



Birgit Heller
Andreas Heller

Spiritualität und Spiritual Care

Orientierungen und Impulse

2., ergänzte und erweiterte Auflage

 hogrefe

Spiritualität und Spiritual Care

Spiritualität und Spiritual Care

Birgit Heller, Andreas Heller

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

Jürgen Osterbrink, Salzburg; Doris Schaeffer, Bielefeld; Christine Sowinski, Köln;
Franz Wagner, Berlin; Angelika Zegelin, Dortmund

Birgit Heller
Andreas Heller

Spiritualität und Spiritual Care

Orientierungen und Impulse

2., ergänzte und erweiterte Auflage

Mit einem Geleitwort von Allan Kellehear



Prof. Mag. Dr. theol., Dr. phil. habil. Birgit Heller
Institut für Religionswissenschaft, Universität Wien
Schenkenstraße 8-10
A-1010 Wien
E-Mail: birgit.heller@univie.ac.at

Prof. Mag. Dr. Andreas Heller, M.A.
Abteilung für Palliative Care und Organisationsethik am Institut für Pastoraltheologie der
Karl-Franzens-Universität Graz
Heinrichstrasse 78
A-8010 Graz
E-Mail: andreas.heller@uni-graz.at

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
z.Hd.: Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel: +41 31 300 45 00
E-Mail: verlag@hogrefe.ch
Internet: www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Michael Herrmann
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: iStock/Stefan Rotter
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Kapiteltrennblätter: Peter Kuliew, Basel
Satz: punktgenau, GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s. r. o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

2., erg. u. erw. Auflage 2018
© 2018 Hogrefe Verlag, Bern
© 2014 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95868-2)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75868-8)
ISBN 978-3-456-85868-5
<http://doi.org/10.1024/85868-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	11
Spiritual Care in Palliative Care: Wessen Job ist das? <i>Allan Kellehear</i>	
Vorwort	15
Dem Tod ins Gesicht blicken	
1. Spiritual Care: Die Wiederentdeckung des ganzen Menschen	17
<i>Birgit Heller und Andreas Heller</i>	
1.1 Kranksein und Sterben in der Moderne	19
1.2 Zur Genese von Spiritual Care	20
1.3 Spannung zwischen traditioneller Seelsorge und Spiritual Care ..	23
1.4 Spiritual Care für alle?	24
1.5 Sterben Gläubige/Spirituelle leichter?	26
1.6 Wer ist zuständig für Spiritual Care?	29
1.6.1 Ausgangsthese: Spiritual Care geht alle an	29
1.6.2 Verschiedene Kompetenzebenen	30
1.6.3 Wie erlernt man Spiritual Care?	32
1.6.4 Spiritual Care ist zuallererst Selbstsorge	32
1.6.5 Der Tod setzt dem Expertentum eine Grenze	33
1.7 Zur Erhebung spiritueller Bedürfnisse	34
1.8 Ethische Prinzipien und Ziele von Spiritual Care	35
1.9 Zur Funktion von Spiritual Care	37
1.10 Würde entsteht in Beziehungen	39
1.10.1 Engführungen im Würdeverständnis	39
1.10.2 Würde braucht ein Gegenüber	40
1.10.3 Würde ist unverlierbar	41
2. Spiritualität versus Religion/Religiosität?	43
<i>Birgit Heller</i>	
2.1 Alltagsverständnis und aktuelle Begriffsdebatte	45
2.1.1 Religiös und/oder spirituell oder keins von beiden	45

2.1.2	Verschiedene Verhältnisbestimmungen von Religion/ Religiosität und Spiritualität	46
2.1.3	Spiritualität: ein offener, aber schwammiger Begriff	48
2.2	Was ist Spiritualität?	49
2.2.1	Spiritualität: Kern jeder religiösen Tradition	49
2.2.2	Spiritualität: persönliche Religiosität und Mystik	50
2.2.3	Spiritualität und religiöse Transformationsprozesse	50
2.2.4	Spiritualität: Demokratisierung mystischer Religiosität .	52
2.2.5	Spiritualität: Gegenbegriff zu Religion?	53
2.2.6	Spiritualität: traditionelle und moderne Religiosität	55
2.3	Gibt es eine nichtreligiöse Spiritualität?	55
2.3.1	Spiritualität wird meist religiös definiert	56
2.3.2	Spiritualität mit oder ohne „große“ Transzendenz?	57
2.4	Moderne oder postmoderne Spiritualität?	58
2.5	Spiritualität als Ausdruck moderner Selbstbezogenheit?	61
2.5.1	Spirituelle Bastelexistenz, Ego-Trip und „Health Shopping“	62
2.5.2	Eigenverantwortliche Heilssuche und kosmopolitische „Melange-Religiosität“	63
2.6	Sind alle Menschen spirituell?	65
3.	Christliche Krankenhauseelsorge: ein Spiegel für Spiritual Care?	67
	<i>Andreas Heller</i>	
3.1	Defizite der Gesundheitsberufe und des Gesundheitssystems ...	69
3.2	Das Krankenhaus heute	69
3.3	Kranken-Haus-Seelsorge	70
3.4	Professionelle Krankenhauseelsorge	72
3.5	KrankenhauseelsorgerInnen: Spezialisten fürs Sterben?	74
3.6	Das Multioptionsdilemma	77
3.7	Die Haltung der Begleitung	79
3.8	Spannung Seelsorge – Kirche	80
3.9	Seelsorge: die Erinnerung an Selbstsorge und Sorgebeziehungen	82
3.10	Die Haltung der offenen Hände und die Kritik am System	84
3.11	Von der Seelsorge zur Spiritual Care?	85
3.12	Interkulturelle Kompetenz der Krankenhauseelsorge	90
3.12.1	Interkulturelle Praxis der Sorge	91

3.12.2	Politische Dimension des Zuhörens	93
3.12.3	Krankenhausseelsorge praktiziert interkulturelle Kompetenz	95
4.	Die Spiritualität der Hospizbewegung	97
	<i>Andreas Heller</i>	
4.1	Sterben im Wandel	99
4.2	Sterben heute	101
4.3	Hospizbewegung: christlich motivierte Gastfreundschaft	103
4.4	Spiritualität der offenen Türen	105
4.5	Von Sterbenden lernen?	107
4.6	Zwei Pionierinnen an der Wiege der internationalen Hospizbewegung	109
4.7	Konzeptionelle Perspektiven von Hospizarbeit und Palliative Care	110
4.8	Hospizliche Haltungen	111
4.8.1	Von der Würde des Lebens und des Sterbens inspiriert .	112
4.8.2	Von der Individualität des Lebens und Sterbens inspiriert	112
4.8.3	Vielseitig musikalisch und mehrsprachig	114
4.8.4	Sich kritisch positionieren	115
4.8.5	Widersprüche aushalten	116
4.8.6	Die Spiritualität der Gabe	117
4.8.7	Die Spiritualität der „Umsonstigkeit“ (Ivan Illich)	118
5.	Zwischen Bindung und Loslösung: weibliche und männliche Religiosität/Spiritualität	121
	<i>Birgit Heller</i>	
5.1	Religiosität/Spiritualität und Geschlecht	122
5.2	Sex und Gender: Natur versus Kultur?	123
5.3	Die „Geburts- und Todeskompetenz“ von Frauen	124
5.4	Der Tätigkeitsbereich „care“ als Geschlechterfalle	126
5.5	Von der beziehungsorientierten Sorge zur autonomen Selbstentsorgung	127
5.6	Trauer ist weiblich: Trauer als Aufgabe und Talent von Frauen? .	129
5.7	Sind Frauen grundsätzlich religiöser/spiritueller als Männer? ...	131
5.8	Wie lässt sich der Geschlechtsunterschied erklären?	134

