
Opium fürs Volk oder Balsam für die Seele?

Chancen und Fallstricke von Spiritualität in der Palliativmedizin¹

Bernd Beuscher

Zusammenfassung: Die spirituelle Herausforderung der Palliativmedizin besteht darin, angesichts einschneidender existenzieller Veränderungen Geborgenheit zu dosieren. Die in diesem Zusammenhang vorgebrachte Forderung nach „Neutralität“ greift hier zu kurz. Professionelle Beziehungsarbeit kommt ohne reflektierte Grundannahmen über den Menschen, Gott und die Welt nicht aus.

Abstract: The spiritual challenge of palliative medicine has to do with offering confidence in the face of drastic existential changes. In this regard, any claim of neutrality is inadequate. Professional work in relational matters cannot be done without regard for basic assumptions about humankind, God, and the world.

1 Ein Witz

Einem Philosophen, einem Physiker und einem Arzt wird ein Telefonbuch vorgelegt mit der Aufforderung, es auswendig zu lernen. Der Philosoph fragt: „Warum?“ Der Physiker fragt: „Wie wurden diese Daten ermittelt?“ Der Mediziner nimmt sich das Buch und fragt: „Bis wann?“ ...

2 Fallstricke

Das kulturelle Klima in Europa war lange Zeit von einem geistig anspruchslosen Atheismus dominiert, der keine Gelegenheit ausließ, Fragen von Religion und Spiritualität als bürgerliche Ideologie oder Esoterik zu diskreditieren. Allmählich dämmert aber, dass das Leben die Ausblendung des „X-Faktors“ nicht erlaubt. Mit „X-Faktor“ bezeichne ich die Variable, die den Respekt vor der Frag-Würde des menschlichen Lebens nicht verloren gehen lässt.

Fakt ist: Auf jeden Menschen warten Fragen, die sich ihm früher oder später stellen: Wer bin ich? Bin ich gut? Was wird aus mir? Warum gerade ich? Warum gerade ich *nicht*? Warum?! Die menschliche Existenz ist eine hinfallige, zerbrechliche Existenz: Es geht um das unverschämte Glück, die Unabwendbarkeit schuldhafter Verstrickung, die schockierende Gewalt, den sicheren Tod, das quälende Leid, die endlose Langeweile, die Dämonen der Einsamkeit.

¹ Erweiterung eines Vortrages auf dem Symposium „Palliativmedizin in der Onkologie“ des Comprehensive Cancer Center der Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum; siehe dazu *Bernd Beuscher*, *Rock My Soul*. Von der Kraft der Seelsorge, Göttingen 2010.

Bei der Frage nach spirituellen Möglichkeiten in der Palliativmedizin geht es darum, wie damit beruflich umgegangen werden soll. Mit anderen Worten: Es geht um die Frage, wie in „Herzensangelegenheiten“ das Antworten professionell zu verantworten ist. Der wegen seines Widerstandes gegen die Nationalsozialisten hingerichtete lutherische Theologe *Dietrich Bonhoeffer* hat eine Gefahr, die dabei lauert, klar und deutlich formuliert. Er fragte: Wie kann verhindert werden, dass ich (mehr oder weniger unbewusst) mein Gegenüber indoktriniere, dass ich „ein paar Unglückliche in ihrer schwachen Stunde überfalle und sozusagen religiös vergewaltige?“² Immerhin kommt ein Arzt in seinem Berufsleben auf bis zu 200.000 Patientengespräche. Das ist mehr als jeder Pfarrer oder Krankenhausseelsorger.

