

Gian Domenico Borasio

Über das Sterben

5

**Was wir wissen
Was wir tun können
Wie wir uns darauf einstellen**

10 Verlag C. H. Beck, S. 87 - 97

.....

d. Spirituelle Begleitung

15 Es ist unglaublich,
wie viel Kraft die Seele
dem Körper zu leihen vermag!
Wilhelm von Humboldt (1767-1835)

20 Wie schon erwähnt, hat die Definition der Palliativmedizin durch die
Weltgesundheitsorganisation die Behandlung physischer, psychosozialer und spiritueller
Probleme auf die gleiche Stufe gestellt. Dieser ganzheitliche Ansatz hat in der Medizin zwar
uralte Wurzeln (man denke nur an die Figur des Schamanen), er war aber in der neueren
Geschichte, besonders ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, durch die
25 Verwissenschaftlichung und Technisierung der Medizin fast vollständig in Vergessenheit
geraten.
Ein gutes Beispiel dafür bot in der Vergangenheit die Rolle der in deutschen Krankenhäusern
regelmäßig vorhandenen Seelsorgedienste: Sie wurden von den Ärzten meist kaum beachtet,
eine Kommunikation zwischen den Seelsorgern und dem medizinischen Team fand so gut wie
nicht statt. Oft beschränkte sich die Rolle der Seelsorger auf die Durchführung bestimmter
30 Rituale, vor allem bei Sterbenden oder Verstorbenen. Der Job war so unattraktiv, dass die
Kirchen zum Teil ihre schlechtesten Seelsorger in die Krankenhäuser regelrecht
«strafversetzten».
In den letzten Jahren zeichnet sich hier allerdings ein Wandel ab. Zum einen haben die
Kirchen erkannt, dass die Auseinandersetzung mit den spirituellen Bedürfnissen der
35 Menschen in der Krankheitssituation zu den wichtigsten Betätigungsfeldern in der Seelsorge
gehört. Zunehmend werden die begabtesten Seelsorger in die Krankenhäuser geschickt.
Ökumenische Kooperationsmodelle erfreuen sich in der Krankenhausseelsorge immer
größerer Beliebtheit, obwohl ansonsten die Ökumene eher auf der Stelle tritt. Der Bereich der
Krankenhausseelsorge ist mithin von einer eher peripheren Erscheinung zu einem der
40 Schwerpunkte der pastoralen Tätigkeit der großen Religionsgemeinschaften geworden.
Eine parallel dazu verlaufende Entwicklung geht allerdings in eine andere Richtung, nämlich
die Loslösung des Begriffs «Spiritualität» von einer ausschließlich religiösen, kirchenge-
bundenen Vorstellung hin zu einer persönlichen Angelegenheit des Einzelnen (*believing
without belonging* — glauben, ohne dazuzugehören). Diese Bewegung hat für einige Unruhe
45 bei den etablierten Kirchen gesorgt, die den allmählichen Verlust ihrer Deutungshoheit in
diesem nunmehr zentralen Bereich ihrer Tätigkeit mit Unbehagen beobachten.

Was heißt eigentlich Spiritualität (in der Medizin)?

Jeder Versuch, Spiritualität zu definieren, ist zum Scheitern verurteilt. Man kann sich dem Begriff bestenfalls annähern. Der Arbeitskreis Seelsorge der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin hat 2006 folgende Definition vorgeschlagen: «Unter Spiritualität kann die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinngebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existentiellen Bedrohungen zu begegnen versucht.» In diesem Definitionsversuch wird deutlich, dass Spiritualität eine hochpersönliche («innere») Angelegenheit ist, etwas mit Lebenssinn zu tun hat und in schwersten Situationen («existentielle Bedrohungen») eine Ressource für den Einzelnen sein kann. Diese Ressource zu aktivieren, sie für die Patienten und ihre Familien erfahrbar zu machen, ist eines der wichtigsten Ziele der spirituellen Begleitung am Lebensende.

Spiritualität, Wertvorstellungen und Lebenssinn

Mehrere wissenschaftliche Untersuchungen haben auf die Bedeutung von Wertvorstellungen und des Konzepts des Lebenssinns am Lebensende sowie deren Beziehungen zur Spiritualität hingewiesen.

