

**«ICH BIN NICHT KRANK, ICH STERBE NUR!»**  
Zum Spannungsverhältnis zwischen Palliative und Spiritual Care

**CAS-Abschluss-Arbeit**  
im trifakultären WB-Studiengang «Spiritual Care»  
Theologische, Phil.-hum. und  
Medizinische Fakultät  
Bern

vorgelegt von  
Anna Koellreuter

begleitet von  
Prof. Dr. theol. Frank Mathwig

eingereicht am 15.01.2023 bei Dr. Patrick Wyssman (Studienleiter) an der  
Theologischen Fakultät der Universität Bern von

Anna Koellreuter, Dr. phil.  
Aarbergstrasse 91  
2502 Biel/Bienne

## **«Ich bin nicht krank, ich sterbe nur!»**

Zum Spannungsverhältnis zwischen Palliative und Spiritual Care

### ***Inhaltsverzeichnis***

1. Einleitung	2
«Nicht Herr:in im eigenen Hause»	
2. Cicely Saunders	6
2.a Biographische Details, die in ihre Hospizideen münden	
3. Medizinkritischer Ansatz	9
3.a Der medizinische Widerstand...	10
3.b ... beginnt zu bröckeln	12
3.c Von «cure zu care», von Palliativ zu Spiritual	13
4. Was heisst Spiritualität?	13
4.a Was beinhaltet spirituelle Kompetenz?	15
4.b Unbehagen an spirituellen Assessments aller Art	17
5. Zur Frage der Selbsterfahrung in der Palliative und Spiritual Care	18
6. Fazit und Schluss	19
7. Literaturverzeichnis	21
***	
Anhang: Vignetten der letzten Stunden	23

## **«Ich bin nicht krank, ich sterbe nur!»<sup>1</sup>**

Zum Spannungsverhältnis zwischen Palliative und Spiritual Care

*Das Fremdeste, was man erleben kann,  
ist das Eigene, einmal von aussen gesehen.  
Max Frisch*

### 1. Einleitung

Der Vorstand des «Vereins Hospiz Biel/Bienne»<sup>2</sup> bat mich ein Konzept zu erarbeiten, auf welche Art in einem Hospiz die Spiritual Care gehandhabt werden könnte. Der Auftrag bestand darin, das Verhältnis zur Palliativ Care zu eruieren. Damit ist die Frage gemeint, wie sich die beiden Care-Gebiete ergänzen oder unterscheiden. Das Spannungsfeld, in welchem sich die beiden Care-Felder bewegen, hat Frank Mathwig mit dem faszinierenden Begriff von Odo Marquard «Inkompetenzkompensationskompetenz»<sup>3</sup> beschrieben. Mathwig sagt dazu: «Das Thema Spiritualität begegnet in medizinischen Kontexten zunächst als Defizitwahrnehmung verbunden mit der Forderung nach einer entsprechenden Korrektur im Sinne einer Kompetenzerweiterung. Gefragt ist eine Kompetenz, die die bestehenden Inkompetenzen kompensiert.» und: «Was der Philosoph [Odo Marquard, AK] auf die eigene Zunft bezieht, lässt sich auch auf die Medizin übertragen: Sie entdeckt ihre Inkompetenz angesichts der Konfrontation mit Sterben und Tod, gegen die weder ein pharmakologisches Kraut noch eine medizinische Therapie gewachsen sind.»(ebd: 28).

Das Spannungsfeld zwischen den beiden Care-Feldern – Palliative und Spiritual Care – beinhaltet den unterschiedlichen beruflichen Zugang zu Menschen am Lebensende. Palliativ heisst heilen (am Ende des Lebens Schmerzen beseitigen), demgegenüber bedeutet spirituell betreuen (sich mit dem Ende des Lebens befassen). Schmerzen zu beseitigen ist fassbar, sich aber mit dem Ende des Lebens, also mit dem Tod zu befassen ist nicht wirklich fassbar. Nicht alle Menschen ertragen es bekanntlich gleich gut, nicht mehr «Herr:in im eigenen Hause» zu sein. Das bedeutet: die Triebe nicht mehr im Griff zu haben, also z.B. von Angst und Schrecken erfasst zu werden. Triebe beinhalten Verschiedenes und steuern unser Unbewusstes. Wiederum möchte ich Frank Mathwig zitieren, der dies anhand der Differenzierung zwischen Körper und Leib mit dem Beispiel des Schmerzes

---

<sup>1</sup> Renate Lohmann (2022): <https://trauer-teilen.blog/2022/05/02/109-ich-bin-nicht-krank-ich-sterbe-nur-von...>(abgerufen am 15.11.2022).

<sup>2</sup> Der Verein wurde im Sommer 2021 gegründet.

<sup>3</sup> Mathwig, Frank (2014): *Worum sorgt sich Spiritual Care?* In: Noth, Isabelle und Kohli Reichenbach, Claudia (2014/Hg.): *Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie*. Theologischer Verlag: Zürich, S. 28.

beschreibt: «Das Wissen über den eigenen Körper gewinnen wir – durch Beobachtung – von aussen: Im Spiegel kann ich mich in einer Weise betrachten, die meiner leiblichen Perspektive verschlossen bleibt.»<sup>4</sup> Und was verschlossen bleibt, bleibt fremd. An diesem Punkt möchte ich anknüpfen mit der Diskussion was Alterität, was das Fremde im Zusammenhang mit sterbenden Menschen beinhaltet. Und wo dann evtl. die beiden Betreuungs- oder Care-Modelle ihren Platz haben werden.

Der Auftrag des Vorstandes «Hospiz Biel/Bienne» ein Konzept für Spiritual Care zu erarbeiten ist nicht ganz einfach, da meist von Palliative Care gesprochen wird und Spiritual Care stillschweigend mitgemeint ist. Wo unterscheidet sich also das Palliative vom Spirituellen? In der Palliative-Broschüre von 2019 kommt der Begriff Spiritual Care nicht vor.<sup>5</sup> Gian Domenico Borasio spricht von den «erheblichen Widerständen innerhalb der medizinischen Fakultät»<sup>6</sup> gegenüber der Errichtung einer Professur für Spiritual Care in München, worauf ich noch eingehen werde.

Das erinnert mich an meine eigene Krankheit vor 23 Jahren, die mich in verschiedenen Etappen mit dem Tod und dem Sterben konfrontiert hat. Und an eine Episode, die das ärztliche Gebaren illustriert. Onkologe Dr. Haag<sup>7</sup> klärte mich in einer Kontrolle in unwürdiger arroganter Art auf, mit welchen Folgen ich nach Chemo- und Radiotherapie zu rechnen hätte: «Frau Kohlschlütter, stellen Sie sich frühzeitig auf den grauen Star ein, Sie wissen schon: die alten Männer mit dem trüben Blick...auch die Knochen-dichte wird sich massiv verringern... überhaupt wird Ihr Immunsystem am Boden liegen.» Ich antwortete: «Das weiss ich, danke Ihnen für die Informationen, Herr Hick» worauf er gereizt reagierte: «Mein Name ist Haag» und ich: «Und mein Name ist Koellreuter», Anschliessend war das Gespräch beendet. Ich erinnere mich gut daran, dass ich zwar leicht irritiert war, aber keineswegs wütend auf diesen Arzt. Ich dachte für mich: er hat solche Angst vor mir, vor der Krankheit Krebs, vor dem Aufklären-müssen – so blieb ihm nichts anderes übrig als seine Angst mit sarkastischen Bemerkungen abzuwehren.

Mit dem am Boden liegenden Immunsystem hatte er allerdings recht. In der Folge hat sich mein Immunsystem durch eine Behandlung mit Homöopathie wieder erholt und ich bin ganz und vollständig genesen, weshalb ich in meinem Zweitberuf Klassische Homöopathin geworden bin. Menschen mit tödlicher Krankheit zu begleiten ist mir im Laufe der Zeit zu einem wichtigen Anliegen geworden. Dies nicht in dem Sinne, als «verwundete Heilerin» zu fungieren, um Menschen mit tödlicher Krankheit zu helfen, was

---

<sup>4</sup> Ebd., 34.

<sup>5</sup> Die Begleitung Sterbender. Unterstützung für Angehörige und freiwillige Helferinnen und Helfer. Hrsg. Palliative ch, Bern. 1. Aufl. 2019.

<sup>6</sup> Borasio, Gian Domenico (2022): Über das Sterben. Schweizer Ausgabe aktualisiert. dtv: München, 98.

<sup>7</sup> Ein Stellvertreter meiner Onkologin

ohnehin nicht möglich wäre, sondern um mit diesen Menschen einen würdevollen Umgang mit ihrer Situation zu finden. Meine Tätigkeit als Psychotherapeutin und Analytikerin war und ist eine gute Ergänzung zur Homöopathie, v.a. für krebserkrankte Menschen, die unter den Nebenwirkungen aller Arten von Krebstherapien zu leiden haben. Denn Krebs ist homöopathisch natürlich nicht heilbar. Aber die Linderung der Nebenwirkungen kann enorm sein. Allerdings zeigen die Gespräche mit den todkranken Menschen immer eine grössere Relevanz als die homöopathischen Mittelüberprüfungen.<sup>8</sup> Vielleicht liegt in diesen Gesprächen das Spirituelle: Gespräche über das Leben, das Sterben, den Tod, das Abschiednehmen.

