

Claudia Jaun
Rankhofstrasse 18
6006 Luzern
Schweiz
c.jaun@bluewin.ch

Seelsorge im Zeitraffer?

**Palliative Seelsorge in Betagtenzentren angesichts immer kürzerer
Aufenthaltsdauer der Bewohner und Bewohnerinnen. Aufgaben,
Kompetenzen, Entwicklungsbedarf von Seelsorge.**

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Advanced Studies „Palliative Care“ / MAS

**Eingereicht im Rahmen des
Internationalen Universitätslehrgangs
Palliative Care /MAS**
an der Alpen-Adria Universität Klagenfurt
IFF-Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik / Wien

Luzern, im November 2011

Dank

Mein Dank gilt im Besonderen:

- Herrn Ass. Prof. Mag. Dr. Thomas Krobath, MAS für die hilfreiche und wertschätzende Betreuung bei der Erstellung der Arbeit.
- Frau Dr. Nicola Ottiger und Frau Hanna Schaffner-Fischer für die Durchsicht dieser Arbeit.
- Der Katholischen Kirchgemeinde Luzern, die mein Studium ermöglicht sowie finanzielle und zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt hat.
- Meinen Kollegen und Kolleginnen, Freundinnen und Freunden, die während der Zeit des Studiums und des Schreibens dieser Arbeit viel Verständnis für mich hatten.

Zusammenfassung

In den vergangenen Jahren lässt sich in den Betagtenzentren in der Schweiz (sowie auch in Deutschland und Österreich) eine rasche und einschneidende Entwicklung feststellen: Die Menschen ziehen immer später und pflegebedürftiger ins Betagtenzentrum. Die Anforderungen an die Heime sind zunehmend komplexer geworden. Zum einen leben Menschen mit einer stabilen Pflegebedürftigkeit in den Betagtenzentren, die an einem guten Lebensort über eine längere Zeit ihren Alltag leben und gestalten möchten. Zum anderen entwickeln sich Pflegeheime immer mehr zum wichtigsten Ort des Sterbens. Immer öfter werden Menschen für wenige Tage oder Wochen in eine Institution der Langzeitpflege verlegt. Dies stellt neue Herausforderungen an die Palliative Care: Wie können Menschen im Sinne der Palliative Care versorgt und begleitet werden, wenn sie nicht mehr „gekannt“ werden? Herausforderungen stellen sich für die Betroffenen und ihre Angehörigen, für die Mitarbeitenden, die Heime als Organisationen. Innerhalb der multidisziplinären Zusammenarbeit ist auch die Betagtenheimseelsorge vor neue Herausforderungen gestellt.

Im Bereich der Seelsorge im Bereich der Palliative Care in Betagtenheimen wurde noch wenig geforscht. Die gängige Seelsorge versteht sich als „beratende Seelsorge“. Dieses Konzept ist aber in der heutigen Situation in den Betagtenheimen allein nicht (mehr) tauglich. Der Seelsorge stellen sich erweiterte Aufgaben. Es sind erweiterte Konzepte zu erarbeiten. Anhand der Ansätze von Erhard Weiher, Traugott Roser und Anne Schütte können Aspekte für die Betagtenheimseelsorge formuliert und Handlungsbedarf skizziert werden.

So benötigen Seelsorgende in Bezug auf die hochaltrigen, multimorbiden Menschen weitere Kompetenzen, um sie und ihre Angehörigen begleiten zu können. Dazu gehören insbesondere Kenntnisse über die Situation der Betroffenen sowie Kenntnisse zu verschiedenen Krankheitsbildern (wie beispielsweise Demenz) sowie Kenntnisse, wie sie mit Menschen

kommunizieren können, die sich nicht oder nicht mehr verbal ausdrücken können.

Seelsorge hat weitere Aufgaben in Bezug auf die Mitarbeitenden sowie auf die Organisation Betagtenheim. Denn Palliative Care arbeitet grundlegend multidisziplinär, sie ist keine Arbeit von Solisten und Solistinnen. Palliative Care ist ein Ansatz, der sich anhand und entlang der Bedürfnisse der Betroffenen ausrichtet. Will Seelsorge Anbieterin von Spiritual Care innerhalb von Palliative Care sein, erfordert dies ihre Einbindung in die Organisation Betagtenheim. Dies erfordert sowohl Wissen über Organisationen als auch Kompetenzen, sich in die multidisziplinäre Arbeit einbringen zu können. Dazu braucht es eine weiterführende Diskussion aller Beteiligten. Für die Seelsorge ist insbesondere das Verhältnis von seelsorgerlicher Schweigepflicht und multidisziplinärer Zusammenarbeit zu klären.

Neben ihrer spirituellen und rituellen Kompetenz und ihrer Fähigkeit zur Gesprächsführung kann Seelsorge mit ihrer hermeneutischen und ethischen Kompetenz innerhalb der Organisation wichtige Beiträge leisten. Sie kann sich aktiv beteiligen am Aufbau ethischer Beratungsgremien sowie die Moderation von ethischen Gesprächen übernehmen.

Die aktuelle Situation in den Betagtenheimen sowie die Situation und die Bedürfnisse der Bewohner und Bewohnerinnen erfordert dringend Forschungsarbeit im Bereich der Seelsorgelehre. Es fehlen Konzepte, die der aktuellen Entwicklung angepasst sind.

„Seelsorge im Zeitraffer“? Wie eine gute palliative Betreuung und Begleitung Betroffener in der aktuellen Situation geschehen kann, kann nur im multidisziplinären Austausch erarbeitet und immer wieder anhand der Erfahrungen überprüft werden – im Sinne einer Praxis-Theorie-Praxis-Schleife – beispielsweise aufgrund der hermeneutischen Methodik der „Deutkunst“, wie Traugott Roser sie vorschlägt.

Inhaltsverzeichnis

0. Einleitung	1
0.1. Forschungsfragen dieser Arbeit	4
0.2. Methodisches Vorgehen	5
0.3. Gliederung.....	6
0.4. Begriffsbestimmung: Palliative Care im Alter	7
0.4.1. Palliative Care	7
0.4.1.1. Palliative Care im Alter	7
0.4.1.2. Radikale Betroffenenorientierung	9
0.4.1.3. Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit	10
0.4.1.4. Begriffsverwendung in dieser Arbeit	11
0.4.2. Nutzen dieser Arbeit für die Palliative Care	11
0.4.3. Abgrenzung dieser Arbeit	12
1. Situation und Entwicklung in den Betagtenzentren	13
1.1. Ausgangslage in den 1990er-Jahren	13
1.2. Veränderungen in den vergangenen Jahren	14
2. Auswirkungen der Entwicklungen in den Betagtenzentren	17
2.1. Auf die Bewohner und Bewohnerinnen	17
2.1.1. Auf langjährige Bewohner und Bewohnerinnen.....	18
2.1.2. Auf Betroffene, die für wenige Wochen in ein Betagtenzentrum verlegt werden.....	18
2.2. Auf die An- und Zugehörigen	19
2.3. Auf die Mitarbeitenden im multidisziplinären Team	20
2.4. Auf die Betagtenzentren.....	21
2.4.1. Beispiel einer Konzeptanpassung in der Stadt Luzern	21
2.5. Fazit	22

