

WISSENSRAUM NR. 19

# PALLIATIVE CARE – KRANKHEIT, LEID, TOD UND SPIRITUALITÄT

*Religiöse und weltanschauliche Vorstellungen am Ende des Lebens*

*„Wenn Menschen an die Grenzen des Lebens gelangen, braucht Begleitung mehr als  
Symptomkontrolle.“*

AKADEMIE DER WEISHEIT — WISSENSRÄUME

## ◆ 1. Wenn sich die Frage verändert

---

**Im Verlauf einer schweren Erkrankung kommt ein Punkt, an dem sich die Frage selbst verwandelt.**

Lange lautet sie: Was können wir tun? Welche Therapie ist möglich, wie werden Schmerz, Atemnot, Übelkeit und Unruhe beherrschbar? Diese Fragen verlieren in der Palliative Care keineswegs ihre Bedeutung. Gerade dort, wo eine Erkrankung nicht mehr heilbar ist, gewinnt die sorgfältige Behandlung belastender Beschwerden an Gewicht. Der Körper bleibt der Ort, an dem Krankheit erfahren wird, und Schmerz, Atemnot und Schwäche sind keine philosophischen Konstruktionen.

Und doch reicht irgendwann selbst eine sehr gute Symptomkontrolle nicht mehr aus, um zu verstehen, was mit einem Menschen geschieht. Denn eine lebensbegrenzende Erkrankung verändert nicht allein einen Körper. Sie verändert die Zeit, die Beziehungen und die Zukunft, die bis dahin selbstverständlich im Hintergrund stand. Rollen lösen sich auf, Sicherheiten werden erschüttert, und ein Mensch kommt mit Fragen in Berührung, die jahrzehntlang keinen Raum brauchten. Was bleibt von meinem Leben? Was wird aus denen, die ich zurücklasse? Muss ich noch etwas sagen, vergeben, um Vergebung bitten? Warum geschieht das ausgerechnet mir? Wo ist Gott, und was, wenn dort niemand ist? Was kommt nach dem Tod, oder kommt überhaupt etwas?

Mit solchen Fragen verändert sich die Landschaft der Begleitung. Die Medizin endet nicht, doch sie befindet sich plötzlich in einem größeren Raum, dem Raum des Menschen. Dieser Wissensraum betritt ihn. Er betrachtet Palliative Care als mehrdimensionales Geschehen und fragt nach der Haltung, die ihm gerecht wird: einer Haltung, die weder deutet noch belehrt, sondern dem Menschen Raum für seine eigene Suche lässt. Die ethischen Fragen am Lebensende entfaltet Wissensraum Nr. 2 — Der ethische Kompass in der Palliative Care; hier geht es um das Erleben von Krankheit, Leid und Sterben und darum, wie Menschen es mit ihren religiösen und weltanschaulichen Überzeugungen durchleben.

„Die Medizin endet nicht an dieser Grenze. Sie findet sich in einem größeren Raum wieder.“

## ◆ 2. Der Mensch hinter der Diagnose

---

**Eine Diagnose lässt sich benennen. Der Mensch, der sie trägt, lässt sich darin nicht vollständig erfassen.**

Ein Tumor kann lokalisiert, eine Herzschwäche klassifiziert, eine Erkrankung beschrieben werden. Doch der Mensch selbst lebt in einer Geschichte, die lange vor seiner Erkrankung begonnen hat. Er gehört zu anderen Menschen oder hat Menschen verloren, er trägt Erinnerungen, Hoffnungen, Verletzungen und Überzeugungen in sich, er hat geliebt, gearbeitet, geglaubt, gezweifelt, entschieden und versäumt. Mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung verschwindet diese Biografie nicht hinter der Diagnose. Im Gegenteil: Manches tritt nun deutlicher hervor als je zuvor.

So kann ein Mensch körperlich gut versorgt und dennoch tief beunruhigt sein. Eine Patientin sagt, sie habe keine Schmerzen, und liegt doch nachts wach, weil sie seit zwölf Jahren keinen Kontakt mehr zu ihrer Tochter hat. Ein anderer leidet unter ausgeprägten Beschwerden und erlebt dennoch Augenblicke von Frieden, Humor und Verbundenheit. Beides zeigt, dass Krankheit und Leiden keine Synonyme sind. Krankheit lässt sich an Befunden ablesen. Leiden entsteht dort, wo ein Mensch erlebt, dass etwas, das ihm wesentlich ist, bedroht wird oder verloren geht: seine Selbstständigkeit, seine Rolle, seine Würde, seine Zukunft. Es hängt deshalb nicht allein von der Schwere der Erkrankung ab, sondern davon, was sie in diesem einen Menschen berührt.