Im Laufe der Jahre ist mir klar geworden, dass es nicht nur um den würdevollen Umgang mit todkranken Menschen geht, sondern um die Verschiedenheit, wie der oder die einzelne Patient:in mit dem möglichen Sterben umgeht.

Selbstverständlich sind die Themen Sterben oder tödliche Krankheit in einer ambulanten Praxis vollkommen anders besetzt als in einem Hospiz oder in der Palliativ-Abteilung eines Spitals. Neben dem Schutz der Würde, sei es in der Praxis, sei es in der Palliativ-Abteilung, kann sich das unkontrollierbare Fremde in der Begegnung zwischen mir und dem oder der Anderen plötzlich bemerkbar machen und spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle. Dieses Fremde ist nicht fassbar, bleibt im Unbewussten und hat undefinierbare Ängste zur Folge, die abgespalten und auf diese Weise zu Missverständnissen und Kränkungen führen können. Dies möchte ich im Anhang mit einigen Vignetten eines krebserkrankten Mannes illustrieren, ohne zu kommentieren. Denn wenn ich dies täte, dann würde ich das, was für mich in dieser Begegnung nicht fassbar war, abwehren.

Worum geht es mir in dieser Arbeit, die den Begriff der Spiritual Care im Fokus hat? Die Grundfrage für mich als Analytikerin lautet: Wie gehen wir mit den Trieben um, wenn wir angesichts von Sterben und Tod oder anderem Rätselhaften, mit dem nicht fassbaren Fremden konfrontiert werden? Den Trieben, die uns vom Unbewussten her überfallen und lähmen können? Und zwar derart, dass wir – oder unser aller 'Ich' –, «nicht mehr Herr:in im eigenen Hause» sind, wie Freud dies treffend formuliert hat.

Beginnen möchte ich mit dem Leben, resp. mit den *Grundideen, von Cicely Saunders*<sup>9</sup>, welche als Begründerin der Spiritual Care gilt, jedoch ohne den heutigen Anspruch an die Professionalität der Spiritual Care-Ausbildungen zu haben. Trotzdem war sie eine wichtige Wegbereiterin der aktuellen Palliativ Care.

Die Hospiz-Bewegungen zeigen überall in Europa einen dezidiert *medizinkritischen Ansatz*, der schon bei Cicely Saunders begonnen hat. Die

---

<sup>8</sup> Homöopathische Mittelüberprüfung bedeutet: die Wirkungen der einzelnen homöopathischen Mittel werden über genaues Abfragen kontrolliert und unter Umständen gewechselt.

<sup>9</sup> geb. 1918 – gest. 2005

Kritik betrifft die Fokussierung auf die körperlichen Leiden und Schmerzen, während seelische und spirituelle Begleitung eher im Hintergrund stehen. Die Zunahme der Spiritual Care-Aus- und Weiterbildungen hatte zwar eine Umstellung von cure zu care, bewirkt, d.h. von heilen zu betreuen. Also von Palliative Care zu Spiritual Care. Die Spiritual Care wurde jedoch in die Palliative Care aufgenommen, bzw. eingebaut. Mit Folgen, wie ich aufzeigen möchte.

Ein wichtiges Thema in dieser Entwicklung ist der medizinische Widerstand, den G.D. Borasio seit Jahren angeht. Dieser scheint aber langsam zu bröckeln. Das fundamentale Thema, welches die Konfrontation mit dem Tod mit sich bringt, das unfassbar Fremde, ist aber trotz bröckelndem Widerstand noch nicht wirklich integriert. Dies ist m.E. nur über die eigene Selbsterfahrung, in welcher man in Kontakt mit den eigenen Grenzen kommt, zu erreichen. Darauf werde ich zum Schluss noch kommen.

Vorerst aber wird in einem weiteren Kapitel der Versuch des Begriffs der Spiritualität angegangen. Die Definitionen, resp. die Verständnisebenen des Spiritualitätsbegriffs liegen ziemlich weit auseinander. Mit meiner Unsicherheit, was Spiritual Care beinhaltet, bin ich nicht alleine, wie ich im Verlauf dieser Arbeit realisiert habe.

Weiter möchte ich auf den Begriff der spirituellen Kompetenz eingehen und damit im Zusammenhang auch auf ein Problem der Ausbildungen, welche seit einigen Jahren auch als Spiritual Care-Studium an diversen Universitäten angeboten werden. Wie lernt man Spiritual Care? Was heisst spirituelle Kompetenz? Ist Spiritual Care an der Universität überhaupt lernbar? Oder geht es nicht eher um ein neues Geschäftsfeld im Gesundheitswesen? Denn irgendwann müssten die vielen Spiritual Care-Absolvent:innen ja bezahlt werden, nachdem sie sich ihrerseits dieses teure Studium geleistet haben. Bislang ist dies aber keineswegs der Fall. Seelsorger:innen werden bezahlt, Spiritual Care-Absolvent:innen aber nicht. Dies sind alles Fragen, die mich seit Beginn meiner CAS-Ausbildung beschäftigen.

Mein grosses Unbehagen gegenüber den spirituellen Fragebögen, wie z.B. die Vorlage des halbstrukturierten Interviews SPIR, spirituelle Assessments, oder gar dem Indikationenset, werde ich in einem weiteren Kapitel begründen. Diese dienen der Erfassung von spirituellen Bedürfnissen und Ressourcen der Patient:in oder des Sterbenden. Sie erinnern mich an die Indikation von psychisch leidenden Menschen, mit welcher diese kategorisiert und dadurch abgestempelt werden. Dadurch werden sie auch leichter handhabbar in ihren Behandlungen.

Zum Schluss möchte ich, wie oben erwähnt, den wichtigen Faktor der Selbsterfahrung in Palliative- und Spiritual-Care anschneiden. Das gilt für beide Bereiche gleichermassen, ist aber in der palliativen Medizin weniger Thema – wie mir scheint. Die Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit der Betreuenden erscheinen mancherorts – und leider auch oft in den Ausbildungen – eher am Rand, obwohl es doch die Betreuenden sind, welche die

schweren Lasten der Sterbenden und ihrer Angehörigen zu tragen haben. Die Vulnerabilität der Betreuenden darf aber nicht zum Mitleiden führen. Darauf weist G.D. Borasio hin: «Man darf als Arzt nicht mitleiden. Das hält man keine drei Tage aus. Man muss aber mitfühlen können.»<sup>10</sup> Das gilt analog zu meinen analytischen Supervisionen, in denen ich die Analytiker:innen drauf hinweise, dass es auf keinen Fall um das Teilen (also das Mitleiden) des Problems mit der Analysand:in oder Patient:in geht, sondern um das Teilhaben am Problem. Also sehr nahe sein, aber sich nicht verquicken mit dem Gegenüber, sondern sich abgrenzen und trotzdem dicht dran sein. Über die Selbsterfahrung oder die eigene Therapie ist es möglich einen Umgang mit dem Fremden zu erreichen, was für alle Berufssparten gelten sollte, die mit der Begleitung von schwierigen Situationen mit Sterbenden oder todkranken Menschen, sowie auch mit psychisch-kranken oder dementen Menschen zu tun haben. Die eigene Therapie oder Analyse ist für Psycholog:innen und Therapeut:innen eine unabdingbare Grundvoraussetzung für den Einstieg in den therapeutischen Beruf. Warum also nicht für Palliative oder Spiritual Care-Anwärtler:innen?

## 2. Cicely Saunders Hospiz-Idee

Die Biografie, resp. die biographischen Details, die wir über Cicely Saunders wissen, sind erwähnenswert. Denn wie hinter allen spannenden und ergreifenden Ideen steckt eine spannende und ergreifende Persönlichkeit, die von einer Eingebung oder, wenn man will, von einer Erleuchtung ergriffen wurde.

Cicely Saunders 'Hospiz-Idee' – incl. dem Spiritual Care-Konzept – war eng mit ihrem eigenen Leben verbunden und wurde während 50 Jahren laufend von ihr weiterentwickelt. Ihre eigene Vorstellung von Team-Arbeit hat wenig zu tun mit den professionellen Teams von heute. Ihre schwierigen Familienverhältnisse, die zerrüttete Ehe der Eltern und die problematische Beziehung zu ihrer Mutter liessen sie einsam und unglücklich sein, aber: «Ihr Erleben schärfte den Blick für die Situation derer, die wie sie unter Einsamkeit litten.»<sup>11</sup> Nach Ende ihrer Schulzeit absolvierte sie verschiedene Studien und Ausbildungen: zuerst in Oxford Philosophie, politische Wissenschaften, Ökonomie. Lange war ihr nicht klar, was sie wirklich wollte. Der 2. Weltkrieg brach aus und sie lernte gegen die Wünsche der Familie Krankenschwester. Dann folgte der Lehrgang medizinische Sozialarbeiterin, wofür sie einen akademischen Grad aufgrund der beendeten College-Studien bekam.<sup>12</sup>

Martina Holder-Franz beschreibt sehr schön den Weg der religiösen Entwicklung von Saunders. Aufgrund der Trennung der Eltern, die sie psychisch zu tragen hatte (Suizidgedanken der Mutter) suchte sie religiöse

---

<sup>10</sup> G.D. Borasio im Tagesspiegel vom 12.11.2014.