Die in diesem Zusammenhang oft und auffallend schnell und heftig vorgebrachte Forderung nach „Neutralität“ greift hier zu kurz. Man kann sich hier nicht heraushalten, weil „Sich Heraushalten“ selbst eine Position ist, die die Patienten sofort spüren und verstehen. Wir kennen das aus der Entwicklungspsychologie. Für die Intelligenz- und Gemütsentwicklung ist es zum Beispiel nicht hilfreich, Kinder mit einem Achselzucken über die Natürlichkeit des Todes aufzuklären mit Sätzen wie „Alle Menschen müssen eben einmal sterben – das ist halt so“ oder „Der Tod ist wie die Geburt ein vorgegebener natürlicher Prozess, dem wir alle unterworfen sind.“ In diesen scheinbar neutralen und harmlosen Antworten steckt eine Weltanschauung: Wenn dies alles sein soll, was sich über Tod und Sterben sagen lässt, dann kommt darin eine resignative Lebenshaltung zum Ausdruck. Dieses ‚Das ist halt so!‘ heißt nichts anderes, als dass es bei bestimmten Dingen und Erfahrungen keinen Raum gibt für Sehnsüchte und Hoffnungen, für Zorn oder Trauer, für Enttäuschung und Widerstand.³

Neutralität ist keine Option. Unsere Weltanschauungen fließen – so oder so – in unser Hilfehandeln ein. Professionelle Beziehungsarbeit kommt ohne reflektierte Grundannahmen über den Menschen, Gott und die Welt und eine Reflexion der humanen existenziellen Ausgangssituation nicht aus. Wenn Neutralität also eine Illusion ist, *bleibt* die Gefahrenanzeige durch *Bonhoeffers* Frage, wie verhindert werden kann, dass man ein paar Unglückliche in ihrer schwachen Stunde überfällt und religiös vergewaltigt.

Der Schlüssel zur Beantwortung dieser Frage liegt im Mandat des Patienten. Ohne Mandat der Patienten geht gar nichts. Mandate sind Vertrauenssache. Und Vertrauenssachen sind Beziehungssachen. Beziehung bedeutet Nähe-Distanz-Management, eine komplexe Angelegenheit. Wie kann sich hier medizinisches Fachpersonal – zumal im existenziellen Grenzbereich der Palliativmedizin – als vertrauenswürdig erweisen?

Wir müssten das üben: das Zimmer betreten, ans Bett, an die Untersuchungsliege heran treten, Tonfall, Tempo, das Ausbalancieren von empa-

2 *Dietrich Bonhoeffer*, Widerstand und Ergebung, München 1970, 305.

3 Vgl. dazu *Friedrich Schweitzer*, Das Recht des Kindes auf Religion, Gütersloh 2000, 31/32.

thischer Nähe und professioneller Distanz. Es gibt sehr viele Möglichkeiten, eine Hand zu halten. Wir sind ja alle immer so überaus nett. Warum sind wir eigentlich immer so schrecklich nett? *Fritz Perls*, der Begründer der Gestalttherapie, sagt, dass wir ständig dazu neigen, unsere emotionalen Löcher zu stopfen. Wir wollen be- und geliebt sein. Diese gutgemeinte Nettigkeit wird jedoch zur Falle, wenn Sie Schmerz zufügen müssen. Und das gehört ja zum täglichen Medizingeschäft dazu. Außerdem bewegen sich Pflegekräfte und Ärzte chronisch in einem Feld der Unübersichtlichkeit: „Was ist mit mir?“ „Was wird aus mir?“ „Wird alles gut?“ „Was soll nur werden?“ lauten die Fragen, mit der die Luft in Krankenhäusern geschwängert ist.