Diese Unterscheidung gehört zu den Voraussetzungen palliativer Begleitung. Wer sie übersieht, behandelt womöglich sorgfältig, was messbar ist, und bemerkt nicht, was den Menschen tatsächlich nicht schlafen lässt. Wer sie ernst nimmt, fragt nicht nur, wo es wehtut, sondern auch, was gerade wehtut und wofür es keinen Befund gibt.

„Nicht die Erkrankung leidet. Der Mensch leidet.“

## ◆ 3. Total Pain — wenn Schmerz mehr als Schmerz wird

---

**Aus der Hospizbewegung stammt eine Sprache für die Erfahrung, dass Leiden am Lebensende viele Gesichter zugleich trägt.**

Das Konzept des Total Pain beschreibt vier Dimensionen, die nebeneinanderstehen und einander durchdringen: die körperliche, die seelische, die soziale und die spirituelle oder existenzielle. Im Erleben lassen sie sich nicht sauber trennen. Ein Schmerz kann körperlich beginnen und durch Angst unerträglicher werden. Atemnot kann ein physiologisches Symptom

sein und zugleich Todesangst auslösen, die ihrerseits die Atemnot verstärkt. Ein ungelöster Streit in der Familie kann die innere Unruhe so steigern, dass Beschwerden nicht mehr zu ertragen sind, die sonst erträglich wären. Und die Frage nach dem Sinn des eigenen Lebens kann mitten in einem scheinbar rein medizinischen Gespräch auftauchen, über einer Dosisanpassung oder einer Frage nach dem Frühstück.

Der Begriff erweitert damit nicht nur den Schmerzbegriff. Er verändert die Wahrnehmung dessen, wer eigentlich leidet: nicht ein Organ, nicht ein Symptom, sondern ein Mensch, der sich nicht in voneinander unabhängige Zuständigkeiten zerlegen lässt. Was dem einen Berufsbild als körperliches Problem erscheint, begegnet dem anderen als Beziehungsfrage und einem dritten als Frage nach Schuld und Vergebung, und es ist derselbe Mensch, in dem dies alles zusammenfällt. Keine Dimension kann deshalb die andere ersetzen.

„Ein Mensch lässt sich nicht in voneinander unabhängige Zuständigkeiten zerlegen.“

#### ♦ 4. Von außen nach innen

---

**Sterben lässt sich als Bewegung beschreiben, in der das Äußere leiser wird und das Innere an Gewicht gewinnt.**

Dieses Bild ist kein Stufenmodell und keine Vorschrift, wie ein Mensch zu sterben habe. Es beschreibt eine Blickrichtung, die manche Begleitende in der Praxis wiedererkennen. Oft wird das Sterben zunächst am Körper sichtbar, in Schwäche, Schmerz und dem Rückgang dessen, was ein Mensch noch kann. Darunter liegen Atem und Kraft, Unruhe und eine Erschöpfung, die sich durch Schlaf kaum noch lindern lässt. Weiter innen liegen Fühlen und Denken, mit Angst und Wut, Traurigkeit und Trotz, mit Humor und Zärtlichkeit. Noch tiefer begegnen sich die Fragen nach Sinn, Schuld und Bedeutung. Und im Innersten zeigt sich manchmal etwas, das sich kaum benennen lässt: Frieden, Staunen, Stille, ein Moment, in dem nichts mehr erklärt werden muss.

Aus diesem Bild folgt zunächst eine Aufgabe der Wahrnehmung, denn auf jeder Ebene hilft etwas anderes: dem Körper Linderung und achtsame Berührung, Atem und Kraft Pausen, den Gefühlen Gehör, der Frage nach dem Sinn Raum ohne Antwort von außen und der Stille, dass sie niemand füllt. Bei akuter Belastung hat die Linderung stets Vorrang: Ein Mensch, der keine Luft bekommt, kann nicht nach Sinn fragen, und es wäre nicht Spiritual Care, ihn dazu einzuladen.

Auch darf das Bild nicht zur Erwartung werden. Nicht jeder Mensch erreicht die innerste Stille, und wer sie nicht erreicht, hat nichts versäumt. Wie sich dieser Gedanke zu einer Landkarte der Begleitung ausfalten lässt, zeigt Wissensraum Nr. 20 — Drei Körper, fünf Hüllen.