5.9	Kennzeichen einer femininen Religiosität/Spiritualität	136
5.10	Spirituelle Bedürfnisse kranker und sterbender Frauen und Männer	139
6.	Spiritualität als Aufgabe des Alters?	143
	<i>Birgit Heller</i>	
6.1	„Mythen“ über Spiritualität und Alter	144
6.1.1	Mythos: Spiritualität als Sinnsuche gehört zum Menschsein	145
6.1.2	Mythos: Religiosität/Spiritualität verläuft in Stufen	147
6.1.3	Mythos: Religiosität/Spiritualität nimmt im Alter zu	148
6.1.4	Mythos: Erfolgreiches Altern umfasst die spirituelle Entwicklung	150
6.1.5	Mythos: Spiritualität ist geschlechtslos oder „altersandrogyn“	151
6.1.6	Mythos: Zielvision des Alters: das volle menschliche Potenzial entwickeln	155
6.2	Alter und Spiritualität in religiösen Traditionen	158
6.3	Spiritualität ist keine Aufgabe des Alters	162
7.	Werde, der/die du bist: Auf der Suche nach Heilung	165
	<i>Birgit Heller</i>	
7.1	Heil und Heilung	167
7.2	Zerfall von Körper und Seele/Geist	168
7.3	Das neue Interesse am „ganzen“ Menschen	170
7.4	Heilung von Krankheit oder Heilung als Transformationsprozess?	175
8.	Schmerz und Leiden: Zugänge zu einer spirituellen Wahrnehmung	181
	<i>Andreas Heller</i>	
8.1	Die Praxis der Narrativität	184
8.2	Befund versus Befinden	185
8.3	Das größere Ganze erschließen	188
8.4	Der Schmerz ist vielschichtig und vielgesichtig	189
8.5	Spirituellem Schmerz und Leiden in der Literatur	191

8.6	Der instrumentell-technische Umgang mit Schmerz	193
8.7	Der existenziell-spirituelle Umgang mit Schmerz und Leiden ...	195
8.8	Schmerz ist nicht immer zu bekämpfen	197
8.9	Der Schmerz der Einsamkeit und Sprachlosigkeit	199
8.10	Der Sehnsuchtsschmerz der Liebenden	201
8.11	Protest gegen den Schmerz	203
8.12	Mit dem Leiden umgehen	205
8.13	Leiden und Mitleidenschaft (compathie) in der jüdisch-christlichen Spiritualität	206
8.14	Schmerz und Leiden in einer „leidfreien Zukunft“?	207

9. Wohin gehen unsere Toten?

Jenseitsvorstellungen und Spiritualität

Birgit Heller

9.1	Jenseitsverlust in der Moderne?	211
9.2	Der Tod als Übergang: Jenseitsvorstellungen in den Religionen .	214
9.2.1	Wo liegt das Jenseits?	214
9.2.2	Wie lebt es sich im Jenseits?	215
9.2.3	Der Tod macht nicht alle gleich	217
9.3	Jenseitsreisen und Nahtoderfahrungen	219
9.3.1	Leben und Tod als Reise	219
9.3.2	Totengericht und negative Jenseitsvisionen	221
9.3.3	Zur Funktion von Jenseitsreisen und Nahtoderfahrungen/End-of-Life Experiences	223
9.3.4	Wie real ist visionäres Erleben?	226
9.4	Spirituelle Suchbewegungen	230
9.4.1	Jenseits und Reinkarnation	230
9.4.2	Jenseits, Raum und Zeit	234
9.4.3	Jenseits und Identität	236

10. Totensorge: Solidargemeinschaft zwischen

Lebenden und Toten

Birgit Heller

10.1	Beziehungen zwischen Diesseits und Jenseits	243
10.2	Vorsorge	244
10.3	Übergangsriten	245
10.4	Facetten der Totensorge	247

10.4.1	Totenpflege als Frauensache	247
10.4.2	Von der Totenfrau zum Bestatter	248
10.4.3	Bestattung: mehr als ein Menschenrecht	249
10.4.4	Identifikation und Solidarität mit den Toten	251
10.4.5	Gefährliche Tote	252
10.4.6	Die Reise nach dem Tod: Nicht nur Sterbende benötigen Unterstützung	253
10.4.7	Begegnung mit den Toten: Nachtodkontakte haben eine lange Tradition	254
10.4.8	Die Toten sorgen für die Lebenden (und die Sterbenden)	256
10.4.9	Verbundenheit über den Tod hinaus	258
11.	Spirituelle Sorge in sorgenden Gemeinden	259
	<i>Andreas Heller</i>	
11.1	Sterben und Tod im suizidassistentzbereiten Sozialstaat	262
11.2	Sterben und Tod in einer Gesellschaft ohne Tod	262
11.3	Spiritual Care und sorgende Gemeinden	266
	Autorin/Autor	271
	Literaturverzeichnis	273
	Internetquellen	293
	Sachwortverzeichnis	295
	Palliative Care und Spiritual Care im Verlag Hogrefe	301

Geleitwort

Spiritual Care in Palliative Care: Wessen Job ist das?

Allan Kellehear

In unserem Verständnis von Spiritual Care in Palliative Care liegt ein tiefgründiges Paradox verborgen. Am besten lässt es sich enthüllen, wenn wir versuchen, die Frage zu beantworten, wer für die spirituelle Begleitung sterbender Menschen und ihrer Familien zuständig ist. Offenbar hat in der Palliative-Care-Literatur jeder eine fertige Antwort darauf parat.

Viele Leute glauben, dass Seelsorger und Kleriker im Allgemeinen die Verantwortung für Spiritual Care übernehmen sollten. Andere meinen, dass die Seelsorger bei dieser Aufgabe durch Pflegedokumentationen unterstützt werden sollten. Wieder andere vertreten die Auffassung, dass die Pflegepersonen, die in der vordersten Front von Palliative Care stehen, diejenige Berufsgruppe bilden, die dazu prädestiniert ist, sich auch um diese Bedürfnisse zu kümmern. Ärzte und Sozialarbeiter haben ebenfalls argumentiert, sie wären besser als andere für diesen Stil oder Typ von Sorge geeignet. Einen Mangel an Freiwilligen für Spiritual Care gibt es jedenfalls nicht.

