



»*Das
Schwache
stärken
und
das
Starke
behüten.*«

Ez 34,16

Eine Handreichung
für die Seelsorge in der
Palliativversorgung



Liebe Kollegin, lieber Kollege,

diese Handreichung ist einem Projekt der Evangelischen Landeskirche in Württemberg erwachsen: SEELSORGE IN DER PALLIATIVVERSORGUNG (2012–2017). MARGRET EHNI, Pfarrerin auf der Projektstelle, hat darin zusammengestellt, was ihr nach detaillierten qualitativen Interviews mit Klinikseelsorgenden, aus ihrer eigenen Erfahrung als Pfarrerin auf einer Palliativstation und im Diskurs mit Lehrenden und Studierenden in PALLIATIVE CARE wichtig geworden ist für die Seelsorge mit Schwerkranken und Sterbenden.

Dabei ist MARGRET EHNI geleitet vom prophetischen Wortbild EZECHIELS, in dem Gott selbst sich zeigt als fürsorglicher, achtsamer Hirte, der *»das Schwache stärken und das Starke behüten«* will (Ez 34,16). SEELSORGE IN DER PALLIATIVVERSORGUNG sieht MARGRET EHNI als seelsorgliche Arbeit in den Spuren dieses Gottes und in den Spuren JESU, der das Hirtenbild für sich aufnimmt. Seelsorgliche Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden, das heißt dann: achtsam und unterstützend begleiten; Kräfte, Ressourcen suchen, die stärken und Halt geben, auch in den letzten Atemzügen.

Wir hoffen sehr, dass diese Handreichung nun wiederum Ihnen Unterstützung gibt, Sie stärkt und ermutigt in der seelsorglichen Begegnung mit schwerkranken und sterbenden Menschen, mit Trauernden, mit Pflegenden, mit therapeutisch Tätigen – und im Umgang mit der eigenen Begrenztheit.



Dr. Karin Grau
Kirchenrätin

INHALTSVERZEICHNIS

4	I. EINLEITUNG	23	VI. SEELSORGLICH-SPIRITUELLE BEGLEITUNG
7	II. PALLIATIVE CARE Was ist Palliative Care? · Stationäre Palliativversorgung · Ambulante Palliativversorgung		Der Auftrag Jesu · Annehmen was ist · Ressourcen und Rituale · Die Angehörigen einbeziehen · Mit Schamgefühlen umgehen · Trauer begleiten · Der Wunsch nach Suizid und Suizid-Hilfe · Was danach kommt · Biblische Bilder und Zeichen
9	III. DIE BETEILIGUNG DER SEELSORGE AN DER PALLIATIVVERSORGUNG Die (Nicht)anerkennung durch die Krankenkassen · Die Einbindung in die stationäre Palliativversorgung · Vernetzung mit ambulanten Palliativstrukturen	37	VII. EXKURS ZUM SOGENANNTEN ›GUTEN‹ STERBEN Wunsch- und Schreckensbilder · Tod und Kultur · Positive innere Bilder stärken · Christliche Heilsbilder · Im Loslassen ein Finden
11	IV. DIE MITARBEIT IM STATIONÄREN ›PALLIATIVE CARE TEAM‹ Struktur und Fokus der Teamarbeit · Zum Rollenverständnis der Seelsorge · Zum Seelsorge- und Beichtgeheimnis · Die ökumenische und interreligiöse Dimension	45	VIII. SELBSTFÜRSORGE Symptome, wenn es zu viel wird · Strukturelle Unterstützung · Ressourcen und Coping-Strategien im professionellen Bereich · Ressourcen und Coping-Strategien im persönlichen Bereich
15	V. SEELSORGE UND ›SPIRITUAL CARE‹ ›Spiritual Care‹ · Christliche Spiritualität · Aspekte von Spiritualität · Spiritualität im ›Palliative Care Team‹ · Spirituelle Anamnese	49	IX. SCHLUSSWORT
		50	X. ANLAGEN
		53	XI. LITERATURVERZEICHNIS

I. EINLEITUNG

Die Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen ist eine der kostbaren und ureigenen Aufgaben kirchlicher Seelsorge in Gemeinde, Klinik und Pflegeheim. Pfarrerinnen und Pfarrer, Diakoninnen und Diakone sind für die Seelsorge mit Schwerkranken, mit Sterbenden und mit Trauernden ausgebildet; Krankenhaus- und Altenheimseelsorgende sind hier in besonderer Weise qualifiziert. Viele der Kolleginnen und Kollegen waren oder sind auch beteiligt bei der Einrichtung und Begleitung stationärer Hospize und ambulanter Hospizgruppen.

Mit der Einführung von PALLIATIVE CARE in die medizinische Versorgung ist die kirchliche Seelsorge vor neue Herausforderungen gestellt. In relativ kurzer Zeit haben sich neue Strukturen multiprofessioneller Begleitung von sterbenskranken Menschen etabliert, in denen kirchliche Seelsorge als eine Form spiritueller Begleitung grundsätzlich vorgesehen, aber im konkreten Fall nicht immer beteiligt ist.

Vor diesem Hintergrund richtete die Evangelische Landeskirche in Württemberg die Projektpfarrstelle Seelsorge in der Palliativversorgung ein, mit dem Ziel, eine Handreichung für alle an der Palliativversorgung interessierten und/oder beteiligten Pfarrerinnen und Pfarrer, Diakoninnen und Diakone zu erarbeiten.

In einer ersten Fragebogen-Erhebung wurde sondiert, welche Klinikseelsorgenden unserer Landeskirche in die stationäre Palliativversorgung eingebunden sind. Darauf aufbauend wurden ausführliche qualitative Interviews geführt und anonymisiert ausgewertet. Dabei zeigten sich große Übereinstimmungen in der Wahrnehmung problematischer Punkte bei der Mitarbeit im multiprofessionellen Palliativteam. Es wurde deutlich, dass Klärungsprozesse notwendig sind im Blick auf die Rolle der Seelsorge, die Beachtung des Seelsorgegeheimnisses, die interkonfessionelle und interreligiöse Sensibilität – aber auch im Blick auf so etwas wie das PROPRIUM kirchlicher Seelsorge.

Diese Handreichung gibt zunächst einen Überblick über die verschiedenen Formen von PALLIATIVE CARE und die Einbindung kirchlicher Seelsorge¹. An Hand konkreter Fallbeispiele werden dann die Rolle der Seelsorgerin und des Seelsorgers, die Bedeutung des Seelsorgegeheimnisses und die konfessionelle und interreligiöse Dimension der Seelsorge reflektiert. Zentraler Punkt der Handreichung ist es, christliche seelsorglich-spirituelle Begleitung als ausdrückliche Form von SPIRITUAL

CARE zu profilieren. Zur evangelischen Sterbebegleitung gehört außerdem, im Anschluss an MARTIN LUTHER eine Haltung zum sogenannten »guten« Sterben zu gewinnen und Formen der Selbstfürsorge zu entwickeln.

Das Anliegen dieser Handreichung ist es, unseren Seelsorgerinnen und Seelsorgern Mut zu machen, sich positioniert und zugleich sensibel und offen in die verschiedenen Strukturen palliativer Versorgung einzubringen. Schwerkranken und Sterbende zu begleiten ist – auch außerhalb palliativer Strukturen – eine Herzensangelegenheit christlichen Glaubens und christlicher Gemeinde.

1 Diese Handreichung ist erst ein Beginn. Im Blick auf die Einbindung der Seelsorge in die SAPV und in die pädiatrische Palliativversorgung sind weitere Recherchen notwendig. Diese werden auf der Homepage der Klinikseelsorge zugänglich gemacht: www.krankenhausseelsorge-wuerttemberg.de.



II. PALLIATIVE CARE

II. 1. WAS IST PALLIATIVE CARE?

PALLIATIVE ist von lat. PALLIUM = Mantel abgeleitet; CARE bedeutet nicht nur Pflege, sondern auch Versorgung und Betreuung, CARE meint eine Haltung, die sich kümmert, die sich aus jemandem etwas macht. PALLIATIVE CARE liegt daran, dass Schwerkranke und Sterbende aufmerksam versorgt und UMMANTELT werden.

CICELY SAUNDERS, die Initiatorin und Begründerin der Hospizbewegung, beschreibt den Fokus der hospizlichen und palliativen Versorgung so: *»Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.«*² D.h.: PALLIATIVE CARE geht es um Lebensqualität für Schwerkranke und Sterbende, nicht um Lebensverlängerung um jeden Preis.

Dementsprechend formuliert die WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO) im Jahr 2002: *»PALLIATIVE CARE dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Krankheit konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.«* Die WHO geht

.....

2 Dieser Satz wurde mündlich weitergegeben und ist in Saunders' Veröffentlichungen wörtlich nicht zu finden.

damit von vier Dimensionen des Menschseins aus, bei denen PALLIATIVE CARE anzusetzen hat. In der Verschränkung dieser vier Dimensionen kann sowohl ein umfassendes Wohlgefühl als auch »total pain«³, »ganzer Schmerz«, entstehen.

PALLIATIVE CARE bedeutet also nach der Definition der WHO: Sorge für Lebensqualität bei lebensbedrohlicher Krankheit; Vorbeugung und Linderung, Beurteilung und Behandlung in allen vier Dimensionen der menschlichen Existenz:

- » physisch
- » psychisch
- » sozial
- » spirituell

Das bedeutet, dass eine angemessene Behandlung nur in einem multiprofessionellen Team erfolgen kann.

.....

3 Saunders (1993) S.12

II. 2. STATIONÄRE PALLIATIVVERSORGUNG

Im Laufe der letzten 20 Jahre sind in vielen Krankenhäusern – auch im Bereich der Württembergischen Landeskirche – PALLIATIVSTATIONEN entstanden, in denen kurative medizinische Maßnahmen zurücktreten gegenüber einer symptomlindernden, auf die jeweiligen Bedürfnisse des schwerkranken Menschen ausgerichteten Versorgung. Im multiprofessionellen Palliativ-Team arbeiten Professionelle aus den Berufsgruppen Medizin, Pflege, Psychologie, Physiotherapie, Seelsorge und Sozialdienst sowie aus anderen Formen psychosozialer und therapeutischer Begleitung (Musik-, Kunst-, Ergotherapie etc.) in enger Abstimmung mit den An- und Zugehörigen der Patient*innen zusammen.

Zunehmend werden in Kliniken, die nicht über eine eigene Palliativstation verfügen, die aber eine palliativmedizinische Behandlung Schwerstkranker ermöglichen wollen, einzelne PALLIATIVBETTEN ausgewiesen und/oder PALLIATIVE KONSILIARDIENSTE eingerichtet, die bei Bedarf abgerufen werden können.

II. 3. AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG

AAPV

Die ALLGEMEINE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG wird zumeist von niedergelassenen Ärzt*innen und ambulanten Pflegediensten mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht. In der Regel sind diese Dienste nur zu einem kleinen Teil ihrer Zeit mit der Versorgung von Palliativpatient*innen beschäftigt. Kommt es zu komplexeren Symptomen und Versorgungsproblemen ist das spezialisierte Team gefragt.

SAPV

Die SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG ist im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) § 37b für jede Patientin und jeden Patienten vorgesehen. Im Bereich der Württembergischen Landeskirche sind inzwischen in fast allen Landkreisen solche SAPV-Teams tätig, die auf ärztliche Verordnung sowohl im häuslichen Bereich wie auch in Einrichtungen (Alten- und Pflegeheime) in Absprache mit den Brückenschwestern die palliative Versorgung gewährleisten. Bisher arbeiten in diesen Teams Pflegenden und Ärzte*innen zusammen. Weitere Professionen sind von den Krankenkassen in der Abrechnung nicht vorgesehen.

III. DIE BETEILIGUNG DER SEELSORGE AN DER PALLIATIVVERSORGUNG

III. 1. DIE (NICHT)ANERKENNUNG DURCH DIE KRANKENKASSEN

Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich wird die Arbeit der Seelsorge in der Palliativversorgung – mit Ausnahme von wenigen Kliniken – von den Krankenkassen nicht als anzurechnende Leistung anerkannt.

Die Abrechnung des Aufenthaltes von Palliativpatienten im Krankenhaus geschieht mit der Ziffer Palliative Komplexbehandlung. Neben den medizinischen und pflegerischen Leistungen gehören dazu pro Woche sechs Stunden Behandlung/Begleitung durch andere Professionen wie Physiotherapie, Psychoonkologie, Sozialarbeit etc. Die Seelsorge wird hier nicht aufgeführt⁴.

Inzwischen gibt es nicht nur aus unserer Landeskirche, sondern EKD-weit und aus der Sektion Seelsorge der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN (DGP) das Bemühen, die Seelsorge als Leistung innerhalb der Palliativversorgung anerkannt zu bekommen⁵. Gespräche auf unterschiedlichen Ebenen im gesundheitspolitischen Bereich wie auch mit Vertretern der Krankenkassen

haben bis jetzt (2016) noch zu keinen konkreten Ergebnissen geführt.

III. 2. DIE EINBINDUNG IN DIE STATIONÄRE PALLIATIVVERSORGUNG

Unsere Interviewstudie erbrachte, dass im Bereich der Württembergischen Landeskirche in allen Krankenhäusern mit Palliativstation, Palliativbetten oder Palliativem Konsiliardienst, in denen Krankenhauseelsorgende einen Dienstauftrag wahrnehmen, diese auch im PALLIATIVE CARE TEAM mitarbeiten. In der Regel nimmt eine der beiden Konfessionen diesen Auftrag wahr und die andere übernimmt die Vertretung. Vereinzelt sind auch die Vertreter*innen beider Konfessionen im Team tätig. Diese Praxis entspricht dem Entwurf einer Ökumenischen Rahmenvereinbarung für die Klinikseelsorge in Württemberg, der 2017 zur Erprobung kommen wird und der eine in der Ökumenischen Konferenz abgesprochene Beteiligung der Seelsorge an der stationären Palliativversorgung vorsieht.

Die Interviewstudie zeigt auch, dass sich die quantitative Arbeitszeit der Seelsorge in der stationären Palliativversorgung nur bedingt vergleichen lässt, da die Palliative Versorgung in den ein-

.....
⁴ Siehe ›Anlage 1‹ MDK

⁵ Siehe ›Anlage 2‹ DGP und ›Anlage 3‹ FoKa

zelen Krankenhäusern unterschiedlich organisiert und ausgestattet ist und auf kirchlicher Seite die Stellenanteile ebenfalls differieren. In den inhaltlichen Fragen, auf die sich diese Handreichung konzentriert, sind jedoch große Übereinstimmungen zu erkennen.

III. 3. VERNETZUNG MIT AMBULANTEN PALLIATIVSTRUKTUREN

Für die ambulante Palliativversorgung im Bereich der Württembergischen Landeskirche ist festzustellen: In nur wenigen SAPV-Teams arbeiten Pfarrer*innen entweder im Rahmen ihres Dienstauftrags oder auf ehrenamtlicher Basis mit. Diese Mitarbeit ist – so weit wir sehen – nur in ganz wenigen Fällen in der pfarramtlichen Geschäftsordnung dokumentiert.

