Frankls: eine systematische und kritische Darstellung mit einer Skizze zu einem alternativen Religionsverständnis, urn:nbn:de:bsz:21-opus-7979, 2003, 549-575.

39 Vgl. RASKOB, Die Logotherapie Viktor E. Frankls, 575-608.

40 A. a. O., 408.

41 KURT WALDOSCH, Der Umgang mit Leid in der Logotherapie und Existenzanalyse Viktor E. Frankls und in der mystischen Theologie. Dissertation, Katholisch-Theologische Fakultät, Eberhard-Karls-Universität Tübingen, 1997.

42 REINHARD ZAISER, Karl Rahners Begriff des „übernatürlichen Existentials“ im Lichte von Viktor E. Frankls These vom „unbewussten Gott“, (zugl. Bochum, Univ., Diss., 2003), Hamburg, Verlag Dr. Kova, 2004.

43 OTTO ZSOK, Sinn im Sein gegründet. Der Sinnbegriff Viktor E. Frankls und dessen personal-ontologisches Fundament. Philosophische Fakultät S. J., Hochschule für Philosophie, München, 1988.

44 THERESIA-MARIA LEITNER-SCHWEIGHOFER, Frankls moralischer Imperativ. Die ethische Dimension in Viktor Frankls psychotherapeutischem/philosophischem Men-