Wenn ich aber mich selbst oder meine Freunde oder sogar meinen Auto-mechaniker frage, wessen Verantwortung es ist, Sinn zu finden in meinen Verlusten, meinen Hunden, meiner Ehe oder meiner Arbeit, Gott zu finden in welcher Form auch immer ich ihn finden kann oder meine Enttäuschungen und Begrenzungen zu verstehen, würden die meisten sagen, dass es meine Verantwortung ist. Mit anderen Worten stellen die alltäglichen Aufgaben, Sinn zu suchen, Leiden zu bewältigen und etwas Größeres als mich selbst zur Unterstützung bei diesen Aufgaben zu finden, meine eigene, persönliche Herausforderung dar. Spiritual Care ist nicht die Aufgabe meines Mechanikers, meiner Freunde oder meines Arbeitgebers. Alle diese Menschen können mir auf dieser Reise behilflich sein – manchmal bewusst und absichtlich, manchmal unbewusst und unabsichtlich – aber die wesentliche Verantwortung, der erste und der letzte Schritt, muss meiner sein. Das ist die Her-

ausforderung des Lebens selbst und wir sind in Gemeinschaften hineingeboren, sodass wir nicht einsam vor dieser Aufgabe stehen.

Dennoch scheint die Erkenntnis, dass das Selbst in der Health Care im Allgemeinen und in der Palliative Care im Besonderen zentral ist, der Palliative-Care-Literatur zu Spiritualität entlegen und sogar fremd zu sein. Wir betrachten Spiritual Care fortdauernd als etwas, das wir zuteilen, etwas, das *wir für andere tun* und nicht als etwas, das *wir mit anderen tun*, weil es Teil dessen ist, für das wir alle zuständig sind. Wie ist es dazu gekommen?

Spiritual Care wird häufig als eine Abfolge psychologischer „assessments“ und Interventionen beschrieben. Es handelt sich um eine verbale Tätigkeit, vielleicht eine Übung in Selbstmitteilung oder eine Art der Beratung. Andere betonen die Fähigkeit des Zuhörens, als könnte man unabhängig von Kontexten und Persönlichkeiten sinnvoll über Handlungen sprechen. Die Palliative-Care-Literatur ist eindeutig problemzentriert, als ob das übliche Zusammentreffen von persönlichem Sinn und seinen sozialen Bezügen in familiären und gemeinschaftlichen (community) Netzwerken immer auf irgendeine Art entfremdet oder dysfunktional wäre. Da ist die Rede von den Krisen in der Zeit der Krankheit oder von den „Symptomen“ des spirituellen „Schmerzes“, als ob es sich um irgendein medizinisches Problem handeln würde, das durch ein Arsenal an Interventionen in Angriff genommen werden könnte oder vielmehr sollte. Zweifellos sind die Sprache und der Erzählduktus von Care schwergewichtig der Sprache und Kultur der Akutmedizin entlehnt. Dieser Zugang erscheint so selbstverständlich, weil diese spezifischen Zeichen in einem breiteren Kontext auftauchen, der diese Sprache und diese Vorstellungen als natürlich betrachtet. Offenbar hat sich Palliative Care langsam von einem gemeindebasierten (community-based) Ansatz zur Sorge am Lebensende zu einem klinischen Ansatz hinbewegt. Im klinischen Ansatz liegen die Betonung und Sprache auf Diagnose und Management, auf Symptomkontrolle oder „assessments“ von Bedürfnissen.

Die Forschung hat betont, was *wir* wissen müssen, um *unseren* Job zu erfüllen, sie hat *Probleme* identifiziert und Modelle zur Lösung dieser Probleme angeboten. Die Spiritual-Care-Literatur ist voll von heroischen Geschichten über Problemfälle und deren erfolgreiche Lösungen aufgrund besonderer pastoraler Interventionen irgendeines Palliative-Care-Spezialisten. Wie können wir derart viel über spirituelle Probleme wissen, wenn die Literatur sich so wenig mit dem Zustand des spirituellen Wohlbefindens beschäftigt? Bedeutet die zeitgenössische Betonung der medizinischen Sprache und psychologischer Zugänge zu Spiritual Care, dass Spiritualität zu einer weiteren klinischen Größe in Pal-

liative Care geworden ist? Und wie könnte ein Public-Health-Ansatz für Spiritual Care aussehen, eine Perspektive, die die Gemeinde (community) betont und die einen eher inklusiven als territorialen Standpunkt einnehmen würde?

Zuhören, Reden, Beraten und gemeinsam Nachdenken mit Professionellen haben durchaus ihren Platz. Aber die Hauptrolle – und der wichtigste Impuls des Handelns – gehören der Person mit der lebensbedrohlichen Krankheit, dem Selbst und seiner oder ihrer sozialen Welt. Spirituelle Bedürfnisse besitzen eine große gemeinschaftsbasierte (community-based) Komponente, die Freunde und Verwandte genauso als ihre Verantwortung wie die des sterbenden Mitglieds wahrnehmen. Das soziale Selbst ist der Hauptakteur, die Person-in-der-Welt, die handeln muss und weiß, dass sie handeln muss. Der klinische und der Public-Health-Ansatz schließen sich nicht aus, sondern sind komplementär. In Public-Health-Ansätzen liegt die Betonung eindeutig auf Fragen der Lebensqualität, die klinischen Strategien stehen bereit, wenn etwas schiefliegt. Gesundheit und Krankheit sind zwei theoretische Konzepte, die gemeinsam betrachtet werden müssen, damit wir das erste vergrößern können, um das zweite zu verringern. Mein Bedenken ist, dass die klinischen Vorstellungen die Spiritual-Care-Literatur zu dominieren scheinen. Diese Sprache und Vorstellungen beziehen sich nicht in ausgewogener Weise auf spirituelle Bedürfnisse – in Hinsicht auf Gesundheit und Krankheit, auf individuelle Interventionen und Gemeindegearbeit (community work), auf professionelle Unterstützung und weisen und angebrachten Rückzug.

Wie viele Berufsgruppen würden sich für Spiritual Care zuständig machen wollen, wenn dieser Ansatz als Sorge für eine „Person-in-Gemeinschaft“ und nicht eine „Person-im-Bett“ definiert wird? Die Fähigkeiten der Gesundheitsförderung – besonders der Gemeindeentwicklung (community development), gemeinschaftliche Sorge (community care) und die Erleichterung sozialer Veränderung – sind keine Fertigkeiten oder Erfahrungen, die in institutionelle Kontexte passen oder dort gefördert werden. Darüber hinaus haben wenige Professionelle Zeit für diese Art der Arbeit außerhalb oder innerhalb ihrer üblichen klinischen Zuständigkeit. Wenn jedoch Spiritualität herabdefiniert und auf Probleme reduziert wird, denen man mit psychologischen Interventionen begegnet, werden die Komplexität und Verantwortungen der Aufgabe von Spiritual Care ausverkauft. Damit wird Spiritual Care auch als direkte Service-Leistung definiert. Und auf dieser Basis denken wir – wenn wir uns fragen, wer eigentlich für diese Aufgabe zuständig ist – automatisch an professionelle Care-Tätigkeit statt – was richtiger wäre – an gemeinschaftliche Sorge (community care).