<sup>11</sup> Martina Holder-Franz (2012): «... dass Du bis zuletzt leben kannst.» S. 34. tvz: Zürich.

<sup>12</sup> Ebd., 37.

Orientierung, obgleich die Familie nicht religiös war: «Als Jugendliche äusserte sie gegenüber anderen, dass sie es vorziehe Atheistin zu sein.»<sup>13</sup> Aus diesem Grund beabsichtigten ihre Freundinnen auch nicht sie nach Cornwall mit zu nehmen, um dort während zwei Wochen mit einer Fachperson über religiöse Themen zu diskutieren. Auf Saunders Drängen hin durfte sie schliesslich doch mit, und erlebte in dieser religiösen Frauen-Gruppe eine fundamentale Veränderung. Die Umgebung zuhause stand ihrem Enthusiasmus jedoch skeptisch gegenüber. «Ihre entschieden christliche Einstellung befremdete.»<sup>14</sup>

Dann lernte sie ihren ersten berühmten Patienten David Tasma<sup>15</sup> kennen, einen polnischen Juden, geflohen aus dem Warschauer Getto. Er war 40jährig und hatte Krebs. Er wollte von ihr wissen, ob er sterben müsse. Sie bejahte und besuchte ihn von da an regelmässig, woraus eine tiefe Freundschaft entstand. (ebd: 45). Obwohl David Tasma sich als jüdischen Agnostiker beschrieb, spielte dies für ihre Gespräche keine Rolle. Aber es beschäftigte Saunders, wie jüdische und christliche Hoffnung zu vereinbaren seien. Tasma vermachte ihr sein ganzes Geld (500 Pfund) zum Aufbau eines Hospizes, das dann später auch als das berühmte St.Christopher's Hospital gebaut wurde. Und Saunders organisierte für Tasma eine Beisetzung nach jüdischem Ritus.

Nach David Tasmass Tod entschied sie sich Medizin zu studieren, um sich mit dem «Pain Management» auseinanderzusetzen, das später als «Total Pain» in der Spiritual Care so wichtig werden sollte. Ihre Konzepte der Palliativ-Care, damals noch nicht im Programm der Spitäler, waren Vorläufer der heutigen Palliativ-Medizin.

In einem Gespräch mit Lisa Freund<sup>16</sup> sagte Saunders dazu: «Ich hatte eine spezielle Ausbildung als Ärztin absolviert, um daran [an der Schmerzbekämpfung, AK] zu arbeiten. Hier traf ich einen anderen Polen aus dem Osten des Landes. Er war ein sehr würdevoller, aristokratischer Mann, der – auf seine stille Art – sieben Monate lang auf der Station blieb. In den letzten drei Wochen seines Lebens lernte ich ihn gut kennen, und wir kamen uns sehr nahe. Ich erinnere mich, dass er mich fragte: «Werde ich sterben?» Ich antwortete mit einem klaren: «Ja.» Dann fragte er: «Wird es noch lange dauern?» Und ich sagte: «Nein.» Er schaute zu mir hoch. «War es schwierig für Sie, mir das zu sagen?» «Ja, das war es.» Und er antwortete: «Danke, es ist schwierig, es gesagt zu bekommen, aber es ist sicher genauso schwierig, es auszusprechen.»<sup>17</sup>

---

<sup>13</sup> Ebd., 39.

<sup>14</sup> Ebd., 44.

<sup>15</sup> Martina Holder-Franz nennt ihn die «Berufungsbegegnung» von Cicely Saunders, ebd., S.107

<sup>16</sup> Freund, Lisa (2016): Interview mit Dame Cicely Saunders, die als Begründerin der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin gilt. Veröffentlicht am 6.9. 2016, aktualisiert: 21.4.2017.

<sup>17</sup> Ebd., alle Zitate aus dem Gespräch mit Lisa Freund



Weiter führte sie aus: «In dieser Zeit begannen wir, uns sehr zu mögen. Ich liebte Anthony. Ich erinnere mich, dass Anthony zu Beginn dieser drei Wochen sagte: «ich will nicht sterben, ich will nicht sterben.» Später, einen oder zwei Tage vor seinem Tod, sagte er: «Ich möchte nur das, was richtig ist.» Es war eine Reise voll spirituellen Wachstums, und er durchlebte sein persönlicher Gethsemane. Er starb friedlich am 15. August, an Maria Himmelfahrt – für einen katholischen Polen ein wunderbarer Tag zum Sterben. Durch die Begegnung mit diesen beiden polnischen Männern, Anthony und David, erkannte ich, dass ich noch eine Menge über Schmerzkontrolle und vieles andere mehr zu lernen hatte.»

Eine andere wichtige Passage aus diesem Gespräch:  
Die Interviewerin Lisa Freund fragt: «*Wie können Sie im Prozess der inneren Heilung helfen, wenn das Leiden des Sterbenden Ihnen beinahe das Herz bricht?*»

Sie sagte: «Wir können die Sterbenden vielleicht nicht um all ihren Schmerz, so aber doch um einen wesentlichen Teil ihres körperlichen Schmerzes erleichtern. Die Qual einer alleinstehenden jungen Mutter, die ihre Kinder zurücklassen muss, können wir ihr nicht abnehmen. Wir können mir ihr darüber reden. Wir können nicht einmal sagen: «Ich verstehe dich», weil wir es nicht wirklich verstehen. Wir können nur sagen: «Ich werde nicht weglaufen». Und – «Sobald jemand das Gefühl hat, dass nur er oder sie der einzige Mensch ist, der etwas tun kann, oder den Patienten verstehen kann, dann bekommt dieser Probleme.» Das St. Christopher's Hospice, dessen Vorsitzende sie bis zu ihrem Tod war, wurde zum Modell der weltweiten Hospiz-Bewegung. Hospiz meint nicht das Gebäude, wie manchmal geglaubt wird, sondern die Einstellungen und Fähigkeiten in der Arbeit der Palliativ-Teams, in welchen Spiritual Care einbezogen ist.<sup>18</sup>

Für mich sind diese Passagen deshalb wichtig, weil darin so deutlich wird, dass Gespräche mit Sterbenden nur möglich sind, wenn deren körperliche Schmerzen<sup>19</sup> praktisch eliminiert werden können. Das sah auch Cicely Saunders so und legte mit ihrem eisernen Willen die Grundsteine zur Palliativen Medizin, die später zur Palliativ Care wurde und Spiritual Care miteinschloss. Es ging Saunders nicht nur darum den physischen Schmerz zu bekämpfen, was ebenso wichtig war, sondern den «Total Pain», den totalen Schmerz, in den Hintergrund treten zu lassen. Im totalen Schmerz sind die physischen Beschwerden untrennbar verbunden mit dem Leid, das aus den Gefühlen der Machtlosigkeit, der Einsamkeit, des Ausgeliefertseins an das eigene Schicksal entstehen kann. Das heisst, den Kranken oder Sterbenden in seinem Bedürfnis nach Sicherheit zu unterstützen, im Sinne von Cicely Saunders: Die Menschen nicht alleine lassen, sondern da sein. Das sei auch der Grund, weshalb diesem *Total Pain* nur ein interdisziplinäres Team

---

<sup>18</sup> Christian Hörl (Hrsg./1999): Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospizidee steht. Herder/Spektrum: Freiburg, Basel, Wien.

<sup>19</sup> Z.B. von Nebenwirkungen der Chemo- oder anderen Therapien.

begegnen kann, mit Arzt:innen, Therapeut:innen, Sozialarbeiter:innen, Seelsorger:innen.<sup>20</sup> Das heisst: *alle* Team-Mitglieder besitzen spirituelle Kompetenz, um mit den Anforderungen, die sich ihnen stellen, einen Umgang zu finden. Denn nur innerhalb eines gut funktionierenden Teams kann ein konstruktiver interdisziplinärer Austausch stattfinden. Nur so kann der oder die einzelne davor bewahrt werden, sich alleine verantwortlich zu fühlen oder sich zu stark zu involvieren, was weder der helfenden Person noch der Patient:in hilft.<sup>21</sup>

Hierarchien können hier aber auf ungute Weise hinderlich sein. Das ist immer wieder zu beobachten, auch in meinen Supervisionen, in welchen sich Psycho-Onkolog:innen oder Homöopath:innen in ihren jeweiligen Institutionen nicht besonders ernst genommen fühlen. Der Psychiater Klaus Dörner, bei dem ich in den 80er Jahren ein Praktikum in einer Tagesklinik gemacht habe, sagt in einem Interview: «Man kann meines Erachtens davon ausgehen, dass in keinem Bereich der Gesellschaft die berufsständischen Interessen so massiv und rücksichtslos über den eigentlichen Betriebszweck gestellt werden, wie im Bereich der helfenden Berufe.»<sup>22</sup> Und weiter ärgert er sich über die unanständigen Psychiater: «Ich stamme aus einer Zeit, in der jeder anständige Psychiater nur von seniler Demenz sprach. Von einem Tag auf den andern wurde diese zu Morbus Alzheimer umbenannt. Das konnte doch eigentlich nur damit zusammenhängen, dass die Ärzte das grosse Geschäft erkannten, das ihnen in Gestalt der epidemisch zunehmenden alten Menschen winkt. Geschäfte machen kann ich aber nur mit Krankheiten, weil die Kassen andernfalls nicht zahlen!»<sup>23</sup>. Auf den Palliativ-Abteilungen ist die Grenze zwischen Krankheit, wo man medizinisch noch etwas bewirken könnte, und dem Sterben, das von der Krankenkasse nicht bezahlt wird, fließend.