„Mit jeder Schicht, die leiser wird, wächst die Bedeutung dessen, was bleibt.“

## ♦ 5. Die unsichtbare Dimension

---

**Die spirituelle Dimension besitzt eine Besonderheit: Sie ist häufig unsichtbar.**

Blutdruck lässt sich messen, Schmerz mit Skalen beschreiben, eine Wunde betrachten und ein Laborwert vergleichen. Sinn lässt sich nicht messen. Hoffnung besitzt keinen Normbereich, Versöhnung erscheint auf keinem Monitor, und die Angst, bedeutungslos gelebt zu haben, lässt sich keinem Parameter zuordnen. Vielleicht entsteht gerade deshalb die Gefahr, sie zu übersehen oder vorschnell der Seelsorge zuzuschlagen.

Doch Spiritualität und Religion sind nicht dasselbe. Spiritualität beschreibt die individuelle Suche nach Sinn, Bedeutung, Verbundenheit, Hoffnung und Halt, ebenso das, was ein Mensch als heilig oder unantastbar erlebt, und sie umfasst auch den möglichen Verlust all dessen. Sie kann religiös gelebt werden: Ein Mensch betet, glaubt an Gott und schöpft Kraft aus einer Gemeinschaft. Ein anderer lehnt jede Religion ab und erlebt Verbundenheit in der Natur. Einer hört Musik, eine andere möchte noch einmal ihren Hund berühren, jemand bittet um die Krankensalbung. Wieder ein anderer sagt: „Nach meinem Tod ist alles vorbei.“ Auch diese Überzeugung gehört zur weltanschaulichen Wirklichkeit dieses Menschen und verdient dieselbe Achtung wie das Gebet. Spiritualität ist nicht an eine Religionszugehörigkeit gebunden.

Spiritual Care beginnt folglich nicht erst, wenn jemand nach einem Geistlichen verlangt. Sie kann in einer sehr einfachen Frage beginnen, die weder Konfession noch Vorwissen voraussetzt.

„Was trägt Sie?“

## ♦ 6. Kein Zusatz, keine Überhöhung

---

**Spiritual Care ist weder ein dekorativer Zusatz zur Medizin noch ihre spirituelle Überhöhung.**

Der Begriff kann den Eindruck erwecken, neben medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Versorgung gebe es noch einen weiteren Bereich, der bei Bedarf hinzugefügt werde. Doch wo Palliative Care den Menschen in seiner Ganzheit wahrnimmt, begegnet sie zwangsläufig auch

seinen Fragen nach Sinn, Beziehung, Schuld, Abschied und Endlichkeit. Entscheidend ist, ob diese Dimension wahrgenommen wird, und das bedeutet zugleich, ihre Grenzen zu achten. Nicht jede Unruhe ist existenziell, nicht jede Verzweiflung verlangt nach Sinnarbeit, nicht jedes Schweigen ist Transzendenz. Was als existenzielle Krise erscheint, kann ebenso Ausdruck einer Depression, eines Delirs, unbehandelter Angst, unzureichend gelinderter Symptome oder schlichter Erschöpfung sein, und diese Zustände sind fachlich zu klären, ehe sie spirituell gedeutet werden. Die depressive Verengung eigener Möglichkeiten betrachtet Wissensraum Nr. 10 — Depression als blockierter Übergang eigens.

Besondere Sorgfalt verlangt ein geäußelter Todeswunsch. Der Wunsch, dass das Sterben bald kommen möge, der Wunsch nach einer Beschleunigung des Todes und suizidale Gedanken sind nicht dasselbe, auch wenn sie sich sprachlich und im Erleben berühren können. Ein Todeswunsch darf deshalb weder vorschnell als Suizidalität verstanden noch als rein existenzielle oder spirituelle Äußerung eingeordnet werden. Er verlangt nach einem offenen Gespräch, nach der Frage, welches Leiden sich darin ausdrückt, und nach einer multiprofessionellen Einschätzung.

„Ganzheitlichkeit heißt, keine Dimension zur Erklärung aller anderen zu machen.“

## ◆ 7. Die Frage nach dem Warum

---

### **Kaum eine Frage hat am Lebensende ein größeres Gewicht als diese: Warum?**

Warum ich? Warum hat Gott das zugelassen, warum hilft mein Gebet nicht? Menschen haben über Jahrtausende versucht, Leiden zu deuten, und die Muster dieser Deutungen kehren in fast allen Kulturen wieder. Leid kann als Strafe verstanden werden, begleitet von Schuld und Scham und dem Glauben, für früheres Handeln büßen zu müssen. Es kann als Prüfung erscheinen, als Bewährungsprobe, oft verknüpft mit der Vorstellung eines höheren Plans oder einer Lernaufgabe der Seele. Und es kann als Grundbedingung des Menschseins gelten, als Teil eines Lebens, das Krankheit und Tod nun einmal einschließt, ohne dass sich dahinter eine Absicht verbergen müsste.