Der Psychotherapeut Martin Fegg führte 2008 eine Untersuchung über die Wertvorstellungen Sterbender durch. Dabei verwendete er einen Fragebogen, dessen Aussagekraft an über 20 000 Menschen auf der ganzen Welt getestet wurde. Er erfasst universelle Grundwerte, die sich in so gut wie allen Kulturen wiederfinden lassen. Eine der beiden Achsen dieses Fragebogens betrifft die selbstbezogenen Werte (Macht, Genuss, Selbstverwirklichung) im Gegensatz zu den altruistischen Werten wie Universalismus (um das Schicksal der Welt besorgt sein) und Benevolenz (Gutes für andere wünschen). Die Ergebnisse zeigen eindrucksvoll, dass Menschen, die den Tod vor Augen haben, die Wichtigkeit der anderen entdecken: Bei allen getesteten schwerstkranken Menschen lässt sich, unabhängig von ihrer Religion oder der Art ihrer Krankheit, eine Verschiebung ihrer persönlichen Wertvorstellungen hin zum Altruismus beobachten — in starkem Gegensatz zur «gesunden» Allgemeinbevölkerung. Die Ursachen hierfür liegen vermutlich im stattgefundenen Prozess der Krankheitsbewältigung wie auch in dem Prioritätenwandel, der mit steigendem Lebensalter erfolgt (siehe unten). Die Belohnung dafür ist eine höhere Lebensqualität trotz schwerster Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung.

Wie verschiedene wissenschaftliche Studien zeigen, kommt es für die Lebensqualität am Lebensende nicht auf die physische Funktionsfähigkeit an. Die Ergebnisse zu den Wertvorstellungen Schwerstkranker legen nahe, dass die Menschen im Angesicht des Todes erkennen, worauf es wirklich ankommt. Dabei stellt der Wandel der Wertvorstellungen in Richtung Altruismus einen Schritt «aus sich selbst heraus» dar, weshalb diese Werte auch als «selbsttranszendent» bezeichnet werden.

In einer weiteren Untersuchungsreihe zeigte Martin Fegg die Verteilung der sinngebenden Bereiche in der Allgemeinbevölkerung für Menschen verschiedener Altersstufen. Die Daten wurden mittels der eigens dafür entwickelten «Skala für die Erfassung des individuellen Lebenssinns» (Schedule for Meaning in Life Evaluation, SMiLE) erhoben und sind graphisch in Abbildung 4.2 dargestellt.

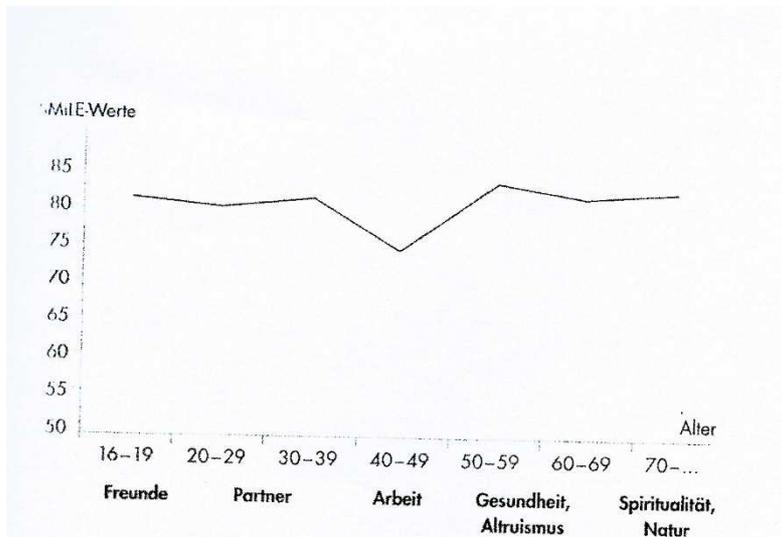


Abbildung 4.2: Sinnstiftende Bereiche und durchschnittliche Zufriedenheit mit dem eigenen Lebenssinn in der deutschen Allgemeinbevölkerung in Abhängigkeit von den Altersstufen.

5

Spannend ist die Feststellung, dass sich die sattsam bekannte midlife crisis in dieser Erhebung sehr gut als Sinnkrise in der Lebensmitte abbildet, und zwar genau dann, wenn die Arbeit die höchste Lebenspriorität darstellt. Die gute Nachricht: Mit dem Alter wird es besser, es treten andere Bereiche in den Vordergrund, darunter Altruismus (siehe oben), Natur und Spiritualität. Die Zufriedenheit mit dem eigenen Lebenssinn steigt wieder auf die gleichen Werte wie in der Jugend — trotz deutlich geringerer Lebenserwartung.