Ein – vielleicht *das* Standardproblem des Arzt- und Pflegeberufes – ist die Konfrontation mit der Angst der Patienten. Es geht dabei eben nicht nur um die Angst vor der Spritze (dem berühmten „kleinen Pietsch“, den „es gleich macht“), sondern um existenzielle Grundangst. Weil dies kein medizinisches, sondern ein theologisch-philosophisches Problem ist, pflegte man bisher in der Ausbildung Berührungsängste. Die Universität Witten-Herdecke war diesbezüglich schon vor Jahren die Ausnahme von der Regel. Seitdem durch eine Gesetzesänderung im August 2009 die Approbationsordnung der Ärzte um das Fach Palliativmedizin ergänzt wurde, tut sich hier was. Z. B. hat die Ludwig Maximilians Universität München in Kooperation mit der Harvard Medical School Kursmodule zur Arzt-Patienten-Kommunikation und zu psychosozialen und spirituellen Grundlagen der Palliativmedizin entwickelt. Es handelt sich um Pflichtfächer mit Prüfungen im klinischen Studienabschnitt. Die Lehre im letztgenannten Modul übernehmen Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Psychotherapeuten und Seelsorger. Ziel der Seminare ist nicht primär die Wissensvermittlung, sondern die Förderung von Handlungskompetenz und Haltungsprägnanz. Auch in Köln üben die Medizinstudenten das Überbringen schlechter Nachrichten und den Umgang mit Unübersichtlichkeit und Existenzangst. Sie müssen z. B. einem Schauspielpatienten erklären, dass er nicht mehr zu heilen ist und nur noch einige Monate zu leben hat. Ohne dieses Training verhalten sich Ärzte und Pflegekräfte meistens reflexartig-routiniert dahingehend, Angst möglichst schnell wegzureden. Doch diese Amateurnettigkeit samt der entsprechenden Schnellrostbemühungen sind kontraindiziert. *Klaus Dörner*, der große Nestor der Psychiatriereform, sagt, wie es professioneller gehen könnte: „*Gegen* Angst kann man gar nichts machen, genauso wenig wie gegen andere Gefühle (z. B. Liebe). Wer versucht, *gegen* Angst etwas zu machen, der verdrängt bzw. steigert nur die Angst, bis sie panisch wird ... Der seelisch gesunde Umgang mit der Angst heißt also: *Mit* der Angst etwas anfangen, aus der Angst etwas machen.“⁴

Zu einem Kind z. B. könnte man sagen: „Hast du Angst? Das ist ja klar. Das geht allen Menschen so, auch wenn manche das nicht zugeben.“ Und nach dieser Bejahung, die die Lebensintelligenz des Kindes nicht beleidigt, sondern

4 *Klaus Dörner/Ursula Plog*, *Irren ist menschlich*, Bonn 1994, 41.

anerkannt hat, sagen, was Fakt ist: Mama/Papa bleiben hier/können zwar nicht hier bleiben, aber wir kümmern uns um dich, bis die Angst überstanden und vorbei ist/Du bekommst eine Medizin, die die Angst kleiner macht ...“

Zu viel Nettigkeit als Grundhaltung verspricht leicht mehr, als vom Leben selbst womöglich gehalten werden kann. Außerdem müssen, wie gesagt, auch schlechte, ganz schlechte Nachrichten überbracht werden. Es gibt Hauptberufliche, die meinen, auch da immer noch nett sein zu müssen. Höflich ja! Aber nett?

Haben Pfleger und Ärztinnen hier kein klares Standing, geben sie sich als Profis arglos und gut gemeint nett, wird es unweigerlich zu Nocebophänomenen kommen, also zu fahrlässigen schädlichen Suggestionen. Noch einmal *Klaus Dörner*: „Beim Einfühlen (Empathie) in einen anderen kann ich mich leicht verlieren: „Schrecklich, wie schlecht es Ihnen geht.“⁵ Doch nicht immer klingt es so offensichtlich. Hauptmerkmal von Nocebophänomenen ist, dass statt klarer Ansagen immer zu viel netter klingenden Möglichkeitsformen gegriffen wird:

Klingt nett: „Vielleicht hilft dieses Medikament“ (= „Ich glaube zwar nicht daran“)

Klingt nett: „Probieren wir mal dieses Mittel“ (= „Ehe man gar nichts mehr machen kann“)

(Klingt weniger nett, ist aber besser: „Dieses Medikament hat sich schon oft bewährt“)

Klingt nett: „Versuchen Sie, die Medikamente regelmäßig zu nehmen“ (= „Es kommt nicht so darauf an; ich glaube eh nicht, dass die was bringen“)

(Klingt weniger nett, ist aber besser: Die Medikamente sind genau aufeinander abgestimmt.

Nehmen Sie sie ganz regelmäßig. Dann entfalten sie ihre volle Power.)

Manche Sachen werden überhaupt erst nur durch Nettigkeitsgesäusel sagbar. Nett gemeinte, jedoch höllisch missverständliche Sätze wie „Jetzt schlafen wir Sie ein, gleich ist alles vorbei“ oder „Das tut schon immer höllisch weh“ werden überhaupt erst sagbar, wenn man vorher „Kreide frisst“. In einem respektvoll-höflichen, bestimmten Ton würden die katastrophalen Konnotationen sofort deutlich.