Solche Deutungen können tragen, und sie können belasten. Wer sich bestraft fühlt, trägt zum Leiden eine Schuld hinzu, die ihm vielleicht niemand auferlegt hat. Keine dieser Deutungen ist an sich richtig oder falsch, und keine darf einem leidenden Menschen von außen auferlegt oder vorschnell bewertet werden.

Darin liegt eine wesentliche Grenze professioneller Begleitung. Sie darf nach der Bedeutung fragen, die ein Mensch seinem Erleben selbst gibt, sie darf diese Bedeutung aber nicht für ihn herstellen. Wer einem leidenden Menschen erklärt, seine Erkrankung sei Prüfung, Schicksal, göttlicher Wille oder eine notwendige Erfahrung seiner Seele, überschreitet diese Grenze, selbst wenn die Deutung innerhalb der eigenen Weltanschauung vollkommen stimmig erscheint. Denn was für den Erklärenden Trost ist, kann für den Leidenden eine zusätzliche Last sein. Die Würde dessen, was ungelöst bleibt, ist der Gegenstand von Wissensraum Nr. 21 — Das Recht zu leiden.

*„Der Leidende besitzt das Recht auf seine eigene Deutung — und ebenso das Recht auf keine.“*

## ◆ 8. Wenn der Glaube trägt — und wenn er zerbricht

---

**Religion kann am Lebensende eine außerordentliche Kraftquelle sein. Doch sie trägt nicht immer.**

Gebete, vertraute Texte, Lieder, Rituale, Segen, die Gemeinschaft derer, die mitbeten, und das Vertrauen auf eine Wirklichkeit, die größer ist als der eigene Verlauf, können Sicherheit geben, wenn fast alles andere unsicher geworden ist. Forschungsarbeiten zur religiösen Bewältigung weisen zugleich darauf hin, dass dieselbe Religion unterschiedlich wirkt, je nachdem, wie sie erlebt wird. Vertrauen, die Erfahrung, getragen zu sein, und der Rückhalt einer Gemeinschaft gehen in Studien häufig mit besserer seelischer Anpassung einher. Das Erleben, von Gott bestraft oder verlassen zu sein, geht dagegen eher mit stärkerer Belastung einher.

Religion kann selbst zum Ort des Konflikts werden. „Warum lässt Gott mich leiden?“ — „Ich habe mein ganzes Leben geglaubt und so viel gebetet.“ — „Hat Gott mich verlassen?“ Hier öffnet sich ein Spektrum, das sich nicht in Stufen ordnen lässt. Da ist das Klagen und Hadern, das Ausdruck von Schmerz und keine Ablehnung des Glaubens ist. Da ist das Zweifeln und Kämpfen, die Suche nach Kontrolle und Sinn. Und da ist bei manchen eine Form von Annahme und Hingabe, ein Sich-Fügen in das Unvermeidliche. Diese Bewegungen wechseln einander ab; keine ist besser als die andere, und niemand muss bei der Annahme ankommen.

Zweifel ist nicht zwingend das Gegenteil von Glauben, Klage nicht das Gegenteil von Hoffnung und Wut nicht das Scheitern spiritueller Entwicklung. Bedrohlich wird es dort, wo ein Mensch sich von Gott verlassen fühlt, sein Beten für vergeblich hält oder alles als sinnlos erlebt und keinen Ausweg mehr sieht. Man spricht dann von spiritueller Not (Spiritual Distress). Sie sollte nicht

von einer Person allein getragen werden, sondern verlangt eine behutsame Einordnung durch mehrere Berufsgruppen: Seelsorge, Psychologie, Pflege und Medizin gemeinsam.

„Manchmal besteht die tiefste spirituelle Auseinandersetzung im Hadern.“

## ♦ 9. Was kommt danach?

---

**Kaum eine Grenze menschlicher Erfahrung hat so viele Bilder hervorgebracht wie der Tod.**

Da ist die Vorstellung, dass die Person als Person erhalten bleibt und in einem neuen Leben bei Gott aufersteht. Da ist die Wiedergeburt, eine erneute Verkörperung im Kreislauf der Geburten, in dem sich ein Weg fortsetzt. Da ist die Hoffnung auf Befreiung vom leidhaften Kreislauf bedingten Daseins, auf ein Erlöschen, das nicht als Vernichtung, sondern als Ende des Leidens gedacht wird. Da ist das Aufgehen in einem größeren Grund, das Fortleben in Nachkommen, Werk und Erinnerung. Und da ist die Überzeugung, dass mit dem Tod das Bewusstsein endgültig endet und ein Leben seinen Sinn nicht aus einem Jenseits, sondern aus sich selbst empfängt.