In einzelnen Landeskirchen der EKD gibt es besonders ausgewiesene Teil-Dienstaufträge für Seelsorge im SAPV-Team. So in der Hannoverschen Landeskirche (mehrere 25%-Teilaufträge) und in der Bayerischen Landeskirche (25%-Teilaufträge, die von Stiftungen u. ä. finanziert und ab 2017 verstetigt werden). Die Deutsche Bischofskonferenz finanzierte ein zweijähriges Projekt, in dem ebenfalls Dienstaufträge der Seelsorge in den ambulanten Teams finanziert wurden. Vereinzelt wurden diese Dienstaufträge verstetigt. Die Diözese Rottenburg-Stuttgart plant einzelne Teilaufträge in 4 SAPV-Teams ab 2017. Insgesamt aber ist kirchliche Seelsorge in der ambulanten Palliativversorgung kaum präsent. In Württemberg ist eine strukturelle Einbindung

der Seelsorge in die ambulante Palliativversorgung auch dadurch erschwert, dass sich die Bereiche der AAPV wie auch der SAPV mit den Parochien und Kirchenbezirken überschneiden. Da es wohl nicht in allen Kirchenbezirken zu einer besonderen Beauftragung der Seelsorge für die ambulante Palliativversorgung kommen wird, schlagen wir die Prüfung folgender Vernetzungsmöglichkeiten vor:

1. Gibt es einzelne Pfarrer*innen in den Gemeinden eines Kirchenbezirks, die einen besonderen Schwerpunkt im Bereich der Seelsorge haben und als Kontaktpersonen zum PalliativeCareTeam fungieren können?
2. Ist das Angebot von Seelsorge auch bei den kirchlichen Sozialstationen bekannt und wird es dort als Angebot (z. B. auf dem Flyer) genannt? Voraussetzung ist, dass die Pfarrer*innen, Diakon*innen und ehrenamtliche Seelsorgende bereit sind, auf Anfrage zu Kranken und Sterbenden zu kommen.
3. Wissen die Hausarzt*innen, (auch private) Pflegedienste, ambulanten Hospizdienste über ein Seelsorgeangebot Bescheid? Wie wird dies kommuniziert? Gibt es dafür ein Netzwerk oder eine Kontaktperson?
4. Alle Vernetzungen und Angebote sollten ökumenisch besprochen und abgeklärt sein.

Die Evaluation des Projektes der DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ hat allerdings gezeigt, dass einer der wichtigsten Faktoren, dass Seelsorge in der ambulanten Palliativversorgung auch in Anspruch genommen wird, der regelmäßige und struk-

turelle Kontakt der Seelsorge mit dem SAPV-Team ist⁶.

.....

6 N. Kuhn-Flammensfeld, München mündlich in der Sitzung der Sektion Seelsorge beim DGP-Kongress in Leipzig am 8.9.2016

IV. DIE MITARBEIT IM STATIONÄREN ›PALLIATIVE CARE TEAM‹

IV.1. STRUKTUR UND FOKUS DER TEAMARBEIT

Die Arbeit der stationären Palliativversorgung geschieht analog zum mehrdimensionalen Menschenbild im multiprofessionellen Team. Zu diesem gehören Personen aus der Ärzteschaft, Pflege, Sozialarbeit, Seelsorge, Psychologie, Physiotherapie, evtl. Kunst-, Ergo- und Musiktherapie, vereinzelt auch Ehrenamtliche.

Grundlegend für die Arbeit im PALLIATIVE CARE TEAM sind ...

- » tägliche kurze Besprechungen der anwesenden Teammitglieder
- » wöchentliche Teambesprechungen zu allen Patient*innen

- » meist monatlich stattfindende Team-Supervision
- » Gedenkrituale im Team, mit Angehörigen, evtl. als Gottesdienst
- » PALLIATIVE-CARE-Fortbildungen für alle Teammitglieder

Die sogenannte UNIT OF CARE, d. h. das System, dem die Behandlung und Begleitung gilt, sind immer der Patient oder die Patientin zusammen mit den jeweiligen An- und Zugehörigen.

Die Haltung im PALLIATIVE CARE TEAM ist idealerweise geprägt von Respekt vor der Individualität der Patient*innen, der An- und Zugehörigen.

Zuwendung und Wertschätzung sollen sowohl in der Haltung wie auch in der Kommunikation deutlich werden.

Im Fokus der palliativen Versorgung stehen Linderung und Behandlung von ...

- » Physischem Leiden: Schmerzen, Atemnot, Übelkeit/ Erbrechen, Obstipation, Fatigue (Erschöpfung)
- » Psychischem Leiden: Fatigue, depressive Verstimmungen, Depressionen, Krisensituation, Gefühl der Wertlosigkeit etc.
- » Sozialem Leiden: Probleme in Beziehungen, Veränderungen und Übergänge in andere Versorgungssysteme
- » Spirituellem Leiden: Existenzielle und spirituelle Fragen u.a. Lebensbilanz, Theodizeefrage, Sinnfrage, Generativität, Endlichkeit, Leben nach dem Tod; Suche nach Ressourcen und Ritualen

Diese Zuordnungen treten meist ineinander verschränkt auf. Deshalb ist die Kommunikation der Teammitglieder von großer Bedeutung. Die Formulierung von Therapiezielen und Therapiezieländerungen wird im Team besprochen. Leitende Fragestellung ist die nach der Lebensqualität.

IV. 2. ZUM ROLLENVERSTÄNDNIS DER SEELSORGE

Klinikpfarrerinnen und -pfarrer sind Seelsorgende für die Patienten*innen und ihre An-

und Zugehörigen sowie seelsorgliche Ansprechperson für alle im Krankenhaus beschäftigten oder verweilenden Personen. Krankenhausseelsorgende auf einer Palliativstation haben daneben auch eine andere Rolle: Sie sind auch Mitglieder des multiprofessionellen PALLIATIVE CARE TEAMS.

Dies beinhaltet – anders als auf anderen Stationen – in strukturelle Treffen und Gespräche über Patient*innen und An- und Zugehörige eingebunden zu sein; Mitspracherecht bei Therapiezielentscheidungen und -veränderungen; Arbeit »auf Augenhöhe« mit den anderen Teammitgliedern; Transparenz der eigenen Tätigkeit gegenüber dem Team; Ritualangebote für das Team und/oder Ritualgestaltung mit dem Team (Gedenken der Verstorbenen, Trauererfahrungen).

Dabei bleibt erfahrungsgemäß eine gewisse Spannung auszuhalten, da die Seelsorgenden – wie alle Krankenhausseelsorgenden – auch für die Mitglieder des PALLIATIVE CARE TEAMS zu Seelsorgegesprächen bereit sind und insofern nicht ganz in der Rolle des Teammitglieds aufgehen.

IV. 3. ZUM SEELSORGE- UND BEICHTGEHEIMNIS

Zur Klarheit trägt bei, wenn sich die Seelsorgenden den Patient*innen, den An- und Zugehörigen sowohl als Seelsorgende wie auch als Mitglieder des PALLIATIVE CARE TEAMS vorstellen. Damit ist deutlich gemacht, dass die Seelsorgenden in Austausch und Informationsfluss des Teams eingebunden sind.

Unsicherheiten können dann auftreten, wenn es in Teambesprechungen darum geht, die seelsorglich-spirituellen Erfahrungen der Begleitung von Palliativpatient*innen im Team offen zu legen. In welcher Form kann dies geschehen, ohne dass das Seelsorgegeheimnis verletzt wird?

Die Sektion Seelsorge der DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) beschreibt solche Grenzsituationen und regt, an die Begriffe Amtsverschwiegenheit, Berufsgeheimnis, Beichtgeheimnis und Seelsorgegeheimnis klar voneinander abzugrenzen. Inhalte eines Beichtgesprächs dürfen auf keinen Fall weitergegeben werden. *»Ob hingegen Themen, die im allgemeinen Seelsorgegespräch dem Seelsorger oder der Seelsorgerin anvertraut wurden, dem palliativen Behandlungsteam zugänglich gemacht und dokumentiert werden dürfen, ist jeweils im Einzelfall zu prüfen.«⁷*

Mögliche Formen der Weitergabe von Informationen:

- » Seelsorgende bestätigen lediglich, was andere Teammitglieder von der Patient*in wissen und erzählen
- » *»Besondere Vereinbarungen und Hinweise, die im Sinne der Patient*in dem Team zugänglich gemacht werden sollen«⁸* (z. B. Wunsch

7 Coors/Haart/Demetriades (2014) S. 97

8 a. a. O. S. 98

nach Gottesdienstbesuch, Benachrichtigung der Seelsorge in bestimmten Situationen etc.)

- » Seelsorgende berichten erst nach Rücksprache mit der Patient*in und der eigenen verantwortungsvollen Prüfung, inwieweit die Mitteilung dem Wohl der Patient*in dient

Die Praxis der Seelsorgenden zeigt, wie schwierig es im Einzelfall ist, eine Entscheidung über die notwendigen Mitteilungen im Team oder in der Dokumentation zu treffen.

.....

AUS DER SEELSORGEPRAXIS

HERRA., JAHRGANG 1951,
Bronchialkarzinom mit Metastasen.

Im Team wird berichtet, dass er nicht spricht, mit niemandem. Er starrt nur vor sich hin, liest nicht, schaut nicht fern. Sein Muskeltonus ist in Ordnung, er kann selbständig zur Toilette gehen. Dennoch liegt er meistens im Bett, auf dem Rücken, unbeweglich.

Er bekommt so gut wie keinen Besuch. Ganz selten kommen seine Kinder, Tochter und Sohn. Diese kommen immer zu zweit, bleiben nur ein paar Minuten im Zimmer und gehen dann wieder.

Spekulationen im Team: Andere Angehörige kommen öfters und sind länger da, warum

diese beiden nur so kurz, warum immer zu zweit? Redet er mit ihnen? Und was und worüber?

Die Tochter erzählt der Seelsorgerin ihre Geschichte: Sie hält es nur kurz bei ihrem Vater aus – und nur zusammen mit ihrem Bruder, weil der Vater sie als Jugendliche sexuell missbraucht hat. Ihr Bruder weiß das. Jetzt stirbt der Vater und sie fühlt sich verpflichtet, in Kontakt mit ihm zu kommen. Vielleicht lässt sich das Verhältnis zwischen ihnen beiden noch klären oder irgendwie versöhnen. Aber der Vater spricht auch mit ihr nichts.

Was erzählt die Seelsorgerin im Team?

SITUATION A: Da die Seelsorgerin die Tochter aufgrund unterschiedlicher Zeittakte nicht vor der nächsten Teamsitzung treffen kann, muss sie ohne Rücksprache mit der Tochter entscheiden. Sie prüft ihre Aussage (s. u.). Mögliches Einbringen ins Team: Es gab schwierige Zeiten zwischen Tochter, Sohn und Vater. Mein Eindruck ist: Dass die beiden überhaupt kommen, ist für sie kein kleiner Schritt.

SITUATION B: mit Rücksprache, Frage an die Tochter: Darf ich dem Team weitersagen, dass Sie als Jugendliche sehr schwierige Zeiten mit Ihrem Vater hatten und sich jetzt um Kontakt zu ihm bemühen? Dies kann vieles verständlich machen. Denn manche haben sich schon gewundert, warum er nicht spricht und Sie relativ kurz bei ihm sind.

.....

Kriterien zur Selbstprüfung vor der Weitergabe ins Team können diese Fragen sein:

1. Kann ich das, was ich sage, auch im Beisein der betroffenen Person sagen?
2. Dient das, was ich sage, dem Verständnis und Wohl der betroffenen Personen oder meiner eigenen Profilierung und Bedeutung? Und ist es wichtig für das Team davon zu wissen, um gut oder besser für das Wohl dieser Personen tätig sein zu können?

Die Dokumentation erfolgt üblicherweise in der Patientenakte auf einem besonders ausgewiesenen Blatt, auf dem alle Kontakte des PALLIATIVE CARE TEAMS kurz beschrieben und namentlich (Kürzel) abgezeichnet werden. Bewährt haben sich umschreibende Stichworte, die keine Rückschlüsse auf genaue Inhalte zulassen, aber das Thema grob umreißen, wie: Unterstützende Begleitung; Biographiegespräch; Ressourcengespräch; Seelsorgegespräch; Ritual; und entsprechend: mit Patient*in und Angehörigen etc.⁹.

IV. 4. DIE ÖKUMENISCHE UND INTERRELIGIÖSE DIMENSION

Die Arbeit der Seelsorge im PALLIATIVE CARE TEAM geschieht in kollegialer Absprache zwischen evangelischer und katholischer Klinikseelsorge. Unsere Interviewstudie zeigt: Im Bereich der Württembergischen Landeskirche ist meist eine der

⁹ Vgl. ›HOPE Bogen Spiritualität‹ auf der Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (www.dgpalliativmedizin.de)
> HOPE: Hospiz- und Palliativ-Erhebung > HOPE 2009 Module > Spiritualität

beiden Konfessionen als Mitglied im PALLIATIVE CARE TEAM eingebunden, in einigen Fällen auch beide (vgl. 3.2.). Es ist selbstverständliche Praxis, bei Bedarf die andere Konfession hinzuzuziehen. Die Seelsorgenden berichten aus Gesprächen mit Mitarbeitenden und Patient*innen allerdings auch, dass immer weniger zwischen Konfessionen und Kirchen unterschieden wird, besonders bei kirchenfernen Menschen, deren Anzahl kontinuierlich wächst.

Zum Angebot der Seelsorge auf Palliativstationen gehört es, bei Bedarf Kontakte zu vermitteln zu anderen Konfessionen und Religionen. Dies setzt Kenntnisse und Kontakte zu den vor Ort präsenten religiösen Gruppierungen voraus. Für muslimische Patientinnen und Patienten stehen in einigen Krankenhäusern Baden-Württembergs inzwischen ehrenamtliche muslimische Seelsorgende

zur Verfügung. Zu welcher Moscheegemeinde bzw. zu welcher Richtung des Islams (sunnitisch, schiitisch, alevitisch etc.) ein Patient, eine Patientin gehört, ist beim Kontaktangebot abzuklären. Ein nicht geringer Anteil der muslimischen Patient*innen auf Palliativstationen lebt säkular, ohne Kontakt zu einer Gemeinde. Auch hier können in der Sterbebegleitung – ähnlich wie bei aus den christlichen Kirchen Ausgetretenen – religiöse Fragen wieder auftreten. Unsere Seelsorgenden erleben hier sehr verschiedene Situationen: In manchen Fällen begleitet die Familie mit Koranlesungen die Sterbenden; Personen aus der Moscheegemeinde werden hinzugezogen; die Begleitung durch die christlichen Seelsorgenden z. B. mit Gebeten wird explizit gewünscht.