Gibt es etwas Schlimmeres als mit der Kraft des positiven Denkens gepanzerte Krankenschwestern oder Ärzte? Der verborgene Klartext des unerträglich netten, betulichen, verständnisvollen Tonfalls sagt mir als Patient, der ich am liebsten verzweifelt schreien würde und Gott und die Welt nicht mehr verstehe: „Sei bloß brav still und lass mich mit deinem Schicksal in Ruhe.“ In der auf ZDFneo ausgestrahlten Serie „Die Junior-Docs“ konnte man zu sehen, wie eine junge, ehrgeizige angehende Internistin nach ihrem ersten Aufklärungsgespräch sehr mit sich zufrieden war, dass sie nicht das doch für die Patientin sehr beunruhigende Wort „Krebs“ benutzt habe, sondern eher

⁵ Ebd., 203.

beiläufig das Wort „Lymphom“. Und dessen Bedeutung habe die Patientin gar nicht so richtig realisiert ... Die Einsicht in Nocebophänomene, also in die Gefahr möglicher fahrlässiger negativer Suggestionen, wird hier missbraucht, um sich vor der Konfrontation mit der Patientenangst zu drücken, indem man größenfantastisch Schicksal spielt.

Vorsicht also beim Nettsein. Nur wenn ich dem anderen auch als Beistand ein Gegenüber bleibe, kann ich damit dienen, angesichts des Todes nicht billigen, „forcierten Schnelltrost“ unterzujubeln, wie in einem Seelsorgeleitfaden für junge Pfarrer aus dem Jahre 1869 gewarnt wird, sondern teures Ansehen zu geben. Nur wenn ich nicht in Mitleid mit dem Patienten verschmelze, sondern fühlend ihm gegenüber bei ihm bleibe, bleibt die Chance zu hören und nicht immer alles schon verstanden zu haben. Zum Beispiel diesen Satz: „Ich hoffe nicht, dass nach dem Tod noch was kommt. Für mich soll alles vorbei sein. Ich will weg, rin in die Grube und vorbei.“⁶ Ist das jetzt eine Äußerung tröstender Überzeugung oder eine leise, versteckte Frage mit dem Mandat zum Gespräch? Eine Kursleiterin für die Ausbildung zu ehrenamtlicher Sterbebegleitung erzählt, dass ein sterbender Mann kurz vor seinem Tod zu ihr sagte: ‚Wissen Sie, Sie sind die einzige Person, die mir nicht geantwortet hat: ‚Sie müssen keine Angst haben‘, als ich sagte: ‚Ich habe große Angst vor dem Sterben.‘ Das hat mir unheimlich geholfen. Ich konnte von meiner Angst erzählen. Sie wurde ernst genommen.“⁷

In einem Kapitel mit der Überschrift „Der Patient als der Fremde“ fasst *Klaus Dörner* die Strategien zusammen, die sich im Umgang mit Klienten und Patienten als unzureichend erwiesen haben. Es sind genau all die Verstehensstrategien, die wir üblicher Weise beherrschen, z. B.: „der Ausgang vom eigenen Ich auf das des Fremden“, „das Treffen des Eigenen und Fremden im gemeinsamen Allgemeinen“, „der hermeneutische Umweg über den Fremden zu meinem Selbst, z. B. als multikulturelle Bereicherung (verkappte Aneignung)“, „die ideale Sprechgemeinschaft (Habermas)“, „dass wir alle Fremde sind und es deshalb eigentlich gar keine Fremden gebe (zynisch) ... Es ist zum Slogan geworden, dass Patienten von ihrem Arzt vor allem verstanden werden wollen. Das muss nicht immer einfach sein: Vor kurzem erzählte mir eine Patientin: ‚In den letzten Jahren war ich bei 10 verschiedenen Ärzten. Alle beteuerten, dass sie mich verstehen könnten. Nur einer hat das nicht gesagt. Nur mit ihm kam eine tragfähige Beziehung zustande.‘ ... In Bezug auf das Verstehen hat sich mir in diesem Sinne eine Faustregel bewährt: Als Arzt ist es nicht meine Aufgabe, den Anderen besser zu verstehen; vielmehr ist es meine Aufgabe, meine Beziehung vom Anderen her so zu gestalten, dass er sich besser versteht.“⁸

6 *Christiane zu Salm*, *Dieser Mensch war ich. Nachrufe auf das eigene Leben*, München 2013, 51.