Diese Vorstellungen sind untereinander nicht austauschbar. Sie entstammen unterschiedlichen religiösen, philosophischen und weltanschaulichen Überlieferungen und besitzen jeweils eigene Voraussetzungen und Hoffnungen. Wer hofft aufzuerstehen, hofft etwas anderes als jemand, der auf eine neue Verkörperung vertraut, und wieder etwas anderes als einer, der auf Befreiung hofft. Wo die eine Hoffnung auf Bewahrung der Person gerichtet ist, richtet sich die andere gerade darauf, dass sie sich löst. Im Pflegealltag dürfen diese Konzepte deshalb nicht vermischt werden. Der Satz „Du kommst ja wieder“ kann für einen Menschen, dessen Hoffnung der Auferstehung gilt, wie eine Verneinung seines Glaubens klingen.

Innerhalb jeder Überlieferung bestehen zudem eigene Strömungen, und viele Menschen tragen Vorstellungen in sich, die sich keiner Lehre eindeutig zuordnen lassen: aus der Kindheit mitgenommen, im Leben verändert und im Angesicht des Todes neu geprüft. Auch sie verdienen Achtung. Kultursensible Begleitung verlangt deshalb mehr, als einiges über Religionen zu wissen. Kenntnisse geben Orientierung, aus einem Etikett aber folgt kein Bedürfnis: Nicht jeder Mensch einer Glaubensgemeinschaft wünscht dasselbe, und nicht jeder Mensch ohne Religionszugehörigkeit ist frei von Ritualen, von Hoffnung oder von Erfahrungen, die er als transzendent erlebt. Das gilt für Gebet und Segen im Sterben ebenso wie für die Berührung des Körpers, die Pflege durch Frauen oder Männer und den Umgang mit dem Verstorbenen. Daraus folgt ein Grundsatz für die ganze Begleitung: Religion kennen, Menschen fragen. Eine Übersicht über Überlieferungen und die Würde über den Tod hinaus findet sich in Wissensraum Nr. 2 —

Der ethische Kompass in der Palliative Care, was von einem Menschen im Anderen bleibt, auch wenn kein Danach gedacht wird, betrachtet Wissensraum Nr. 8 — Der Hall des Lebens.

„Wer das Bild eines anderen Menschen vom Tod durch das eigene ersetzt, nimmt ihm, woran er sich hält.“

## ◆ 10. Erfassen statt Abfragen

---

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

Professionelle Versorgung ist daran gewöhnt, Informationen zu erheben: Wo sind die Schmerzen, seit wann, wie stark? Spirituelle Anliegen entziehen sich dieser Logik, weil sie selten in Frage-Antwort-Form erscheinen. Sie zeigen sich in Nebensätzen, in Pausen, in Bitten, die zunächst belanglos wirken. „Ich möchte nach draußen“ kann ein einfacher Wunsch sein oder eine Erinnerung berühren. „Bitte machen Sie Musik an“ kann Ablenkung bedeuten oder die Sehnsucht nach etwas, das ein ganzes Leben begleitet hat. „Warum soll ich überhaupt noch leben?“ kann vieles enthalten und bedarf der sorgfältigen Einordnung, wie sie beschrieben wurde.

Das Erfassen, das an die Stelle des Abfragens tritt, geht langsam vor und lässt Pausen zu, denn in der Pause entsteht oft, was in der Antwort nicht gesagt werden konnte. Es fragt nach, statt zu deuten: „Was meinen Sie damit?“ Es achtet auf Atem, Stimme und nonverbale Signale, und es nimmt die eigene Resonanz wahr, die Regung, die ein Satz im Zuhörenden auslöst und die, ungeprüft, zur Deutung werden könnte. Strukturierte Gesprächsleitfäden fragen danach, was Kraft gibt, wie wichtig es aktuell ist und ob eine tragende Gemeinschaft besteht. Sie geben besonders am Anfang Sicherheit, sind aber Gedächtnisstützen und keine Formulare. Eine der schönsten offenen Fragen für den Alltag ist zugleich eine der einfachsten: Was ist Ihnen heilig? Sie setzt keine Religion voraus, lässt aber Platz für sie.