10

Aus diesen Daten lässt sich die Bedeutung von Spiritualität als potentiell sinngebender Bereich am Lebensende sehr gut erkennen. Aufgabe der verschiedenen Berufsgruppen in der Palliativ- und Hospizbetreuung ist es, diese Ressource zu aktivieren, wenn sie für die betroffenen Menschen von Nutzen sein kann.

15

Die Rolle der Ärzte

In Psalm 90 steht der bemerkenswerte Satz: «Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.» Auch der Buddha sagte: «Von allen Meditationen ist die über den Tod die höchste.» Wenn man über den Tod nachdenkt, tauchen spirituelle Themen wie von selbst auf. Wir haben dazu eine Untersuchung gemacht: Wenn in der Klinik ein Patient gefragt wird: «Möchten Sie mit dem Seelsorger sprechen?», ist die häufigste Antwort: «Ist es denn schon so weit mit mir?» Wenn wir aber als Ärzte den Patienten fragen: «Würden Sie sich im weitesten Sinne des Wortes als gläubigen Menschen bezeichnen?», so ist die Antwort in 87 Prozent der Fälle «Ja». 87 Prozent, das heißt fast neun von zehn Patienten, und das in unserer angeblich weitgehend säkularisierten Gesellschaft. Diese Frage hat sich als sehr gute Einstiegsfrage für ein Gespräch über Spiritualität am Lebensende erwiesen. Ein solches Gespräch wird von der großen Mehrheit der befragten Palliativpatienten als hilfreich und wenig belastend eingestuft. Wenn man die Patienten fragt, mit wem sie ein solches Gespräch am liebsten weiterführen möchten, dann schneiden die Ärzte sogar noch etwas besser ab als die Seelsorger. Ein Patient brachte es auf den Punkt: «Ich ziehe es vor, mit Ihnen [dem Arzt] über dieses Thema zu reden, denn Sie sind objektiver.»

20

25

30

Tatsächlich scheint es für Menschen im Angesicht des Todes von großer Bedeutung zu sein, von ihren Ärzten als ganze Menschen gesehen zu werden, wozu der spirituelle Bereich unmittelbar gehört. In gewissem Sinne ist dies auch eine Rückkehr zu den Wurzeln der Medizin, in denen der spirituelle und der heilende Aspekt untrennbar miteinander verbunden

35

waren — man denke wieder an die Schamanen oder die Medizinmänner. Vor diesem Hintergrund ist sicher auch das große Interesse zu sehen, das dem neuen akademischen Fach «Spiritual Care» entgegengebracht wird. Spiritual Care ist weit mehr als konfessionell geprägte (christliche) Seelsorge. Sie stellt die umfassende Sorge um den kranken Menschen dar, die den Berufen des Seelsorgers und des Arztes und im Grunde allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gemeinsam ist.

Im Jahr 2010 wurde an der Universität München die europaweit erste Professur für Spiritual Care etabliert, angesiedelt am Lehrstuhl für Palliativmedizin und passenderweise gleich ökumenisch besetzt mit einem katholischen und einem evangelischen Theologen. Obwohl sie vollständig durch externe Mittel des Stifterverbands für die Deutsche Wissenschaft finanziert wurde, stieß die Errichtung dieser Professur auf ganz erhebliche Widerstände innerhalb der medizinischen Fakultät. Ein hochrangiger Arzt und Professor fragte allen Ernstes nach, was denn der genaue Unterschied zwischen Spiritual Care und Aromatherapie sei. Diese Widerstände spiegeln die Schwierigkeiten des etablierten Medizinbetriebs wider, andere Kompetenzen als die ärztliche als gleichwertig zu akzeptieren. Inzwischen hat sich allerdings die Professur gut in die Arbeit der Fakultät eingefügt, und die Lehrangebote werden von den Studenten gerne angenommen. Das ist ein wesentlicher erster Schritt, um die spirituelle Dimension wieder in die moderne Medizin zu integrieren.

20 *Die Rolle der Seelsorger*

Eine weitere klassische Antwort auf die Frage, ob ein Gespräch mit dem Seelsorger gewünscht wird, ist: «Na ja, wissen Sie, ich bin nicht sehr religiös.» Darauf haben wir eine Standarderwiderung: «Unsere Seelsorger auch nicht!» Der regelmäßig einsetzende Lacherfolg erlaubt dann ein Gespräch darüber, was spirituelle Begleitung in der Palliativmedizin wirklich meint. Eine zentrale Rolle spielt die biographische Arbeit, die Unterstützung in dem Versuch, Sinn im vergangenen, gegenwärtigen und künftigen Leben (sei der bevorstehende Abschnitt noch so kurz) zu finden. Dazu können außerdem gehören: die Aufarbeitung ungelöster Konflikte, die Erinnerung an vieles Gute, was vergessen war, und eventuell — aber keinesfalls zwingend — auch die Erfahrung des «Getragenwerdens» in einem die eigene Person übersteigenden (transzendenten) Sinnzusammenhang.