V. SEELSORGE UND ›SPIRITUAL CARE‹

Wenn Seelsorge in der Palliativversorgung beteiligt ist, so geschieht dies unter dem Stichwort SPIRITUAL CARE. Das Verhältnis SPIRITUAL CARE und Seelsorge wird in der Literatur viel diskutiert. Die Zeitschrift SPIRITUAL CARE bietet entsprechenden Veröffentlichungen großen Raum¹⁰. Vergleiche mit anderen europäischen Ländern – speziell mit den Niederlanden mit systemischer Vollintegration

10 Spiritual Care 4/2016 und 5/2016

(GEESTELIJKE VERZORGING) – zeigen, dass die Situation in Deutschland eine ganz eigene ist: Die Seelsorgenden der christlichen Kirchen arbeiten in einer TEILINTEGRATION¹¹ im System Krankenhaus; es hat sich eine »komplementäre und differenzierte Zusammenarbeit von Care und Seelsorge«¹² entwi-

.....

11 Nauer (2015) S.157

12 Kunz (2016) S. 245

ckelt, wie sie E. HAUSCHILDT und D. NAUER be-
fürworten.

Die Herausforderung an die Seelsorge der
Kirchen besteht darin, immer wieder die eigene Po-
sition und Arbeitsinhalte zu reflektieren und gegen-
über den anderen Professionen transparent zu ma-
chen. Dazu gehört auch, mit anderen SPIRITUAL
CAREGIVERS, die sowohl aus anderen Professionen
wie auch aus dem Bereich des Ehrenamtes kommen
können, in Dialog zu gehen. Dass dies nicht nur
›Zukunftsmusik‹ ist, zeigen Forschungsbeiträge im
Bereich von SPIRITUAL CARE¹³

V. 1. ›SPIRITUAL CARE‹

SPIRITUAL CARE ist ein sehr offener Be-
griff, der aus dem angloamerikanischen Bereich in
die deutsche Palliativmedizin eingewandert ist. Er
wurde in den Gesundheitsberufen, im Kontext me-
dizinischer Care-Konzepte entwickelt und geht auf
verschiedene Impulse zurück, von denen wiederum
insbesondere Cicely Saunders¹⁴ zu nennen ist.

SPIRITUAL CARE bezeichnet zunächst die
Sorge, das Sich-Kümmern um die spirituellen Be-
dürfnisse schwerkranker und sterbender Menschen,
ist aber inzwischen zu einem Feld- und Container-
begriff geworden, der unterschiedliche Dimensio-
nen ansprechen kann: die konkrete spirituelle Be-
gleitung, die gemeinsame Sorge verschiedener
Gesundheitsberufe für spirituelle Bedürfnisse, die

.....

13 Riegger/Sommermann (2016). Vgl. große Anzahl von
Veröffentlichungen zu Spiritualität in der Pflege und Medizin

14 Nauer (2015) S. 43

vierte Säule im Gesundheitswesen, eine religions-
überschreitende und pluralismusfähige Seelsorge,
ein Konzept spiritueller Selbstsorge¹⁵ etc.

SPIRITUAL CARE hat das Ziel, die weltan-
schaulichen Ressourcen der zu begleitenden Men-
schen zu nutzen. Sie geht dabei von einer Vielfalt an
Religionen und Weltanschauungen und deren kul-
tureller und individueller Ausprägungen sowie vom
Vorhandensein einer spirituellen Dimension des
Menschen aus. Die Offenheit von SPIRITUAL CARE
rührt aus dem weiten Gebrauch des zugrundelie-
genden Begriffs Spiritualität.

Das Wort SPIRITUALITÄT, von lat.
SPIRITUS, Geist, Hauch, und SPIRO, ich atme, wird
heute gerne verwendet, um eine nicht festlegende,
dem Geistigen Raum lassende Form von Religiosi-
tät, Glaube oder Frömmigkeit zu benennen. Einige
Autor*innen sehen mit dem Begriff per se eine Ten-
denz zur Individualisierung und/oder zur Verinner-
lichung gegeben. Eine aktuelle, interviewbasierte
empirische Untersuchung kommt zu dem Ergebnis,
der Mehrwert von Spiritualität liege darin, »dass da-
mit ein Spielraum für Artikulationen und Erkun-
dungen persönlich erfahrener Transzendenzen eröff-
net wird«¹⁶.

Geschichte und gegenwärtige Diskus-
sion des Begriffes Spiritualität können hier nur
knapp angerissen werden (vgl. 5.3.). Wir möchten
zuvor festhalten, dass auch der christliche Glaube
von Beginn an ein spirituelles Phänomen war. Und

.....

15 A. Kellehear in Nauer (2015) S. 19

16 Streib (2015) S. 245 f.

wir möchten verschiedene Aspekte von Spiritualität nennen, an die wir mit einer christlichen seelsorglich-spirituellen Begleitung anknüpfen können.

V. 2. CHRISTLICHE SPIRITUALITÄT

Was wir mit GEIST wiedergeben, dafür steht in der hebräischen Bibel das Wort RUACH, das bewegte Luft wie Wind, Energie und Atem umfasst, aber auch Lebens-, Gemüts- und Geistkraft. »Gottes ruach weht am Beginn der Schöpfung (Gen 1,2), sie erfasst Menschen, gibt ihnen das Leben (Hiob 33,4) und oft besondere Kraft (Ri 14,6; Jes 11,2). In ›Ez 37‹ kommen viele dieser Aspekte zusammen, wenn ruach als Wind in die toten Gebeine fährt, ihnen ihre ruach, ihre Lebenskraft wiedergibt und dann als Gottes ruach, Gottes Geistkraft in ihnen wirkt.«¹⁷

Im Neuen Testament werden diese vielfältigen Bedeutungen vom griech. Wort pneuma, Hauch, Atem, Wind Geist, aufgenommen und weitergeführt. Pneuma steht für eine besondere Geisterfahrung, die für die urchristliche Bewegung kennzeichnend und von der in sehr verschiedenen Nuancierungen gesprochen wird, die hier nur angedeutet werden können: Von dieser Geistkraft wird Maria schwanger (Lk 1,35); sie kommt bei der Taufe auf JESUS (Mk 1,10); sie wirkt in ihm und durch ihn (Mt 12,28); sie wirkt in den Nachfolger*innen und in ihrer Lebensgemeinschaft (Apg 2,1–21); sie ist eine Sphäre, in der die Kinder Gottes leben und in der Freiheit und Liebe zugleich möglich wer-

.....

17 BigS (2011) S.1827

den (Gal 3–5)¹⁸. So wie der Unaussprechliche dem Menschen den Lebensatem in die Nase bläst und damit den Erdling zu einem lebendigen Wesen werden lässt (Gen 2,7), so bläst der Auferstandene seine Jünger*innen an und sagt ihnen: »Nehmt heiligen Geist.« (Joh 20,22).

Christlicher Glaube war und ist immer auch eine spirituelle Bewegung. Christliche Spiritualität vertraut darauf, dass es möglich ist, aus dem Atem Gottes heraus zu leben, in inniger Verbindung mit dem gegenwärtigen Christus und in lebendigem Austausch untereinander. Biblisch gesehen gehört das alles zusammen: Lebendig sein – spirituell sein – ausatmen und einatmen.

V. 3. ASPEKTE VON SPIRITUALITÄT

In begriffsgeschichtlicher Perspektive wurden gerne zwei Linien unterschieden¹⁹, die wohl mehr miteinander verflochten sind als bisher angenommen wurde²⁰ und die im Kontext von PALLIATIVE CARE immer wieder anklingen: Spiritualität als Gemeinschafts- und als individueller Begriff.

SPIRITUALITÄT ALS GEMEINSCHAFTSBEGRIFF:

In der französischen Linie bezeichnet SPIRITUALITÉ seit dem 17. Jahrhundert die persönliche Beziehung des Menschen zu Gott, die in bestimmten Formen und Übungen als »Lehre vom

.....

18 Ebd.

19 Hagen/Roser (2011) S.21

20 Peng-Keller (2014) S.36–47

religiös-geistlichen Leben« ab 1900 weitergegeben wurde²¹.

Hier beinhaltet Spiritualität ...

- » eine persönliche Haltung und Beziehung des Menschen zu Gott
- » Strukturen, d. h. Umsetzung in bestimmte Formen der Frömmigkeit
- » ein Konzept, d. h. Vertiefung und Weitergabe als Lehre.

Dieser Spiritualitätsbegriff lässt sich auf alle konkreten, vorfindlichen Religionen anwenden. *»Spiritualität ist wohl als der eigentliche Kern jeder religiösen Tradition zu betrachten. Alle bekannten Religionen beziehen sich auf die religiösen Erfahrungen, das lebendige religiöse Erleben von [...] visionären Persönlichkeiten, auf Propheten und Prophetinnen, auf Mystiker und Mystikerinnen. Am Beginn einer Religion stehen nicht Dogmen, sondern Erfahrungen, Visionen, Offenbarungen, intuitive Einsichten. Lehren, Dogmen, Riten entwickeln sich (erst) im Prozess der Tradition und Institutionalisierung.«²²*

.....

21 Roser (2009) S. 51

22 Heller (2014) S. 51

SPIRITUALITÄT ALS INDIVIDUELLER BEGRIFF:

In der angelsächsischen Linie bezeichnet SPIRITUALITY eine eher unbestimmte Spiritualität, gekennzeichnet durch ...

- » direkte, unmittelbare, persönliche Erfahrung
- » Verinnerlichung von Religion
- » die Voraussetzung, dass Spiritualität eine universale anthropologische Kategorie darstellt
- » eine Bezogenheit auf Kulturen und Religionen, die sich in Auseinandersetzung mit religiösen Traditionen entwickelt hat
- » eine Transzendierung der Grenzen von Religion und in Distanz zu Religionssystemen.

Dieser Spiritualitätsbegriff findet sich unter anderem auch in unterschiedlichen religiösen, freikirchlichen und esoterischen Kreisen. Der individuelle Spiritualitätsbegriff *»wandert(e) Mitte des 20. Jahrhunderts in die pragmatisch bestimmten Lebenswelten zweier Bewegungen, die in unterschiedlicher Weise mit dem Gesundheitswesen verknüpft sind und die sich beide als überkonfessionell verstehen: die ANONYMEN ALKOHOLIKER [...] und die HOSPIZBEWEGUNG.«²³*

CICELY SAUNDERS, die Gründerin der HOSPIZBEWEGUNG, vereinigt in ihrem Spiritualitätsbegriff ...

23 Peng-Keller (2014) S. 44

tätsbegriff beide genannten Linien²⁴. Ihre Spiritualität ist geprägt

- » einerseits von SAUNDERS eigener SPIRITUAL JOURNEY, Reise, Erfahrung, die im Zeichen christlicher Erfahrungen und Leitbilder steht
- » und andererseits von ihrer Erfahrung in der Schmerztherapie und im Anschluss an VIKTOR FRANKLS Logotherapie, in der es um das Ringen um und Suchen von Sinn geht – auch angesichts von Leid und Tod.

SAUNDERS Spiritualitätsbegriff beinhaltet zugleich Form und transreligiöse Offenheit. Ihre Konzeption steht hinter der WHO Definition (vgl. 2.1). Die WHO übernahm SAUNDERS Modell jedoch ohne dessen christliche Einfärbung.

SPIRITUAL CARE im Rahmen von Palliative Care legt den Fokus auf die individuelle Lebensqualität und die subjektive Befindlichkeit der Patient*in sowie der An- und Zugehörigen, knüpft also an einen individuellen Spiritualitätsbegriff an.

Spiritualität ist hier der Umgang mit den existentiellen Fragen: Wer bin ich? Woher komme ich? Wohin gehe ich? Was trägt mich? Was gibt meinem Leben Sinn? Was gibt meinem Leben Halt?

Die DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN (DGP) formuliert entsprechend: *»Unter Spiritualität kann die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinngebung eines Menschen verstanden werden.«*

24 Ebd.

*den, mit dem er Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existentiellen Bedrohungen zu begegnen versucht.«*²⁵ ERHARD WEIHER führt dies so weiter: *»Spiritualität ist eine innerste Gestimmtheit, ein bewusster oder nicht bewusster innerer Geist, der das Alltagsleben transzendiert, aus dem heraus Menschen ihr Leben empfinden, sich inspiriert fühlen und ihr Leben gestalten.«*²⁶ Und: *»Spiritualität ist jede – positive wie negative – Erfahrung, bei der sich der Mensch mit dem Geheimnis des Lebens – als heiligem Geheimnis – in Verbindung weiß.«*²⁷

Die ÖKUMENISCHE SEELSORGE AM KLINIKUM GROSSHADERN, München, verknüpft dies wieder mit der jüdisch-christlichen Tradition: *»Unter Spiritualität kann man dann die lebendige Beziehung eines Menschen zu dem, was sein Leben trägt, kräftigt und mit Sinn und Bedeutung erfüllt, verstehen. In der jüdisch-christlichen Tradition steht der Atem Gottes (ruach, pneuma, Heiliger Geist) für jene Kraft, die dem Menschen Leben in einem umfassenden Sinn schenkt. Wo diese lebendige Verbindung zu sich selbst, zu anderen, zu Gott bzw. dem Absoluten gestört oder bedroht ist, kann es zu spirituellen Nöten, Fragen und Krisensituationen kommen.«*²⁸

TRAUGOTT ROSER konstatiert: *»Spiritualität ist [...] das, was der Patient dafür hält.«*²⁹

.....

25 www.dgpalliativmedizin.de > Stichwort ›Seelsorge

26 Weiher (2014) S. 24

27 Ebd.

28 www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Palliativmedizin/de/patientenversorgung/Seelsorge/index.html (12.8.2016)

29 Roser (2009) S. 47

V. 4. SPIRITUALITÄT IM
»PALLIATIVE CARE TEAM«

SPIRITUAL CARE betrifft alle, die in die Palliativversorgung einbezogen sind: Sie umfasst die persönliche Spiritualität der Patient*in, der An- und Zugehörigen, der einzelnen Professionen (Pflege, Ärzteschaft, Seelsorge, Psychologie, Sozialarbeit, Physiotherapie und andere Therapieformen), aber auch die Spiritualität des PALLIATIVE CARE TEAMS als ganzem und auch den GEIST der Einrichtung, des Systems. Denn: »Wenn man über den Tod nachdenkt, tauchen spirituelle Themen wie von selbst auf.«³⁰

Jedes Mitglied des Teams kann angedeuteten oder explizit ausgesprochenen spirituellen Nöten und Bedürfnisse der Patient*innen begegnen. Und die Wahrnehmung dieser Nöten und Bedürfnisse ist Aufgabe aller Mitarbeitenden im PALLIATIVE CARE TEAM: »Spirituelle Begleitung kann durch alle Menschen geschehen, die als Angehörige, Mitarbeitende oder Besuchende mit schwerstkranken und sterbenden Menschen in Verbindung stehen. Denn in jeder Begegnung kann spürbar werden, was Menschen trägt, was sie fürchten und hoffen. [...] Spezifischer wird spirituelle Begleitung von Mitarbeitenden geleistet, die [...] als Hospizbegleiter oder Palliative-Care-Fachkraft eine Grundqualifikation dafür erworben haben. [...] Die ausdrücklichste Form spiritueller Begleitung ist die Seelsorge.«³¹

.....

