

Palliative Care – Krankheit, Leid, Tod und Spiritualität

Religiöse und weltanschauliche
Vorstellungen am Ende des Lebens

Ein visuelles Nachschlagewerk für Pflegefachkräfte und Begleitende

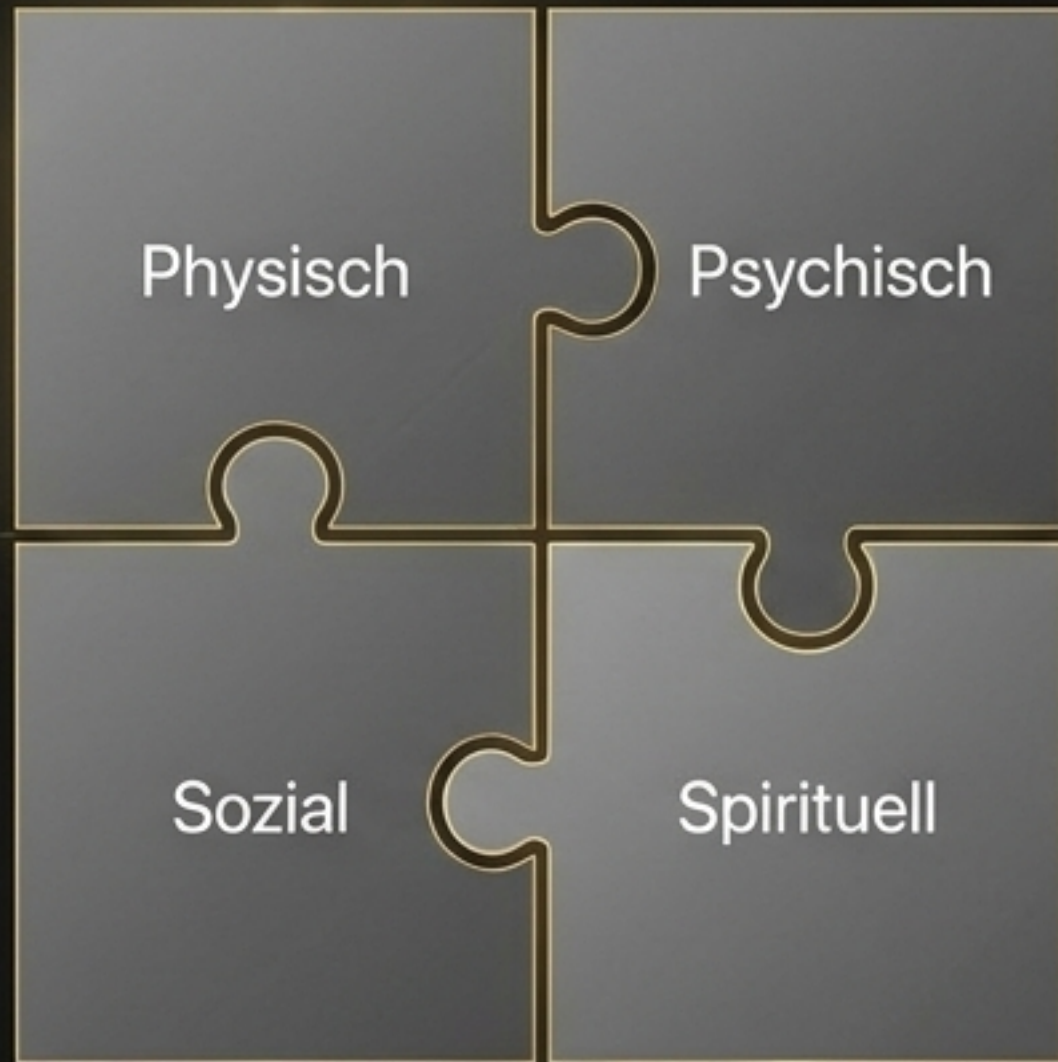
Das Fundament: Mehr als nur Medizin



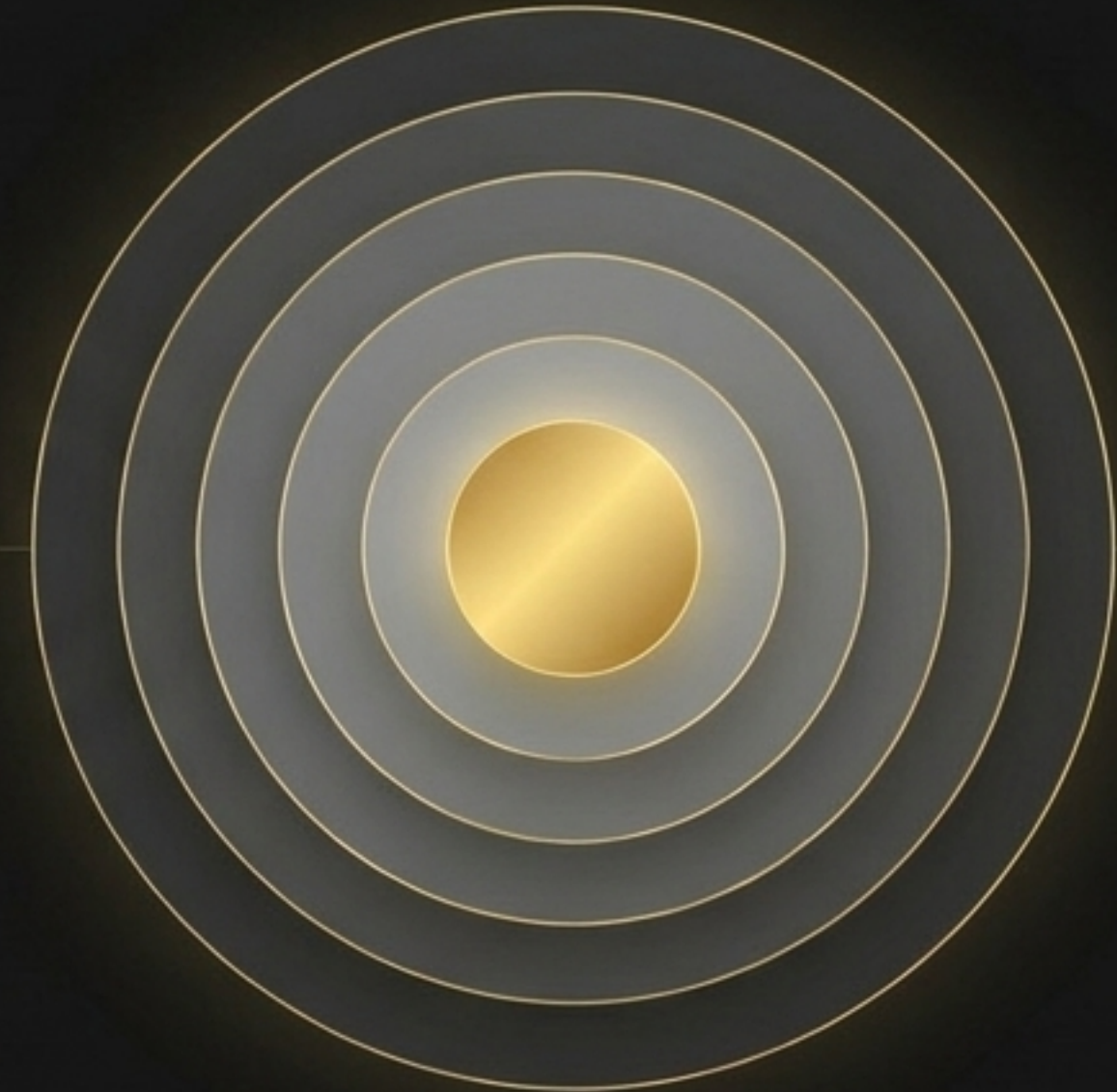
Spiritual Care ist kein dekorativer Zusatz einer ansonsten medizinischen Versorgung. Sie gehört zum ganzheitlichen Verständnis des Menschen.

1	2	3
• Spiritualität ist eine Suchbewegung – oft widersprüchlich und dynamisch.	• Nicht belehren, sondern Raum geben.	• Grundsatz für die Praxis: Religion kennen – Menschen fragen.