7 Ebd., 18.

8 *Dörner*, *Arzt*, Stuttgart 2000, 78, 83.

Dass und wie eine allesverstehende Humanolatrie hier schnell an ihre Grenzen kommt, zeigte eindrücklich eine Folge der US-amerikanischen Fernsehserie „Emergency Room“. Ein an Lungenkrebs im Endstadium erkrankter Mann verlangt nach der Seelsorgerin. Es handelt sich um einen ehemaligen Gefängnisarzt, der sich selbst nicht dafür vergeben kann, dass er Todesspritzen verabreicht hat. Als die Seelsorgerin ihm mit tiefenpsychologischer Belehrung und sozialpädagogischen Floskeln kommt, wird er zornig und wirft sie hochkant raus: „Ich will keine New-Age-Gott-ist-die-Liebe-One-Size-For-All-Scheiße, ich will einen echten Priester, der mir in die Augen guckt, einen echten Gott und eine echte Hölle! Sie machen alles nur noch schlimmer!“ Es ist dann der diensthabende Arzt, der ihm hier ein Nächster wird. Die Seelsorgerin bietet hier ein Negativbeispiel dafür, was passiert, wenn jemand helfend tätig ist, um seine emotionalen Löcher zu stopfen.

Nun will ich Optionen aufzeigen, die ich angesichts dieser Herausforderungen im christlichen Referenzsystem sehe.⁹

3 Chancen

Viele Menschen – und selbst nicht wenige Christen – halten die christliche Religion für eine Art Moral light mit frommem Flair und konfessorischem Touch. Stattdessen geht es um ein Reframing, um eine neue Perspektive auf das Leben.

Der palliativ zu verantwortende Lebensabschnitt befindet sich zwischen der Sterblichkeit, die mit der Stunde der Geburt einsetzt, und einer Geburlichkeit, die sich in der Stunde des Todes vollzieht. *Martin Luther* schreibt dazu in seinem „Sermon von der Bereitung zum Sterben“ anno 1519 Folgendes:

„Im Sterben beginnt die enge Pforte, der schmale Steig zum Leben. Darauf muss sich ein jeder getrost gefasst machen. Denn er ist wohl sehr eng, er ist aber nicht lang. 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 iszt es doch alles gegen den zukünftigen Himmel so viel enger und kleiner, wie es der Mutter Leib gegen diesen Himmel ist. Darum heißt der lieben Heiligen Sterben eine neue Geburt, und ihre Feste nennt man lateinisch Natale, Tag ihrer Geburt.“¹⁰

⁹ Ich halte es für sinnvoll, Vertreter anderer Religionen und Weltanschauungen – vor allem derer, mit denen wir es im Alltag zu tun haben wie Judentum, Islam oder Humanismus – ebenfalls einzuladen, zum Thema Position zu beziehen.

¹⁰ *Martin Luther* Ausgewählte Schriften, Bd. 2, hg. v. *Klaus Bornkamm* und *Gerhard Ebeling*, Frankfurt a. M. 1983, 16/17.