30 Borasio (2012) S. 92

31 Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeption für Baden-Württemberg (2014) S. 41

Zur Professionalität der Mitarbeitenden im PALLIATIVE CARE TEAM gehört es, sich mit der eigenen Spiritualität auseinanderzusetzen, evtl. nur die Suchbewegung oder Sehnsucht danach bei sich selbst wahrzunehmen und sich bei Bedarf Angebote und Unterstützung zu holen. Und zur Professionalität einer Palliativstation gehört es, nach der Spiritualität des PALLIATIVE CARE TEAMS als ganzem zu fragen: Wie gehen wir mit dem Gedenken der Verstorbenen um? Welche Rituale wollen wir? Was macht den Geist unserer Station aus? Woran wird das sichtbar? Was braucht es dafür?

Spiritualität als wichtiger Bezugspunkt in der multiprofessionellen Palliativversorgung kann deshalb durchaus innovatives Potential für das ganze Gesundheitswesen haben: »Die Pflegewissenschaften haben sich intensiv mit der Herkunft des modernen Berufsbildes von Pflege aus dem Dienst-Gedanken der caritativen und diakonischen Hilfswerke auseinander gesetzt. Im Pflege-Ethos wirkte diese noch lange nach. Noch heute gehört zu guter Pflege eine Haltung, die persönliche Motivation und professionelles Handeln miteinander zu vermitteln vermag.«³²

Zum einen wahrt der weite Begriff von Spiritualität die Freiheit des Individuums und lässt sich nicht von einer bestimmten Religion oder Gruppe vereinnahmen, zum anderen zeigt er die Grenze einer Verzweckung des medizinisch-klini-

.....

32 Roser (2009) S. 52

schen Betriebes durch ausschließlich ökonomische Wertvorstellungen.³³

*SPIRITUAL CARE ist also die gemeinsame Aufgabe Spiritualität als mögliche Ressource wahrzunehmen, zu aktivieren und erfahrbar zu machen – für sich selbst, für die Patient*innen und ihre Angehörigen.*

V. 5. SPIRITUELLE ANAMNESE

Forschung und Lehre von PALLIATIVE CARE sind vorwiegend in medizinischen Fachbereichen verortet. Entsprechend kommt auch eine SPIRITUELLE ANAMNESE in den Blick.

SPiR-Interview

An der LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN wurde ein Fragebogen entwickelt und als Studie durchgeführt mit dem Kürzel SPiR als Akronym für vier Schritte bei der Erfassung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen³⁴.

Die vier Hauptfragen des SPiR-INTERVIEWS lauten:

S Spirituelle und Glaubens-Überzeugungen
Würden Sie sich im weitesten Sinne des Wortes als gläubigen Menschen bezeichnen?

P Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen

.....

33 Ebd.

34 Borasio (2009) S. 112 f.

Sind die Überzeugungen, von denen Sie gesprochen haben, wichtig für Ihr Leben und Ihre gegenwärtige Situation?

I Integration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft / Gruppe
Gehören Sie zu einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft (Gemeinde, Kirche, spirituelle Gruppe)?

R Rolle des Professionellen
Wie soll ich als Ihr Arzt / Seelsorger mit diesen Fragen umgehen?

Distress-Thermometer

Eine andere Möglichkeit der Anamnese stellt das DISTRESS-THERMOMETER dar. Dessen deutsche Version lautet: »Der Patient bestimmt auf einer Skala zwischen ›0‹ und ›10‹, wie belastet er sich in der letzten Woche gefühlt hat. Ist der Wert über ›5‹, [...] so kann vom Untersucher noch genauer spezifiziert werden, wo die Ursache der Belastung liegt, ob in praktischen Problemen, familiären Problemen, körperlichen Problemen oder in spirituellen / religiösen Belangen.«³⁵

.....

35 Riedner / Hagen (2009) S. 233

Vier bewährte Fragen – nach ROSER

Um im multiprofessionellen Gespräch, über eine Patient*in, der Spiritualität der betroffenen Person auf die Spur zu kommen, haben sich folgende VIER FRAGEN in der Praxis bewährt:³⁶

1. Welche Lebens-Bereiche sind für die Patient*in besonders wichtig? Was gibt dem Leben Grund, Freude und Antrieb? Was leitet Denken und Handeln dieses Menschen?
2. Wie deutet die Patient*in die aktuelle Situation?
3. Inwiefern beeinträchtigt die Erkrankung, der Krankheitsprogress diese Bereiche?
4. Welche Ressourcen sind in diesen Bereichen vorhanden? Wie können sie genutzt werden?

Spirituelle Symptomatik

Entsprechend können in einer Art SYMPTOMATIK der spirituellen Nöte und Bedürfnisse bei lebensbedrohlichen Krankheiten folgende Punkte mit Leid verbunden sein:

- » Endlichkeit des eigenen Lebens
- » Veränderung durch Krankheit (Gegenwart)

.....

³⁶ Roser mündlich, Spiritualität in der Palliativversorgung, Vortrag am 5.11.2008, Hamburg

- » Beziehungen und ihre Tragkraft
- » Bilanz des eigenen Lebens (Vergangenheit)
- » Eigene Wertvorstellungen, Hoffnung worauf? (Zukunft)
- » Was gebe ich weiter, was bleibt von mir? (Generativität)

A. L. WILLIAMS beschreibt die Arbeit an und mit spirituellen Fragen und Nöten als einen Prozess, der von spiritueller Verzweiflung über spirituelle Arbeit zu spirituellem Wohlbefinden führt.³⁷ Studien zu den Themenbereichen Gesundheit-Religion-Spiritualität zeigen, wie wichtig Schwerkranken besonders zwei Punkte sind: Suche nach innerem Frieden und anderen etwas weitergeben können.

.....

³⁷ Williams (2011) S.189

VI. SEELSORGLICH-SPIRITUELLE BEGLEITUNG

VI.1. DER AUFTRAG JESU

Ausgangspunkt für das Engagement der Seelsorge der christlichen Kirchen in der Palliativversorgung ist der Auftrag JESU: *»Ich bin krank gewesen und ihr habt mich besucht [...]. Was ihr getan habt einem von diesen meinen geringsten Brüdern und Schwestern, das habt ihr mir getan.«* (Mt 25,36ff.) JESU eigener Umgang mit Kranken und Verstoßenen und seine Erzählung vom barmherzigen Samariter (Lk 10,29–37) zeigen einen Heiland, der mitfühlt, nahe kommt und handelt. Auch frühchristlichen Texten wie ›Mk 16,18‹: *»auf Kranke werden sie die Hände legen«*, und ›Jak 5,14f.‹: *»Ist jemand unter euch krank, der rufe zu sich die Ältesten der Gemeinde, dass sie über ihm beten und ihn salben mit Öl in dem Namen des Herrn. Und das Gebet des Glaubens wird dem Kranken helfen«*, liegen die Kranken besonders am Herzen.

Im Ersten Testament begegnet uns Gott immer wieder als Hirte. Dieses Symbolbild wird von JESUS aufgenommen und findet seinen Niederschlag in der Berufsbezeichnung der Pfarrer*innen als Hirte, als Hirtin. ›Ez 34,4‹ beschreibt schlechte Hirten sehr anschaulich: *»Das Schwache stärkt ihr nicht und das Kranke heilt ihr nicht, das Verwundete verbindet ihr nicht, das Verirrte holt ihr nicht zurück, und das Verlorene sucht ihr nicht; das Starke aber tretet ihr nieder mit Ge-*

walt.« Gott aber sagt von sich: *»Ich will das Verlorene wieder suchen und das Verirrte zurückbringen und das Verwundete verbinden und das Schwache stärken und was fett und stark ist, behüten.«* (V 16) *»Das Schwache stärken und das Starke behüten«* – diese Kennzeichen des guten Hirten finden ihre Entsprechung in den Grundlinien der Palliativversorgung: Symptome wie Schmerzen, Übelkeit etc. werden gelindert; persönliche und spirituelle Ressourcen werden gesucht, die in dieser abschiedlichen Situation aktiviert werden können, Halt geben, unterstützen.

VI.2. ANNEHMEN WAS IST

Seelsorglich-spirituelle Begleitung geschieht in einer offenen und wertschätzenden Haltung den Patient*innen gegenüber – unabhängig von deren Weltanschauung.

Immer wieder sind dies auch Personen, die nach einer religiösen Sozialisation aus der Kirche ausgetreten sind, die eine eigene Geschichte mit Kränkungen, rigiden Moralvorstellungen und schwierigen Menschen haben.

Dies alles kann in der Begleitung zur Sprache kommen, betrauert, beklagt und manchmal wieder verknüpft werden mit spirituellen und religiösen Inhalten.

AUS DER SEELSORGEPRAXIS

FRAU D., 59 JAHRE ALT,
metastasiertes Mammakarzinom. Religiös sozialisiert, als Erwachsene aus der Kirche ausgetreten. Sie befand sich physisch und psychisch am Rande ihrer Kraft.

Als existentielle Not tauchte bei ihr die Frage auf: War denn jetzt alles umsonst gewesen? Die gesunde Ernährung, das Achten auf viel Bewegung, anderen Menschen beizustehen und sie (auch beruflich und ehrenamtlich) zu begleiten.

Im Erzählen wurde sie richtig wütend: *»Und dieser Gott kümmert sich einen Scheiß um mich!«* Dann brach sie in Tränen aus und ich spürte deutlich ihre Verlassenheit und durch meine Gedanken zogen sich die Worte: Mein Gott, warum hast du mich verlassen? Der Schrei JESU am Kreuz.

Was nun? Gerade noch hatte sie ihrer Wut auf Gott Ausdruck gegeben. Kann ich dann mit der Kreuzesgeschichte ›kommen‹? Da ich bisher gute Erfahrungen mit meiner Intuition gemacht hatte, beschloss ich, meine Gedanken transparent zu machen.

Sie erwiderte: *»Ja, genau, das hat der JESUS doch gesagt: ›Warum hast du mich verlassen.‹ Das kann ich hören. Bloß nichts vom liebenden Vater und so. Aber mit dem JESUS, mit dem fühl ich mich irgendwie verbunden.«*

Später habe ich ihr ein kleines Hand-Holzkreuz gebracht, das sie immer wieder in ihre Hand

nahm und die Finger drumherum legte. *»Ich bin schon ein bisschen verrückt, gell, ich drücke es fest, dann spüre ich die Nähe.«*

VI. 3. RESSOURCEN UND RITUALE

Neben diesen von empathischer und wertschätzender Nähe geprägten Gesprächen suchen die Seelsorgenden mit nach Ressourcen (z. B. Verbundenheit mit Familienangehörigen, Freund*innen, Gemeinde; Erinnerungen und Imaginationen; Naturerlebnisse und Garten; religiöse Traditionen und Rituale etc.) und Copingstrategien und bieten Rituale aus dem jeweiligen konfessionellen Schatz der christlichen Tradition an: Gebet, Segen, Salbung, Abendmahl, Abschied, Singen, Summen etc.

AUS DER SEELSORGEPRAXIS

HERR B., 74 JAHRE ALT;

Prostatakarzinom. Zustand nach einem Schlaganfall: halbseitig gelähmt, Sprachzentrum nicht betroffen. Die Pflegenden schildern ihn als sehr ruhig, d. h. er klingelt kaum, redet nicht viel, hört kein Radio, schaut nicht fern. Ein drahtiger Mann, das genaue Gegenteil zu seinem moligen Zimmernachbarn, der gerade bei einer Untersuchung ist.

Ich gehe zu ihm, stelle mich vor, er lädt mich zum Sitzen ein. Wir reden dies und das. Bis es auf einmal aus ihm herausbricht: *»Ja, wenn Sie mich früher gekannt hätten Da war ich ein anderer Kerl.«*

Und ich frage nach: *»Was war denn das für ein Kerl?«*

Das erste Mal, dass er kurz auflacht und dann anfängt von seiner großen Leidenschaft zu erzählen, dem Bergsteigen: *»nicht nur Wandern, sondern richtig bergsteigen und klettern.«*

Und während er von seinen Touren in den Dolomiten erzählt, sehe ich, wie seine Augen sich einerseits mit Tränen füllen und andererseits richtig leuchten.

»Ich habe den Eindruck, Sie sehen das, was Sie gerade erzählen, alles jetzt auch vor Ihrem inneren Auge. Beschreiben Sie es mir doch noch genauer, was Sie sehen, hören, vielleicht auch riechen und fühlen ...«

Und Herr B.: *»Nach der langen schwitzigen Tour stehe ich jetzt oben am Gipfelkreuz, ich spür' den Wind und die Sonne im Gesicht, zieh' meinen Anorak wieder an. Und dann schau' ich in die Weite – mein Gott, welche Bergwelt: Gipfel an Gipfel, Bergketten bis in die Ferne. Und darüber ein heller Himmel mit kleinen weißen Wolken.«* Ich: *»Sie staunen ...«* Er: *»Ja, staunen, aber das ist noch mehr: Ich fühl' mich so ehrfürchtig.«*

Herr B. konnte ein wichtiges Ressourcenbild für sich aktivieren. Und zugleich war es für ihn auch etwas Heiliges, ein spirituelles Erleben. Ein

Gefühl, das er mit *»ehrfürchtig«* benennt und das er auch nicht weiter erläutert.

.....

Alle diese Angebote können von den Patient*innen und Angehörigen angenommen oder abgelehnt werden. Das Bedürfnis nach Integrität und Selbstbestimmung wird in der Begleitung geachtet.

Wenn die Patient*innen einer anderen religiösen Tradition – z. B. der muslimischen – angehören, wird angeboten, die entsprechenden Ansprechpersonen zu kontaktieren.

In unserer Interviewstudie zeigt sich: In der spirituellen und seelsorglichen Begleitung steht nicht das Machen im Vordergrund, sondern ein Da-Sein und Mit-Aushalten. D. h. seelsorglich-spirituelle Begleitung ist primär ein Beziehungs-Angebot mit der impliziten Botschaft: Ich bin an deiner Seite. Du bist nicht allein. Ich halte mit aus.

Und erst dann, wenn alles sozusagen ›auf dem Tisch‹ ist – das Schwierige und Schwere, das Bedrückende und Belastende, ob ausgesprochen oder auch in der Schwebelage –, erst dann können die Ressourcen auftauchen, die Erfahrungen, die inneren Potentiale, welche Kraft, Sinn³⁸ und Halt geben.

VI. 4. DIE ANGEHÖRIGEN EINBEZIEHEN

In den Gesprächen mit An- und Zugehörigen geht es meist darum, wie sie die aktuelle Situa-
.....

38 Vgl. Schmohl (2015) Kap. 8: *»Ist Seelsorge Sinnsorge?«*

tion bewältigen können und welche Unterstützung sie dabei brauchen. Häufig durchleben Angehörige nochmals alte Familiengeschichten, auch schwierige und schöne Erfahrungen mit dem/der Kranken. Daneben haben sie immer wieder über weitere Therapien oder Therapiebegrenzungen zu entscheiden, besonders bei alten und dementen Menschen. Konflikte mit der schwerkranken Person, eigene Bedürfnisse nach Nähe oder Distanz sowie vorweggenommene Trauer können weitere Themen sein.