Vielleicht besteht die Kunst spiritueller Anamnese darum weniger darin, möglichst viele Fragen zu stellen, als darin, zu hören, wann hinter einer Antwort eine weitere Frage wartet.

„Hinter mancher Antwort wartet eine weitere Frage.“

## ◆ 11. Wenn Worte enden

---

**Nicht jede Erfahrung lässt sich erzählen. Manchmal fehlen die Worte, und dann können Handlungen Bedeutung tragen.**

Eine Kerze wird entzündet. Ein Fenster wird geöffnet, auch nach dem Versterben, damit der Raum weit wird. Ein Brief wird geschrieben, der nie abgeschickt wird, Fotos werden betrachtet, ein Erinnerungsbuch wird angelegt, ein Lied erklingt, eine Hand wird gehalten. Solche Symbolhandlungen müssen nicht religiös sein. Sie geben inneren Vorgängen eine äußere, greifbare Gestalt und machen etwas zugänglich, das sich der Sprache entzieht. Das Loslassen findet in ihnen eine Form, die Versöhnung kann sich aussprechen, auch wenn die Empfängerin den Brief nie liest, und Dank und Würdigung können in einem Lebensrückblick Gestalt gewinnen, der erleben lässt, dass ein Leben mehr war als seine letzte Krankheit.

Der Wert solcher Handlungen liegt nicht darin, dass sie etwas bewirken müssten. Sie können einem Augenblick Form geben: dem Abschied, der Erinnerung, der Dankbarkeit, dem Loslassen oder auch dem, was unvollendet bleibt. Dabei gilt, dass sie angeboten und nicht auferlegt werden. Kein Ritual ist Pflicht, und keine Versöhnung darf verlangt werden, wo sie nicht möglich oder nicht gewünscht ist. Manchmal ist der schlichteste Handgriff, ein Glas Wasser oder ein zurechtgerücktes Kissen, bereits die Form, in der Zuwendung geschieht.

„Ein Ritual muss nichts bewirken. Es kann einem Augenblick Gestalt geben.“

## ◆ 12. Die Person des Begleitenden

---

**Wer Menschen am Lebensende begleitet, begegnet der eigenen Endlichkeit.**

Das lässt sich kaum vermeiden. Die Angst des anderen kann die eigene berühren, seine Hoffnung eine eigene Sehnsucht ansprechen, seine Vorstellung vom Tod Zustimmung oder Widerstand auslösen. Deshalb gehört zu Spiritual Care auch die Selbstwahrnehmung. Wann deute ich? Wann möchte ich beruhigen, weil ich selbst die Unsicherheit kaum aushalte? Wann wird Mitgefühl zur Übernahme?

Zwei Gefahren sind dabei besonders nah. Die eine ist die Projektion: die eigenen Ängste auf den anderen zu übertragen, mit dem Gedanken „Ich hätte solche Angst vor dem Tod“ und der unausgesprochenen Annahme, dass es ihm ebenso gehen müsse. Die andere ist die Missionierung, das Ausgeben der eigenen Weltanschauung als allgemeingültig, sei es in frommem Zuspruch, sei es in einer Aufklärung, die den Glauben des anderen für überholt hält.

Beide sind selten böse gemeint, und beide verlassen den Menschen in dem Augenblick, in dem sie ihm nahekommen wollen.

Professionelle Begleitung braucht Nähe und braucht Grenze. Zur Haltung gehört ein Dienen ohne Anspruch: Der Mensch, den man begleitet, ist nicht dazu da, die eigenen Bedürfnisse zu erfüllen. Ein Mitgefühl, das sich erschöpft, wird zur Gefahr, für den, der gibt, und für den, der empfängt. Atempausen und kleine Übergangsrituale, etwa das bewusste Ablegen der Dienstkleidung am Ende einer Schicht, markieren die Grenze zwischen Dienst und Privatleben, und Selbstsorge ist dabei Voraussetzung und keine Schwäche. Die feine Grenze zwischen Sorgen und Tragen betrachtet Wissensraum Nr. 23 — Fürsorge im Licht des Ayurveda eigens.