3. Darstellung von Seelsorgekonzepten.....	24
3.1. Das Verhältnis von Spiritual Care und Seelsorge in der Palliative Care	24
3.1.1. Vorläufige Definition von Spiritualität	28
3.2. Zum Stand der Forschung zur Seelsorge im Bereich der Palliative Care	31
3.2.1. Bereich der Palliative Care	31
3.2.2. Zur Forschung zur Seelsorge mit alten Menschen	33
3.3. Aufgaben der seelsorgerlichen Begleitung nach Erhard Weiher	35
3.3.1. Verständnis von Spiritualität und Religion	37
3.3.2. Spiritualität in der Postmoderne	39
3.3.3. Spiritualität und Medizin	41
3.3.4. Spiritualität und Ethik.....	43
3.3.4.1. Ethik auf der Mikro-Ebene	44
3.3.4.2. Ethik auf der Meso-Ebene	45
3.3.4.3. Ethik auf der Makro-Ebene.....	45
3.3.5. Rollen der Professionen in der Spiritual Care.....	46
3.3.6. Aufgaben der professionellen Seelsorge.....	48
3.3.7. Kompetenzen der Seelsorgenden	51
3.3.8. Kritische Würdigung	51
3.4. Relevante Aspekte der Seelsorge nach Traugott Roser	53
3.4.1. Grundverständnis von Seelsorge	53
3.4.2. Systemische und organisationale Aspekte der Seelsorge in Einrichtungen des Gesundheitswesens.....	55
3.4.3. Hermeneutische Methodik der Seelsorge.....	56
3.4.4. Der Personbegriff	58
3.4.5. Aufgaben und Aspekte seelsorgerlicher Tätigkeit	60

3.4.6.	Multiprofessionelle Zusammenarbeit	61
3.4.7.	Kompetenzen der Seelsorgenden	62
3.4.8.	Kritische Würdigung	63
3.5.	Integrative dialogische Seelsorge in der Palliativen Betreuung alter Menschen nach Anne Schütte	64
3.5.1.	Seelsorgeverständnis	65
3.5.1.1.	Palliative spirituelle Ebene	67
3.5.1.2.	Kontextuelle Ebene	67
3.5.1.3.	Systemische Ebene	68
3.5.1.4.	Strukturelle Ebene	69
3.5.2.	Seelsorge als Fachdisziplin der Palliative Care	69
3.5.3.	Verständnis von Person, Würde und Autonomie	71
3.5.4.	Aufgaben der Betagtenheimseelsorge	73
3.5.4.1.	Palliative spirituelle Ebene	74
3.5.4.2.	Kontextuelle Ebene	74
3.5.4.3.	Systemische Ebene	75
3.5.4.4.	Strukturelle Ebene	76
3.5.4.5.	Rituelle Aufgaben der Seelsorge	77
3.5.4.6.	Fazit für die Aufgaben der Kirchen	77
3.5.5.	Kompetenzen der Seelsorgenden	78
3.5.6.	Kritische Würdigung	79
4.	Tabellarische Zusammenschau der Ansätze	80
5.	Erkenntnisse, offene Fragen und Ausblick	86
5.1.	Verhältnis der Seelsorge zur Spiritual Care im Konzept der Palliative Care	87
5.2.	Beitrag der Seelsorge in der aktuellen Situation in Betagtenzentren	90

5.3. Kompetenzen der Seelsorgenden	93
5.4. Zum Schluss	94
Literaturverzeichnis.....	96

0. Einleitung

„Ach wissen Sie, alt werden ist nicht schön. Am liebsten möchte ich sterben.“ Diese und ähnliche Aussagen habe ich in meiner bald 7-jährigen Praxis als Seelsorgerin in zwei Betagtenheimen schon öfter von Bewohnerinnen und Bewohnern gehört. Dies liess und lässt mich aufhorchen. Was die einzelnen Menschen damit ausdrücken, ist individuell und vielschichtig und lässt sich nur im direkten Gespräch und Kontakt eruieren. Sicher sind diese Mitteilungen in die konkrete Biografie und Situation der einzelnen Person einzuordnen, die diesen Satz ausspricht, ebenso in den konkreten Kontext Betagtenheim, in dem sie lebt und in den Zusammenhang des konkreten Gesprächs. Ebenso muss der gesellschaftliche Kontext einbezogen werden mit seinen normativen Implikationen insbesondere gegenüber dem Alter und alten Menschen.

Seit fast sieben Jahren bin ich einerseits als Seelsorgerin in zwei Betagtenzentren tätig und gleichzeitig mit Aufgaben in der Gemeindepastoral beauftragt. Nicht nur Aussagen wie die eingangs erwähnte, sondern auch weitere Erfahrungen haben mir deutlich aufgezeigt, dass alte Menschen, die in Betagtenzentren leben, in der heutigen westlichen Gesellschaft wenig beachtet oder gar abgewertet werden. Viele von ihnen sind von mehreren nicht heilbaren, progredienten Krankheiten betroffen. Unter den hochbetagten Menschen erkranken immer mehr an Demenz (vgl. Heller und Pleschberger 2010: 29). In meinem Berufsalltag stellen sich Fragen, wie Andreas Heller sie zusammenfasst (vgl. Andreas Heller 2009: 16): Was bleibt, wenn Menschen ihr Ansehen nicht mehr aus öffentlich-leistungsabhängigen Bezügen beziehen können? Werden alte Menschen wahrgenommen, angesehen und bekommen sie somit Ansehen? Insbesondere, wenn sie in Betagtenzentren leben? Wenn sie krank und verwirrt sind (vgl. Kojer 2009a und 2009b)? Und: mit welchem Blick werden sie angesehen? Was sind ihre Bedürfnisse?

In den Betagtenzentren leben und pflegen mehrheitlich Frauen (vgl. Birgit Heller 2010a: 61). Dies dürfte – in der immer noch gesellschaftlichen Höherbewertung der Männer (vgl. die aktuelle Gender-Diskussion) – die Thematik noch verschärfen.

In der täglichen Erfahrung als Betagtenheim-Seelsorgerin nehme ich die heutige Komplexität der Anforderungen sowohl an die Betroffenen selber als auch an alle Beteiligten wahr. Sehr oft geschieht der Übertritt in ein Betagtenzentrum nicht gewollt, sondern weil das Verbleiben in der angestammten Wohnung aus verschiedenen Gründen, oft aufgrund einer oder mehrerer progredienten Krankheiten und der daraus folgenden Pflegebedürftigkeit, nicht mehr verantwortet werden kann. Ähnliche Erfahrungen haben auch zwei Betagtenheimseelsorger¹, Franz Koller und Hans Sutter, in einem kollegialen Gespräch formuliert. Katharina Heimerl und Marina Kojer bestätigen diese Wahrnehmung:

„Gerade der Einzug in ein Pflegeheim ist ein Moment mit einem hohen ‚Trauerpegel‘. Dem Einzug gehen in der Regel erschütternde Ereignisse voraus: Gesundheitliche Krisen, Krankenhausaufenthalte, zunehmende Pflegebedürftigkeit und/oder der Abschied vom Partner, von der Partnerin.“ (Heimerl und Kojer 2007: 308).

In den vergangenen Jahren hat eine Entwicklung stattgefunden, die die Situation noch verschärft. So treten die Menschen immer später und oft schon sehr krank, nicht selten bereits im Sterbeprozess, ins Betagtenzentrum ein. Immer mehr leben Menschen nur noch wenige Tage oder Wochen im Heim. Das stellt hohe Anforderungen an die Betroffenen selbst, an ihre An- und Zugehörigen sowie an alle Beteiligten, was ich in meiner Praxis als Betagtenheimseelsorgerin miterlebte.