Ein Spezifikum christlicher Nächstenliebe besteht darin, dass Nächstenliebe-Beziehungen nicht direkt und unvermittelt, sondern systemisch auf einem Umweg über eine dritte Instanz erfolgen: es gibt hier nicht nur mich und dich, sondern das Beziehungsgeschehen steht im Kontext eines größeren Zusammenhangs. Diese „dritte Instanz“ bzw. dieser „größere Zusammenhang“ wird theologisch gekennzeichnet durch das Wort „Gott“. „Gott“ dient im Kontext christlicher Referenzen gegen verbreitete Vorurteile nicht als Instanz moralischer Instruktion, sondern als Index für das Gegenüber bei der Übung, von sich Abstand zu nehmen. Der Philosoph *Sören Kierkegaard* hat das im Jahre 1847 in seiner Schrift „Der Liebe Tun“ analysiert. Christliche Nächstenliebe ist nicht dual-symbiotisch angelegt, sondern triangulär. Symbiosen haben eine harmonistische und perfektionistische Leistungsdrift mit begrenzter Halbwertszeit. Triangulationen ermöglichen Distanz zu narzißtischen Fallen, Toleranz für kleine Abweichungen und Spielräume für menschliche Fragwürdigkeit, was eben auch unter widrigen Umständen dauerhaft Lebensqualität und Rückhalt bewahrt. Im triangulären Setting bewährt sich im Leben und im Sterben die Übung, vertrauensvoll mit dem labilen Leben, mit dem Unwissbaren, mit dem Entzug und dem Fremden umzugehen. Die Grundangst des Lebens, nämlich dessen Sterbenseinsamkeit, kann dann Lebensimpuls werden, wenn sie nicht durch Allmachts- und Totalitätsphantasien bewältigt werden soll, durch Idealisierungen und Wunschprojektionen (Opium fürs Volk). Diese Angst kann im triangulären Setting ins Spiel kommen, ins Spiel des Lebens, ins Theater des Lebens. Das ist die spirituelle Dimension von Palliative Care. Das ist Balsam für die Seele.

Wer das Leben allein im moralischen Register meistern will, kann Sterben und Tod leicht als Niederlage empfinden. Die größte Anfechtung liegt wohl darin, dass einen bei der Eröffnung einer Krankheitsdiagnose durch einen Arzt, wenn man ins Krankenhaus muss, wenn man operiert werden muss, das nagende und peinliche Gefühl beschleicht, irgendwie falsch und schlecht zu sein. Und bestätigen die ganzen Mitleidsbekundungen das nicht gerade?

Im christlichen Referenzrahmen eröffnet nach meiner Auffassung Spiritualität in der Palliativmedizin die Chance, über die Scham des menschlichen Makels nicht das erstickende Mäntelchen des Schweigens zu breiten. Vielmehr bietet sie einen Übergangsmantel einer Liebe, die von woanders kommt und uns durchquert. *Klaus Westermann* hat in seinem Bibelkommentar auf das palliative Handeln des strengen Herrn und Schöpfers hingewiesen. Scham bedeutet laut *Günther Anders* die lähmende Pein, „nichts dagegen tun zu können, dass man nichts dafür kann“. In diesem Sinne heften *Adam und Eva* sich nach Genesis 3,7 rasch aus ein paar Blättern Schurze zusammen, um ihre Blöße zu bedecken. Ein paar Verse weiter tauscht Gott diese provisorisch zusammengestückelten (moralischen?) Feigenblätter durch die haute couture maßgeschneiderter Kürschnerkunst aus: „Und Gott der Herr machte dem Menschen und seinem Weibe Röcke von Fell und legte sie ihnen um“ (Gen 3,21). *Westermann* kommentiert:

„Es ist bisher kaum beachtet worden, dass das Verb, das bislang nur vom Schaffen Gottes gebraucht wurde, hier – und nur an dieser Stelle im AT – von einem handwerklichen Tun Gottes gebraucht wird: einem Anfertigen aus vorhandenem Material. Das ist höchst auffällig (sehr anthropomorphisch) ... Ein fürsorgendes Handeln am Menschen ist das Letzte, was vom Wirken des Schöpfers an seinem Geschöpf vor der Vertreibung aus dem Garten berichtet wird. Eben das primitive, anthropomorphe Reden bringt diese Fürsorge wunderbar zum Ausdruck.“¹¹

In „Winterjournal“, einer ganz aus der Sicht seines Körpers geschriebenen Autobiographie des amerikanischen Schriftstellers *Paul Auster*, heißt es gegen Ende: „Man muss liebenswert sterben (wenn man kann).“ Wie bereits oben angedeutet, ist im Kontext christlicher Traditionen „der Nächste“ im Unterschied zum Nächstbesten oder „Nächstesten“ ein Kürzel für die These, dass die Menschlichkeit des Mitmenschen im Ernstfall nicht an dessen Nettigkeit oder meiner allgemeinen und allesumschlingenden Menschenliebe hängt, sondern daran, dass Gott dem Anderen (auch dem Feind und auch mir) unbedingtes Ansehen schenkt. Das kann sowohl den Gebildeten unter den Verächtern der Religion als auch den Ungebildeten unter ihren Fans zu denken geben.