### 3. Hospiz-Bewegung mit dezidiert medizinkritischem Anspruch<sup>24</sup>

Wie im kurzen biographischen Abriss über Cicely Saunders aufgezeigt wurde, geht es ihr vor allem um die Schmerzbekämpfung. Neben dem Palliative Pain mit körperlichen Schmerzen existiert auch der 'Total Pain' (Spiritual Pain), das spirituelle Leiden. Dieses beinhaltet den Trennungsschmerz des sterbenden Menschen, der von seinem Leben Abschied nehmen muss, mit den auch unbewältigten und unveränderbaren Situationen. Es ist dies ein schmerzvoller Trauerprozess, sobald ein Mensch sein Sterben realisiert. Die vier verschiedenen Qualitäten von Schmerz sind physisch, psychisch,

---

<sup>20</sup> Hörl: 11.

<sup>21</sup> Ebd., 12.

<sup>22</sup> Dörner, Klaus (2014): *Interessen der helfenden Berufe ins Visier genommen*. Interview am 16.1.2014 in Hamburg Eppendorf (Klinik). Schattenblick/006. MA-Verlag: Stelle-Wittenwuth.

<sup>23</sup> Ebd.

<sup>24</sup> Frank Mathwig in Isabelle Noth (2014): S. 23-41).

sozial und spirituell, sie gehen ineinander über und sind miteinander verbunden. Deshalb die Bezeichnung 'totaler Schmerz'. Und von daher auch die Bezeichnung 'spirituelles Leiden', das zentral ist und alle Menschen betrifft. Gemäss Saunders sollte ein Raum (für Spiritual Pain) geöffnet werden, damit sich darin Prozesse entfalten könnten, damit Tröstliches geschehen könne. Im St.Christopher's Hospice hat sie dies verwirklicht.<sup>25</sup> Nach Saunders braucht es dazu bezahlte Spiritual Care-Leute, und dies jenseits der Seelsorger:innen, die von den grossen christlichen Kirchen ohnehin bezahlt würden.<sup>26</sup> Aber so weit sind wir heute noch längst nicht. Wenn ferner das Argument der Palliativmedizin darauf hinweist, dass Spiritual Care zu teuer sei, widerspricht Eckhart Frick bezüglich Finanzierbarkeit ganz klar: «Das Vorurteil, Spiritual Care sei ein nicht finanzierbarer Luxus, lässt sich nicht aufrechterhalten.»<sup>27</sup> Und er belegt mit Studien, dass eine gute spirituelle Betreuung zu finanziellen Einsparungen führt.<sup>28</sup> In Bezug auf Brustkrebspatient:innen sagt Frick: «Wer über unzureichendes Spiritual Care klagte, hatte eine höhere Wahrscheinlichkeit, im fortgeschrittenen Stadium mit einer Tumorerkrankung auf die Intensivstation verlegt zu werden und dort zu versterben, als zufriedenstellend betreute Patient:innen. Die finanziellen Aufwendungen waren für die schlecht spirituell betreuten Patient:innen zwei- bis dreimal höher als für die gut betreuten. Wie sind diese Befunde zu erklären? Die Kostenexplosion bei mangelhaftem Spiritual Care hängt in der zitierten Studie mit den gewählten Behandlungs-Settings (Intensivmedizin statt Palliative Care) zusammen.»<sup>29</sup> Für Birgit und Andreas Heller ist im Gegensatz dazu noch nicht klar, ob sich «tatsächlich ein Spiritual Care-Markt im Gesundheitswesen etablieren wird»<sup>30</sup>, der ja im Grunde genommen mit den vielfältigen Aus- und Weiterbildungen an Universitäten und Fachhochschulen sowie von privaten Anbietern schon im Gange ist. Und sie fragen sich, wie Gerechtigkeit wirken könnte oder ob sich so nicht die Klassengesellschaft bezüglich Behandlung von Krankheiten noch weiterentwickelte. «Die 'Gretchenfrage' an die Politik lautet: Wie hältst du es mit den schwer Kranken und Sterbenden, wie geht eine Leistungsgesellschaft mit den von ihrer Leistung her 'Unproduktiven' um? Wie können Kriterien der Gerechtigkeit im Krankheitsfall und am Lebensende wirksam werden? Oder setzt sich ein Erste-, Zweite- und Dritte-Klasse-Sterben durch (in der Behandlung von Krankheit ist die Klassengesellschaft – trotz gegenteiliger Behauptungen – ohnehin schon eine Realität)?»<sup>31</sup> Vorläufig sind die Hospize in der Schweiz auf Stiftungsgelder und Spenden angewiesen, sowie auf gut situierte Menschen, die ihren Hospiz-Aufenthalt selbst finanzieren können.

---

<sup>25</sup> Holder-Franz: ebd.

<sup>26</sup> Heute sind es wohl die Spitäler anstelle der Kirchen.

<sup>27</sup> In: Doris Nauer (2015), S. 132.

<sup>28</sup> Ebd., 133.

<sup>29</sup> Ebd., 133.

<sup>30</sup> Ebd.

<sup>31</sup> Ebd.

### 3.a. Der medizinische Widerstand...

Schon für Cicely Saunders war es nicht einfach, die Ärzt:innen zu überzeugen, von kurativen Behandlungen abzusehen, auch wenn kaum Aussicht auf Heilung bestand. Denn diese gingen davon aus, bis zum Ende kämpfen zu müssen.

Bei diesem Thema wird Gian Domenico Borasio ungeduldig, weil er seit Jahren gegen die Reduzierung der Palliativmedizin auf blosser Schmerzbehandlung ankämpft. Denn das Thema Schmerzen mache nur einen Sechstel der palliativen Tätigkeit aus. Viel wichtiger wäre es den Menschen in seiner Psyche, seiner kulturellen Herkunft und seinen spirituellen Bedürfnissen zu verstehen. Und dafür gäbe es die einfache Methode: «Zuhören, zuhören, zuhören. Die Medizin der Zukunft wird eine zuhörende sein, oder sie wird nicht mehr sein.»<sup>32</sup> Er glaubt, dass die Rolle der Ärzt:innen von grosser Bedeutung sei für die Menschen, die am Sterben sind, und zwar, weil sie von den Ärzt:innen als ganze Menschen gesehen werden wollen, wozu der spirituelle Bereich direkt dazu gehöre: «Eigentlich ist dies auch eine Rückkehr zu den Wurzeln der Medizin, in denen der spirituelle und der heilende Aspekt untrennbar miteinander verbunden waren – man denke wieder an die Schamanen.»<sup>33</sup> Vermutlich habe sich auch deshalb das grosse Interesse am neuen akademischen Fach «Spiritual Care» entwickelt, wobei sich eigentlich sehr wenig männliche Aspiranten (z.B. an der Uni Bern) anmelden. Denn Spiritual Care sei viel mehr als kirchliche oder christliche Seelsorge,<sup>34</sup> sondern stelle die umfassende Sorge um den kranken Menschen dar, die allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gemeinsam sei. Nur seien die ärztlichen Widerstände gegen die Spiritual Care immer noch gross. Das beschreibt er anhand des Versuchs die erste ökumenische Professur<sup>35</sup> für Spiritual Care in München im Jahr 2010 mit einem katholischen und einem evangelischen Theologen, doppelt zu besetzen.<sup>36</sup> Diese Doppelprofessur war in der Palliativmedizin angesiedelt, vollständig extern über eine Stiftung finanziert und stiess trotzdem – oder eventuell auch deswegen – auf grosse Widerstände: «Ein hochrangiger Arzt und Professor fragte allen Ernstes nach, was denn der genaue Unterschied zwischen Spiritual Care und Aromatherapie sei. Diese Widerstände spiegeln die Schwierigkeiten des etablierten Medizinbetriebs wider, andere Kompetenzen als die ärztliche als gleichwertig zu akzeptieren. [was den Begriff der 'Inkompetenzkompensationskompetenz' wunderbar illustriert]<sup>37</sup> Und tatsächlich hat die Universität

---

<sup>32</sup> G.D. Borasio im Tagesspiegel, 12.11.2014.

<sup>33</sup> G.D. Borasio (2022): 89.

<sup>34</sup> Ebd.