Eine weitere Möglichkeit der biographischen Arbeit kann die Erstellung einer schriftlichen Zusammenfassung des eigenen Lebens, sozusagen als «Nachlass» für die Angehörigen und Nachkommen, sein. Dieser Ansatz, der vom kanadischen Arzt Dr. Harvey Chochinov als «Dignity Therapy» (Therapie der Würde) entwickelt wurde, hat bei vielen Patienten positive Resonanz gefunden. Dies zeigt, wie wichtig es für viele Menschen am Lebensende ist, eine Spur in dieser Welt zu hinterlassen.

Das, was früher die Hauptaufgabe der Krankenhauseelsorger war, stellt heute, rein zeitlich gesehen, nur einen kleineren Teil ihrer Arbeit dar: die Durchführung von Ritualen (Segnung, Krankensalbung, Beichte, Kommunion etc.). Eine Untersuchung der Seelsorgepraxis in acht bayerischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen zeigte (bei 250 dokumentierten Kontakten), dass in allen Fällen ein zumeist längeres Gespräch stattfand, aber nur in 55 Prozent der Fälle ein Ritual (einschließlich Gebet oder Segen) vollzogen wurde. Interessanterweise wurden nie Rituale durchgeführt, wenn der Kontakt ausschließlich mit den Angehörigen (ohne Patient) stattfand. Art und Spektrum der Seelsorgearbeit sind mithin derzeit einem starken Wandel unterworfen, der auch mit einer Ausweitung der geforderten Kompetenzen im interreligiösen und multiprofessionellen Dialog einhergeht.

Die Rolle des Teams

- Spiritualität ist Teamarbeit — das wird einem in der Arbeit mit Schwerstkranken und Sterbenden immer wieder vor Augen geführt. Dazu gehört zunächst die Reflexion der Teammitglieder über ihre eigene Spiritualität als wesentliche Voraussetzung für ihre Arbeit in diesem Bereich. Ein Spiritual-Care-Kurs, bei dem es hauptsächlich um diesen Aspekt ging, konnte sowohl das spirituelle Wohlbefinden der Teilnehmer als auch ihre Einstellung zur eigenen Arbeit und zu den Kollegen nachhaltig verbessern.
- Es sind oft beiläufige Andeutungen, Halbsätze oder Traumerzählungen, die über die spirituellen Nöte und Bedürfnisse eines Patienten am besten Auskunft geben, und es ist auch keineswegs immer ein und dieselbe Person, an die sich diese Mitteilungen richten. Erst in der Gesamtschau ergeben die mehr oder minder versteckten Hinweise plötzlich einen Sinn. Die Wahrnehmung dieser Signale ist Aufgabe aller Mitarbeiter im Palliativteam. Entsprechend ist Spiritual Care nicht nur Aufgabe der Seelsorger, sondern des gesamten Teams. Der Patient sucht sich die Person aus, von der er spirituell begleitet werden möchte. Das kann die Krankenschwester, der Psychologe, die Hospizhelferin, der Seelsorger oder auch der Arzt sein. Und manchmal sind die Rollengrenzen nicht ganz scharf definiert, wie die folgende kleine Geschichte zeigt.
- Frau W., eine 87-jährige Patientin mit Brustkrebs im Endstadium, die ich wegen «Unruhe» sehen sollte, entpuppte sich bei der Untersuchung als eine charmante, zierliche alte Dame ohne akute physische Beschwerden und mit exzellenter Symptomkontrolle. Als ich sie über ihre Ängste befragte, erzählte sie, dass sie eine furchtbare Angst vor dem Sterben und vor dem habe, was möglicherweise danach kommen könnte. Innerhalb einer Stunde erzählte sie mir daraufhin ihr gesamtes Leben, und ich hörte ihr zu, ohne ihren Monolog zu unterbrechen. Danach war sie etwas ruhiger, und wir verabschiedeten uns. Ich hatte bei dem Besuch natürlich alle Insignien getragen, die auf meinen Beruf hinwiesen, den weißen Kittel mit dem Namenszug, das Stethoskop usw. Als aber am Nachmittag der für die Station zuständige Seelsorger seine Runde drehte, begrüßte sie ihn mit den Worten: «Sie brauchen heit net kemma, der Herr Pfarrer war scho do.»
- Das ist eine Anekdote, die zum Schmunzeln anregt. Auf den zweiten Blick stellt sich allerdings die Frage, was es über unser Gesundheitssystem aussagt, wenn ein Arzt, der nichts anderes tut, als zuzuhören, von der Patientin unbewusst in einen anderen Beruf transferiert werden muss, weil dieses Verhalten offenbar mit ihrem Konzept eines Arztes — zumal in einem Universitätsklinikum — nicht in Einklang zu bringen ist.