VI. 5. MIT SCHAMGEFÜHLEN UMGEHEN

Wo Menschen empathisch begleitet werden, entstehen Räume besonderer Nähe. Geschieht dies im Kontext Krankenhaus und Palliativstation oder Pflegeheim sind die Personen, die wir begleiten, auch äußerlich in fragilen Situationen: bettlägerig, im Schlafanzug oder Morgenmantel, verschlafen, geschwächt, ungeschminkt, nicht frisiert, eingeschränkt durch Schmerz- oder Beruhigungsmittel, manchmal auf dem Nachtstuhl.

Für die Seele bedeutet dies: Krisenzeit, Erleben von Einschränkungen und Gebrechlichkeit, Abschied-Nehmen von Fähigkeiten ganz basaler Kompetenzen wie zur Toilette gehen, ein paar Schritte machen, sich selbst waschen und anziehen, etwas trinken und essen, länger sprechen und erzählen. Solche Begegnungssituationen sind besonders anfällig für Scham und Beschämung.

STEFAN MARKS nennt vier Bedürfnisse³⁹, die wir Menschen in sozialen Kontexten haben und die beachtet werden wollen, um mit Scham- und Beschämungs-Situationen gut umgehen zu können:

1. Das Bedürfnis nach Anerkennung (z. B.: »*Sieh' mich, nimm mich wahr.*«)
2. Das Bedürfnis nach Schutz (z. B.: »*Das ist nur Meines/Intimes.*«)
3. Das Bedürfnis nach Integrität (z. B.: »*Ich folge meinen eigenen Werten, meinem Gewissen*«)
4. Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit (z. B.: »*Was denken die anderen? Passe ich mich an?*«)

»Scham erinnert uns daran, dass wir verletzlich sind; sie kann uns zur Demut [...] verhelfen [...]. Ohne Bewusstsein unserer Grenzen werden wir überheblich und rücksichtslos – so wie beispielsweise die Nazi-Täter. [...] Man wird unmenschlich.«⁴⁰

Zu einem guten Umgang mit potentiellen Schamsituationen gehören »geschützte Räume – liebevolle, solidarische, wertschätzende Beziehungen und Subkulturen«⁴¹

Solche geschützten Räume bietet die Seelsorge und unterstreicht mit ihrer zugewandten, wertschätzenden und empathischen Haltung,

39 Marks mündlich im Vortrag zum Thema Scham am 13. 7. 2016, Echterdingen

40 Marks (2013) S.162

41 a. a. O. S. 175

dass Schwäche und Gebrechlichkeit, Scheitern und Nicht-Perfektsein menschlich sind.

VI. 6. TRAUER BEGLEITEN

Palliativpatient*innen erleben in ihrem Krankheits- und Sterbeprozess, dass sie nach und nach von Fähigkeiten und Kompetenzen, Zugehörigkeiten zu Menschen und Orten, Lebensentwürfen und Selbstbildern Abschied nehmen müssen. So ist Trauer ausgesprochen oder unausgesprochen in den Begegnungen und Gesprächen mit den Seelsorgenden präsent. Bereits erlebte Abschieds- und Trauersituationen im Verlauf des eigenen Lebens können das aktuelle Erleben vertiefen, erschweren (Sorge um Angehörige, Angst vor Todeskampf etc.) oder erleichtern (z. B.: *»Es wartet jemand auf mich.«*)

An- und Zugehörige können schon während der Begleitung ihrer Patient*innen Trauer erleben – als Trauer um das, was nicht mehr möglich ist; als vorweggenommene Trauer, die in die Zukunft denkt und fühlt; als verstärkte Trauer, die bereits erlebte Sterbens- und Trauererfahrungen aufs Neue aktivieren und verstärken kann.

Angebote von Trauerbegleitung nach dem Tod sind im Rahmen der Palliativversorgung Abschiedsrituale bei den Verstorbenen, Gedenkrituale und Gedenkgottesdienste und die Vermittlung bzw. die Information über Angebote der Trauerbegleitung von Hospizdiensten, Kirchengemeinden und anderen Einrichtungen.

AUS DER SEELSORGEPRAXIS

Wir sitzen bei der morgendlichen Besprechung im Stationszimmer. Eine 94-Jährige ist gerade gestorben. Eine Schwester sagt zu mir: *»Kannst du nachher mal ins Zimmer gehen? Die Tochter ist noch dort. Auch schon eine Ältere: Anfang 70.«*

Im Anschluss an die Besprechung gehe ich ins Zimmer der verstorbenen Patientin. Eine ältere Frau kommt mir hinkend entgegen. Wir stellen uns gegenseitig vor und sie nickt, als ich ihr das Angebot eines Abschiedsrituals, eines Abschiedssegens für die Mutter mache.

Ich hole noch einen zweiten Stuhl und wir setzen nun beide.

Zuerst frage ich sie nach ihrem Ergehen. Und sie erzählt und erzählt und erzählt – ihr ganzes Leben – mit der Armut besonders am Anfang, aber später auch noch, die Gewalt von Seiten des Vaters, bis die Mutter sich endlich trennte, Suche nach Arbeit, nach Wohnung, eigene Familie und doch immer in der Nähe der Mutter, der sie das Alleinleben nicht zutraute, zumal der Bruder immer wieder im Gefängnis landete, die Mutter ihm aber immer wieder vertraute.

Und empört sagt sie: *»... bis er sie schließlich auch beklaut hat, dann – und gewandt zur Toten – dann hast du es endlich geschmalt.«*

Eine Mischung aus Zuneigung, Bitterkeit, Schnoddrigkeit, bissigen Bemerkungen über die Verstorbene wie auch unsentimentale Nähege-





fühle haben Platz. Sie erzählt bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Dann holt sie tief Luft und meint: *»So, jetzt ist alles raus. Jetzt können s'e segnen und dann lassen m'r s'e in Ruh'.*«

Ich spreche einen Psalm, einen Abschiedssegens und ein Gebet. Beim VATERUNSER murmelt Frau E. leise mit.

.....

VI. 7. DER WUNSCH NACH SUIZID UND SUIZID-HILFE

Bei palliativer Versorgung wird selten der Wunsch nach Suizid-Hilfe laut. Dennoch gibt es ihn auch hier. Schwerkranke »springen« zwischen den beiden Polen Verzweiflung und Hoffnung hin und her, manchmal innerhalb kurzer Zeit. Das sind uralte Menschheitserfahrungen.

TIEFSTE VERZWEIFLUNG: *»Warum gibt Gott das Licht dem Mühseligen und das Leben den betäubten Herzen – die auf den Tod warten, und er kommt nicht, und nach ihm suchen mehr als nach Schätzen, die sich sehr freuten und fröhlich wären, wenn sie ein Grab bekämen.«* Hiob 3,20–22

... UND HOFFNUNG: *»In deine Hände befehle ich meinen Geist; du hast mich erlöst, Herr, du treuer Gott. Meine Zeit steht in deinen Händen.«* Ps 31,6.16a

Existenzielle Nöte äußern sich nicht nur explizit, sondern auch implizit und nonverbal, z. B. durch körperliche Anspannung, Angst, Trauer, Rückzug, Therapieverweigerung oder Aggression. In diesen Situationen ist zu konkretisieren, was hinter dem Suizidwunsch verborgen liegt.

Es können unterschiedliche Ängste sein:

» Angst vor (unerträglichen) Schmerzen

» Angst vor Kontrollverlust

» Angst vor Einsamkeit

» Angst vor Armut

» Angst vor sozialem Bedeutungsverlust

» Angst vor Überbelastung Dritter

» Angst vor Pflegebedürftigkeit

» Angst vor dem Altern

... oder auch:

» Unbehandelte Depressionen (im Alter öfters unerkannt)

- » Das Bedürfnis Kontroversen, Streitereien, Auseinandersetzungen zu entgehen, hinter sich zu lassen
- » Das eigene Selbstbild ist zerstört
- » Idealvorstellungen vom Leben sind zerbrochen
- » Lebenssatt oder lebensmüde

Patient*innen wählen – wie viele alte Menschen zuhause und in Heimen auch – ab und zu andere Wege zum selbstbestimmten Sterben:

- » Verweigern von Therapien (Dialyse, stärkende Medikamente, künstliche Ernährung, Operation, Reanimation etc.)
- » Forderung nach Therapieabbruch oder Beenden der Therapie
- » Einstellen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- » Palliative Sedierung (in Absprache mit behandelnder Ärzt*in)

Die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit und Fragmentarizität des Lebens ist schwer. Das Leben ist nie ganz rund. Diese Erfahrung auszuhalten ist mühsam. Die seelsorglich-spirituelle Begleitung ist auch hier ein Beziehungsangebot im

Dasein und Mit-Aushalten und einfühlsamer Gesprächsführung, die hilft persönliche und traditionelle Ressourcen zu erschließen und Rituale zu gestalten. Behandelnde und Begleitende bieten Hilfe beim Sterben, aber nicht zum Sterben⁴².

Hilfreich sind Patientenverfügungen und eine ausgestellte Vollmacht. Beides gibt einen Rahmen für Entscheidungen im konkreten Fall. Bei Bedarf können Runde Tische mit Teammitgliedern und Familienangehörigen stattfinden oder es kann ein Ethikkomitee oder Ethikonsil zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung beantragt werden. Autonomie und Selbstbestimmung sind ein hohes Gut. Doch Selbstbestimmung ist immer eine relationale, da (auch einsame) Menschen immer in Beziehungen und Systemen leben und diese vom Sterben eines Menschen mitbetroffen sind.

VI. 8. WAS DANACH KOMMT

Sterbende Menschen haben ganz eigene Bilder und Vorstellungen von dem, was nach dem Tod kommt. Eine 56-jährige Frau: *»So wie viele Gedanken und Erinnerungen und Menschen in meinem Kopf Platz haben, so hat Gott uns alle in seinem Kopf und da bleiben wir auch.«* Ein 19-Jähriger: *»Ich stell mir den Himmel so vor: ganz viel Helles und Grünes und Sonnenschein und Lachen, ganz viel Lachen.«* Eine 51-Jährige beschreibt es so: *»Das ist wie*

.....

⁴² Vgl. neue gesetzliche Regelung zum ärztlich assistierten Suizid: Bestraft wird nach der neuen Regelung (2015) jede geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid. Suizid selbst ist nach wie vor straffrei.

ein Eintauchen ins weite Meer. Ich bin dann ein Teil von einem großen Ganzen.«

Ein 67-Jähriger meint hingegen: »*Nach dem Tod? Alles aus. Kommt nichts mehr. Fertig.*« Und ein 56-Jähriger zweifelt an seiner zuerst geäußerten Aussage: »*Ich glaub nicht an ein Leben nach dem Tod. Aber wenn es dann doch was gibt? Meine Mutter hat immer vom Wiedersehen geredet, als sie im Sterben lag.*«

Viele, vor allem Ältere, sehnen sich danach, mit bereits Verstorbenen wieder vereint zu sein und rechnen fest damit, sich auch wieder zu begegnen und sich zu erkennen. »*Meine Frau ist mir vorausgegangen*«, sagt ein 86-Jähriger. Die 82-Jährige, die von ihrer Mutter geträumt hat: »*Ich weiß, sie wartet auf mich. Und es wird gut sein. Ich weiß, wohin ich gehe.*« Eine 32-Jährige erzählt von ihrer Nahtoderfahrung während einer langwierigen Operation: »*Mein Bruder (der schon verstorben war) stand auf einmal vor mir und sagte laut und deutlich: ›Geh zurück. Geh zurück. Es ist noch nicht so weit.‹*« Und die letzten Worte einer 84-jährigen Frau, die mit einem Lächeln auf den Lippen stirbt, lauten: »*Der Heiland kommt und holt mich.*«

Immer wieder taucht die Erfahrung von Licht auf. Eine 46-Jährige flüstert kurz vor ihrem Tod: »*Schauen Sie – das Fenster – ganz viel Licht.*« In vielen Nahtoderfahrungen ist das Erscheinen von Licht wesentliches Element; in fast allen Religionen ist das Licht zentrales Symbol für das Göttliche. Im abendländischen Raum kommt dies in Malerei und Dichtung zum Ausdruck. MARTIN LUTHER dichtet: »*Das ewig Licht geht da herein, gibt der Welt*

ein neuen Schein; es leucht' wohl mitten in der Nacht und uns des Lichtes Kinder macht. Kyrieleis.« (EG 23,4).

MARTIN LUTHER rührt damit an das Geheimnis der Auferstehung JESU, den zentralen Ausgangspunkt christlichen Glaubens. Hier geschieht etwas, das wie aus einer anderen Welt zu uns kommt, unfassbar, nicht in menschliche Worte zu kleiden. Aber, so sagt LUTHER: »*Wir armen Menschen müssen nun einmal in den fünf Sinnen leben und alles neben den Worten in Zeichen fassen, weil wir nichts ohne Bild verstehen noch denken können.*« Und Gott kam ja eben zu uns in diese Welt der Zeichen und der Bilder, »*auf dass wir ja nicht klagen möchten, wir könnten ihn nicht finden.*«⁴³

.....
43 Zink (1970) S.106

VI. 9. BIBLISCHE BILDER UND ZEICHEN

Aus der Fülle biblischer Bilder und Zeichen, die unserer Erfahrung nach Sterbende auf der letzten Reise begleiten können, seien einige Beispiele genannt:

ALLES IN ALLEM

Christus ist auferstanden, *»damit Gott sei alles in allem.«* 1. Kor 15,28

ANGESICHT

»Wir sehen jetzt durch einen Spiegel ein dunkles Bild, dann aber von Angesicht zu Angesicht« 1. Kor 13,12f.

ENGEL

Von den Auferstandenen: *»sie sind wie die Engel im Himmel«* Mk 12,25

Von Lazarus: *»er wurde von den Engeln getragen in Abrahams Schoß«* Lk 16,22

FEST

»Viele werden kommen von Osten und von Westen und mit Abraham und Isaak und Jakob im Himmelreich zu Tisch sitzen.« Mt 8,11 par. Lk 13,29

GEBURT

»Wenn die Frau gebären soll, ist sie bekümmert, weil ihre Stunde da ist; aber, wenn sie das Kind geboren hat, denkt sie nicht mehr an ihre Not über der Freude, dass ein Mensch zur Welt gekommen ist. So seid auch ihr jetzt bekümmert, aber ich werde euch wiedersehen, dann wird euer Herz sich freuen, und niemand nimmt euch eure Freude.« Joh 16,21f.