Wenn also die Aufgabe von Spiritual Care die Verpflichtung gegenüber der Gemeinde (community) in der Fähigkeit zur Partizipation genauso einschließt wie die Verpflichtung zur Problemlösung an der Bettkante, die Verpflichtung zur Prävention genauso wie zur Intervention in der Zeit der Krise, die Verpflichtung, eher dem sozialen Selbst Priorität einzuräumen als der professionellen Expertise, heißt die Antwort auf die Frage, wessen Job das ist: Zuständig sind jene Professionellen und Nichtprofessionellen, die in der Lage sind, diese Verpflichtungen einzugehen. Interpretiert im Horizont von Public Health ist Spiritual Care Selbstsorge, für die jeder Mensch verantwortlich ist. Der Job von Spiritual Care kann dann nur arbeitsteilig verstanden werden und bezieht sich auf eine Vielzahl von Inhalten, Räumen und Zeiten. Spiritual Care ist mehr als Gespräch oder Präsenz, um spirituelle Fragen zu beantworten. Dazu gehören auch die Teilnahme und das Behüten einer gemeinschaftlichen Suche nach dem Sinn im Leben, Tod und Verlust. Letzten Endes hat gute Spiritual Care genauso wie gute Gesundheitspflege mit der Einsicht in die Grenzen individueller professioneller Praxis zu tun.

Allan Kellehear, PhD, AcSS
University of Bradford, Faculty of Health Studies

Übersetzt von Birgit Heller

Vorwort

Dem Tod ins Gesicht blicken

Der Sonne und dem Tod kann man nicht ins Gesicht blicken („le soleil ni la mort ne se peuvent regarder en face“) – diese oft zitierte Maxime des französischen Schriftstellers Francois de la Rochefoucauld deckt sich nicht mit der Erkenntnislinie dieses Buches. Seit der Frühgeschichte ist es die Erfahrung des Todes, die Menschen dazu anstößt über das Leben nachzudenken. Alle Bemühungen in Kunst, Musik und Literatur, in Religion und Philosophie den Tod zu zeigen und zu begreifen, dem Tod Gestalt zu geben, als Todesengel zum Begleiter zu machen oder als Tödin musizieren und tanzen zu lassen, gründen in der Erfahrung und Einsicht, dass der Tod nicht irgendein Thema unseres Lebens ist. Den Tod anzunehmen und in die eigene Selbstinterpretation aufzunehmen, ermöglicht Selbstentwicklung und spirituelles Wachsen, aber auch bewussteres und menschlicheres Zusammenleben, wesentlichere Beziehungen, tiefere Freundschaften und entschiedenere Liebe.

Es überrascht nicht, dass sich im Kontext der Auseinandersetzung mit dem Sterben in der modernen Gesellschaft, mit Palliativmedizin, Palliative Care und Hospizarbeit, in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit auf den Tod als existenziellen Schlüssel unseres Lebens verlagert hat. Unter dem Stich- und Suchwort Spiritual Care bündelt und entfaltet sich eine existenzielle Auseinandersetzung, die jenseits von Schmerztherapie und Symptomkontrolle Sinn und Bedeutung des Todes für das menschliche Leben thematisiert. Spiritual Care, die Sorge für den religiös-spirituellen Leitfadens des Lebens, beschränkt sich keineswegs auf die Sterbephase, sondern ist auch bedeutsam im Fall von Krankheit und anderen kritischen Lebenssituationen bedeutsam. Der herannahende eigene Tod oder der bevorstehende Verlust eines geliebten Menschen spitzen allerdings das Leben in sonst ungekannter Schärfe auf das Wesentliche zu.

Der modernen Medizin ist es nicht gelungen und wird es wohl auch nicht gelingen, den Tod zu besiegen, obwohl das „Projekt Unsterblichkeit“ heute realisierbarer denn je zuvor erscheint. Die Entwicklungen in den Bereichen Biotechnologie, Cyborg-Technologie und Künstliche Intelligenz haben ein derart rasantes Tempo aufgenommen, dass sie bisherige Science Fiction ge-

radezu altbacken wirken lassen. Verlängerung der Lebenszeit, ewige Jugend und schlussendlich Unsterblichkeit zeichnen sich zumindest für eine reiche Elite als Möglichkeit am Horizont ab. Leitziel ist die Optimierung des Menschen, die Abschaffung des Todes und gewissermaßen die Realisierung des Paradieses auf Erden. Ob dieses Unterfangen in absehbarer Zeit tatsächlich von Erfolg gekrönt ist, lässt sich zwar nicht abschätzen, aber eine fast utopisch anmutende Lebensverlängerung ist mittlerweile für einen Teil der Menschheit in greifbare Nähe gerückt. Allerdings bestehen prinzipielle Zweifel am Projekt der „Vergöttlichung“ des Menschen, das alternativ in der Selbstabschaffung des Homo sapiens enden könnte (Harari, 2014). Der alte Menschheitstraum vom ewigen Leben ist in den modernen Gesellschaften zu einem Kampf gegen den verachteten Feind Tod geworden und hat viele destruktive Formen angenommen, etwa über- und austherapierend die Augen und Herzen zu verschließen. Erst wenn die Medizin in ihrer Gesamtheit die Beziehung zum Tod sehenden Auges in ihr Selbstverständnis übernimmt und integriert, wird sie eine neue, wärmende und freundschaftliche Beziehung zu den Sterbenskranken und zum Sterben gewinnen. Möglicherweise wird dies erst über den Umweg eines unendlich langen Lebens und der damit verbundenen gähnenden Sinnlosigkeit und Leere gelingen. Da drängt sich dann bald der Gedanke auf, ob der Tod letztlich nicht doch ein Segen ist, wie uns viele Mythen und Märchen erzählen (etwa „Der Tod im Apfelbaum“). Es ist zweifelhaft, ob das ewige irdische Leben erstrebenswert ist: Es relativiert den Stellenwert von Kindern, Partnerschaft und Freundschaft; es gibt die Ideale der Gleichheit und Gerechtigkeit preis, weil es elitär ist; letztlich richtet es sich gegen die Menschlichkeit im Sinn von Empathie, Beziehungsorientierung, des Mit- und Füreinander-Daseins. Der Sieg über den Tod könnte sich letztlich als Pyrrhussieg erweisen, der Sieger zurücklässt, die mehr verloren als gewonnen haben.