<sup>35</sup> Damit meint Borasio wohl den Dialog zwischen den zwei Religionen

<sup>36</sup> Das waren Traugott Roser und Eckhard Frick

<sup>37</sup> Anmerkung AK

München diese Professur, obwohl deren Lehrangebote von den Medizinstudierenden sehr gut akzeptiert wurden, im Jahre 2021 auslaufen lassen und nicht nachbesetzt.»<sup>38</sup>

Über die Palliativmedizin sagt er, dass in mehrfacher Hinsicht ein Perspektivenwechsel eingetreten sei: «Von einer organotropen, technokratischen zu einer menschenorientierten, ganzheitlichen Medizin, die auch den psychosozialen und spirituellen Bereich aktiv in die Betreuung einbaut. Die Sinnhaftigkeit dieses Ansatzes steht zwar für alle in der Palliative Care Tätigen ausser Frage, trifft aber in der Praxis auf beachtliche Widerstände.»<sup>39</sup> Denn das klassische Medizinsystem beschäftige sich nicht mit psychosozialer Begleitung oder Spiritualität, diese würden von der Medizin grundsätzlich in Frage gestellt. Nicht nur bei Ärzten, auch bei den Pflegenden, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen und Seelsorger:innen sei ein Unbehagen vorhanden, «sich von der alleinigen Deutungs- und Handlungshoheit ihrer jeweiligen 'angestammten' Gebiete verabschieden zu müssen.» Und Borasio betont, dass die psychosoziale und spirituelle Dimension jenen Mehrwert bringen würde, der den Unterschied zwischen «Cure» (gesund machen) und «Care» (liebvoll betreuen) ausmache.

### 3.b. ... beginnt langsam zu bröckeln

Damit die vertrauensvolle und fürsorgliche Betreuung – eben die liebevolle Betreuung – der Spiritual Care in der Seelsorge der Palliative Care nicht untergeht, fordert Cicely Saunders mit deutlichen Worten, dass finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden.<sup>40</sup> Ich verstehe das so: sie möchte ganz einfach, dass diese zeitaufwendige Arbeit ernst genommen würde. Das heisst: Die Patient:innen müssen damit rechnen können, dass vertrauliche Gespräche möglich und der Schweigepflicht unterstellt sind. Auf diese Weise wird ein unverfügbarer Raum hergestellt, in welchem der sterbende Mensch in ganz besonderer Weise Schutz erfährt. Vermutlich wird dies (eine Bezahlung) noch eine Weile dauern, denn die Frage nach der jeweiligen beruflichen Deutungshoheit ist noch nicht geklärt, auch wenn Bemühungen vorhanden sind.

Konziliardienste werden in Palliativ-Abteilungen immer mehr multiprofessionell besetzt. Mindestens eine Ärzt:in, eine pflegerische und eine sozialarbeiterische oder psychologische Fachkraft sind nötig, wie auch die Seelsorge.<sup>41</sup> Letzthin habe ich bei meinem Besuch im Diaconis in der Palliative Care gesehen, dass dort zusätzlich Therapien für Lymphdrainage, für Kunst und Musik, Physiotherapie u.v.m. im Team angeboten werden. Dazu kommen die unbezahlten freiwilligen Helfer:innen. In Cicely Saunders

---

<sup>38</sup> Ebd., 90.

<sup>39</sup> Ebd., 182.

<sup>40</sup> Martina Holder-Franz (2012), 144.

<sup>41</sup> Borasio, 45.

Hospiz begegneten sich die verschiedenen Berufsgruppen auf Augenhöhe. Aber auch das habe sich noch längst nicht überall durchgesetzt, betont Borasio.<sup>42</sup> Das ist auch nicht schwierig zu verstehen, resp. nachzuvollziehen. Denn die interprofessionelle Kommunikation muss eingeübt und immer wieder von Neuem gegen althergebrachte Abgrenzungstendenzen verteidigt werden. Die Kranken oder Sterbenden sollten «nicht von Profis umzingelt sein». Das fordert Klaus Dörner in Bezug auf Menschen mit schweren Schicksalen und Krankheiten.<sup>43</sup> Die Durchsetzung der verschiedenen Berufsgruppen, alle gleich zu behandeln und sich auf Augenhöhe zu respektieren, fördert die Geborgenheit und das Sich-aufgehoben-Fühlen, nicht nur der Fachleute, sondern auch der Sterbenden und deren Familienangehörigen.

Spiritualität sei aber Teamarbeit, so Borasio. Die Reflexion der Teammitglieder über ihre eigene Spiritualität ist eine wesentliche Voraussetzung für ihre Arbeit in diesem Bereich.<sup>44</sup> Was heisst das nun genau? Interprofessionalität wird zunehmend zum wichtigsten Faktor in der Begleitung sterbender Menschen, auch wenn die Rivalitäten in den verschiedenen Berufsgruppen deutlich spürbar sind, insbesondere auch seit der neue akademische Zweig der Spiritual Care immer mehr Raum einnimmt.

### 3.c. Palliative und Spiritual Care, Umstellung von «cure» zu «care», von heilen zu betreuen

In den nationalen Leitlinien schreibt das BAG 2014: «In der Palliative Care, wird der Mensch in seiner Ganzheit betreut, das heisst unter Berücksichtigung der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen [...] Die spirituelle Begleitung leistet einen Beitrag zur Förderung der subjektiven Lebensqualität und zur Wahrung der Personenwürde angesichts von Krankheit, Leiden und Tod. Dazu begleitet die Spiritual Care Menschen in ihren existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnissen auf der Suche nach Lebenssinn, Lebensdeutung und Lebensvergewisserung sowie bei der Krisenbewältigung. Sie tut dies in einer Art, die auf die Biografie und das persönliche Werte- und Glaubenssystem Bezug nimmt. Dies setzt voraus, dass die existentiellen, spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Beteiligten erfasst werden.»<sup>45</sup> Und wie soll dies geschehen? Darauf komme ich später. Bislang wurden diese Nationalen Richtlinien nicht an die momentane Situation angepasst, wie sie sich in der Zunahme an spirituellen Weiterbildungen zeigt. Jedenfalls ist die Frage interessant, weshalb sich die Medizin plötzlich für spirituelle Fragen interessiert. Das Bedürfnis nach Spiritualität ist

---

<sup>42</sup> Ebd., 59.

<sup>43</sup> Nachruf auf Klaus Dörner. Ein Leben mitten in der Gesellschaft. In der taz, 4.10.22.

<sup>44</sup> Borasio, 92

<sup>45</sup> BAG (2014): Nationale Leitlinien Palliative Care, 14.

jedenfalls riesig, nicht nur bei den Mediziner:innen, auch in anderen Berufsgruppen wird die Spiritualität zusätzlich einbezogen.

#### 4. Spiritualität

Auf die Frage, was sie unter Spiritualität versteht, sagt Cicely Saunders: «Es bedeutet, offen zu sein, um den Sterbenden – in welcher Weise auch immer – bei ihrer Suche nach einem Sinn in ihrem Leben und ihren wichtigsten inneren Werten beizustehen, auch wenn sie über sich selbst hinausgehen bei der Suche nach dem was sie als Wahrheit ansehen. Ich denke, das ist der spirituelle Bereich, das spirituelle Bedürfnis. [...] Darum geht es doch im Leben auch: Sinn und Selbstwert finden.»

«Das Wichtigste ist: Hören Sie Ihren Patienten zu; sie werden Ihnen sagen, was sie brauchen.» Und: «Wir haben ja überhaupt nicht das Ziel, dass die Menschen so denken sollen wie wir [d.h. zum christlichen Glauben bekehren, AK]. Wir möchten, dass sie auf ihre eigene Weise denken, und zwar so tiefgründig, wie sie können.»

Eine einheitliche Erklärung des Begriffs Spiritualität gibt es nicht, was heisst, dass Spiritualität für jeden Menschen eine andere Bedeutung hat. Für Traugott Roser<sup>46</sup> ist die Offenheit des Begriffs deshalb so wichtig, weil damit nicht über die Menschen verfügt werden könne. Die einzelne Person kann selbst entscheiden, wie sie zu Spiritualität steht: «Spiritualität ist das, was der Patient dafür hält.»<sup>47</sup> Dies kann auch als gewagte These angesehen werden, denn damit ist das Feld offen für alle möglichen Ideen und Spekulationen über deren Inhalt.<sup>48</sup> Aber möglicherweise ist dies von Roser so beabsichtigt – oder gehört zu seinem Freiheitsbegriff.

Oft wird Spiritualität mit Religiosität gleichgesetzt. Dazu sagt Eckhard Frick, dass die WHO diese nicht gleichsetzt, sondern es ginge bei der Spiritualität um eine Dimension des Menschseins mit den Fragen: was gibt in meinem Leben einen Sinn, welche Werte habe ich, was sind die Grenzen? Die Religiosität sei eine Untergruppe unter diversen anderen, auch nicht-religiösen, mit den Fragen: zu welcher Gruppe zähle ich mich dazu oder eben nicht? Es gäbe aber Menschen die Spiritualität anders erleben würden, auch atheistische Menschen hätten eine Spiritualität.<sup>49</sup> Nicht zu vergessen: ursprünglich bezeichnete sich auch Cicely Saunders als Atheistin. Ihren Weg zu einer christlich-religiösen Haltung fand sie erst später. Dies stellte ich auch bei meinem Patienten fest, dessen Vignette ich im Anhang vorstellen möchte.