Implementierung des Palliative Care Ansatzes in Betagtenheimen ist seit einiger Zeit ein Thema (vgl. beispielsweise Heller und Heimerl und Husebö 2007b). So wurde beispielsweise in den städtischen Heimen in Luzern, getragen durch den Entscheid der Abteilung Heime und Alterssiedlungen der Stadt Luzern (HAS), ein Implementierungsprozess initiiert. Dabei wurde die bereits gelebte und verwirklichte Haltung und Praxis wertschätzend wahrgenommen, reflektiert und weiter geführt. Die Stärkung und Vertiefung des Palliative Care Ansatzes wurde in Gang gesetzt und ist Teil eines aktuellen weiteren Prozesses in der gesamten Organisation jedes einzelnen städtischen

¹ Das Gespräch führte ich (nicht mit wissenschaftlichen Kriterien) am 07.06.2011 mit Franz Koller und Hans Sutter. Beide sind Betagtenheimseelsorger in Luzern.

Heimes. Dabei stellt aber die aktuelle Entwicklung der immer späteren Heimeintritte die interdisziplinäre Arbeit im Geiste der Palliative Care vor grosse Fragen und Herausforderungen. So liegt – um hier nur einen Aspekt zu nennen - „ein Schlüsselaspekt für gute Versorgung darin [...], die Person zu ‚kennen‘ und nicht nur vieles ‚über sie zu wissen““ (Heller und Pleschberger 2010: 29). Die Menschen kennen zu lernen wird in der kurzen Zeit des Aufenthaltes immer schwieriger realisierbar. Verschärft wird diese Schwierigkeit, wenn die Betroffenen an Demenz erkrankt sind. Es stellt sich die Frage: Wie kann in dieser Situation gute Versorgung anhand der Bedürfnisse der Betroffenen geschehen?

Neben den nur kurz im Betagtenzentrum lebenden Menschen wohnen und leben hier weiterhin viele Bewohnerinnen und Bewohner über längere Zeit. Sie möchten einen sinnvollen Alltag gestalten und leben. Die Erfahrung zeigt (vgl. Schütte 2006: 11), dass sich ältere kranke Menschen oft nutzlos und wertlos fühlen, wenn sie ihr Leben nicht mehr in der ihnen gemässen Weise führen können. Auch hier stellt sich die Frage, wie sie gemäss ihren Bedürfnissen ihren Alltag gestalten können.

Für alle Beteiligten stellen sich somit viele Fragen, insbesondere, was in diesem Kontext Palliative Care bedeuten kann. In meiner Praxis als Betagtenheimseelsorgerin drängen sich immer wieder Fragen auf. Welches sind die Aufgaben der Seelsorge im Bereich der Palliative Care in der jetzigen Situation? Welche Konzepte gibt es dazu? Welcher Entwicklungsbedarf besteht? Welche Kompetenzen bringt Seelsorge ein und welche wären zusätzlich nötig? Wie verortet und verankert sich Seelsorge in der multiprofessionellen Zusammenarbeit in Betagtenzentren? Ist die gleichzeitige Beauftragung mit Aufgaben sowohl innerhalb der Gemeinde- sowie innerhalb der Betagtenheimseelsorge zu vereinbaren? Unsicherheiten stelle ich auf allen Seiten fest: auf Seiten der Seelsorgenden, der Kirchen allgemein sowie auf Seiten der übrigen in der Palliative Care Tätigen. Diese Situation hat mich dazu geführt, einigen Themen im Rahmen dieser Arbeit nachzugehen. Im Folgenden werden die Forschungsfragen genauer umschrieben.

0.1. Forschungsfragen dieser Arbeit

- 1. Verhältnis der Seelsorge zur Spiritual Care im Konzept der Palliative Care:** Palliative Care bezieht die Bedürfnisse der Betroffenen auf körperlicher, psychosozialer und spiritueller Ebene mit ein. Spiritual Care ist somit ein mögliches Angebot für Betroffene. Hat konfessionelle Seelsorge hier eine Aufgabe? In welches Verhältnis zur Spiritual Care innerhalb des Palliative Care-Ansatzes setzt sich konfessionelle Seelsorge? Wie wird Religionsfreiheit garantiert, und zwar sowohl im Sinne der Freiheit, die eigene Religiosität auszuüben als auch im Sinne der Freiheit, keine Religiosität bzw. Spiritualität zu leben?
- 2. Beitrag der Seelsorge in der aktuellen Situation in Betagtenheimen im Bereich der Palliative Care:** Menschen treten immer später, häufig sehr krank und oft schon sterbend ins Betagtenzentrum ein. Was kann Seelsorge in der multiprofessionellen Zusammenarbeit im Rahmen der Palliative Care in dieser Situation beitragen? Welches sind ihre konkreten Aufgaben und Möglichkeiten und welches sind die Grenzen der Seelsorge? Hat sie überhaupt eine Aufgabe? Oder, wie der Titel der vorliegenden Arbeit heisst: Soll und kann Seelsorge „im Zeitraffer geschehen“?
- 3. Organisationale Zuordnung der Seelsorge:** Im Bereich Palliative Care sind weiter die Fragen zu stellen: Wie verortet sich konfessionelle Seelsorge im Bereich der Organisation Betagtenheim? Wie in der Organisation Kirche? Wie ist sie in die multiprofessionelle Zusammenarbeit der jeweiligen Organisationen eingebunden? Welche Chancen und welche Schwierigkeiten ergeben sich daraus? Ist Seelsorge „Öl oder Sand im Getriebe?“ (vgl. Günter Eich, zitiert bei Heidrich 2007: 317). Ist sie „Beruhigung“ oder kritische Stimme? Gehört sie dem Team an oder steht sie ausserhalb? Oder beides? Welches sind ihre Auftraggeber oder Auftraggeberinnen? Welche Schwierigkeiten und Chancen ergeben sich daraus?
- 4. Kompetenzen der Seelsorgenden:** Welche Kompetenzen sind zur Erfüllung der zu beschreibenden Aufgaben für Seelsorger und Seelsorgerinnen erforderlich?

0.2. Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturarbeit. Die genannten Forschungsfragen sind aufgrund meiner Praxis als Betagtenheimseelsorgerin entstanden. Anhand von Literatur sollen die Fragen differenziert und vertieft werden sowie soll nach Ansatzpunkten und vorläufigen Antworten gesucht werden. Die Ergebnisse sollen wiederum in die Praxis umsetzbar sein können. Dieser Arbeit liegt also ein Verständnis zugrunde, dass Theorie immer aufgrund von Praxisfragen entsteht, und dass die Theorie die Praxis unterstützen und weiterführen muss, soll sie relevant werden.

Mit der genannten Fragestellung wurde nach Literatur gesucht. In den Datenbanken PubMed und SAGE liess sich eine breite Literatur im Bereich von Spiritual Care und alten Menschen finden. Hingegen ergab der Focus auf der konkreten Aufgabe der Seelsorge im Bereich der Spiritual Care in diesen Datenbanken keine Treffer. In theologischen Datenbanken (abgefragt in der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern) wurden diverse Artikel der Zeitschrift „Wege zum Menschen“, der Sammelband zur religiösen Begleitung im Alter (Ralph Kunz 2007b) sowie die beiden verwendeten Hauptwerke von Traugott Roser (Roser 2007b) und Anne Schütte (Schütte 2006) gefunden. Im Lehrbuch zur Palliative Care, das von Cornelia Knipping (Knipping 2007) herausgegeben ist, wurden Grundlagentexte von Erhard Weiher (Weiher 2007) und Birgit Heller (Birgit Heller 2007) mit weiterführender Literatur aufgefunden. Bei der Recherche in der Bibliothek des iff (Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt) und durch Hinweise im Masterstudiengang an derselben Fakultät wurde diverse verwendete Literatur zur Palliative Care und insbesondere zur Palliative Care im Alter sowie in Betagtenheimen gefunden. Ebenfalls am iff konnte die Masterthesis zur Erlangung des MAS Palliative Care von Beate Jung-Henkel (Jung-Henkel 2009) eingesehen werden, die der Aufgabe der Seelsorge im der Palliative Care nachgeht. Durch die Vernetzung innerhalb des Verbandes der Schweizerischen Spital- und Heimseelsorger/innen wurde ich auf die Studien von Urs Winter-Pfändler sowie Christoph Morgenthaler aufmerksam (Winter-Pfändler und Morgenthaler 2010a, 2010b und 2010c).