Wien und Graz, im Mai 2018
Birgit Heller und Andreas Heller

1. Spiritual Care: Die Wiederentdeckung des ganzen Menschen

Birgit Heller und Andreas Heller



1.1 Kranksein und Sterben in der Moderne

Krankheit, Sterben, Tod und Trauer lassen wie unter einem Vergrößerungsglas nicht nur die Probleme und Herausforderungen des modernen, ökonomisch orientierten Sozial- und Gesundheitssystems erkennen. In der Krise und am Ende des Lebens spitzen sich auch die Herausforderungen des Lebens zu. Die menscheitsalten Themen von Autonomie und Fürsorge, von Freiheit und Abhängigkeit, von Hilfe und Hilflosigkeit treten unverstellt zu Tage. Was ist Würde in der Krankheit und am Lebensende? Wie kann die Würde von Menschen geachtet, wie können Demütigungen in Organisationen vermieden werden? Inwieweit soll, darf und kann in den Sterbeprozess eingegriffen, das Sterben beschleunigt werden (verlangsamt wird es in der Regel ohnedies)? Wann sind Behandlungen zu beenden? Welche Rolle spielen Begleitung, Betreuung und Behandlung? Welche Kosten verursacht das Sterben? Und wie verhält es sich mit der Frage nach einem mehr oder weniger „guten“ (was auch immer das dann ist) Sterben für alle? Die „Gretchenfrage“ an die Politik lautet: Wie hältst du es mit den schwer Kranken und Sterbenden, wie geht eine Leistungsgesellschaft mit den von ihrer Leistung her „Unproduktiven“ um? Wie können Kriterien der Gerechtigkeit im Krankheitsfall und am Lebensende wirksam werden? Oder setzt sich ein Erste-, Zweite- und Dritte-Klasse-Sterben durch (in der Behandlung von Krankheiten ist die Klassengesellschaft – trotz gegenteiliger Behauptungen – ohnehin bereits Realität)?

Hospizarbeit und Palliative Care sind zu Brennpunkten gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen geworden. Angesichts der Bedrohung des Lebens und der Einsicht in die Zerbrechlichkeit des Lebens in Todesnähe wird deutlicher, was in anderen Bereichen der Gesellschaft noch unspezifisch konturiert ist. Der Soziologe Hubert Knoblauch (2011) spricht in diesem Zusammenhang von einer neuen Popularität des Todes, einer verstärkten Präsenz des Todes in der Öffentlichkeit, die er als postmoderne Entwicklung interpretiert. Im Gegensatz zur Tabuisierung des Todes in der Moderne werde der Tod nun wieder öffentlich sichtbar. Das Lebensende wird zum Diskussions-thema. Das eigene Sterben und der Umgang mit dem Leichnam werden Schauplatz und Arena eines gewandelten gesellschaftlichen Umgangs mit dem Leben. Leben und Sterben werden nicht mehr schicksalhaft erlebt, sondern gelten als zu „machende“ Gestaltungsaufgaben. Die ausdifferenzierte Gesellschaft erlässt den Imperativ, dass die BürgerInnen ihr Leben und ihr Sterben selbst in die Hand zu nehmen und quasi als Projekt zu gestalten

haben. Der moderne Mensch fügt sich nicht mehr so einfach in sein Lebensende wie seine Vorfahren; er verfügt über Leben und Sterben. Millionenfach verbreitete „Patientenverfügungen“ suggerieren Sicherheit, die Wechselfälle des Lebensendes, die Angst vor der Fremdbestimmtheit durch immer ausgetüfteltere Antizipationen von Krankheitsverläufen meistern, kontrollieren und zähmen zu können. Zudem stellt dieser Verfügungsanspruch auch eine Art Misstrauensvotum gegen eine invasive Medizin dar. Die BürgerInnen sind heute so abgrundtief misstrauisch geworden, dass sie Patientenverfügungen als Instrumente der Selbstverteidigung für ihre Würde und ihre Integrität gegen sinnlose Behandlungen, gegen unangemessene Therapieverlängerungen einsetzen. Darin äußert sich ein tiefgreifender Wandel: Leben und auch Sterben werden zu einem Unternehmen selbstbestimmter Planung. Das Augenmerk wird auf die Körperlichkeit, die Identität und Integrität der eigenen körperlichen Existenz gerichtet. War in früheren Zeiten das „Seelenheil“ der Fokus perimortaler Aufmerksamkeit, so ist es heute das „Körperheil“. Ob nun die beobachtbaren Verschiebungen im Umgang mit dem Tod der Postmoderne geschuldet sind oder eher zu den Ambivalenzen der Moderne gerechnet werden sollten, ist für diejenigen, die in diesem Feld agieren, nicht entscheidend.

Neben der neuen Popularität des Todes – Thomas Macho, Kristin Marek (2007) sprechen von der „neuen Sichtbarkeit des Todes“ – sind auch weiterhin Mechanismen der Todesverdrängung wirksam. Ein Blick auf das bunte Gemenge der verschiedenen modernen Bestattungsformen (Gemeinschaftsgrab, Familiengrab, Seebestattung, Waldbestattung, Urnennische, im eigenen Garten, in den Bergen, verstreut in alle Winde etc.) etwa zeigt, dass sowohl die wachsende Zahl der anonymen Bestattungen als auch die von den USA ausgehende Thanatopraxie der Einbalsamierung keineswegs eine verstärkte Wahrnehmung des Todes fördern. Möglicherweise befördern Anonymbestattungen die unbemerkte Selbstentsorgung, die neuen Einbalsamierungspraxen eine Ästhetisierung, Kosmetisierung und Verharmlosung des Todes.

1.2 Zur Genese von Spiritual Care

Die deutsche Hospizbewegung erbrachte als soziale Bewegung eine große Thematisierungsleistung, indem sie Sterben und Tod auf die Tagesordnung der Gesellschaft gesetzt hat. Und in der Hospizbewegung wurde vielen Men-

schen ermöglicht, Zugänge zu ihrer individuellen und seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs auch kollektiv eingefrorenen Trauer zu finden. Die Hospizbewegung ist ein Kontext, ein gesellschaftliches Induktionsfeld, in gewisser Weise ein Gefäß für diese kollektive Trauer. Dass sie in Deutschland verzögert Raum gewinnt, mag damit zu tun haben, dass dort die kollektiven Reaktionen nach 1945 darin bestehen, sich nicht auseinanderzusetzen, sich zu schützen und abzuschirmen, die Schrecken und gefühlsmäßigen Erschütterungen durch millionenfachen Tod und Mord, durch die Leiden aufgrund des Krieges, der Vernichtung der jüdischen Bevölkerung Europas und der Zivilbevölkerung abzubinden und zu verdrängen.

Wer die Biographie von Cicely Saunders (1999) liest, erkennt, dass die Hospizbewegung tiefe religiös-christliche Wurzeln hat. Cicely Saunders betrachtet das Hospiz als christliche Institution fernab von missionarischen Absichten. Für sie stellen Achtung vor der Integrität der Sterbenden, empathische Zuwendung und spirituelle Begleitung christliche Werte dar, die auf der Liebe Gottes zum Menschen basieren.