---

<sup>46</sup> Traugott Roser (praktischer Theologe) und Eckhard Frick (Jesuit, Psychoanalytiker und Psychiater) teilten sich die erste Professur für Spiritual Care in München.

<sup>47</sup> Traugott Roser (2009)

<sup>48</sup> Das sieht auch Andreas Heller so.

<sup>49</sup> Eckhard Frick /2013): *Zwischen engem und weitem Spiritualitätsbegriff*, S.36-47. In: Möde, Erwin (Hrg): *Christliche Spiritualität und Psychotherapie*. Pustet: Regensburg.

Birgit Heller zieht den Schluss: «Die Definitionen von Spiritualität klaffen jedenfalls so weit auseinander, dass die daraus resultierende Begriffsunschärfe zwar vielleicht der Vielfalt individueller Spiritualitätswürfe entsprechen mag, aber einem schlüssigen Konzept von Spiritual Care hinderlich ist.»<sup>50</sup> Andererseits ist zu fragen, ob ein schlüssiges Konzept wirklich nötig ist, oder ob damit nicht einer sektiererischen Einengung Tür und Tor geöffnet würde. Und wer würde denn dieses Konzept entwickeln?

Kürzlich sah ich auf dem Youtube-Kanal ein kurzes Interview, in welchem Eckhard Frick gefragt wird: «Was ist Spiritual Care?» Er antwortet sinngemäss, dass Spiritual Care die Sorge von allen sei, die in der Medizin arbeiten, d.h. es betreffe alle Berufe, welche mit kranken Menschen zu tun hätten. Dabei ginge es nicht nur um die physische Gesundheit, sondern um die Sinnfrage und die Absurdität in der sie (die Patient:innen) sich befänden. Sie suchten Deutung und Orientierung.<sup>51</sup> Aber auch die Helfer:innen bräuchten immer wieder Hilfe und Unterstützung, was kein Luxus sei. Denn die Covid-Pandemie hätte noch viel drängender den Bedarf im spirituellen Bereich gezeigt. So wie auch die tiefe Bedürftigkeit des Menschen. Auf die Frage, wie denn Ärzt:innen und Pfleger:innen mit dem Schicksal der einzelnen Menschen zurechtkommen könnten, sagt er, es sei ein Spagat zwischen der Notwendigkeit vernünftig zu arbeiten und dem was es an Bedürfnissen dieser Patient:innen gäbe.<sup>52</sup>

Kurz zur esoterischen Seite der Spiritualität. Der berühmteste Vertreter der neuen Spiritualitätsbewegung war wohl Fritjof Capra mit seinem bekannten Buch «Wendezeit»<sup>53</sup>. In der New-Age-Bewegung spielte dieses Buch eine wichtige Rolle. Im weiteren habe ich mich nicht mit der Esoterik als Heilsbringer-Thema beschäftigt. Da gäbe es viel dazu zu sagen. Zum Beispiel, wie sich die diversen Thema abwechseln, einmal ist es Yoga, dann Zen-Buddhismus, dann ein anderes Thema – also unendlich vieles, das sich in einem Marktplatz von Spiritualität abspielt. Darauf gehe ich in dieser Arbeit nicht ein.

Andreas Heller hat da fundierter recherchiert und wendet ein: «Heute ist Spiritualität zu einem Containerbegriff mit vielen Sinngebungen geworden. Man spricht z.B. von Biospiritualität und feministischer Spiritualität, von Spiritualität der Grünen... Besonders in der esoterischen Szene hat sich dieses Wort [Spiritualität, AK] durchgesetzt.»<sup>54</sup>

#### 4.a. Zur spirituellen Kompetenz

---

<sup>50</sup> Birgit Heller in Doris Nauer (2015): *Spiritual Care statt Seelsorge?* Kohlhammer: Stuttgart. S. 95

<sup>51</sup> In seinem Grundlagenwerk *'Irren ist menschlich'* sagt Klaus Dörner exakt dasselbe.

<sup>52</sup> «Was ist Spiritual Care?» Youtube mit Eckhard Frick, 8. April 2021.

<sup>53</sup> In Holder-Franz: 27.

<sup>54</sup> Holder-Franz (2012), 28.



Wie kann sich also jemand spirituelle Kompetenz aneignen? Kann man das überhaupt? Denn wie Martina Holder-Franz betont, ist palliative Begleitung ohne spirituelle Dimension nicht möglich.<sup>55</sup> Und auch wenn die Sterbenden keine religiöse Begleitung wünschten, sei Spiritual Care trotzdem eine Option.<sup>56</sup> Notwendig seien jedoch geschulte Fachleute, die ihrerseits in ihren Supervisionen begleitet würden. Dies gilt ganz analog zu uns Analytiker:innen und Therapeut:innen mit oder ohne Erfahrung, die wir uns mit unseren Supervisor:innen über schwierige zwischenmenschliche Situationen im analytischen Setting austauschen möchten. Denn die Begleitenden sind auch Verwundbare, die mit ihrer Vulnerabilität in Kontakt treten müssen, damit sie diese anerkennen können und nicht unbewusst auf andere Verwundete übertragen oder projizieren. Das heisst auch in Kontakt zu treten mit den eigenen Grenzen. Denn die Begleitenden sind aufgrund ihrer Verwundbarkeit auf andere angewiesen. Und zwar radikal.

Spiritual Care ist weit mehr als sterbenden Menschen zu helfen und beizustehen. Es geht darum, Angst und Schrecken zuzulassen. Die Angst vor der Konfrontation mit dem eigenen Ableben, dem eigenen Tod, den Schmerzen, der Einsamkeit.

Die Freiwilligendienste oder die Nachbarschaftshilfe, wie sie es z.B. in Zürich gibt, sind Gruppen von freiwilligen Begleiter:innen, die den alleinstehenden älteren Menschen helfend zur Seite stehen. Inzwischen hat sich in verschiedenen Städten die Palliative Care-Spitem entwickelt, die in kleinen Teams zusammenarbeiten, weiterhin mit Freiwilligen (d.h. mit unbezahlten Begleiter:innen). Aber hier habe sich ein Wandel vollzogen, den Borasio so beschreibt: «Zum einen werden die Freiwilligen genau ausgewählt, ausführlich geschult und professionell koordiniert und begleitet, was sehr zu begrüßen ist. Aus der Anfangsphase hat man gelernt, dass manchmal Menschen durch die Begleitung ihre eigenen psychologischen Defizite ausgleichen oder ihre unverarbeitete Trauer einbringen wollten – beides keine gute Basis für eine Sterbebegleitung.»<sup>57</sup>

Als ich mit einer Kollegin über die Interprofessionalität in der Palliative Care diskutierte und wir uns die Frage stellten, wo denn in diesem Gefüge die Spiritual Care ihren Platz hätte, konnten wir keine Antwort finden. Obwohl doch überall von der Wichtigkeit dieser interprofessionellen Teams gesprochen wird, welche den spirituellen Bereich überall miteinbeziehen.

Doris Nauer hat zu einigen 'falschen Grundannahmen'<sup>58</sup> über die Spiritual Care einige Antworten zusammengetragen<sup>59</sup>, von denen ich diejenigen von Birgit Heller und Isabelle Noth übernehmen möchte:

---

<sup>55</sup> Marina Holder-Franz (2012), 86.

<sup>56</sup> Ebd., 87.

<sup>57</sup> Borasio (2022): 46.

<sup>58</sup> ..die ihre eigene Kritik beinhalten.

<sup>59</sup> Doris Nauer (2015): *Spiritual Care statt Seelsorge*. Kohlhammer Verlag: Stuttgart

Wenn die kritische Birgit Heller belegen kann, dass sich fast die Hälfte der Europäer:innen weder als religiös noch als spirituell einschätzt, dann sei von einer falschen Grundannahme ausgegangen worden. Dazu hat sie folgenden klaren Einwand: «Wenn ein erheblicher Teil der Menschen sich selbst als weder religiös noch spirituell bezeichnet, sollten diese Menschen weder religiös noch spirituell vereinnahmt werden... es kann nicht sein, dass einerseits die religiöse oder spirituelle Selbsteinschätzung zu bestimmten Prognosen oder gar zur Legitimation von religiösen bzw. spirituellen Angeboten in Institutionen führt, andererseits das Selbstverständnis nichtreligiös/nichtspirituell heruntergespielt bzw. uminterpretiert wird, indem ein 'säkularer Humanismus' zu einer Spielart von Spiritualität erklärt wird.»<sup>60</sup>

Isabelle Noth beschreibt Spiritual Care als ein westlich-säkular und medizinisch geprägtes Phänomen. Das würde bedeuten, dass es sich bei Spiritual Care um ein Produkt des aktuellen Zeitgeistes abendländischer Prägung handelt, was zur Folge hätte, dass es wieder verschwindet, wenn sich der Zeit-Geist ändern und zusätzlich im Gesundheitswesen wieder vermehrt gespart werden muss, fügt Nauer<sup>61</sup> hinzu. Isabelle Noth weist aber aber drauf hin, «dass Seelsorge noch bedeutend Anderes ist als medizinisch geprägte (westlich-säkulare) Spiritual Care.»<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup> Birgit Heller (2014) In: Doris Nauer, 2015: 136.