GERICHT

Am Ende gilt es, Verantwortung für das eigene Leben und Tun zu übernehmen: *»Wir müssen alle offenbar werden vor dem Richterstuhl Christi, damit jeder seinen Lohn empfangt für das, was er getan hat bei Lebzeiten, es sei gut oder böse.«* 2. Kor 5,10

HÄNDE

»In deine Hände befehle ich meinen Geist; du hast mich erlöst, Herr, du treuer Gott.« Ps 31,6

HEIMAT

»Wir haben hier keine bleibende Stadt, sondern die zukünftige suchen wir.« Hebr 13,14
Wir sind nur »Gäste und Fremdlinge auf Erden.« Hebr 11,13

HIMMEL

»Unsere Heimat aber ist im Himmel; woher wir auch erwarten den Heiland, den Herrn JESUS CHRISTUS, der unsern nichtigen Leib verwandeln wird, dass er gleich werde seinem verherrlichten Leib nach der Kraft, mit der er sich alle Dinge untertan machen kann.«

Phil 3,20

HIRTE

»Der Herr ist mein Hirte, mir wird nichts mangeln. Er weidet mich auf einer grünen Aue und führet mich zum frischen Wasser. Er erquicket meine Seele. [...]«

Ps 23,1ff.

HÜTTE

»Siehe da, die Hütte Gottes bei den Menschen! Und er wird bei ihnen wohnen, und sie werden sein Volk sein, und er selbst, Gott mit ihnen, wird ihr Gott sein; und Gott wird abwischen alle Tränen von ihren Augen, und der Tod wird nicht mehr sein, noch Leid, noch Geschrei noch Schmerz wird mehr sein; denn das Erste ist vergangen.«

Apk 21,3ff.

LICHT

JESUS CHRISTUS spricht: »Ich bin das Licht der Welt. Wer mir nachfolgt, der wird nicht wandeln in der Finsternis, sondern wird das Licht des Lebens haben.«

Joh 8,12

»Der Herr ist mein Licht und mein Heil; vor wem sollte ich mich fürchten?«

Ps 27,1

»Mache dich auf, werde Licht; denn dein Licht kommt, und die Herrlichkeit des Herrn geht auf über dir.«

Jes 60,1

LIEBE

»Ich bin gewiss, dass weder Tod noch Leben, weder Engel noch Mächte noch Gewalten, weder Gegenwärtiges noch Zukünftiges, weder Hohes noch Tiefes noch eine andere Kreatur uns scheiden kann von der Liebe Gottes, die in CHRISTUS JESUS ist, unserm Herrn.«

Röm 8,38f.

PARADIES

»Heute wirst du mit mir im Paradiese sein.«

›Lk 23,43‹ JESUS zum Schächer am Kreuz

VERWANDLUNG

»Wahrlich, ich sage euch: ›Wenn das Weizenkorn nicht in die Erde fällt und erstirbt, so bleibt es allein; wenn es aber erstirbt, bringt es viel Frucht.«

Joh 12,24

Und »die Toten werden auferstehen unverweslich, und wir werden verwandelt werden.« 1. Kor 15,52

ZEIT

»Meine Zeit steht in deinen Händen.« Ps 31,16

»Alles hat seine Zeit unter dem Himmel: geboren werden hat seine Zeit, sterben hat seine Zeit [...]. Er hat alles schön gemacht zu seiner Zeit, auch hat er die Ewigkeit in ihr Herz gelegt, nur dass der Mensch nicht ergründen kann das Werk, das Gott tut, weder Anfang noch Ende.« Pred 3,1 ff.

GEHEIMNIS

Was kommen wird, bleibt für uns Lebende ein GEHEIMNIS. Auch die Auferstehung bleibt ein Geheimnis: »Wenn ich einmal gestorben bin – so denke ich mir –, betrete ich einen Raum, der mir bis dahin fremd war, den ich aber glaube. Er war ›jenseitig‹ und wird im Tod und in der Auferstehung zu ›meiner Welt‹.

Im Tode geschieht nichts anderes als hier schon bei jeder neuen Einsicht: Meine Welt wird weiter. Mein Diesseits wird größer.

Vieles wird mir auch dann noch verborgen sein. Aber mein Blick wird tiefer dringen in das Geheimnis Gottes, tiefer in das Geheimnis seiner Welt und auch in das Geheimnis, das ich mir selbst bin.«⁴⁴

.....
44 Jörg Zink, zitiert von der Familie in der Todesanzeige am 9.9.2016.
www.joerg.zink.de



VII. EXKURS ZUM SOGENANTEN ›GUTEN‹ STERBEN⁴⁵

.....
45 Anregungen dazu von D. Koch (2016)

VII. 1. WUNSCH- UND SCHRECKENSBILDER

Durch die medizinische Entwicklung haben sich Grenzen verschoben. Viele Menschen überleben heute Krankheiten und Krisen, die noch vor einigen Jahren und Jahrzehnten tödlich verlaufen sind. Als Schattenseite taucht aber auch die Frage auf: Muss alles gemacht werden, was gemacht werden kann? Wie viel Leiden und wie lange hält ein Mensch aus? Die Debatten um den ärztlich assistierten Suizid haben gezeigt, dass Menschen für ihre letzte Lebensphase nicht mehr alles medizinisch und technisch Machbare wünschen, sondern einen selbstbestimmten Weg gehen wollen. In diesen Zusammenhängen wird die Frage, wie das Sterben sein soll und welche Vorstellungen von einem sogenannten ›guten‹ Sterben vorhanden sind, wach.

Der Medizinethiker PROF. REINER ANSELM: *»Aus Umfragen wissen wir, dass eine ganze Reihe von Menschen das Ideal haben: Ich will Vollgas bis zum Schluss und dann umfallen.«*⁴⁶ Vorstellungen von Pflegebedürftigkeit, Demenz, Abhängig-

.....

⁴⁶ Mündlich im Vortrag Systematisch-theologische Grundsatzüberlegungen: Theologisch-medizinethische Perspektive auf die Patientenautonomie am 10.11.2015, Kloster Hegne

keit, Hinfälligkeit werden durchweg als Schreckensbilder bezeichnet.

Die Wünsche werden entsprechend formuliert:

»Einfach einschlafen und nicht mehr aufwachen.«

»Ganz schnell umfallen und weg.«

»Keine Schmerzen haben und hinübergleiten.«

»Niemandem zur Last fallen – fit sein bis zum Schluss.«

»Schluss machen bevor ich dement werde.«

Der plötzliche schnelle (nicht durch Gewaltanwendung von außen herbeigeführte) Tod ist im Blick auf sich selbst Favorit, im Blick auf die Angehörigen allerdings immer noch ein Schrecken.

VII. 2. TOD UND KULTUR

Sterben und Tod gehören als Rahmenbedingungen vom ersten Atemzug an, ja schon vorge-

burtlich zu unserem Leben dazu. Um damit fertig zu werden, haben Menschen von Anbeginn KULTUR entwickelt: Amulette, magische Beschwörungen und Rituale, Religion, Musik, Medizin. »Der Tod ist Ursprung und Mitte der Kultur.«⁴⁷

»Media vita in morte sumus.«

Diese NOTKER VON ST. GALLEN zugeschriebene Sentenz sangen die Mönche im Mittelalter bei ihrem Nachtgebet. Mitten im Leben sind wir vom Tod umfungen. Darin fand sich der mittelalterliche Mensch wieder. Die Hälfte der Säuglinge überlebte die ersten Wochen und Monate nicht, Hungersnöte grassierten, kriegerische Übergriffe und gewaltsame Fehden waren an der Tagesordnung, die Pest und andere Seuchen rafften bis zu zwei Drittel der Bevölkerung dahin. Gestorben wurde da, wo sich das Leben der Menschen und des Viehs abspielte. Die Menschen im Mittelalter waren buchstäblich mitten im Leben vom Tod umfungen. Heilige wie der Hl. Christophorus oder der Hl. Josef wurden gegen einen unvorbereiteten Tod angerufen.

**Die Totentanz-Gemälde des 15. Jh.
sind Ausdruck des Memento mori.**

Sie erinnern mahnend daran, dass der Tod jeden, ungeachtet seines Standes, plötzlich aus dem Leben reißen kann. Gleichzeitig hatte diese Darstellung auch etwas Demokratisierendes. Die Botschaft war: Alle Menschen holt der Tod – egal

⁴⁷ Assmann (2001) S.1

ob sie reich oder arm sind, ein wichtiges Amt haben oder Leibeigene, König und Königin, Bischof und Fürst, schöne Frauen und beliebte Herren, Bettler und Diebe.

**Die Suche nach einer Ars moriendi,
nach der Kunst des Sterbens,**

prägt die im Spätmittelalter entstandene Gattung der Erbauungsliteratur, welche die christliche Vorbereitung auf einen guten Tod lehren will. Dabei kann Ars moriendi sowohl die unmittelbare Situation des Sterbens (den »guten Tod«) als auch die Einübung des Sterbens zur rechten Zeit bedeuten. Die ARS-MORIENDI-LITERATUR wollte erreichen, dass die Menschen sich um das Heil ihrer Seele (salus animae) bemühten, solange noch Zeit dazu war. Sie suchte nach Wegen, um durch Anleitung den Tod besser annehmen, besser sterben und dadurch selig werden zu können.

**MARTIN LUTHERS »Sermon von der
Bereitung zum Sterben«⁴⁸**

ist in diesem spätmittelalterlichen Kontext zu sehen. LUTHER wurde 1519 von einem Hofrat seines Kurfürsten Friedrich des Weisen gebeten, eine Anleitung zur Vorbereitung auf das Sterben zu schreiben. Er lehnte zunächst ab. Er war im Stress – die Leipziger Disputation stand bevor, er musste sich vorbereiten. Dann erkrankte der Kurfürst selbst, dem LUTHER viel verdankte. Daraufhin

⁴⁸ Zum ganzen Abschnitt: Martin Luther. Ausgewählte Schriften. Bd 2. S. 15–34

schrieb er in nur einem Tag diesen Sermon, der zum Bestseller wurde.

LUTHER geht es in diesen 20 Sentenzen um praktische Dinge, um das Erlernen und Einüben richtigen Verhaltens vor und in der Todesstunde.

Dazu gehört zuerst, ein ordentliches Testament zu machen: *»[...] ist es nötig, dass der Mensch sein zeitliches Gut ordentlich verteile, wie es sein muss oder wie er es anzuordnen gedenkt, damit nicht bleibe nach seinem Tod Ursache für Zank, Hader oder sonst einen Irrtum unter seinen zurückgelassenen Freunden. Dies ist ein leiblicher oder äußerlicher Abschied von dieser Welt und es wird Lebewohl und Abschied gegeben dem Gut«.*

Zum Zweiten: Bereitschaft zur Aussöhnung und Vergebung *»[...] dass man auch geistlich Abschied nehme. Das ist, man vergebe freundlich, rein um Gottes willen allen Menschen, die uns beleidigt haben, begehre umgekehrt auch allein um Gottes Willen Vergebung von allen Menschen, deren wir viele ohne Zweifel beleidigt haben, zumindest mit bösem Exempel oder zu wenig Wohltaten, wie wir schuldig gewesen wären nach dem Gebot brüderlicher christlicher Liebe, damit die Seele nicht bleibe behaftet mit irgendeiner Angelegenheit auf Erden.«*

Zum Dritten: Ausrichten auf Gott, zu dem der Weg geht, der wie eine Geburt ist. *»Und es geht hier zu, wie wenn ein Kind aus der kleinen Wohnung in seiner Mutter Leib mit Gefahr und Ängsten geboren wird in diesen weiten Himmel und Erde, das ist unsere Welt. Ebenso geht der Mensch durch*

die enge Pforte des Todes aus diesem Leben. Und obwohl der Himmel und die Welt, darin wir jetzt leben, als groß und weit angesehen werden, so ist es doch alles gegen den zukünftigen Himmel so viel enger und kleiner, wie es der Mutter Leib gegen den Himmel ist.«

Und wie bei der Geburt auch die Angst gegenwärtig ist, *»so muss man sich auch im Sterben auf die Angst gefasst machen und wissen, dass danach ein großer Raum und Freude sein wird.«*

Als weitere Hilfen auf dem Weg des Abschiednehmens nennt LUTHER die Sakramente. Dann thematisiert er die inneren Vorstellungen und Bilder zum Tod. Er beschreibt die Unheilbilder, die Menschen mit dem Tod verbinden: Schuld und Schuldphantasien, Höllenvorstellungen, all das Dunkle, das in Angst und Schrecken versetzen kann, so dass der Mensch *»hilflos und verzagt«* wird. MARTIN LUTHER führt aus, dass diesen Unheilbildern Bilder entgegengesetzt werden müssen, die hell und voller Heil sind. Für ihn ist das der CHRISTUS. Und mit diesem: *»Gnade und Himmel, Vergebung und Liebe statt Schuld und Hölle.«*

GERHARD EBELING fasst LUTHERS Erkenntnis so zusammen: *»CHRISTUS hat uns den Tod nicht abgenommen, doch im Entscheidenden verändert. [...] Es ist nur noch ein zeitlicher Tod, kein ewiger (ewig: weder im theologischen Sinn der Verdammung noch im säkularen Sinn spurloser Auslöschung). Oder mit der Metapher der Geburt: der Durchgang aus der Enge in die Weite des ewigen Le-*

bens.«⁴⁹ Dann lässt sich die mittelalterliche Sentenz so verändern: »*Media morte in vita sumus.*« – »*Mitten im Tode sind wir im Leben.*«

VII. 3. POSITIVE INNERE BILDER STÄRKEN

Damit korrespondieren Erkenntnisse der gegenwärtigen Traumatherapie. Hier wird versucht, innere positive Bilder zu stärken, die ein Gegengewicht bilden zu den Bildern, die Menschen aus erfahrenen schweren körperlichen und seelischen Verletzungen immer wieder überfluten. Es geht darum, sich positive Bilder und »*Kraftquellen zu erschließen, sich früh eine Art Ressourcenkoffer anzulegen [...] und sich damit seelische Geborgenheitsräume aufzuschließen*«⁵⁰. Imaginationsübungen, die Luise Reddemann vorstellt, wollen »*Gegenbilder zu den Schreckensbildern finden*«⁵¹, einen inneren, sicheren Ort; innere hilfreiche Wesen, den inneren Garten; mit sich selbst Frieden schließen etc. Je nach religiöser und spiritueller Tradition können wir in der Begleitung solche Ressourcenbilder erschließen und vertiefen.

.....
⁴⁹ Koch (2016) S. 136 ff.

⁵⁰ Ebd.

⁵¹ Reddemann (2006) S. 29

.....
AUS DER SEELSORGEPRAXIS

FRAU C., 64 JAHRE ALT,
metastasiertes Pankreaskarzinom.

Sie weiß, dass sie nur noch wenig Zeit zu leben hat. An einem Vormittag meint sie, dass sie »*so was Schreckliches*« geträumt habe.

Und sie erzählt: »*Ich war irgendwie ganz weit oben und unter mir so kleine Häuser und kleine Menschen. Ganz weit weg und ich wollte zu ihnen und es ging nicht. Ich wusste, da unten ist meine Familie und ich wollte zu ihnen. Und was jetzt?*«

Es schmerzt sie, so weit weg und nicht im Kontakt mit ihrer Familie zu sein. Zugleich ist sie irritiert, da ihr Mann und ihre Tochter tatsächlich jeden Tag zu Besuch kommen.