Schlussbemerkung

- Eine der wichtigsten Botschaften von Spiritual Care lautet: Was uns allen zu wünschen ist, ist ein nüchterner und gelassener Blick auf die eigene Endlichkeit. Dies erfordert eine ruhige und wiederholte Reflexion über unsere Prioritäten, unsere Wertvorstellungen, unsere Überzeugungen und unsere Hoffnungen, am besten im Dialog mit den Menschen, die uns am nächsten stehen. Das passiert leider im Leben eher selten, und wenn, dann oft sehr spät. Nehmen wir uns hier und jetzt die Zeit dafür. Als Motto dieser Reflexion und als Erinnerung daran kann vielleicht der uralte Ruf dienen, der am Ende eines jeden Tages, nach der allerletzten Meditation, in den Zen-Klöstern erschallt:

Eines lege ich euch allen ans Herz:
 Leben und Tod sind eine ernste Sache.
 Schnell vergehen alle Dinge.
 Seid ganz wach,
 niemals achtlos,
 niemals nachlässig.

Der Tod

aus: Karl Jaspers, Psychologie der Weltanschauungen, Berlin 1925, S. 261 f.

.....

5 Der Tod ist etwas Unvorstellbares, etwas eigentlich Udenkbares. Was wir bei ihm vorstellen und denken, sind nur Negationen, und sind nur Nebenerscheinungen, sind nie Positivitäten. So „erfahren“ wir im eigentlichen Sinn auch den Tod des Nächsten nicht. Er verläßt uns und ist doch für uns derselbe; er ist und ist nicht. Unser allgemeines Wissen vom Tode und unsere erlebte Beziehung zum Tode sind ganz heterogene Dinge: Wir können den
10 Tod gleichzeitig im Allgemeinen wissen und doch ist etwas in uns, das ihn instinktmäßig nicht für notwendig und nicht für möglich hält. Was uns psychologisch interessiert, das ist dies ganz persönliche Verhalten zum Tode, die individuell erlebte Reaktion auf die Situation der Grenze des Todes.

Diese Frage kann erst auftreten, wenn der Tod als Grenzsituation in das Erleben des
15 Menschen getreten ist. Das ist er nicht bei primitiven Völkern (hier wird der Tod oft nicht für unvermeidlich gehalten, sondern für verursacht durch einen bösen Willen); das ist er auch nicht in gebundenen Zeiten, in denen der Mensch einfach fertige Vorstellungen von der Rolle des Todes als völlig selbstverständlich, als so gewiß wie die sinnliche Wirklichkeit traditionell übernimmt; das ist er auch nicht bei allen Versinnlichungen, Konkretisierungen
20 des Unsterblichkeitsgedankens, die den Tod als Grenze für das Erleben aufheben. So ist in weiten Kreisen mittelalterlichen Christentums völlig gewiß und selbstverständlich, daß der Mensch nach dem Tode ins Fegefeuer geht, daß er ein ewiges, sinnlich vorstellbares Leben hat, daß er nach dem Tode Strafe und Lohn empfängt; daß es für diese irdische Zeit entscheidend darauf ankommt, wie er lebt, wie er handelt; es ist bei ihm, wenn er doch Sünde
25 auf Sünde häuft, psychologisch etwa so, wie bei jemandem, der ganz gewiß weiß, daß er ein Examen machen muß und doch nicht ordentlich dazu arbeitet. In allen diesen Fällen wird die sinnliche Todesfurcht mehr oder weniger überwunden durch Vorstellungen sinnlicher Erhaltung. Dazu entarten fast alle Deutungen und Formeln ursprünglich ganz anders motivierter religiöser Überwindungen. Das Bewußtsein der Grenze und der Unendlichkeit
30 geht verloren, der Tod wird ein bloßer Abschnitt in einer endlich vorgestellten Welt, er hört auf Grenzsituation zu sein. Ein spezifisches Erleben, das aus der Grenzsituation erwächst, bleibt nicht übrig.