„*Spiritual Care verlangt zuerst die Bereitschaft, die eigene Person nicht zum Maß des anderen zu machen.*“

### ♦ 13. Eine gemeinsame Aufgabe

---

**Spiritual Care ist nicht die Aufgabe eines Berufs. Sie ist die Aufgabe aller, die einen Menschen begleiten.**

Wer beim Verbandswechsel eine Frage hört, die nicht zum Verbandswechsel gehört, begegnet der spirituellen Dimension eines Menschen, ob er es will oder nicht. Pflegende, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeitende, Therapeutinnen und Therapeuten, ehrenamtlich Begleitende und Seelsorgende sind alle in der Lage, sie wahrzunehmen. Das heißt nicht, dass jeder alles können muss. Es heißt, dass jeder bemerken können soll, wann hinter einer Bitte mehr liegt, und dass er weiß, wann und an wen er weiterverweist.

Denn es gibt Situationen, in denen Wahrnehmen nicht genügt: wenn Menschen in spirituelle Not geraten, wenn sie nach rituellen Handlungen ihrer Überlieferung verlangen, wenn Schuldfragen übermächtig werden oder sich ein Todeswunsch zeigt. Dann braucht es Menschen, die dafür ausgebildet sind, Seelsorge und religiöse Begleitung der jeweiligen Gemeinschaft, Psychologie und Psychotherapie, Sozialarbeit, ärztliche Expertise. Zur Professionalität aller gehört es, rechtzeitig hinzuzuziehen, und zur Professionalität der Spezialisierten, die Wahrnehmung der anderen nicht zu entwerten.

Mitten in diesem Gefüge stehen die Zugehörigen. Auch sie stellen Fragen nach Sinn und Schuld, nach Hoffnung und Abschied, oft leiser als der Kranke und oft ohne jemanden, dem sie sie stellen dürfen. Ihre Trauer beginnt häufig lange vor dem Tod, und ihre Überzeugungen können von denen des Sterbenden abweichen. Wie die Versorgung dafür strukturiert ist, von der ambulanten

Betreuung über Palliativstation und Hospiz bis zu den Rechten des Einzelnen, entfaltet Wissensraum Nr. 4 — Palliative Care 2026: Das architektonische Fundament.

„Wahrnehmen ist die Aufgabe aller. Vertiefen braucht manchmal andere.“

## ♦ 14. Schluss — Präsenz statt Erklärung

---

**Am Ende bleibt eine der schwierigsten Zumutungen palliativer Begleitung: dass es Fragen gibt, die sich nicht beantworten lassen.**

Warum dieser Mensch? Warum dieses Leiden, dieses Ende? Was kommt danach? Kein Begleiter muss diese Fragen lösen, und vielleicht sollte er es auch gar nicht versuchen. Denn manche Fragen sind keine Wissensfragen. Sie sind Ausdruck einer Erfahrung, für die ein Mensch ein Gegenüber sucht, und eine vorschnelle Antwort kann den Raum schließen, den die Frage gerade geöffnet hat. Präsenz bedeutet hier mehr als körperliche Anwesenheit. Sie bedeutet, die eigene Ratlosigkeit auszuhalten, ohne den anderen darin allein zu lassen: zu hören, ohne sofort zu erklären, zu fragen, ohne eine bestimmte Antwort zu erwarten, zu schweigen, ohne sich zu entziehen. Die Haltung, die darauf verzichtet, einen Raum mit Methode zu füllen, entfaltet Wissensraum Nr. 17 — Die radikale Präsenz, die Angst, die dem Sterben vorausgeht, Wissensraum Nr. 15 — Angst als Sehnsucht des Geschehens.

Vielleicht liegt genau dort die unsichtbare Dimension der Palliative Care. Nicht jenseits der Medizin und nicht gegen sie, sondern dort, wo fachliches Wissen seine Grenze kennt und der Mensch dennoch nicht aus dem Blick gerät. Wo Schmerz behandelt wird, ohne dass Leiden auf Schmerz reduziert wird. Wo Religion gekannt wird, ohne dass ein Mensch auf seine Religion festgelegt wird. Wo Hoffnung Raum hat, ohne verlangt zu werden, und Versöhnung möglich bleibt, ohne zur Pflicht zu werden. Wo ein Leben unvollendet enden darf. Und wo ein Mensch auch dann noch begleitet wird, wenn niemand mehr sagen kann, wohin sein Weg führt.