Deutlich wurde allerdings: Zur Seelsorge in Betagtenheimen, insbesondere im Bereich Palliative Care, ist bislang wenig erforscht. Sowohl der Sammelband „Religiöse Begleitung im Alter“ (Ralph Kunz 2007b) als auch die Studien von Urs Winter-Pfändler und Christoph Morgenthaler (Winter-Pfändler und Morgenthaler 2010a, 2010b und 2010c) bestätigten das Recherche-Ergebnis: Es wurde zu diesem Themenbereich noch wenig publiziert.

0.3. Gliederung

Anhand der für diese Arbeit formulierten Fragestellungen wird zunächst das Verständnis von Palliative Care an alten Menschen und in Betagtenheimen dargestellt (vgl. Kapitel 0.4.). Im Kapitel 1 wird die Entwicklung in den Betagtenheimen in den vergangenen Jahren beschrieben. Im Kapitel 2 werden die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die Betroffenen, ihre An- und Zugehörigen, die Mitarbeitenden im multiprofessionellen Team sowie auf die Betagtenheime als Organisationen aufgezeigt und begründet. Anhand der Forschungsfragen werden drei Ansätze zur Seelsorge innerhalb der multidisziplinären Zusammenarbeit im Bereich der Palliative Care dargestellt und reflektiert. Es sind dies die Ansätze von Erhard Weiher (Kapitel 3.3.), von Traugott Roser (Kapitel 3.4.) sowie von Anne Schütte (Kapitel 3.5.). Vornehmlich diese Fachpersonen haben Arbeiten zur Seelsorge innerhalb der Palliative Care veröffentlicht. Der Ansatz von Anne Schütte setzt sich zudem spezifisch mit dem Beitrag der Seelsorge innerhalb der palliativen Sorge um Menschen in Altenpflegeheimen auseinander (Schütte 2006).

Im Kapitel 4 werden die drei dargestellten Ansätze zur besseren visuellen Übersicht in tabellarischer Form stichwortartig nebeneinander gestellt. In Kapitel 5 werden Folgerungen aus den Antwortversuchen gezogen und beurteilt sowie offen gebliebene Fragen dargestellt. Ebenfalls werden einzelne Themen und Aspekte, die einer vertieften Auseinandersetzung und Forschung bedürfen, skizziert.

Im Folgenden werden Begriffe definiert, die in dieser Arbeit verwendet werden.

0.4. Begriffsbestimmung: Palliative Care im Alter

0.4.1 Palliative Care

Die WHO definiert Palliative Care 1990 und ergänzt den Ansatz 2002. „Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. Palliative Care [...] arbeitet multi- und interdisziplinär, um den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen gerecht zu werden“ (Übersetzung in: Kränzle 2010: 3f)². Aus der Perspektive von Gendergerechtigkeit müssen hier die Patientinnen ergänzt werden.

0.4.1.1. Palliative Care im Alter

Das Konzept der Hospizarbeit und Palliative Care wurde

„ausgehend und entlang von unheilbar krebserkrankten Menschen entwickelt. Die Beschäftigung mit dem Sterben von älteren Menschen hingegen ist über Jahrzehnte nahezu ein Ausfall auf der ganzen Ebene wissenschaftlicher Auseinandersetzung.“ (Heller und Pleschberger 2010: 20).

² Originaldefinition: WHO Definition of Palliative Care

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

Verfügbar auf: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, Webseite besucht am 25. Mai 2011

Die Anwendung der Hospizidee und des Konzeptes der Palliative Care für chronisch kranke und alte Menschen wurde nie ganz ausgeschlossen (vgl. Heller und Pleschberger 2010: 19f). Cicely Saunders, eine grosse Pionierin des Hospiz- und Palliative Care-Konzeptes, hat sogar besonders darauf hingewiesen (Heller und Pleschberger 2010: 19). Dennoch haben sich Hospizbewegung und Palliativversorgung insgesamt lange Zeit nicht mit der Situation von alten Menschen auseinandergesetzt (vgl. Andreas Heller 2009: 13). Inzwischen hat sich jedoch die Einsicht stärker verbreitert, „dass sterbende, ältere Menschen eine umfassende und beziehungsintensive Umsorge brauchen, die mehr ist als eine gute Alters-Medizin oder eine kompetente Altenpflege“ (Andreas Heller 2009: 13). Dies zeigt sich auch in einem systematisierten Diskurs zur Palliative Care für andere Zielgruppen (vgl. Heller und Pleschberger 2010: 20). Nicht zuletzt hat Marina Kojer als Pionierin im deutschsprachigen Raum hier zusammen mit weiteren Frauen und Männern wertvolle Arbeit geleistet und den Begriff der „Palliativen Geriatrie“ (vgl. Kojer 2009b) entwickelt.

Dass das Konzept der Palliative Care auch weiteren, insbesondere älteren Menschen, die an anderen als an Tumorerkrankungen leiden, zugute kommen soll, lässt sich leicht aufzeigen und begründen. So sterben beispielsweise in der Schweiz die meisten Menschen im Alter von über 65 Jahren. Gemäss LUSTAT, dem Amt für Statistik des Kantons Luzern, lag die Lebenserwartung in den Jahren 2008/2009 bei 79,8 Jahren für Männer und bei 84,4 Jahren für Frauen (Lustat o.J.). Von den multimorbiden, hochaltrigen Menschen, die in Pflegeheimen leben, sterben nur rund 15 % an Tumorerkrankungen (Heller und Pleschberger 2010: 24). Das bedeutet, dass 85 % nicht an einer Tumorerkrankung versterben. Die vorliegende Arbeit legt den Focus auf Palliative Care für Menschen in Betagtenheimen, insbesondere für Menschen, die nur noch für wenige Tage oder Wochen ins Betagtenheim eintreten. Ihre Situation und ihre Bedürfnisse sind somit in den Blick zu nehmen und folgendermassen zu umschreiben: Hochbetagte Menschen leiden oft „nicht nur an einer, sondern an mehreren dieser Erkrankungen gleichzeitig (Multimorbidität)“ (Kojer und Pirker 2009: 36). Die meisten von ihnen haben chronische Schmerzen und / oder andere quälende Beschwerden. Aus Alters- und Krankheitsgründen ist ihre Lebenserwartung mehr oder weniger

begrenzt. Durch die verschiedenen vorhandenen Krankheiten kommen Massnahmen, die Heilung zum Ziel haben, oft nicht mehr in Frage. Denn sie würden eine zu hohe Belastung für die Betroffenen bedeuten und können verheerende Folgen im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen haben (vgl. Kojer und Pirker 2009: 36f). Aufgrund dieser Situation konstatieren Marina Kojer und Susanne Pirker:

„Es kann kein Zweifel darüber bestehen, dass Hochbetagten in vielen Fällen am besten damit geholfen ist, Beschwerden, die ihr Leben schwer erträglich machen, zu lindern.

Hochbetagte brauchen Palliative Care – aber sie brauchen nicht nur Palliative Care!“ (Kojer und Pirker 2009: 37. Einrückung und Kursivschrift im Original).