Die Mehrdimensionalität des Leidens



Das Total Pain Konzept betrachtet vier Schmerzdimensionen, die nebeneinanderstehen und sich gegenseitig verstärken.



Das 3-Körper & 5-Hüllen-Modell beschreibt denselben Menschen von außen nach innen. Keine Hülle ist der ganze Mensch, aber jede umgibt den innersten, unantastbaren Kern: Das Selbst.

Sterben als Weg von außen nach innen

1

Körperliche Hülle. Zeigt sich in: Schmerz, Schwäche.
Was hilft: Symptomkontrolle, achtsame Berührung, Schutz der Intimsphäre.

2

Energetische Hülle. Zeigt sich in: Atemnot, Unruhe, Fatigue.
Was hilft: Pflege in Etappen, Atempausen, Ruhe.

3

Geistige Hülle. Zeigt sich in: Angst, Wut, Traurigkeit, Humor.
Was hilft: Zuhören, Gefühle aussprechen lassen, Sicherheit durch Präsenz.

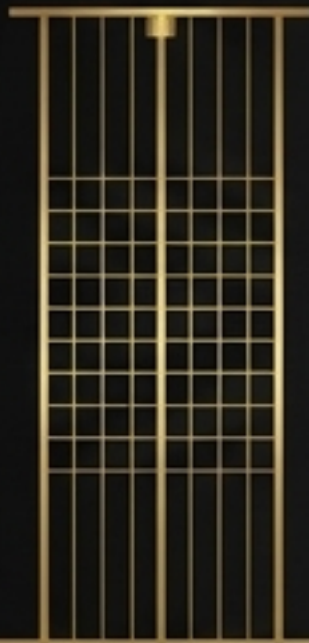
4

Hülle der Weisheit. Zeigt sich in: "Warum ich?", Schuld, Sinnsuche.
Was hilft: Deutungen nicht bewerten, Raum für Lebensrückblick, Seelsorge.

5

Hülle der Glückseligkeit. Zeigt sich in: Frieden, Staunen, Stille.
Was hilft: Momente schützen, Stille aushalten, nichts "machen" müssen.

Die „Warum?“-Frage: Muster der Leiddeutung



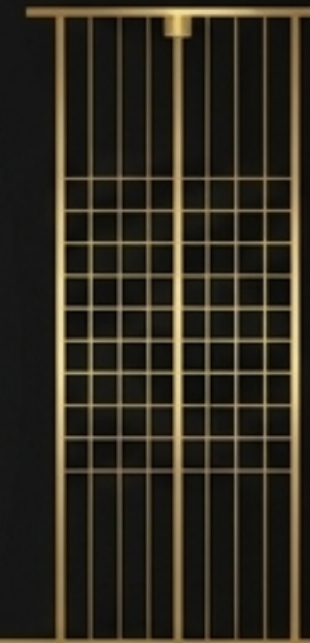
Leid als Strafe

Begleitet von Schuld- und Schamgefühlen. Der Glaube, für früheres Handeln büßen zu müssen.



Leid als Prüfung

Die Situation als spirituelle Herausforderung oder Bewährungsprobe, oft verknüpft mit göttlichem Plan.



Leid als Existential

Die Akzeptanz, dass Krankheit und Tod Grundbedingungen des menschlichen Lebens sind.

Essentiell für die Begleitung: Keine dieser Deutungen darf dem Patienten von außen auferlegt oder vorschnell bewertet werden.

Das Spektrum spiritueller Bewältigung (Coping)



Achtung: Spiritual Distress

Zeigt sich durch Gottverlassenheit, negative religiöse Bewältigung („Ich habe so viel gebetet, es hat nichts gebracht“) und das Gefühl völliger Sinnlosigkeit.
Erfordert multiprofessionelle Einordnung.

Was kommt danach?

Jenseitsvorstellungen im Kern

Konzept	Personale Identität?	Leit-Hoffnung
Auferstehung (Christentum/Islam/Judentum)	Bleibt erhalten	Neues Leben in/bei Gott; Wiederherstellung.
Reinkarnation (Hinduismus)	Erneute Verkörperung	Fortlaufende Entwicklung im Kreislauf der Geburten.
Nirvana (Buddhismus)	Löst sich auf	Befreiung vom leidhaften Kreislauf bedingter Existenz.
Materialismus (Atheismus)	Endet irreversibel	Bewusstsein endet vollständig mit den körperlichen Prozessen.

