



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, Bülh
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 Sehnsuchtschmerz 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 Gemeindefarbeit (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 austerapiierend 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 menschheitsalten 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-