Die Bedürfnisse von hochbetagten, multimorbiden Menschen bedingen die Anpassung des Palliative Care Konzeptes auf ihre Situation. So beschreiben Marina Kojer und Katharina Heimerl in Erweiterung der WHO-Definition von 2002 spezifische Anforderungen für eine palliative Betreuung von hochbetagten, multimorbiden Menschen (vgl. Kojer und Heimerl 2010). Die Situation von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung wird eigens beschrieben. Die Darstellung der einzelnen Aspekte würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Die grundsätzliche Ausrichtung soll jedoch im Folgenden genannt werden:

0.4.1.2. Radikale Betroffenenorientierung

Palliative Care ist ein Konzept, das sich radikal an den Bedürfnissen und Werthaltungen der Betroffenen orientiert. Marina Kojer schreibt zur palliativen Versorgung hochbetagter multimorbider Menschen:

„Solange wir uns damit begnügen, uns allgemein gängige Berufsziele zu stecken (ordentliche Pflege, moderne medizinische Behandlung, Mobilisation um jeden Preis), wird uns das grosse Unbehagen nie verlassen, [...]. Das Individuum selbst mit seinen ganz besonderen, einmaligen und einzigartigen Nöten, Wünschen und Bedürfnissen muss unser Auftraggeber sein. Seine Lebensqualität ist das einzig sinnvolle Mass für unsere Leistung. Es geht also nicht primär um ‚Ziele der Institution‘, es geht auch nicht darum, zu erfüllen, was heute in der Geriatrie à la mode ist, es geht in erster Linie immer um Leben und Sterben von Individuen!“ (Kojer 2009b: 28).

An anderer Stelle schreibt Marina Kojer: „Unterschiedliche Leidensursachen, unterschiedliche Charaktere und unterschiedliche Lebenswege zeitigen un-

terschiedliche Wünsche und Bedürfnisse.“ (Kojer 2007: 87). Um auf diese Bedürfnisse überhaupt eingehen zu können, braucht es eine entsprechende Haltung, die Andreas Heller mit „Compathie“ bezeichnet:

„Ausgang jeder hospizlichen und palliativen Arbeit ist die Aufmerksamkeit für die Betroffenen, eine einführende Compathie (Mitleidenschaft), die es ermöglicht, aus der Perspektive der Betroffenen her zu denken zu fühlen und Versorgung mit ihnen, in ihrem Sinne zu entwickeln.“ (Andreas Heller 2007: 191. Kursivschrift im Original).

Radikale Betroffenenorientierung meint:

„nicht mehr und nicht weniger, als den Anderen, den Fremden, den Kranken, den Sterbenden als Subjekt seines Lebens zu betrachten und mit ihm in eine Beziehung einzutreten. Die Anerkennung des Anderen um seiner selbst willen, [sic!] ist die angemessene ethische Haltung in dieser Beziehungsaufnahme.“ (Andreas Heller 2007: 199).

Hier ist anzufügen, dass das Gleiche auch für Frauen als Betroffene und Subjekte gelten muss. Kern der Bemühungen der Palliative Care im Alter, so formuliert es Hans Bartosch (vgl. Bartosch 2007: 29), ist dabei die Würde der hochbetagten Menschen. Was Würde bedeutet,

„leitet sich nicht zuletzt von dem ab, was es für hoch betagte Menschen selbst heißt ‚gefragt‘ und ‚gemeint‘ zu sein, betriebswirtschaftlich als Kunde, organisationstheoretisch als Fachfrau/mann in eigener Sache, theologisch als ‚Nächster‘ und Kind Gottes“ (Bartosch 2007: 29).

Die Betroffenen bestimmen also selber, was für sie Würde³ bedeutet. Ihre Bedürfnisse und ihre Werthaltungen müssen handlungsweisend sein für alle in der Palliative Care Tätigen.

0.4.1.3. Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Gemäss Definition der WHO ist Palliative Care ein Ansatz multiprofessioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit aller Beteiligten. „Für Behandlung, Betreuung und Begleitung Schwerkranker und Sterbender ist eine tragfähige Betreuungskette aller Helfenden unverzichtbar.“ (Kojer 2009b: 29). Palliative Care kann nicht als Solisten- und Solistinnenarbeit gelingen. Die einzelnen

³ In ihrer Arbeit „Nur nicht zur Last fallen“ hat Sabine Pleschberger (Pleschberger 2005) sowohl die Geschichte und Vielschichtigkeit des Würdebegriffes aufgezeigt, als auch erforscht, was Sterben in Würde aus Sicht alter Menschen in Pflegeheimen bedeuten kann. Näher kann hier nicht auf ihr auf die Vielschichtigkeit des Würdebegriffes eingegangen werden. Dies wäre Gegenstand einer weiteren Arbeit.

Professionen müssen sich selber bewusst sein und gegenseitig voneinander wissen, welche Kompetenzen und welchen Beitrag sie einbringen können und welches ihre Grenzen sind. Welches der spezifische Beitrag der Seelsorge innerhalb der multiprofessionellen Zusammenarbeit im Bereich der Palliative Care in Betagtenzentren sein kann, ist Gegenstand dieser Arbeit.

0.4.1.4. Begriffsverwendung in dieser Arbeit

Andreas Heller und Sabine Pleschberger weisen darauf hin (vgl. Heller und Pleschberger 2010: 20f), dass der von Marina Kojer verwendete Begriff „Palliative Geriatrie“ ein medizinischer ist, der weder die Praxis der Altenpflege noch die interdisziplinäre Forschung im Bereich der Sorge um ältere Menschen aufnimmt und somit zu eng gefasst ist. Sie stellen einen Klärungsbedarf bezüglich der Wahl der Begriffe fest. Um der medizinischen Engführung zu entgehen, werden in dieser Arbeit in Anlehnung an Heller und Pleschberger die Begriffe „Palliative Care im Alter“ sowie „Palliative Care in Betagtenzentren“ verwendet.

0.4.2. Nutzen dieser Arbeit für die Palliative Care

Die sich rasant verändernde Situation stellt, wie noch genauer ausgeführt werden soll, alle Beteiligten vor grosse Herausforderungen, die nur gemeinsam angegangen werden können. Als Voraussetzung für eine gelingende multiprofessionelle Zusammenarbeit müssen alle Professionen ihre eigenen Kompetenzen und Grenzen kennen sowie Konzepte für ihr berufliches Handeln erarbeiten und ständig reflektieren. Gleichzeitig müssen alle Fachleute über die Möglichkeiten und Kompetenzen der anderen informiert sein. Dadurch entsteht Klarheit. Darüber hinaus bedarf es aber einer Einübung, wie das multiprofessionelle Team fruchtbar entlang der Bedürfnisse der Betroffenen zusammenarbeiten kann.

In dieser Arbeit sollen entsprechend konzeptionelle Fragen für die Seelsorge innerhalb der multiprofessionellen Zusammenarbeit in der palliativen Versorgung von hochbetagten Menschen im noch ausführlich zu beschreibenden Kontext gestellt werden. Ziel dabei ist die möglichst gute Lebensqualität der Betroffenen anhand ihrer individuellen Bedürfnisse.

0.4.3. Abgrenzung dieser Arbeit

Diese Arbeit erarbeitet kein neues Konzept. Sie kann die Entwicklungen darstellen und Fragen stellen. Je neue Antworten können im Sinne der Palliative Care aber nur gemeinsam entwickelt und müssen in jeder einzelnen Situation neu überprüft werden.