Palliative Care fragt deshalb nicht nur: Was können wir noch tun? Sie vermag daneben eine zweite Frage zu stellen: Was braucht dieser Mensch, damit er auch jetzt als der wahrgenommen wird, der er ist? Und manchmal öffnet sich darin eine noch stillere Frage, jene, mit der dieser Wissensraum begann: Was trägt Sie? Nicht jede Antwort wird ausgesprochen. Manche zeigt sich in einer Erinnerung, einer Berührung, einem Gebet, einem Zweifel, einem geöffneten Fenster oder im Schweigen zweier Menschen. Was bleibt von Begleitung, wenn wir einem Menschen weder sein Leiden nehmen noch seine letzte Frage beantworten können? Können wir bei ihm bleiben, ohne seine Erfahrung mit unserer eigenen Deutung zu füllen? Vielleicht muss Spiritual Care an dieser Stelle nichts hinzufügen.

„Vielleicht besteht ihre tiefste Aufgabe darin, nichts vom Menschen wegzulassen.“

## ∞ Vertiefung & Weiterführung

---

Wer sich mit den hier berührten Fragen weiter beschäftigen möchte, findet in der Reihe WISSENSRÄUME angrenzende Vertiefungen:

- Wissensraum Nr. 2 — Der ethische Kompass in der Palliative Care
- Wissensraum Nr. 8 — Der Hall des Lebens
- Wissensraum Nr. 10 — Depression als blockierter Übergang
- Wissensraum Nr. 15 — Angst als Sehnsucht des Geschehens
- Wissensraum Nr. 17 — Die radikale Präsenz
- Wissensraum Nr. 20 — Drei Körper, fünf Hüllen
- Wissensraum Nr. 21 — Das Recht zu leiden

## ◇ Quellen & Denkspuren

---

Dieser Wissensraum versteht sich nicht als wissenschaftliche Abhandlung. Die folgenden Quellen markieren die fachlichen und wissenschaftlichen Denkspuren, an die seine zentralen Aussagen anschließen — vor allem die der Kapitel 3, 5, 6, 8, 10 und 11.

- Cicely Saunders: *The Management of Terminal Illness*. London 1967. Ursprung des Konzepts Total Pain.
- D. Clark: ‚Total pain‘, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Social Science & Medicine* 49 (1999), 727–736. Zur Entwicklung des Konzepts.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): *Palliative care. Fact sheet*. Definition von Palliative Care unter Einschluss körperlicher, psychosozialer und spiritueller Probleme.
- C. M. Puchalski et al.: Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine* 12 (2009), 885–904. Konsensbasierte Beschreibung von Spiritualität und Spiritual Care.
- C. Puchalski, A. L. Romer: Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine* 3 (2000), 129–137. Strukturierte spirituelle Anamnese.
- E. Frick, C. Riedner, M. J. Fegg, S. Hauf, G. D. Borasio: A clinical interview assessing cancer patients’ spiritual needs and preferences. *European Journal of Cancer Care* 15 (2006), 238–243. Gesprächsleitfaden zur spirituellen Anamnese.
- E. Frick, T. Roser (Hrsg.): *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer, 2. Aufl. 2011.
- K. I. Pargament, B. W. Smith, H. G. Koenig, L. Perez: Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion* 37 (1998), 710–724.
- A. Balaguer et al.: An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors. *PLoS ONE* 11 (2016), e0146184. Zur Unterscheidung von Sterbewunsch, Wunsch nach Beschleunigung des Todes und Suizidalität.
- H. M. Chochinov et al.: Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology* 23 (2005), 5520–5525. Zum Lebensrückblick und zur Würdigung.
- S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Version 3.0, Juli 2026, AWMF-Register-Nr. 128-001OL.

## ○ WISSENSRÄUME — Wertschätzung

---

Die Reihe WISSENSRÄUME ist ein Herzensprojekt — kostenfrei, aber nicht selbstverständlich. Wenn dir die Impulse gefallen haben und du etwas zurückgeben möchtest, freue ich mich über eine freiwillige Spende: [PayPal.me/VossKati](https://paypal.me/VossKati)

Danke für deine Wertschätzung. Sie hilft, dass solche Inhalte weiter entstehen dürfen — still, liebevoll und im Dienst der Ganzheit.

## △ WISSENSRÄUME — Hinweise

---

Die WISSENSRÄUME dienen der fachlichen Orientierung, Vertiefung und persönlichen Auseinandersetzung mit Themen aus Gesundheit, Pflege, Palliative Care, Spiritual Care, Psychologie und Philosophie. Sie ersetzen keine individuelle ärztliche, therapeutische, pflegerische oder rechtliche Beratung — bei akuten oder schwerwiegenden Fragestellungen bitte an entsprechend qualifizierte Fachpersonen wenden.

Bei akuten Suizidgedanken wende dich bitte sofort an die Telefonseelsorge (bundesweit, kostenfrei und anonym erreichbar unter 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222) oder an den Notruf 112.