Diese Konzepte dürfen im Pflegealltag niemals vermischt werden.

Weltreligionen im Pflegealltag: Kritische Handlungsfelder

Christentum

Im Sterben: Gebet, Segen, Krankensalbung.

Nach dem Tod: Aussegnung, Hände falten, Aufbahrung möglich.

Islam

Im Sterben: Gesicht nach Mekka, Koran (Sure Yasin), Lippen befeuchten.

Nach dem Tod: Wenig berühren, Handschuhe, Ghusl (Waschung) zwingend durch gleichgeschlechtliche Muslime.

Judentum

Im Sterben: Nicht allein lassen, Schma Israel, Lebenserhaltung hat oft Vorrang.

Nach dem Tod: Arme neben den Körper, rasche Erdbestattung, Tahara durch Chewra Kadischa.

Hindu/Buddhismus

Im Sterben: Mantras, Gangeswasser, Ruhe, klarer Geist (Sedierung abwägen).

Nach dem Tod: Familie wäscht und kleidet (Hinduismus), Zeit ohne Berührung (Buddhismus).

Spirituelle Anamnese: Ertasten statt Abfragen

„Ich möchte nach draußen.“

„Bitte machen Sie Musik an.“

„Warum soll ich noch leben?“

Das Ertasten in der Praxis:

- Langsam vorgehen und Pausen lassen.
- Nachfragen statt deuten: „Was meinen Sie damit?“
- Auf den Atem und nonverbale Signale achten.
- Die eigene Resonanz wahrnehmen.

Spirituelle Bedürfnisse lassen sich nicht abfragen wie Vitalwerte. Sie wollen wahrgenommen werden.

Strukturierte Gesprächsmodelle: FICA vs. SPIR

FICA:

- F (Faith): Gibt es etwas, das Ihnen Kraft gibt?
- I (Importance): Wie wichtig ist das für Sie aktuell?
- C (Community): Haben Sie eine stützende Gemeinschaft?
- A (Address in Care): Was sollen wir berücksichtigen?

SPIR:

- S (Spirituelle Überzeugungen)
- P (Platz im Leben)
- I (Integration)

R (Rolle der Fachkraft): „Wie sollen wir mit Ihren spirituellen Anliegen umgehen? Was wünschen Sie sich von uns?“

Die offene Frage für den Alltag: „Was ist Ihnen heilig?“

Wenn Worte an ihre Grenzen stoßen: Symbolhandlungen

Rituale müssen nicht religiös sein. Sie geben inneren Vorgängen eine äußere, greifbare Gestalt.



Loslassen:

Einen Gegenstand bewusst aus der Hand geben. Ein Licht entzünden. Nach dem Versterben das Fenster öffnen.



Versöhnung:

Einen Brief oder eine Sprachnachricht an einen Menschen richten – auch wenn diese nie abgeschickt wird.



Dank & Würdigung:

Ein Lebensrückblick anhand von Fotos. Ein Erinnerungsbuch anlegen. Dank aussprechen oder aufschreiben.

Die Person des Begleitenden: Balance und Selbstsorge



Die Gefahren:

- **Projektion:** Eigene Ängste übertragen („Ich hätte solche Angst vor dem Tod“).
- **Missionierung:** Eigene Weltanschauung als allgemeingültig ausgeben.

Die Haltung (Sevá / Dienen
Dienen ohne Anspruch):

- Der Patient ist nicht die Fachkraft.
- Mitgefühl, das sich erschöpft, wird zur Gefahr.

Atempausen und Übergangsrituale (z.B. das bewusste Ausziehen der Dienstkleidung) markieren die Grenze zwischen Dienst und Privatleben. **Selbstsorge ist Voraussetzung, keine Schwäche.**

Vielleicht liegt darin eine der tiefsten Kompetenzen palliativer Begleitung: dem Menschen weder sein Leiden erklären noch seinen Tod deuten zu müssen – und ihn dennoch nicht mit seinen Fragen allein zu lassen.