<sup>61</sup> Isabelle Noth (2015): in Doris Nauer, 137.

<sup>62</sup> In: Noth & Kohli Reichenbach (2015): 115.

#### 4.b. Unbehagen an spirituellen Assessments aller Art

Mein eigenes Unbehagen an spirituellen Abklärungen entwickelte sich, als ich mit dem 'Indikationenset' von Renata Aebi und Pascal Mösli<sup>63</sup> in Kontakt gekommen bin. Für mich stellt diese Indikation ein Verfügen über sterbende Menschen dar. Und ich habe mich gefragt, wie es den Sterbenden – mit ihrer Schwäche, ihrer Angst und ihrer Einsamkeit – ergeht, wenn sie mit den vier Ebenen der Spiritualität in Kontakt kommen und nach diesen eingeteilt werden. In der Schweizerischen Ärztezeitung<sup>64</sup> wird folgendermassen für das Indikationenset Werbung gemacht:

«**Einfach, praktikabel, zielgerichtet:** Das nun vorliegende Set schliesst nicht nur niederschwellig an den Behandlungs- und Pflegealltag an, bei dem Mitarbeitende von Gesundheitsberufen Bedürfnisse, Äusserungen und Verhaltensweisen wahrnehmen, die die Spiritualität berühren. Es bietet ihnen zugleich ein ausgesprochen praktikables Instrument an, um eine entsprechende Einschätzung und Abklärung vorzunehmen sowie spirituelle Bedürfnisse rasch und zielgerichtet zu identifizieren.»<sup>65</sup> Die Asymmetrie zwischen der ärztlichen Begleitperson und dem sterbenden Menschen ist somit perfekt hergestellt. Genau das, was Cicely Saunders ablehnt.

Analog zu den Assessment-Verfahren zur Spiritualität wird in Polikliniken und Spitälern bei Fallbesprechungen die obligate Frage gestellt: Welche Indikation stellen Sie bei der Patient:in? Wohin würde der oder die Patient:in am ehesten passen? Welche Art von Therapie passt zur Indikation? Etc... Wenn die Krankenkasse bezahlen soll, dann wird eine Beeinträchtigung gemäss dem ICD-Schlüssel<sup>66</sup> verlangt, mittels welchem die Symptome eingeordnet werden können und am Ende die Person klassiert – das heisst 'in eine Schublade' gelegt – werden kann.<sup>67</sup>

Weshalb ist eine Indikation bei einer spirituellen Begleitung überhaupt nötig? Es kommt mir vor, als ob damit die betreffende Begleitperson, sei es eine Seelsorger:in oder jemand anders, geschützt werden soll. Eine Struktur – und das wäre ja dieses Indikationenset oder der SPIR-Fragebogen<sup>68</sup> – schafft Sicherheit. Vielleicht sogar auf beiden Seiten, das mag sein. Aber ob damit die Angst vor dem Unvorstellbaren und des Unfassbaren des Sterbens verdrängt werden kann, ist zu bezweifeln. Im Gegenteil. Und ob der Raum für gegenseitige Resonanz offen ist, stelle ich gleichfalls infrage.

---

<sup>63</sup> Renata Aebi & Pascal Mösli (2020/Hg.).

<sup>64</sup> Schweizerische Ärztezeitung (2019;100/33: 1084-1086).

<sup>65</sup> Ebd: 1086

<sup>66</sup> Im Moment ist der ICD-10 in Gebrauch (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

<sup>67</sup> Vgl. auch Klaus Dörner in *Irren ist menschlich*.

<sup>68</sup> SPIR ist ein Fragebogen zu einem halbstrukturierten klinischen Interview zur Erhebung einer spirituellen Anamnese: S: Spirituelle und Glaubens-Überzeugung / P: Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen / I: Integration in eine spirituelle, religiöse kirchliche Gemeinschaft oder Gruppe / R: Rolle des Arztes. Wie soll der Arzt mit spirituellen Erwartungen und Problemen des Patienten umgehen? [www.seminare-ps.net/dgppn/02\\_SPIR\\_Spirituelle\\_Anamnese.pdf](http://www.seminare-ps.net/dgppn/02_SPIR_Spirituelle_Anamnese.pdf)

Denn mit den spirituellen Messinstrumenten ist die von Cicely Saunders geforderte Begegnung auf Augenhöhe zwischen Sterbenden und Betreuenden nicht gegeben, sondern es wird eine Asymmetrie hergestellt zwischen jenen, die Fragen stellen und jenen, die sich diesen Fragen ausliefern. Nicht besonders förderlich für eine Sterbebegleitung. Ausserdem frage ich mich, ob man die Spiritualität überhaupt erfassen kann. Denn Spiritualität bedeutet doch für jeden Menschen etwas anderes?

Spirituelle Kompetenz ist nur über die Beschäftigung mit den eigenen Konflikten und Ängsten, mit den Befürchtungen – kurzum mit allem was uns fremd und nicht einordenbar erscheint zu erreichen. Fremd ist der Tod, das Sterben, die Einsamkeit in diesen Prozessen. Das können wir nicht lernen, aber wir können uns mit dem Fremden oder der Fremdheit in uns befassen, die uns allerhand Grenzen aufzeigt.

### 5. Zur Frage der Selbsterfahrung in der Palliative und Spiritual Care

Dazu hat Barbara Schellhammer, eine junge Kulturphilosophin aus Münster, ein faszinierendes Buch geschrieben «Fremdheitsfähig werden. Zur Bedeutung der Selbstsorge für die Begegnung mit Fremdem.»<sup>69</sup> Darin beschreibt sie ihre tiefgreifenden Erfahrungen in einer fremden Kultur: den Inuits in Kanada.

Da die Fremdheitserfahrungen, auf welche Menschen reagieren, sehr unterschiedlich sein können, interessierte sich Barbara Schellhammer für die Frage, wie die Fremdheitsfähigkeit – also der Umgang mit dem Fremden – entwickelt werden könnte. Und sie kommt zum Schluss, dass der Umgang mit dem Fremden mit Sicherheit nicht an Methoden oder einem Set von Kompetenzen festgemacht werden kann.<sup>70</sup> Fremdheitsfähig wird man auch nicht dadurch, dass die Andersartigkeit der Anderen oder des Anderen 'behandelt', 'eingeordnet' oder 'verstanden' werden könnte. Diese Art von Verlangen nach Kompetenz habe vor allem das Ziel, dem Fremden den Stachel zu nehmen, sagt Bernhard Waldenfels, der sich sein Leben lang mit dem Fremden in allen Facetten beschäftigt.<sup>71</sup><sup>72</sup> Eine seiner letzten Publikationen ist jene, in welcher er Psychoanalyse und Psychotherapie mit Phänomenologie verknüpft. Auch in diesem Werk geht es um das Fremde, in der Begegnung mit dem Andern, wozu er auch die französischen Psychoanalytiker wie Jean Laplanche<sup>73</sup> und Jaques Lacan einbezieht, sowie Emmanuel

---

<sup>69</sup> Schellhammer Barbara (2019): Fremdheitsfähig werden.

<sup>70</sup> Schellhammer, Barbara (2017): *Die Begegnung mit dem Fremden als Herausforderung*. IfR Nr.76/2017.

<sup>71</sup> Waldenfels, Bernhard (1990): *Der Stachel des Fremden*. Frankfurt: Suhrkamp.

<sup>72</sup> Schellhammer, Barbara (2021/Hrsg.): *Zwischen Phänomenologie und Psychoanalyse. Im interdisziplinären Gespräch mit Bernhard Waldenfels*. Nomos Verlag: Baden-Baden.

<sup>73</sup> Die Schriften von Jean Laplanche hat Waldenfels erst relativ spät (Mitte 90er Jahre) kennengelernt, wie er in seinem Text *Der verführerische Andere* beschreibt.

Lévinas u.a.m.<sup>74</sup> In einem Interview mit dem Philosophie Magazin erklärt er das Fremde so: «Das Fremde gründet in einer Zugänglichkeit des original Unzugänglichen... mir ist etwas zugänglich, ohne dass es erfassbar oder erreichbar wäre.»<sup>75</sup> Bezogen auf die Begleitung von sterbenden Menschen könnte man sagen: der sterbende Mensch ist zugänglich im Gegensatz zum Tod, als etwas original Unzugängliches.