Mit der Entwicklung des Palliative-Care-Konzepts ist historisch ein Paradigmenwechsel vom Religiösen zum Säkularen verbunden (vgl. zu dieser gängigen Interpretation zusammenfassend Wright, 2004a: 219). Dieser Betonungswechsel spiegelt die gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen. An die Stelle der religiös geprägten Sprache von der Liebe Gottes und der Heiligkeit des Lebens treten die Begriffe Würde und Lebensqualität. Derzeit werden wir Zeugen einer weiteren Drehung des Rades, die im englischsprachigen Raum schon vor mehr als 20 Jahren begonnen hat: Spiritualität wird als wesentliches Merkmal der Hospiz- und Palliativversorgung betrachtet, ein regelrechter Spiritualitäts-Boom hat nun auch im deutschsprachigen Raum eingesetzt. Auslösend für die Entwicklung der so genannten Spiritual Care waren zunächst die Erfahrungen mit den modernen multikulturellen und multireligiösen Gesellschaften. Nicht nur eine kleine Minderheit, sondern eine stets steigende Zahl von Menschen unterschiedlicher religiös-kultureller Zugehörigkeit wird in den modernen Gesundheitseinrichtungen behandelt, viele von ihnen sterben in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder Hospizen. Diesen Herausforderungen können die traditionellen Formen der christlichen Seelsorge nicht gerecht werden (vgl. Heller, 2012a). Hinzu kommt der moderne Individualisierungsschub im Kontext von Religionen und Spiritualität. In Europa ist die derzeit alternde Generation der über 65-Jährigen absehbar die letzte, die noch mehr oder weniger stark christlich-kirchlich sozialisiert und geprägt ist. In diesen Gesellschaften hat ein er-

heblicher Teil der Menschen keine religiös-spirituellen Interessen oder aber sehr individuelle Vorstellungen ohne feste Bindung an eine bestimmte religiöse Tradition oder Institution entwickelt. Die individualisierten Formen von Spiritualität gehen einher mit der generellen Tendenz zu Selbstbestimmtheit und einer größeren Unabhängigkeit vom Expertenwissen. Ob modern oder postmodern, Spiritualität im Umgang mit Krankheit und Tod erscheint als ein Weg der Selbstbehauptung. Spiritualität ist daher auch das Zauberwort einer Gegenbewegung zu Desubjektivierung und Entpersonalisierung. Sie wird genährt durch Erfahrungen mit einer objektivierenden Apparatedizin, immer komplexer werdenden Organisationen und der steigenden reflexartigen Kontrollsucht der späten Moderne. Eine Kontrollsucht, die natürlich auch den Bereich des Sterbens dem Qualitätsmanagement unterwirft, ihn normiert, definiert und das Sterben zu einer behandlungspflichtigen Diagnose macht.

Den Hintergrund der modernen Spiritual-Care-Ansätze bildet eine Vielfalt von Studien, in denen seit den 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts Zusammenhänge zwischen Religion bzw. Spiritualität, Coping-Strategien und Gesundheit erforscht werden. Wenngleich sich die Spiritualitätsdebatte in besonderer Weise im Rahmen von Palliative Care entfaltet hat, bezieht sie sich prinzipiell wesentlich breiter auf den gesamten Bereich des Gesundheitswesens. Dass die Berücksichtigung der Spiritualität Teil eines personenzentrierten, ganzheitlichen Sorgekonzepts im Gesundheitswesen ist (vgl. z. B. Cobb/Robshaw, 1998), kann mittlerweile als konsensuell angesehen werden. Spiritual Care zeichnet sich durch die starke Orientierung am Subjekt und an individuellen persönlichen Erfahrungen aus. Kontext dieses Ansatzes ist die Kritik am biomedizinischen Maschinenmodell des Menschen und ein neues Nachdenken über die Zusammenhänge von Körper, Seele und Geist/Bewusstsein. Impulse für Spiritual Care gehen von allen Professionen aus, die im Bereich der Palliative Care und darüber hinaus im Gesundheitswesen tätig sind: Seelsorge, Pflege, Medizin, Sozialarbeit, Psychologie. Ihnen gemeinsam mag die implizite Kritik an einem unterkomplexen Bild vom Menschen sein, eine – nicht immer laut geäußerte – Kritik an einem Reduktionismus des Behandeln und Heilens allein auf der Ebene der Körperlichkeit, der Physiologie und der Somatik.

1.3 Spannung zwischen traditioneller Seelsorge und Spiritual Care

Die Begleitung kranker und sterbender Menschen ist keine moderne Erfindung. Religiöse Traditionen haben in den meisten Kulturen soziale und rituelle Muster im Umgang mit Sterbenden, Toten und Trauernden entwickelt. Die christliche Krankenhausseelsorge, die ja immer nur als konfessionelle Seelsorge existiert – im englischen Sprachraum *pastoral care* – hat eine längere Geschichte von etwas mehr als 40 Jahren in der modernen Institution Krankenhaus.

Christliche Krankenhausseelsorge betrachtet die derzeit boomenden Spiritual-Care-Ansätze entweder als Konkurrenz oder versucht sich selbst unter dem neuen Etikett zu präsentieren. So hätte man aus der Sicht des Instituts für Kultur und Religion der Evangelischen Fachhochschule Berlin Spiritual Care bis vor kurzem einfach als „Seelsorge“ übersetzt (vgl. <http://www.inkur-berlin.de/seelsorge.htm>: Seelsorge/Spiritual Care [Zugriff: 07.05.2013]). Neuerdings wird dieser Begriff von einer spirituell verstandenen Professionalität im Bereich der Medizin und Psychologie besetzt. In Reaktion darauf wird die kirchliche Seelsorge vor der Aufgabe gesehen, eigene Angebote zu entwickeln. Ob sich parallel zur Krankenhausseelsorge – in Analogie zum gesellschaftlichen Esoterikmarkt – tatsächlich ein Spiritual-Care-Markt im Gesundheitswesen etablieren wird, gilt noch als fraglich.

Diese Neuetikettierung der christlichen Krankenhausseelsorge als Spiritual Care (vgl. Roser, 2007) ist insofern problematisch, als damit die aktuellen Veränderungen des religiös-plural besetzten Feldes verdeckt werden.

Allerdings zeichnet sich in jüngeren Veröffentlichungen eine Ausweitung des engen konfessionell-theologischen Zugangs zu Spiritual Care ab: Spiritual Care wird als systemischer Begriff verwendet, mit dessen Hilfe die Seelsorge der verschiedenen Religionsgemeinschaften organisational in das System Krankenhaus integriert werden soll (vgl. etwa Körtner, 2009: 4). Diese Gleichsetzung von Spiritual Care und Seelsorge provoziert aber auch Kritik. Es gibt KrankenhausseelsorgerInnen, die den Begriff Seelsorge für die traditionellen Formen der Sterbebegleitung nichtchristlicher Religionsgemeinschaften nicht verwendet sehen möchten. Kooperationen werden zwar nicht ausgeschlossen, gelten aber vor allem dann als problematisch, wenn etwa das Recht auf Religionsfreiheit nicht anerkannt wird. Dass die Freiheitsrechte der modernen Gesellschaften in den religiösen Traditionen unterschiedlich akzeptiert werden, wird als Konflikttherd eingeschätzt. In eine andere Rich-

tung bewegt sich Traugott Roser (2009), wenn er konfessionelle Hoheitsrechte relativiert, indem er den Begriff Spiritualität als Garant für Individualität würdigt. Als Faktor eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes könne Spiritualität die Freiheit des Individuums gegenüber den Ansprüchen von Religionsgemeinschaften einerseits und Einrichtungen des Gesundheitswesens andererseits verbürgen. An der Schlüsselrolle der Seelsorge als Spiritual Care hält Roser dennoch fest.