Im Erzählen des Traumbildes tauchen dann weitere Einzelheiten auf, unter anderem das Gefühl: Da ist noch jemand bei mir.

Sie erinnert sich an Bilder von MARC CHAGALL, die sie sehr liebt, und so bekommt das Gefühl eine Gestalt: einen großen Engel in Rot, der mit ihr fliegt.

Im Gespräch mit diesem Engel klärt sich für sie die Situation: Die kleine Welt mit ihren liebsten Menschen muss sie verlassen, doch mit dem Engel an ihrer Seite und mit dem Blick »*von oben*«.

Wenige Tage später sagt sie mir zum Abschied: »*Ich übe Fliegen mit meinem Engel.*«

.....

Die Patient*innen finden oder haben ihre eigenen Bilder. Manchmal ist es ein Engel, ein schon verstorbener Mensch, ein Ort der Ruhe, besondere Farben, oft Bilder aus der Natur – ein Garten, Bäume, Blumen. Ein Licht, ein offenes Fenster, besondere Orte wie eine gotische Kirche. Manchmal sind es Worte eines Gebetes, ein kleines Holzkreuz, eine Liedstrophe oder eine Melodie.

VII. 4. CHRISTLICHE HEILSBILDER

Eine Spur christlicher HEILS-BILDER in Texten und Liedern zieht sich durch die Jahrhunderte. PAUL GERHARDT, Dichter des 30-jährigen Krieges, schuf Lieder, deren Bilder und Sprache von Vertrauen und Schönheit und Heilerfahrung inmitten einer dunklen Zeit sprechen: »Die güldne Sonne voll Freud und Wonne; Befehl du deine Wege; Nun ruhen alle Wälder; Ich singe dir mit Herz und Mund.« DIETRICH BONHOEFFER schreibt im Winter 1944/45 im Gefängnis – ein paar Monate vor seiner Ermordung im KZ – für seine Verlobte und die Familie das Lied, das zum Trosttext für viele Menschen geworden ist: »Von guten Mächten wunderbar geborgen, erwarten wir getrost, was kommen mag. Gott ist bei uns am Abend und am Morgen und ganz gewiss an jedem neuen Tag.«⁵²

AUS DER SEELSORGEPRAXIS

FRAU F., ANFANG 80;

Bronchialkarzinom mit Metastasen; Ehemann, Kinder und Enkelkinder.

Sie ist freundlich und offen, erzählt viel von ihrer Familie, im Verlauf des Gesprächs kommen wir auf Träume. Ich frage sie, ob sie hier auch träume. Sie bejaht das und erzählt vom Traum der letzten Nacht. Ihre (verstorbene) Mutter hat sie besucht. Sie hat nichts gesagt, sie nur liebevoll angeschaut mit ausgebreiteten Armen. Frau F. hat Tränen in den Augen und sagt: »Ich weiß, sie wartet auf mich. Und es wird gut sein. Ich weiß, wohin ich gehe.« Ein tiefes Ausatmen. »Ich bin so dankbar für alles, mein Leben, meine Familie. Wissen Sie, der Spruch von BONHOEFFER hat mich immer schon begleitet: ›Von guten Mächten wunderbar geborgen, erwarten wir getrost, was kommen mag. Gott ist bei uns am Abend und am Morgen und ganz gewiss an jedem neuen Tag.« Und dann setzte sie hinzu: »und auch am letzten Tag.«

.....
52 EG Nr. 65

VII. 5. IM LOSLASSEN EIN FINDEN

MONIKA RENZ beschreibt nach Gesprächen mit Sterbenden drei Zustände in der Nähe des Todes:

- » Einen im DAVOR: Der Mensch *»erlebt sich als Ich, er hadert oder durchlebt Freude, empfindet Schmerzen. Schmerzmittel sind wichtig.«*⁵³
- » Einen zweiten im HINDURCH: Hier *»hat sich Angst zur reinen Körperreaktion verselbständigt: Schaudern, Schwitzen, Unruhe. Ich-Strukturen lösen sich auf«*⁵⁴.
- » Und dann – *»und immer wieder – ereignet sich jenes schwer zu verstehende DANACH: ein äußerster Zustand irdischen Seins jenseits aller Angst. Sterbende bekunden Glück, Fülle, Würdigung oder sind einfach friedlich.«*⁵⁵

Immer übt der Tod in seiner Endgültigkeit eine beklemmende Macht aus. Von ihm geht etwas Unerklärliches, aber auch Heiliges aus. Der Tod und die Frage nach dem Danach bleiben Geheimnis, auch wenn wir einiges über die Todesnähe wissen. MONIKA RENZ schlussfolgert: *»Sterben ist weder gut noch schlecht. Sterben ist. Im Loslassen ein Finden.«*⁵⁶

Jede und jeder stirbt den eigenen Tod. Und dieser ist natürlich verbunden mit dem Le-
.....

53 Renz (2011) S. 67 f.

54 Ebd.

55 Renz (2011) S. 67 f.

56 Ebd.

ben, das er/sie gelebt hat – mit allen guten und schlechten Erfahrungen, Freuden und Verwicklungen. Manchmal erleben Menschen, und wir mit ihnen, dass es Versöhnung gibt und Frieden; dass Enkelkinder das Leben weitertragen; dass es genug ist, dass jemand lebenssatt ist. Manchmal ist auch keine Versöhnung möglich und die Familie bleibt zerstritten – wie schon immer. Manchmal bleibt die Sorge um Angehörige oder die finanziellen Probleme schieben sich in den Vordergrund. Manchmal will ein Sterbender sich nicht mit dem Sterben auseinandersetzen und eine andere will unbedingt sterben, wie eine 92-Jährige es formuliert: *»Ich glaube, Gott hat mich vergessen.«* Manchmal beendet eine/r das Leben durch Suizid. Und immer gilt: Wir haben nicht zu urteilen und zu bewerten.

Wir können immer nur für uns selbst und unser Umfeld Konsequenzen daraus ziehen. Die auch gegenwärtig wieder florierende ARS-MORIEN-DI-LITERATUR zeigt, dass unser zukünftiges Sterben und unser zukünftiger Tod unbewusst oder bewusst unser Leben mitbestimmen.

Folgendes können wir für uns selbst ins Bewusstsein holen:

- » Sich der eigenen Endlichkeit und Fragmentarhaftigkeit bewusst sein; es ist nie rund, das Leben.
- » Sterben gehört zum Leben.
- » Unerledigtes klären und bearbeiten.
- » Beziehungen lösen oder neu knüpfen, klären, versöhnen, vergeben.
- » Die eigenen Ressourcen kennen und ins Leben holen.
- » Dankbarkeit, Frieden und Liebe suchen und finden – für sich und für andere.
- » Hoffnungsbilder und Leben nach dem Tod sich erschließen, die eigene religiöse und spirituelle Tradition wieder entdecken.

Und für die Begleitung beim Sterben ist es hilfreich, sich zu vergegenwärtigen:

- » Wissen, was im Sterbeprozess passiert.
- » Wissen, welche Signale Sterbende geben und welche verbale und nonverbale Kommunikation möglich ist.
- » Auch Sterben ist ein Prozess, in dem Entwicklung möglich ist.
- » Eine offene, wertschätzende und – wenn möglich – liebevolle Haltung einüben.



VIII. SELBSTFÜRSORGE

Der Buchtitel ›WIE VIEL TOD VERTRÄGT DAS TEAM?‹⁵⁷ bringt zugespitzt zum Ausdruck, dass es eine Grenze der Belastbarkeit gibt. Das gilt auch für Einzelpersonen. Sterbende und ihre An- und Zugehörigen seelsorglich-spirituell zu begleiten fordert eine ganzheitliche Präsenz, Aufmerksamkeit und seelische Kraft. Dies geht nicht im Viertelstundentakt und auch nicht zehnmal am Tag.

Wie können Seelsorgende wieder auftanken? In unserer Interviewstudie haben Seelsorgende ihre Ressourcen und Coping-Strategien benannt.

Befragt wurden die Teilnehmenden zu vier Bereichen:

1. Symptome, wenn es zu viel wird
2. Strukturelle Unterstützung
3. Ressourcen und Coping-Strategien im professionellen Bereich
4. Ressourcen und Coping-Strategien im persönlichen Bereich

.....

⁵⁷ Müller/Pfister (2013)

VIII. 1. SYMPTOME, WENN ES ZU VIEL WIRD

Sterbebegleitungen werden weniger in ihrer QUANTITÄT als belastend erlebt als vielmehr in ihrer QUALITÄT. Wenn Seelsorgende sehr stark in die Begleitung involviert waren, wenn sie eine Beziehung zu den Sterbenden und ihren Angehörigen entwickelt haben oder wenn sich in ihrem privaten Umfeld Ähnliches ereignet wie im professionellen Feld, dann kann es zu einer Verdichtung und Verstärkung der eigenen Betroffenheit kommen.

SYMPTOME einer zu großen Belastung zeigen sich für die Befragten in den Bereichen

- » GEFÜHLE: angespannter, angestrengt, verwundbarer, erschöpft, Angst vor einem Besuch, innere Abwehr
- » BEDÜRFNISSE: die Motivation zu Besuchen lässt nach; das Bedürfnis eine andere ›Spielwiese‹ zu suchen steigt, z. B. Organisatorisches zu erledigen, eine Fortbildung planen; sich urlaubsreif zu fühlen; das Bedürfnis mit Kindern zusammen oder auch allein zu sein; Sehnsucht nach Humor und Lachen.
- » GEDANKEN: Vorwürfe gegen sich selbst, z. B. nicht ausreichend präsent gewesen zu sein etc.

Als Grenze und Gefahr, eine belastende Erfahrung und damit verbundene Symptome nicht mehr zu spüren und zu erkennen, wird die Gewöhnung an Sterben und Tod thematisiert, die sich darin äußert, nicht mehr schwingungsfähig zu sein oder das Bewusstsein für die Besonderheit der jeweilig einmaligen Situation des Sterbens nicht mehr zu haben.

VIII. 2. STRUKTURELLE UNTERSTÜTZUNG

Unterstützende Strukturen und Hilfen zur Distanzierung nach Sterbebegleitungen sind klare Dienstauftragsbeschreibungen. Bei Seelsorgenden mit Teildienstaufträgen (meist verbunden mit anderen Arbeitsbereichen als der Krankenhausseelsorge) wird die Präsenz zeitlich begrenzt. Bei 100%-Dienstaufträgen werden andere Arbeitsbereiche genannt, die ausgleichend wirken (Medizinethik, Begleitung von Mitarbeitenden und Ehrenamtlichen, Mitarbeit in Fortbildungen etc.).

VIII. 3. RESSOURCEN UND COPING-STRATEGIEN IM PROFESSIONELLEN BEREICH

Die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen ist nicht nur Belastung, sondern auch eine Ressource für die Seelsorgenden. Positive Resonanz und positives Feedback sowie das eigene Tun als sinnvoll zu erleben gibt wieder Energie. Liturgische Formen und Rituale sind auch für die Seelsorgenden Quellen ihrer Kraft und ihrer Spiritualität. Die Kapelle im Krankenhaus wird als Ort der Re-

kreation und des Auftankens genutzt. Sowohl das multiprofessionelle Team und die Gespräche mit einzelnen als auch das Seelsorgeteam werden als zeitnah unterstützend erlebt. Eine geregelte Rufbereitschaft ist hilfreich. Die Möglichkeit der flexiblen und selbstverantworteten Arbeitsgestaltung erleichtert den Umgang mit besonders belastenden Situationen. Ebenso sind Supervision und Fortbildungen Ressourcen und Strategien für eine professionelle Work-Life-Balance.

VIII. 4. RESSOURCEN UND COPING-STRATEGIEN IM PERSÖNLICHEN BEREICH

Das Privatleben und die Möglichkeit auch an Wochenenden private Kontakte zu pflegen werden positiv genannt. Familie, Kinder, Freundinnen und Freunde mit ihren jeweiligen Lebenswelten sind trotz Anforderungen eine wichtige Ressource. Humor und Lachen, Genießen von Schönheit und Leichtigkeit, Natur und Garten sind weitere wichtige Kraftquellen. Als herausragende Coping-Strategie wird Bewegung in ihren unterschiedlichen Formen genannt: Sport wie Joggen, Radfahren, Schwimmen, Spaziergehen, Tanzen und Körperarbeit. Hobbys wie Kochen, Malen, Handwerkliches sowie Singen, Musizieren, Musik hören und Theater- und Konzertbesuche werden als gutes Gegengewicht zur beruflichen Anforderung beschrieben. Der Kontakt zur Kirchengemeinde und insbesondere der Gottesdienstbesuch sind wichtige soziale und spirituelle Ressourcen – und nicht zuletzt der

eigene Glaube mit einem wertschätzenden Gottesbild und persönlicher, in Meditation, Gebet, Singen und persönlichen Ritualen gelebter Spiritualität.

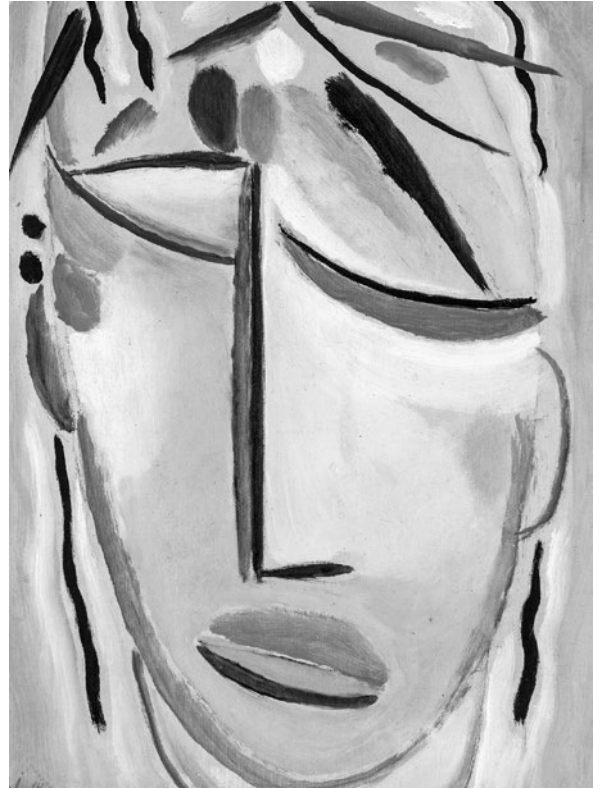
Eine einfache Möglichkeit, um den eigenen Ressourcen auf die Spur zu kommen, ist das Beantworten dieser Fragen: Welches sind meine Ressourcen / Kraftquellen

» im körperlichen Bereich?

» im psychischen Bereich?

» im sozialen Bereich?

» im spirituellen Bereich?