1. Situation und Entwicklung in den Betagtenzentren

Die Situation in den Betagtenheimen in der Schweiz (wie auch in Deutschland und Österreich) hat sich in den vergangenen Jahren rasch und stark verändert. Diese Veränderungen haben erhöhte und komplexere Anforderungen an die Heime und ihre Mitarbeitenden und folglich auch an die Seelsorge zur Folge. In Kapitel 1 werden Veränderungen und Entwicklungen dargestellt. In Kapitel 2 werden Auswirkungen auf Betroffene, An- und Zugehörige, Mitarbeitende sowie auf die Institutionen als Ganzes beleuchtet.

1.1. Ausgangslage in den 1990er-Jahren

Vor rund 20 Jahren zogen ältere Menschen ins Betagtenzentrum ein, die bei guter und stabiler Gesundheit waren und ihren Alltag selbstbestimmt gestalten konnten (siehe im Abschnitt 1.2.). Ihnen war es noch möglich, ihren Haushalt selbständig zu führen, Einkäufe zu tätigen, Mahlzeiten zu kochen. Die Gründe des Umzuges waren vielfältig. Unter anderem gab ein Betagtenzentrum älteren Menschen die Sicherheit, dass sie in einer allfälligen Notsituation schnell mit kompetenter Hilfe rechnen konnten. Auch Unterstützung bei einzelnen Gängen oder in besonderen Situationen war durch die Infrastruktur der Heime ohne grossen Aufwand zu organisieren. Manchmal war die eigene Wohnung oder das eigene Haus zu gross geworden oder musste umgebaut werden. Auch die soziale Situation konnte eine Motivation für den Umzug sein: Ein Heim konnte der Vereinsamung und Isolation in der eigenen Wohnung vorbeugen. In der gesellschaftlichen Diskussion galt ein Umzug ins Betagtenheim als gute und mögliche Variante. So wurde es als sinnvoll betrachtet, dass ältere Menschen in ein Heim umziehen sollten, so lange sie noch bei guter Gesundheit waren. Die gängige Meinung war verbreitet, dass Menschen sich in jüngeren Jahren besser auf eine neue Situation einstellen können als später. Eine Aufteilung der Heime in Wohn- und Pflege-trakte war nicht selten. Ein Beispiel dazu ist in Kapitel 2.5.1. dieser Arbeit dargestellt.

1.2. Veränderungen in den vergangenen Jahren

In den vergangenen Jahren lässt sich bei den Betagtenheimen eine deutliche Veränderung und Entwicklung feststellen. Ältere Menschen leben so lange als möglich in der bisherigen Wohnung. Wird Unterstützung benötigt, werden Dienstleistungen wie die Spitex⁴ in Anspruch genommen. Erst, wenn nicht mehr genügend Unterstützung zu organisieren ist und /oder das Verbleiben in der eigenen Wohnung aus gesundheitlichen oder anderen Gründen für die Betroffenen und/oder An- und Zugehörigen nicht mehr vertretbar erscheint, wird ein Umzug ins Betagtenheim realisiert.

„Der Hilfs- und Pflegebedarf ist die Hauptursache für den Übertritt von der eigenen Wohnung in eine Alterseinrichtung. Anlass für den Heimeintritt stellt bei 65 % der älteren Menschen die Tatsache dar, dass sie den eigenen Haushalt nicht mehr selber führen können. Bei 62 % spielen auch medizinische Gründe mit. Von über der Hälfte der Heimbewohnerinnen und -bewohner wird der Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Verrichtungen als Auslöser für den Heimeintritt angeführt (55 %). [...]In der Regel entschliesst sich eine betagte Person dann zum Umzug in ein Alters- und Pflegeheim, wenn sie mit einer Kumulation von Problemen konfrontiert wird. So geben über 70 % der älteren Menschen mehrere Gründe für ihren Heimeintritt an.“ (Bundesamt für Statistik BFS 2011a: 2).

Die Menschen ziehen somit immer später und pflegebedürftiger ins Betagtenzentrum (Pleschberger 2005: 13).

„Dank dem Ausbau und der Verbesserung der spitalexternen Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) können ältere Menschen länger zu Hause leben. Dies hat zur Folge, dass sie beim Umzug in ein Alters- und Pflegeheim bereits sehr betagt sind. Dadurch werden die einzelnen Fälle komplexer und der Pflegebedarf grösser. Der Heimeintritt erfolgt in einer Lebensphase, die durch Multimorbidität sowie durch erhebliche funktionelle und/oder organische Einschränkungen gekennzeichnet ist (Höpflinger und Hugentobler, 2006).“ (Zitiert bei: Bundesamt für Statistik BFS 2011a: 1).

Ausschlaggebend ist ebenfalls die Entwicklung in den Spitälern: Die Aufenthaltsdauer der Menschen in den Spitälern verkürzt sich. Immer öfter werden Menschen für wenige Tage oder Wochen in eine Institution der Langzeitpflege verlegt. Pflegeheime entwickeln sich immer mehr zum wichtigsten Ort des Sterbens (vgl. Roland Kunz 2007: 14). Diese Veränderungen werden durch Erhebungen des Statistischen Amtes des Kantons Luzern, LUSTAT

⁴ Spitex wird in der Schweiz als Bezeichnung für Spital externe Pflegedienste verwendet.

(LUSTAT 2010) sowie des Bundesamtes für Statistik BFS des Eidgenössischen Departements des Inneren EDI bestätigt. Laut Medienmitteilung des BFS (Bundesamt für Statistik BFS 2009: 1) ereigneten sich im Jahr 2007 51 % der Todesfälle von Menschen im Lebensalter ab 75 Jahren in einem Pflegeheim oder einer anderen sozialmedizinischen Institution, 34 % im Spital und 15 % zuhause oder an einem anderen Ort. Diese Zahlen sind zusätzlich nach dem Geschlecht der Betroffenen zu differenzieren. So sterben mehr Männer im Spital als Frauen. Laut Bundesamt für Statistik lässt sich die Differenz unter anderem durch die tiefere Lebenserwartung der Männer sowie durch die häufige Präsenz einer jüngeren Partnerin, die das Verbleiben des Partners zuhause unterstützt, erklären. Im Newsletter „demos“ des Bundesamtes für Statistik der Schweiz vom März 2011 heisst es: „In der Mehrzahl der Fälle, bei denen eine Ehe aufgrund eines Todesfalls aufgelöst wurde, starben Männer, und die Frauen blieben als Witwen zurück.“ (Bundesamt für Statistik BFS 2011b: 9). Palliative Care im Pflegeheim ist somit immer auch unter gendersensibler Perspektive zu betrachten.

Diese Veränderungen in den Betagtenheimen lassen sich auch in der Stadt Luzern nachweisen. Beat Demarmels, Leiter der Abteilung Heime und Alterssiedlungen der Stadt Luzern (HAS) hat an einer öffentlichen Information am 2. November 2010 zum neuen Pflegefinanzierungsgesetz (vgl. Demarmels 2010), das am 1. Januar 2011 im Kanton Luzern in Kraft getreten ist, für die städtischen Betagtenheime Luzerns Zahlen erläutert: Bedurften vor rund 15 Jahren von den 900 Bewohnern und Bewohnerinnen der Altersheime der Stadt Luzern noch rund 150 Menschen keiner Pflege, waren es zum Zeitpunkt der Informationsveranstaltung noch 20 Bewohnerinnen und Bewohner, die keiner Pflege bedurften bzw. die in keine Pflegestufe BESA⁵ eingeteilt waren (persönliche Mitschrift der Autorin). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer hat sich zudem von rund 5 auf 3 Jahre verkürzt.⁶

⁵ Per 1. Januar 2011 wurde vom BESA-System im Kanton Luzern auf das RAI-System gewechselt. Im Rahmen dieser Arbeit kann auf die Systeme und ihre Auswirkungen nicht eingegangen werden.