Verglichen mit der jetzigen Generation der alten Menschen, die noch relativ stark in konfessionellen religiösen Traditionen verwurzelt ist, wird sich die Bedeutung von Religiosität/Spiritualität am Ende des Lebens in Zukunft zwar nicht auflösen, aber wandeln. Es ist absehbar, dass sich in den nächsten beiden Jahrzehnten die großen Veränderungen, die in den modernen Gesellschaften im religiös-spirituellen Bereich stattgefunden haben und weiter stattfinden, zunehmend auf die Hospiz- und Palliativkultur auswirken werden. Aus der Tatsache, dass die konfessionellen Bindungen stark rückläufig sind, ergeben sich neue Herausforderungen für christliche Seelsorge und Spiritual Care. Die Veränderungen im religiös-spirituellen Bereich sind derzeit zwar noch stärker auf der Seite der „Care“-Gebenden auszumachen, aber spätestens wenn die Generation der jetzt 35- bis 55-Jährigen alt wird, wird sich das spirituelle Umfeld der Palliativversorgung im großen Stil gewandelt haben.

1.4 Spiritual Care für alle?

Spiritualität wird in der Spiritual-Care-Literatur als Basisqualität des Menschen aufgefasst – als eine Dimension oder Fähigkeit, die allen Menschen eigen ist – daher wird Spiritual Care auch als Angebot für alle gefordert. Mit dem verbreiteten Motto „Spiritual Care für alle“ ist ein möglichst weites Verständnis von Spiritualität verbunden. Vorherrschend ist ein integrierendes bzw. komplementäres Verständnis verschiedener Zugänge, seien sie plurireligiös oder individuell ohne Anbindung an organisierte Religion. Spiritual Care umfasst dann die spirituelle Begleitung kranker und sterbender Menschen sowohl im Rahmen verschiedener etablierter religiöser Traditionen als auch im Horizont individualisierter Spiritualität und Sinnsuche. Das Sinnfinden gilt generell als zentrales Merkmal von Spiritualität, hinzu kommen fast immer die Ebenen Beziehung, Transzendenz und Persönlichkeitsentwicklung (ein typischer Vertreter dieses integrativen Ansatzes ist beispielsweise Michael Wright, 2004b). Häufig wird der Begriff Transzendenz

auf alles bezogen, was die Grenzen des Selbst überschreitet, etwa auf zwischenmenschliche Beziehungen oder den Bezug zur Natur.

Die Gleichsetzung von Spiritualität und Sinnsuche als wichtige Kategorie für das existenzielle Wohlbefinden hängt mit der „Psychologisierung“ von Religiosität/Spiritualität eng zusammen. Nicht nur Medizin und Pflegewissenschaften interessieren sich zunehmend für Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Religion/Spiritualität. Auch die Psychologie fragt nach der Bedeutung von Religion/Spiritualität für die psychische Gesundheit bzw. die gesundheitsbezogene Lebensqualität. In empirischen Untersuchungen werden Auswirkungen auf die Befindlichkeit, auf Prozesse der Sinnfindung und auf Bewältigungsstrategien für den Krankheitsumgang (vgl. Zwingmann, 2005; Schnell/Becker, 2007; Klein/Lehr, 2011) erhoben. Für die Entwicklung von Fragebogenskalen und Messverfahren zur Erfassung der Bedeutung von Religiosität/Spiritualität im Gesundheitswesen sind weitgehend Konzepte, Definitionsansätze und Operationalisierungen aus der psychologischen Forschung maßgebend (vgl. z.B. Huber, 1996; Zwingmann, 2004). Spiritual Care dient nicht nur als Etikett für die traditionelle christliche Seelsorge, sondern genauso für die psycho-soziale Begleitung. Es ist jedoch unnötig, das Ethos, einen kranken oder sterbenden Menschen als Menschen wahrzunehmen, als Spiritual Care zu etikettieren. Das ist ein Teil der Humanität. Um Spiritual Care von körperbezogener und psycho-sozialer Begleitung und Sorge abzuheben, muss Spiritualität mehr sein als ein Platzhalter für Menschlichkeit.

Was genau unter Spiritual Care als Angebot für alle zu verstehen ist, ist unklar und offensichtlich von mehreren Faktoren abhängig. So meint Traugott Roser (2009: 47), dass der Berücksichtigung der spirituellen Bedürfnisse im gesamten Betreuungskonzept eine wichtige Funktion zukommt, je nachdem, „ob Spiritualität in der individuellen Lebenswelt des Patienten bedeutsam ist oder nicht“. Spiritualität scheint hier – anders als die körperliche Dimension des Menschen – etwas zu sein, das einmal mehr und ein anderes Mal weniger wichtig ist. Spiritual Care, verstanden als Angebot, das sich an alle richten will, muss zwangsläufig von einem Spiritualitätsbegriff ausgehen, der stark voneinander abweichende Lebensorientierungen umfasst.

Zu den AdressatInnen gehören in den modernen ausdifferenzierten Gesellschaften:

- stark traditionsgebundene Menschen, die sich einer Religion zugehörig fühlen

- kritische religiöse Menschen, die sich von den Organisationsformen ihrer religiösen Herkunftstraditionen mehr oder weniger ausdrücklich distanzieren haben und innerhalb einer bestimmten Tradition eigene Wege gehen
- Menschen, die sich selbst als spirituell bezeichnen, aber in keiner religiösen Tradition verwurzelt sind, sondern sich zu verschiedenen religiösen Melodien hingezogen fühlen und ihre eigene Symphonie komponieren
- religiös-spirituell Suchende mit und ohne Praxis
- religiös/spirituell Interessierte und Desinteressierte
- skeptische und agnostische Menschen genauso wie dezidiert atheistische.

De facto gibt es für diese verschiedenen Gruppen keinen gemeinsamen inhaltlichen Nenner, nicht einmal die Suche nach Sinn wird für alle wichtig sein.

Spiritual Care muss in den modernen Gesellschaften im Respekt vor der Entwicklung und dem Selbstverständnis individueller Menschen gründen. Das bedeutet, dass alle, die sich in Spiritual Care engagieren möchten, nicht nur mit einer Fülle von Spiritualitäten mit und ohne Bindung an eine bestimmte Organisationsform von Religion konfrontiert sind, sondern auch das Desinteresse an oder die dezidierte Ablehnung von Spiritualität ernstnehmen müssen. Was ist dann aber die Aufgabe von Spiritual Care angesichts dezidiertener Ablehnung von Spiritualität? Vielleicht wäre es besser, die Sorge um einen konkreten Menschen nicht generell in die Stopfgang Spiritual Care zu packen. Dann wäre es nicht nötig, davor zu warnen, Menschen, die sich selbst als weder religiös noch spirituell verstehen, als „spirituell defizitär“ anzusehen (vgl. Büssing, 2011b: 118). Braucht das Gesundheitssystem tatsächlich einen eigenen Versorgungsauftrag für Menschlichkeit, der an die Implementierung von Spiritual Care geknüpft wird? Es besteht die Gefahr, dass damit die positive Dynamik, die hinter dem starken Interesse für Spiritual Care steckt, institutionell eingefroren wird.