IX. SCHLUSSWORT

Christliche Seelsorge gehört zur Palliativversorgung als ausdrücklichsste Form von SPIRITUAL CARE. Das ist keine Frage. Dabei dürfen wir diejenigen nicht aus dem Blick verlieren, die auf anderen Stationen, im Pflegeheim oder zuhause sterben. Nicht immer ist dabei explizit kirchliche Seelsorge gefragt. Und doch ist häufig ein Bedarf nach seelsorglich-spiritueller Begleitung spürbar. Diese Handreichung will dazu ermutigen, hier sensibel zu reagieren und immer wieder neue seelsorgliche Wege zu gehen. Das Angebot ist klar: Wir sind da, wenn Menschen in schwierige und kritische Lebenssituationen kommen, wenn sie die Zerbrechlichkeit und Begrenztheit menschlichen Lebens schmerzlich erfahren. Wir sind da für Schwerkranke und Sterbende und wir sind bereit, sie auf ihrer letzten Reise zu begleiten.

Seelsorge gehört zur Palliativversorgung und ist »*Seelsorge am anderen Ort*«⁵⁸ Sie ist eine der Türen zur säkularen Welt. Hier ist ein klares Profil des eigenen Auftrags und Selbstverständnisses gefragt. Hier sind aber auch spezifische Feldkompetenzen gefragt, die es ermöglichen, in kommunalen, gemeinnützigen oder privatwirtschaftlichen Einrichtungen interdisziplinär zu arbeiten. Hier wollen wir Hilfestellung bieten. Und zugleich bitten wir

.....

58 Lammer, Borck et. al. (2015) S. 48

um Ihre Rückmeldung, um diese Hilfestellung weiterentwickeln zu können.

Seelsorgende wissen, dass es in der Begegnung mit kranken Menschen auch immer wieder auf den KAIROS ankommt. Sie können mit ihrer Person und ihren Angeboten »*Räume öffnen für die Frage nach Sinn und die verborgene Sehnsucht nach Gott und so zu Ursprungs- und Entstehungsorten von Glaube und Kirche werden*«⁵⁹. Sensibilität und Intuition dafür lassen sich entwickeln durch eigene gelebte Spiritualität, authentische Präsenz, einfühlsame wertschätzende Gesprächsführung, supervisorische Reflexion. Und doch ist es ein Geschenk, wenn sich Räume der Hoffnung, des Glaubens, der Liebe auftun. Es ist Gnade. MARANATHA!

.....

59 Lammer, Borck et.al. (2015) S. 49

X. ANLAGEN

Anlage 1

Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) ¹

Kodierempfehlung Nr. 428 Aktualisiert: 2014-01-15; OPS: 8-982 und 8-98e

Problem/Erläuterung: Können die durch einen Seelsorger erbrachten Leistungen z.B. bei den OPS-Komplexcodes 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung und 8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung für die Therapiezeit berücksichtigt werden?

Kodierempfehlung: Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden. Der Seelsorger gehört nicht zur Gruppe der Therapeuten/Behandler. Somit sind die Leistungen eines Seelsorgers nicht bei der Therapiezeit zu berücksichtigen.

.....

1 <http://www.mdk.de/1534.htm>

Anlage 2

Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ²

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur Relevanz des seelsorgerischen Beitrags zur palliativmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-982 und 8-98e)

Nach WHO-Definition ist die Beratung, Begleitung und Betreuung von Menschen hinsichtlich ihrer spirituellen Belastungen und Bedürfnisse integraler und unverzichtbarer Bestandteil eines qualifizierten palliativmedizinischen Behandlungsansatzes, der durch ein multiprofessionelles Team gewährleistet wird. Damit gehören Krankenhaus-Seelsorgerinnen und Seelsorger folgerichtig zum palliativmedizinischen Behandlungsteam.

Im Unterschied zum herkömmlichen Verständnis der Krankenhausseelsorge - als von der Behandlung unabhängiges, ergänzendes Angebot - übernimmt die Seelsorge im Palliativkontext anteilige Verantwortung am Therapieplan. Dies geschieht durch gezielte Identifikation von spirituellen Belastungsfaktoren und Ressourcen. Ziel ist die Ein-
.....

2 http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Stellungnahme_Seelsorge_09052012.pdf

beziehung der spirituellen und existentiellen Dimension von Leid und Lebensqualität in die multimodale Therapieplanung. Adressanten sind dabei Patienten und Angehörige sowie das gesamte Team. Die Selbstverständlichkeit der Einbindung der Seelsorge zeigt sich in der Teilnahme an multiprofessionellen Fall- und multidisziplinären Teambesprechungen und Teamsupervision. Dokumentation von Leistungen erfolgt dabei selbstverständlich unter Wahrung des Seelsorgegeheimnisses in der Patientendokumentation.

Aufgrund des beschriebenen Leistungsprofils sehen wir die Voraussetzungen für die Anerkennung der seelsorgerischen Tätigkeit im Rahmen der palliativmedizinischen Komplexbehandlung für gegeben.

Folgerichtig liegt im Verständnis der DGP die vollumfängliche zeitliche Anrechenbarkeit der Leistungen für das Mindestmerkmal des OPS 8-982 sowie 8-98e vor: Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Wo-

che in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)

Zu der in der OPS 8-982 geforderten »aktiven, ganzheitlichen Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung« gehört nach der fachlichen Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin die spirituelle Begleitung von Palliativpatienten als integraler Bestandteil.

Berlin, 9.5.2012

Anlage 3

Stellungnahme des Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung zu OPS: 8-982 8-98e und der Kodierempfehlung des MDK³

Kommentierung FoKA: Dissens:

Fachliche Inhalte von prozeduralen Leistungen werden vorrangig durch Fachgesellschaften definiert. Durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) als zuständige Fachgesellschaft wurde eine Stellungnahme veröffentlicht: Zitat DGP (siehe Anlage 2)
.....

3 <http://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-428>



XI. LITERATURVERZEICHNIS

JAN ASSMANN

Tod und Jenseits im Alten Ägypten

München: C. H. Beck, 2001

EBERHARD AULBERT / FRIEDEMANN NAUCK /

LUKAS RADBRUCH

Lehrbuch der Palliativmedizin

Stuttgart: Schattauer, 2012

MANFRED BELOK / URS LÄNZLINGER /

HANSPETER SCHMITT (Hrsg.)

Seelsorge in Palliative Care

Zürich: TVZ, 2012

BIBEL IN GERECHTER SPRACHE / BIGS

Gütersloh/München: Gütersloher Verlagshaus, 2011

GIAN DOMENICO BORASIO

Über das Sterben

München: C. H. Beck, 2012

GIAN DOMENICO BORASIO

selbst bestimmt sterben

München: C. H. Beck, 2014

KARIN BORNKAMM / GERHARD EBELING (HRSG.)

Martin Luther. Ausgewählte Schriften Bd. 2, S. 15–34.

Sermon ›Von der Bereitung zum Sterben‹, 1519

Frankfurt am Main: Insel, 1982

ANTON A. BUCHER

Psychologie der Spiritualität. Handbuch

Weinheim, Basel: Beltz, 2014

MICHAEL COORS / DOROTHEE HAART /

DIETGARD DEMETRIADES

Das Beicht- und Seelsorgegeheimnis im Kontext der

Palliativversorgung. ›Wege zum Menschen‹

66. Jahrgang, Heft 1, Januar / Februar 2014

DIAKONISCHES WERK DER EKD / KLAUS-DIETER

K. KOTNIK / ASTRID GIEBEL (HRSG.)

Spiritualität in der Pflege

Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag, 2010

MARGRET EHNI / KATHARINA SEIBEL

Selbstverständnis und Erfahrungen der Krankenhaus-

seelsorgerinnen und -seelsorger der evangelischen

Landeskirche in Württemberg in der stationären

Palliativversorgung. Forschungsbericht.

Freiburg: noch unveröffentlicht

ECKARD FRICK / TRAU GOTT ROSER (HRSG.)
Spiritualität und Medizin
Stuttgart: Kohlhammer, 2009

CHRISTOPH FUCHS / HEINER GABRIEL / JOSEF
RAISCHL / HANS STEIL / ULLA WOHLLEBEN (HRSG.)
*Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interpro-
fessionelle Praxis*
Stuttgart: Kohlhammer, 2012

STEFAN GÄRTNER
*Seelsorge wird Spiritual Care vs. Spiritual Care und
Seelsorge.*
*›Spiritual Care‹ Zeitschrift für Spiritualität in den
Gesundheitsberufen 3/2015*
Stuttgart: Kohlhammer, 2015

ASTRID GIEBEL / HEIKE LUBATSCH /
ANNETTE MEUSSLING-SENTPALI
DiakonieCare.
*Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und
Selbstsorge in der Pflege. Curriculum und Arbeitshilfe
zur Organisationsentwicklung.*
Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag, 2013

ALBRECHT GRÖZINGER
Differenz-Erfahrung.
Seelsorge in der multikulturellen Gesellschaft.
Ein Essay.
Waltorp, 1994

THOMAS HAGEN / TRAU GOTT ROSER / HERMANN
REIGBER / BERNADETTE FITTKAU-TÖNNESMANN
Qualifizierungskurs Palliative Care für Seelsorgende.
Curriculum und Einführung
Stuttgart: Kohlhammer, 2011

BIRGIT HELLER / ANDREAS HELLER
Spiritualität und Spiritual Care,
Orientierungen und Impulse
Bern: Huber, 2014

CONSTANTIN KLEIN / HENDRIK BERTH /
FRIEDRICH BALCK (HRSG.)
Gesundheit – Religion – Spiritualität;
Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze
Weinheim und München: Juventa, 2011

MICHAEL KLESSMANN
*Persönliche Spiritualität als Teil professioneller
Kompetenz in Seelsorge und Beratung.*
Fokus Beratung Mai 2004

DIETER KOCH
*Luthers Sermon ›Von der Bereitung zum Sterben‹ aus
dem Jahr 1519. Mitten im Leben vom Tod umfassen.*
Deutsches Pfarrerberblatt 3, 2016, S. 136 ff.

HAROLD G. KOENIG
Spiritualität in den Gesundheitsberufen
Stuttgart: Kohlhammer, 2012

RALPH KUNZ / CLAUDIA KOHLI REICHENBACH
(HRSG.)
*Spiritualität im Diskurs – Spiritualitätsforschung in
theologischer Perspektive.*
Zürich: TVZ, 2012

RALPH KUNZ
Steilpass! Replik auf den Artikel von Stefan Gärtner.
Spiritual Care, 2016 / Volume 5 / Issue 3.
Berlin / Boston: Walter de Gruyter, 2016

KERSTIN LAMMER / SEBASTIAN BORCK /
INGO HABENICHT / TRAU GOTT ROSER
Menschen stärken.
Seelsorge in der evangelischen Kirche.
Gütersloh/München: Gütersloher Verlagshaus, 2015

LANDESBEIRAT PALLIATIVVERSORGUNG DES
MINISTERIUMS FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIEN, FRAUEN UND SENIOREN
BADEN-WÜRTTEMBERG (HRSG.)
*Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeption für
Baden-Württemberg*
2014

ULRICH LILIE / WOLFGANG BEER / EDITH DROSTE /
ASTRID GIEBEL (HRSG.)
*Würde, Selbstbestimmung, Sorgeskultur –
Blinde Flecken in der Sterbehilfedebatte*
Esslingen am Neckar: der hospiz verlag, 2015

STEPHAN MARKS
Scham – die tabuisierte Emotion.
Ostfildern: Patmos, 2013

MONIKA MÜLLER
Dem Sterben Leben geben.
*Die Begleitung Sterbender und trauernder Menschen
als spiritueller Weg.*
Gütersloh/München: Gütersloher Verlagshaus, 2010

MONIKA MÜLLER / DAVID PFISTER (HRSG.)
*Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und
Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin.*
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2013

DORIS NAUER
Spiritual Care statt Seelsorge?
Stuttgart: Kohlhammer, 2015

LUISE REDDEMANN
*Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von
Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren.*
Stuttgart: Klett-Cotta, 2006

LUISE REDDEMANN / LENA-SOPHIE KINDERMANN /
VERENA LEVE
Imagination als heilsame Kraft im Alter.
Stuttgart: Klett-Cotta, 2013

MONIKA RENZ
*Von der Chance wesentlich zu werden.
Reflexionen zu Spiritualität, Reifung und Sterben.*
Paderborn: Junfermann, 2011

MONIKA RENZ
*Grenzerfahrung Gott.
Spirituelle Erfahrungen in Leid und Krankheit.*
Freiburg: Kreuz/Herder, 2010

MANFRED RIEGGER/ THERESA SOMMERMANN
*Grüne Damen und Herren als Spiritual Caregivers
in:
Spiritual Care, 2016, Volume 5 Issue 3 S. 183ff.*
Berlin: De Gruyter, 2016

TRAUGOTT ROSER
*Resonanzen erzeugen. Zeitschrift für medizinische
Ethik 56/2010.*
Ostfildern: Schwabenverlag, 2010

CICELY SAUNDERS
*Hospiz und Begleitung im Schmerz.
Wie wir sinnlose Apparatedmedizin und einsames
Sterben vermeiden können.*
Freiburg im Breisgau: Herder, 1993

CORINNA SCHMOHL
*Onkologische Palliativpatienten im Krankenhaus.
Seelsorgliche und psychotherapeutische Begleitung.*
Stuttgart: Kohlhammer, 2015

MONIKA SPECHT-TOMANN/ DORIS TROPPEL
Zeit des Abschieds. Sterbe- und Trauerbegleitung.
Ostfildern: Patmos, 2010

SPIRITUAL CARE
*Zeitschrift für Spiritualität in den
Gesundheitsberufen.*
Stuttgart: Kohlhammer, bis 2015
Berlin: De Gruyter, seit 2016

DOROTHEE SÖLLE
Mystik und Widerstand: du stilles Geschrei.
Hamburg: Hoffmann und Campe, 1997

JOHANN-CHRISTOPH STUDENT/ ANNELORE
NAPIWOTZKY
Palliative Care. wahrnehmen – verstehen – schützen.
Stuttgart: Georg Thieme, 2011

ERHARD WEIHER
*Das Geheimnis des Lebens berühren.
Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine
Grammatik für Helfende.*
Stuttgart: Kohlhammer, 2014

*O Herr, gib jedem seinen eignen Tod.
Das Sterben, das aus jenem Leben geht,
darin er Liebe hatte, Sinn und Not.*

Rainer Maria Rilke



EVANGELISCHE LANDESKIRCHE
IN WÜRTTEMBERG

IMPRESSUM

Kirchenrätin Dr. Karin Grau
Evangelischer Oberkirchenrat
Referat 3.1.
Planung, Verwaltung, Einsatz Pfarrdienst
Gänsheidestraße 4
70184 Stuttgart
Telefon: (0 711) 21 49-185
E-Mail: dr.karin.grau@elk-wue.de

PfarrerIn Margret Ehni
Landeskirchliche Projektstelle
Seelsorge in der Palliativversorgung

Oberböhringer Straße 5
73312 Geislingen an der Steige
Telefon: (0 73 31) 9 86 88 03
E-Mail: margret.ehni@elkw.de