In Psalm 90, 10–12 heißt es: Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.“ Entsprechende Lehrräume und Übungsfelder werden immer seltener. Für kleine und große Abschiede gibt es immer weniger Gelegenheit. Die Züge am Bahnhof haben geschlossene und verspiegelte Abteifenster, die Türen schließen selbsttätig und man ist ja eigentlich auch nie mehr so richtig weg, es sei denn, der Akku ist leer ...

Wenn es schon blöd ist, Schaden an seiner Seele zu nehmen, wenn man die ganze Welt gewönne (Mt 16, 26), um wieviel peinlicher muss es sein, Schaden an der Seele zu nehmen, wenn es so weit ist, dass man die ganze Welt loslassen muss? „Endlichkeit muss man lernen.“¹² Vielleicht hat der große Zulauf, den die Hospizbewegung erfährt, ihren Grund auch darin, dass man hier Endlichkeit lernen kann, dass hier gelehrt wird zu bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir und unsere Lebensgestaltungen klüger werden. Luthers bereits zitierter „Sermon von der Bereitung zum Sterben“ scheint mir ein Schatz zu sein, der im Kontext von Palliative Care noch gehoben werden muss. Mit *Luther* kann unmissverständlich deutlich gemacht werden, dass es bei Hospiz und Palliative Care nicht um Entsorgungsfragen lästiger gesellschaftlicher Restprobleme geht, sondern um Lebenskunst, bei der es auch auf ein geschicktes Timing ankommt. Laut *Luther* sollte man den Tod nämlich nicht „zur Unzeit zu viel ansehen und betrachten“: „Im Leben sollte man sich mit des Todes Gedanken üben und sie zu uns fordern, wenn er noch fern ist und einen nicht in die Enge treibt. Aber im Sterben, wenn er von selbst schon allzu stark da ist, ist es gefährlich und nichts nütze. Da muss man sich sein

¹¹ *Claus Westermann*, Genesis, Biblischer Kommentar Altes Testament, Band I/1, Neukirchen-Vluyn 1974, 366.

¹² *Norbert Bolz*, Das Wissen der Religion, München 2008, 128.

Bild ausschlagen und nicht sehen wollen ... Die Liebe und das Lob erleichtern das Sterben gar sehr.¹³

Von wegen „Wir können nichts mehr für Sie tun“: meines Erachtens kann eine Palliativmedizin, die vor „smarter“ Spiritualität keine Berührungängste hat, segensreich tätig sein bis in den Tod. Palliative Care ist Schule der Endlichkeit, in der alle Unterdisziplinen Sozialer Arbeit und Diakonie Entscheidendes lernen können.

Lange Zeit fungierte Spiritualität als harmloser Gegenentwurf zum politischen Ansatz oder als Fluchtfenster vor Leiblichkeit. Die hier verfolgte spirituelle Kompetenz etabliert jedoch nicht Irrationalität als Privatvergnügen, sondern eine Radikalisierung von Rationalität um der *conditio humana* willen.

Wissenschaftsgläubigkeit lief auf konfektionierte Erfahrung hinaus. Spirituelle Kompetenz in Forschung und Wissenschaft eröffnet die Chance, dass mit dem Unübersichtlichen vernünftiger umgegangen werden kann.

Spiritualität ist Blick für den Mehrwert. Es ist die Gabe, in Banalitäten die ganze Welt, in einem beiläufigen Wort das Leben, im Vergehen Kommendes wahrzunehmen. Spirituelle Kompetenz weigert sich der Drift, „die wichtigen, die richtigen, die eigentlichen Erkenntnisse von jedem Stäubchen Sterblichkeit zu reinigen.“¹⁴ Spirituelle Kompetenz übt Verfahren und Strategien, konstruktiv mit der Beschränktheit und Sterblichkeit des Wissens wie des Lebens überhaupt zu leben. Sie weiß: Ent-Täuschungen, Krisen und Grenzerfahrungen sind im Blick auf Bildung und Erkenntniszuwachs die fruchtbareren Momente. Diese Spiritualität bewirkt eine über ihre Allmachtphantasien aufgeklärte, gelassenere Vollmacht als „kleine Kraft“ (Offb 3, 8).