1.5 Sterben Gläubige/Spirituelle leichter?

Möglicherweise ist der tiefste Impuls für den modernen Ruf nach Spiritual Care in der Begleitung von Kranken und Sterbenden die Angst vor dem Tod, die alle Menschen – ob Kranke, Sterbende oder Professionelle – verbindet. Die Angst vor Schmerzen lässt sich klinisch beruhigen, der Todesangst

kann vielleicht spirituell begegnet werden, aber das ist voraussetzungsvoll. Ob Religion/Spiritualität eine Coping-Ressource darstellt, die zu einem gelassenen und adaptiven Umgang mit schwerer Krankheit und Todesbedrohung führt, hängt von verschiedenen Faktoren, nicht zuletzt von der Art der Erkrankung ab. Es gibt durchaus Hinweise dafür, dass Religiosität/Spiritualität bei (chronisch) kranken Menschen Depression und Todesangst reduziert und mit einer aktiven Krankheitsbewältigung und Sinnsuche einhergeht (vgl. etwa Büssing, 2006b und 2011b; Überblick auch bei Bucher, 2007: 133ff.). Es gibt Belege für diese Effekte, aber natürlich gilt das in keiner Weise für alle Befragten. Eine Übertragung auf den Umgang mit dem Sterben selbst ist als lineare Verlängerung einer abgefragten Einstellung schon gar nicht möglich. Die vorliegenden Studienergebnisse reichen jedenfalls nicht aus, um zu behaupten, dass Gläubige/Spirituelle leichter sterben.

Leicht sterben – was bedeutet das überhaupt? Meint „leicht“ sterben: angstfrei, entspannt, versöhnt, gelassen, schmerzfrei, schnell, friedlich und sanft sterben? Welche Faktoren beeinflussen das Sterben? Da ist zunächst die körperliche Verfassung: das Ausmaß körperlichen Leidens und der Geisteszustand. Hinzu kommen die individuellen Lebensumstände: das soziale Netz, der Ort, der Zeitpunkt und hier vor allem das Lebensalter. Obwohl vieles dafür spricht, dass junge Menschen schwerer sterben als alte Menschen, erlaubt das Lebensalter keine sichere Prognose über die Art des Sterbens. Der Glaube kommt ins Spiel, wenn es um den Umgang mit Angst und Schmerzen und um die Fähigkeit geht, sich dem Sterbeprozess zu überlassen, also die eigenen Widerstände soweit wie möglich aufzugeben. Inwieweit das gelingt, hängt jedoch auch bei gläubigen/spirituellen Menschen stark von den individuellen Lebensumständen und den prägenden Glaubensvorstellungen selbst ab.

Der Faktor Glaube kann sich auswirken auf den Umgang mit dem Sterben, Angst und Schmerzen und auf die Todesbereitschaft. Der Glaube schafft Voraussetzungen, die Weichen stellen können, aber nicht zwangsläufig müssen. Unter den Bedingungen modernen Lebens ist die subjektive Aneignung religiöser Vorstellungen entscheidend: Es gibt kaum mehr kollektive Überzeugungen, die in Krisensituationen als bindend und tragend erfahren werden. Der Glaube im Sinne des Für-Wahr-Haltens ohne Erfahrungsbezug kippt angesichts des Todes leicht in Zweifel und Verzweiflung. Der Glaube muss zumindest für den modernen Menschen zur Spiritualität geworden sein, um sich auf den Umgang mit dem Sterben auszuwirken. Es gibt auch Glaubens-

vorstellungen, die stark angstbesetzt sind, wie etwa die Vorstellungen des „Jüngsten Gerichts“, Fegfeuer und Hölle – unter diesen Voraussetzungen können es Gläubige beim Sterben schwer haben. In den aktuellen Studien spricht man in diesem Fall vom negativen religiösen Coping.

Glaube bzw. Spiritualität können das Sterben erleichtern – vor allem der Glaube an ein Leben nach dem Tod. Allerdings können gläubige Menschen auch ohne Hoffnung auf ein individuelles Weiterleben Wege finden, den Tod angstfrei anzunehmen. Obwohl der Glaube das Sterben erleichtern kann, so bedeutet das im Umkehrschluss nicht, dass Menschen, die keiner Religion zugehören und sich selbst auch nicht als spirituell bezeichnen würden, zwangsläufig schwer sterben müssen. Beispielsweise hat Sigmund Freud mutig und geduldig sein jahrelanges Leiden getragen. Er setzte sich bewusst mit seiner Krankheit auseinander und bewahrte sich gleichzeitig die innere Freiheit für seine Lebensaufgabe. Zuletzt hat Freud, als er keinen Sinn mehr in der Qual erblicken konnte, bereitwillig seinen Tod angenommen. Er ist seiner Überzeugung, dass es darum geht, die Realität uneingeschränkt anzuerkennen, bis zum Ende treu geblieben.

Fraglich ist prinzipiell der Maßstab für das Sterben: Ist leicht sterben überhaupt ein erstrebenswertes Ziel? Anknüpfend an Rainer Maria Rilke (1987: 347) ist es wichtiger, den *eigenen* Tod zu sterben („Herr, gib jedem seinen eigenen Tod.“). Der Tod wächst im Menschen wie eine Frucht, die reifen muss. Es kommt darauf an, den eigenen Tod zu verwirklichen, der zum eigenen Leben passt. Der Tod ist das Ziel, in dem alle Fäden zusammenlaufen. Rilke selbst stirbt einen schmerzhaften Tod. Er lehnt die Linderung durch Medikamente ab, weil für ihn Leiden unabdingbar zum Dasein gehört. Das eigene Krankheitserleben führt ihn zu der Überzeugung, dass Leiden ertragen werden muss, Schmerzen bedeuten ihm „Siedlung, Lager, Boden, Wohnort“ (vgl. Cermak, 1972: 113).

Spirituelles Ringen ist als ein Teil des guten Sterbens anzusehen: Der Tod ist eine Erfahrung des Bruchs, ein endgültiges Abschiednehmen von allem bisher Vertrauten. Auch ein Sterben, das nicht leicht ist, kann ein gutes Sterben sein. Letztendlich scheinen das Erleben einer Krankheit und das Sterben so verschieden zu sein wie die Kranken und Sterbenden selbst. Sterben ist ein Prozess, der sich letztlich trotz aller Vorbereitungen, aller Regulierungsversuche und aller Sterbekunst der Kontrolle und Garantie entzieht.