⁶ Ähnliche Entwicklungen werden auch andernorts beschrieben. Als ein Beispiel sei die Diakonie Düsseldorf genannt. Ein Vergleich der ersten Hälfte der 1990er-Jahre mit den 60er- und 70er-Jahren zeigt: Die durchschnittliche Verweildauer der Bewohner/innen hat sich halbiert, das durchschnittliche Eintrittsalter um 5-6 Jahre erhöht (vgl. Bartosch 2007: 18).

Neben den Entwicklungen im Gesundheitsbereich (neues Pflegefinanzierungsgesetz, SwissDRG⁷) lassen sich auch gesellschaftliche Veränderungen aufzeigen. Der Wunsch, möglichst lange selbständig in der eigenen Wohnung zu verbleiben, kommt in vielen aktuellen Diskussionen zum Ausdruck. Autonomie, individuelle Lebensgestaltung, Gesundheit haben an Attraktivität und an Wert gewonnen. Gleichzeitig wird das Sterben in den Industriestaaten immer mehr in die Institutionen verlegt, was als Produkt der Moderne gilt, wie Sabine Pleschberger (Pleschberger 2005: 11) in Anlehnung an P. Ariès und N. Elias aufzeigt. Die Individualisierung der Gesellschaft zieht auch eine Individualisierung des Sterbens mit sich (Pleschberger 2005: 10). Zu den Veränderungen in Alteneinrichtungen stellt Andreas Heller fest: „Hatte man in den 70er und 80er Jahren diese Häuser unter dem Akzent der Lebensorientierung konzipiert, in denen Rehabilitation und aktivierende Pflege, Hotelcharakter und Wohnqualitäten in den Vordergrund gerückt wurden, wurde in den 90er Jahren klarer, Lebensorientierung schliesst die Orientierung am Sterben mit ein.“ (Heller und Heimerl und Husebö 2007a: 11).

Fazit: Zusammenfassend lässt sich sagen: Die beschriebenen Entwicklungen sind in kurzer Zeit geschehen. Sie haben grosse Auswirkungen sowohl auf die Situation der Betroffenen und ihrer Angehörigen, als auch auf die Betagtenheime als Institutionen und deren Mitarbeitende. Welches die Auswirkungen im Einzelnen sind, soll in Kapitel 2 differenziert nach Betroffenen, Angehörigen, Mitarbeitenden und der Institution beleuchtet werden.

⁷ SwissDRG ist die Bezeichnung der neuen Pflegepauschalen, die am 1. Januar 2012 in der Schweiz eingeführt werden sollen.

2. Auswirkungen der Entwicklungen in den Betagtenzentren

Insgesamt lässt sich konstatieren: Die in Kapitel 1 dieser Arbeit aufgezeigten Entwicklungen und Veränderungen haben zur Folge, dass die Anforderungen an die Heime und deren Mitarbeitende aller Professionen und an die Freiwilligen zunehmend komplexer geworden sind. Zum einen leben Menschen mit einer stabilen Pflegebedürftigkeit in den Betagtenzentren, die an einem guten Lebensort über eine längere Zeit ihren Alltag leben und gestalten möchten. Zum anderen leben Menschen immer kürzer und pflegebedürftiger im Pflegeheim, immer öfter für wenige Tage oder Wochen. Immer häufiger sind Menschen bereits in der Sterbephase, wenn sie ins Pflegeheim eintreten. Es gilt zu überprüfen, wie Palliative Care unter diesen Bedingungen gelebt und umgesetzt werden kann. Im Folgenden werden die Auswirkungen der Veränderungen auf die Betroffenen, ihre An- und Zugehörigen, auf die Professionen, die im Konzept der Palliative Care multiprofessionell zusammenarbeiten sowie auf die Institutionen als Ganzes dargestellt.

2.1. Auf die Bewohner und Bewohnerinnen

Die meisten Menschen treten aufgrund einer grossen Krise und nicht durch eigenen freien und vorbereiteten Entscheid ins Pflegeheim ein. Der Übergang geschieht oft unvorbereitet, von einem Tag auf den anderen, ungewollt, aufgrund einer oder mehrerer schwerer, fortschreitender Erkrankung(en). Dies gilt sowohl für diejenigen Menschen, die längere Zeit im Heim wohnen, wie auch für diejenigen, die noch wenige Tage und Woche in der Institution verbringen. Die Betroffenen verlieren ihr bisheriges Zuhause, einen Teil ihrer Eigenständigkeit und oft einen Teil ihrer sozialen Kontakte. Im schlimmsten Fall entfällt das gesamte soziale Netz. Viele hochaltrige Menschen haben bereits vor dem Heimeintritt nur noch wenige oder gar keine sozialen Kontakte mehr. Aufgrund ihrer längeren Lebensdauer und oft älteren Partner sind Frauen besonders stark vertreten. Ein Übergang ins Betagtenheim bedeutet für die Betroffenen Abschied von Vielem und Vielen. Bei vielen ist der nahende Tod zu vermuten. Aus Erfahrung der Seelsorge lässt sich sagen:

Der Übertritt ins Heim hat für viele Betroffene Krisencharakter (vgl. hierzu Heimerl und Kojer 2007: 308).

2.1.1. Auf langjährige Bewohner und Bewohnerinnen

Diejenigen Menschen, die während längerer Zeit im Betagtenheim leben, möchten ihren Alltag gemäss ihren Bedürfnissen, Wünschen und ihren gesundheitlichen und sozialen Voraussetzungen sinnvoll gestalten können. Sie sind im Heim „daheim“. Dazu gehören die Gestaltung ihres Zimmers, die Gestaltung des ganzen Heimes ebenso wie ein individuell möglicher Tagesablauf und Angebote zur Gestaltung des Alltages. Das „Daheim“ soll nicht reinen Klinikcharakter haben. Bewohnerinnen und Bewohner sollen insgesamt nach der ihnen gemässen Weise und nach ihren Bedürfnissen leben. Sie haben auch die Möglichkeit, keines der Angebote in Anspruch zu nehmen.

Die Themen Tod und Sterben sind in einem Betagtenheim stets gegenwärtig. So sterben viele Menschen pro Jahr. Für die langjährigen Bewohner und Bewohnerinnen soll es aber nicht das einzige Thema sein, das den Alltag prägt. Wie der Umgang mit Tod und Sterben und mit den Themen, die die alten Menschen bewegen, gestaltet ist, hat Auswirkungen darauf, ob sich die Bewohner und Bewohnerinnen würdig behandelt fühlen. Das zeigt sich eindrücklich in der Arbeit von Sabine Pleschberger (Pleschberger 2005).

2.1.2. Auf Betroffene, die für wenige Wochen in ein Betagtenzentrum verlegt werden

Diese Betroffenen treten in einer Situation grosser gesundheitlicher Einschränkungen ins Betagtenheim ein. Der nahende Tod lässt sich erahnen. Gleichzeitig ist der Verlauf bei hochaltrigen, multimorbiden Menschen schwer voraus zu sagen.

Die Menschen kommen in einer krisenhaften und schweren Situation an einen neuen Ort. Hier stellt sich die Frage, ob sie sich in der kurzen Zeit, die oft verbleibt, „daheim“ fühlen und somit „daheim“ sterben können. Es fragt sich, ob ihre individuellen Bedürfnisse, seien sie physischer, psycho-sozialer oder spiritueller Art, überhaupt erkannt und aufgenommen werden können.