Schwacher Trost tröstet besser. Dies verstanden und beherzigt zu haben bescheinigt eine Studentin mit dem einen, lapidaren Satz in ihrem Bericht eines Praktikums der Krankenhausesseelsorge, der da lautet: „Man verliert seine Unsterblichkeit.“ Eine andere Studentin schrieb in ihrer „Reflexion des Praktikums“:

„Wenn ich abschließend auf meine Zeit in diesem Alten- und Pflegeheim zurückblicke, so erscheint es mir nicht wichtig, ob das Haus als eine diakonische Einrichtung in irgendeiner Weise theoretischen Definitionen über Diakonie, sei es ‚Dienst am Menschen‘ oder ‚christliches Hilfehandeln‘ voll und ganz entspricht. Es geht nicht darum, in jedem Teil der Arbeit das definitorisch Christliche daran zu suchen, sondern darum, den Bewohner als Mensch mit theologisch-existenziellen Fragen wahrzunehmen. Es geht darum, einen Raum für diese Fragen zu schaffen, in dem sie gestellt und besprochen und begleitet werden können.

Es geht bei dieser Arbeit um die Situationen, die oft so nebenher passieren, sozusagen im Vorbeigehen. Es sind Situationen, wie wenn ich mich nach Dienstschluss von Bewohnern verabschiede mit den Worten: ‚Ich gehe jetzt nach Hause.

13 *Martin Luther* Ausgewählte Schriften, Bd. 2, 18/19, 34.

14 Vgl. dazu *Horst Rumpf*, Abschied vom Bescheidwissen. Über Bildung und Sterblichkeit, in: *KatBl* 4 (1994) 232–238.

Bis morgen.' So eine für mich völlig normale Phrase zum Abschied, hält den Bewohnern vor Augen, dass sie nicht mehr in ihrer eigenen Wohnung, ihrer vertrauten Umgebung leben können und auch nicht mehr dahin zurückkehren werden. Auf die Worte ‚Bis morgen‘ hat mir einmal eine Bewohnerin ganz direkt geantwortet: ‚Wenn ich dann noch da bin!‘ Eine adäquate Antwort auf solche Aussagen habe ich während meiner Praktikumszeit nicht gefunden, solche Aussagen waren jedoch immer wieder ein Anlass, um über diese Sorgen und Ängste ins Gespräch zu kommen. Bei solchen Gesprächen ging es nicht darum, eine Antwort parat zu haben. Es ging vielmehr darum, zunächst einmal einfach nur da zu sein und dem Bewohner zuzuhören.

Das Praktikum hat mich sensibler für diese Fragen werden lassen.“

Ich würde das „spirituelle Kompetenz“ nennen.

Fazit

Die spirituelle Herausforderung der Palliativmedizin besteht darin, angesichts einschneidender existenzieller Veränderungen Geborgenheit zu dosieren.

Es gibt ein weit verbreitetes und inzwischen schon recht altes „neues geistliches Lied“, das *Peter Strauch* 1980 auf der Basis von Psalm 31, 16a getextet und komponiert hat. Dessen drei Strophen sind etwas sentimental, aber der Text des Refrains hat Bestand über den Moment hinaus. „Geborgenheit“ und „Veränderung“ sind hier kein Widerspruch. Dort heißt es:

Meine Zeit steht in deinen Händen.
Nun kann ich ruhig sein, ruhig sein in dir.
Du gibst Geborgenheit, du kannst alles wenden.
Gib mir ein festes Herz, mach es fest in dir.

Prof. Dr. päd. habil. Bernd Beuscher, Lintorfer Straße 38, 47055 Duisburg;
E-Mail: beratungspraxis@bebeu.de