## 6. Fazit

Zum Schluss – sozusagen als Fazit – bleibt mir abschliessend folgendes hinzuzufügen:

Die Grundfrage bestand für mich darin, herauszufinden, wo die Spiritual Care ihren Platz im Palliativen Bereich hat, oder eben (noch) nicht. Und worin besteht der Unterschied zur Psycho-Onkologie? Saunders betont ja immer wieder, dass Spiritual Care nicht religiös-christlich sein muss, auch wenn es die Seelsorge braucht. Sondern, dass v.a. eine spezielle Auseinandersetzung mit den eigenen Konflikten und Ängsten stattfinden sollte. Was verbindet also Psycho-Onkolog:innen mit Spiritual Care-Betreuer:innen? Beide hören Sterbenden zu und konfrontieren sich mit deren Ängsten, die auch die eigenen Ängste berühren. Sie lassen sich auf etwas ein, das absolut unverstündlich und fremd bleibt – bleiben muss!

In der Andersartigkeit oder der Fremdheit des Anderen liegt die eigene Fremdheit begründet. Das zeigt sich in den Analysen und in den Therapien mit den Analysand:innen und Patient:innen. Und das zeigt sich ebenso in der Begleitung mit kranken oder sterbenden Menschen. In diesen Situationen geht es nicht um das Begreifen der Fremdheit des Anderen, damit die eigene Verunsicherung und auch die Angst im Zaun gehalten werden kann. Sondern es geht im Gegenteil um die Konfrontation mit dem eigenen Fremden, das in der Andersartigkeit oder eben der Fremdheit des Anderen zum Vorschein kommt. Das ist das, was ich mit Selbsterfahrung – seien es Analysen oder Therapien – meine: Die eigene Fremdfähigkeit zu entwickeln. Das heisst aber auch, sich mit der eigenen Begrenztheit, der eigenen Angst, der eigenen Konflikthaftigkeit in vielen Bereichen auseinanderzusetzen. Und schliesslich ist es auch die Konfrontation mit der *eigenen* Einsamkeit, gerade auch in den Momenten der Begleitung mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen.

Das Schluss-Fazit wäre also nicht ein Konzept für Spiritual Care zu erarbeiten, sondern Spiritual Care-Betreuende eine fundierte eigene Analyse oder Eigentherapie zu ermöglichen. Auch nach einer absolvierten Analyse gibt es etwas Grundsätzliches, das nicht verstanden wird – nämlich die

---

<sup>74</sup> Waldenfels, Bernhard (2019): *Erfahrung, die zur Sprache drängt. Studien zur Psychoanalyse und Psychotherapie aus phänomenologischer Sicht*. Suhrkamp: Berlin,

<sup>75</sup> Philosophie Magazin (2021): Fremdheit ist wie das Salz der Erfahrung. Interview mit Lelya Sophie Gleissner. 18.9.2021.

eigene Fremdheit und jene des oder der Anderen. Oder um mit Laplanche nochmals auf den Alteritätsbegriff zurückzukommen, dass «ganz einfach *der Andere anders ist*, jedoch mit diesem Paradox oder Doppelsinnigkeit: Er ist anders als ich, da er anders als er selbst ist. Diese äussere Alterität verweist auf die innere Alterität.»<sup>76</sup>

PS:

In den nächsten Tagen (18.1.) erscheint das Buch von Corina Caduff<sup>77</sup> – leider zu spät, um es zu berücksichtigen –, das sich mit Sterbeliteratur von 9 unheilbar kranken Autor:innen befasst, die sich mit Sinnfragen befassen und Experten für das Gesundheitswesen werden. Die 9 Schriftsteller:innen sind von der Diagnose bis zum Tod in Dauerbehandlung, mit Ausnahme von Ruth Schweikert, die Corina Caduff zur Buchvernissage begleiten wird. Caduff sagt, dass jene, die vom eigenen Sterben berichten, dies auch als Gesellschaftskritik machen würden, denn sie beinhalten Muster und gesellschaftliche Bedingungen des heutigen Sterbens. Sie sagt: «Dazu gehört beispielsweise die Auseinandersetzung mit dem Gesundheitswesen – bei allen Autor:innen ist zu lesen, dass die Kommunikation mit dem Fachpersonal unstimmig ist: zu wenig informativ, zu wenig empathisch, zu wenig nachhaltig. Hinzu kommt das Problem der Übertherapie, das heute am Lebensende gravierend ist: Hierbei handelt es sich um Behandlungen, deren gesundheitlicher Nutzen gering ist, die kaum zu einer wesentlichen Verlängerung der Lebensdauer beitragen und die aber die ohnehin tiefe Lebensqualität der Patient:innen noch zusätzlich beeinträchtigen.»<sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> Laplanche, 1996, S. 184, Hervorh. i. O.

<sup>77</sup> Corina Caduff (2023)

<sup>78</sup> Interview von Vojin Saša Vukanović mit Corina Caduff, in: Schweizer Monat 1101 / Nov.2022

## 7. Literaturverzeichnis

Aebi, Renata & Möсли, Pascal (2020/Hrsg): *Interprofessionelle Spiritual Care. Im Buch des Lebens lesen*. Hogrefe Verlag: Bern.

Angeli, Thomas (2009): *Interview mit Frijof Capra. Das Solarzeitalter kommt*. In BeobachterNatur, 28.1.2009.

Borasio, Gian Domenico (2022): *Über das Sterben*. S.98. dtv: München.

Caduff, Corina (2022): «*Sterben ist etwas sehr Intimes*». Interview von Vojin Saša Vukandinić, in Schweizer Monat 1101, Kultur, November 2022.

Caduff, Corina (2023(Hg.): *Ein letztes Buch. Autorinnen und Autoren schreiben über ihr Sterben*. rüffer & rub, Sachbuchverlag: Zürich

Dörner, Klaus (2014): *Interessen der helfenden Berufe ins Visier genommen*. Interview in 3 Teilen, vom 16.1.2014 in Hamburg Eppendorf (Klinik). Schattenblick/006. MA-Verlag: Stelle-Wittenwuth.

Freund, Lisa (2016): «*Hören Sie auf Ihre Patienten – Sie werden Ihnen sagen, was sie brauchen*.» Interview mit Dame Cicely Saunders, die als Begründerin der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin gilt. Veröffentlicht am 6.9. 2016, aktualisiert am 21.4.2017.

Heller, Birgit & Andreas ((2018): *Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse*. 2.erg. und erw. Auflage. Mit einem Geleitwort von Allan Kellehaar. Hogrefe Verlag: Bern.

Hörl, Christian (1999/Hg.): *Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospizidee steht*. Herder/Spektrum: Freiburg, Basel, Wien.

Laplanche, Jean (1996): *Die unvollendete kopernikanische Revolution in der Psychoanalyse*. Fischer: Frankfurt a.M.

Lohmann, Renate (2022): [https://trauer-teilen.blog/2022/05/02/109-ich-bin-nicht-krank-ich-sterbe-nur-von...\(abgerufen](https://trauer-teilen.blog/2022/05/02/109-ich-bin-nicht-krank-ich-sterbe-nur-von...(abgerufen) am 15.11.2022).

Mathwig, Frank (2014): *Worum sorgt sich Spiritual Care?* S.23-41. In: Noth, Isabelle und Kohli Reichenbach, Claudia (2014/Hg.): *Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie*. Theologischer Verlag: Zürich.

Nauer, Doris (2015): *Spiritual Care statt Seelsorge*. Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

Palliative.ch (2019/Hg.): *Die Begleitung Sterbender. Unterstützung für Angehörige und freiwillige Helferinnen und Helfer*. Palliative.ch, 1. Aufl.: Bern

Roser, Traugott (2009): *Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive*: 45-55. In: Frick, Eckhard; Roser, Traugott (Hg.) *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Kohlhammer: Stuttgart.

Schellhammer Barbara (2019): *Fremdheitsfähig werden. Zur Bedeutung der Selbstsorge für die Begegnung mit Fremdem*. Verlag Karl Alber: Freiburg, München.

Schellhammer, Barbara (2017): *Die Begegnung mit dem Fremden als Herausforderung*. IfR Nr.76/2017.

Schellhammer, Barbara (2021/Hrsg.): *Zwischen Phänomenologie und Psychoanalyse. Im interdisziplinären Gespräch mit Bernhard Waldenfels*. Nomos Verlag: Baden-Baden.

Thomä, Dieter, Vincent Kaufmann & Ulrich Schmid (2015): *Der Einfall des Lebens. Theorie als geheime Autobiographie*. Edition Akzente, Hanser: München.

Waldenfels, Bernhard (2005: *Der verführerische Andere*. In: Bayer, Lothar und Quindeau, Ilka (2005/Hrsg.): *Die unbewusste Botschaft der Verführung. Interdisziplinäre Studien zur Verführungstheorie Jean Laplanches*. Psycho-sozial-Verlag: Giessen.

Waldenfels, Bernhard (1990): *Der Stachel des Fremden*. Frankfurt: Suhrkamp.

Waldenfels, Bernhard (2019): *Erfahrung, die zur Sprache drängt. Studien zur Psychoanalyse und Psychotherapie aus phänomenologischer Sicht*. Suhrkamp: Berlin.

Waldenfels, Bernhard (2021): In: Philosophie Magazin. *Fremdheit ist wie das Salz der Erfahrung*. Interview mit Lelya Sophie Gleissner. 18.9.2021.