In einem Zwei- oder Mehrbettzimmer kommt dazu, dass Betroffene in einer sehr vulnerablen Situation mit einem unbekanntem Menschen das Zimmer teilen. Je nach Person, nach sozialem Umfeld, nach spezifischer Situation und nach dem Bedürfnis der Betroffenen kann dieser Umstand unterstützend oder erschwerend sein.

Wie sich die neue Situation auf diese Menschen auswirkt, hängt von den beschriebenen und verschiedensten weiteren Faktoren ab. So spielen auch die Tragfähigkeit des eigenen sozialen Netzes, die persönliche Lebensgeschichte und die individuelle Resilienz der Betroffenen eine grosse Rolle. Die schwierige Situation löst gerade bei Betroffenen, die keine Angehörigen im Nahbereich mehr haben, oft vielfältige Sorgen und Ängste aus (vgl. Heller und Pleschberger 2010: 25). Die palliative Kultur, die Betroffenenorientierung, die Aufnahme und Betreuung im Heim sind weitere gestaltende Faktoren, die die Auswirkungen auf Betroffene beeinflussen. Letztlich ist zu sagen: Leben und Sterben sind individuell und sollen es bleiben können.

2.2. Auf die An- und Zugehörigen

Der Übertritt eines nahe stehenden Menschen in die Langzeitpflege ist für dessen An- und Zugehörige oft mit ambivalenten Gefühlen und komplexen Realitäten verbunden. Sie können oder wollen die Betreuung und Pflege der Angehörigen nicht (weiter) gewährleisten. Der Eintritt der Betroffenen in eine Pflegeinstitution kann die Familie und Freunde und Freundinnen entlasten und erleichtern. Ebenso können Schuldgefühle auftreten, wenn der Wunsch bestanden hat (sei es von Seiten der Betroffenen, sei es von Seiten des nahen Umfeldes), dass der / die Betroffene zuhause sterben kann. An- und Zugehörige sind ebenso wie die Betroffenen auf sorgsame Kommunikation, Informationen, Unterstützung und Einbezug angewiesen. Selbstverständlich sind dabei die Bedürfnisse und Personrechte der Betroffenen sowie jene der Angehörigen handlungsleitend und zu wahren.

2.3. Auf die Mitarbeitenden im multiprofessionellen Team

Die im Kapitel 1 dieser Arbeit beschriebenen gesellschaftlichen Entwicklungen stellen hohe Anforderungen an die Mitarbeitenden. Sie verlangen Veränderungen und erweiterte Kompetenzen bei der Pflege, der Aktivierung, der medizinischen und psychologischen Versorgung sowie bei der Seelsorge. Gleichzeitig ist die Langzeitpflege von knappen Ressourcen in jeder Hinsicht geprägt (vgl. Heller und Pleschberger 2010: 25). Wie oben beschrieben leben auf der einen Seite weiterhin Menschen über mehrere Jahre im Betagtenzentrum, die ihren Alltag erfüllt und sinnvoll gestalten möchten. Hier gilt es für die Mitarbeitenden, sie darin zu unterstützen und im Rahmen der Vorgaben der Organisation Angebote und Möglichkeiten zu gestalten bzw. zu eröffnen. Die Mitarbeitenden aller Professionen müssen über Kompetenzen verfügen, um Palliative Care in komplexen Situationen gewährleisten zu können, da – wie in Kapitel 1 dargelegt - die meisten Bewohner und Bewohnerinnen von einer oder mehreren progredienten Krankheit(en) betroffen sind. Da durch die höhere Lebensdauer der Anteil der an demenziellen Veränderungen leidenden Menschen zunimmt, brauchen die Mitarbeitenden ebenfalls Kompetenzen, um mit diesen Betroffenen in Kommunikation treten und sie nach den Grundsätzen der Palliative Care betreuen zu können.

Zum anderen kommen – wie ebenfalls bereits in Kapitel 1 aufgezeigt - Menschen immer später und pflegebedürftiger, oft noch für wenige Tage oder Wochen ins Pflegeheim. Sie sind auf eine intensive Betreuung und Begleitung angewiesen. Das stellt hohe Anforderungen an Kompetenzen und Belastbarkeit der Mitarbeitenden und Freiwilligen, denn die Pflege sowie die Bedingungen für die Kommunikation mit den Betroffenen und den An- und Zugehörigen werden komplexer. Durch die kurze Aufenthaltsdauer werden die Betroffenen nicht mehr „gekannt“ (vgl. Heller und Pleschberger 2010: 29), was eine palliative Betreuung zumindest erschwert. Zudem müssen Mitarbeitende immer schneller und häufiger von Bewohnern und Bewohnerinnen Abschied nehmen und sich auf neue Menschen einstellen.

In der täglichen Arbeit stellen sich ethische Fragen. Hier sind ein in der Organisation eingeführtes und verantwortetes Instrumentarium sowie organisierte und gesicherte Räume (vgl. Krobath und Heller 2010a: 19) vonnöten, damit diese ethischen Fragestellungen bearbeiten werden können. Mitarbei-

tende brauchen ebenfalls entsprechende Kompetenzen, um aufgrund dieses Instrumentariums gemeinsam ethisch verantwortet entscheiden zu können. Die veränderten und erhöhten Anforderungen betreffen innerhalb der multi-professionellen Zusammenarbeit ebenso die Seelsorge. Die Situation und der Beitrag der Seelsorge im Bereich der Palliative Care in Betagtenheimen in der aktuellen Situation werden in Kapitel 3 dieser Arbeit beleuchtet.

2.4. Auf die Betagtenzentren

Die Heime müssen Konzepte und Organisationsstrukturen entwickeln, die der aktuellen Entwicklung angepasst sind und die eine ethisch verantwortete Palliative Care ermöglichen. Sabine Pleschberger konstatiert: „Auf die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in ihrer letzten Lebensphase sind die Altenheime bislang nicht hinreichend vorbereitet und unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen wohl auch unzureichend ausgestattet.“ (Pleschberger 2005: 13). Dies braucht neben ethischen Leitlinien auch Abläufe, Rahmen für eine multiprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der Palliative Care, Angebote für die verschiedenen Bewohner und Bewohnerinnen mit ihren jeweiligen Bedürfnissen und ihren Wünschen nach Lebensgestaltung. Es braucht Instrumente, die der Qualitätssicherung dienen und dem Burnout von Mitarbeitenden und Freiwilligen vorbeugen. Es braucht ebenso ein Instrumentarium und von der Institutionsleitung gesicherte organisationale Räume, damit die Mitarbeitenden ethisch verantwortete Entscheidungen im Rahmen des Leitbildes fällen und tragen können (vgl. Krobath und Heller 2010a: 19). Ebenfalls sind Schulungen der Mitarbeitenden nötig, damit sie den neuen Anforderungen nachkommen können. Zu den Anforderungen können auch bauliche und / oder gestalterische Fragen gehören. Was das im Einzelnen heissen kann, soll am Beispiel eines städtischen Betagtenheimes der Stadt Luzern aufgezeigt werden.

2.4.1. Beispiel einer Konzeptanpassung in der Stadt Luzern

In den Heimen der Stadt Luzern wird diesen Veränderungen in der Entwicklung der Heime Rechnung getragen. Als Beispiel sei das Betagtenzentrum „Rosenberg“ der Stadt Luzern genannt: Es wurde vor 20 Jahren mit zwei

Häusertrakten, einem Pflegetrakt und einem Wohntrakt, erbaut. Ins sogenannten „Wohnheim“ zogen damals – und noch während einiger Jahre - Menschen ein, die ihren Alltag selbständig gestalten, ihre Einkäufe ausser Haus tätigen konnten und nicht auf Pflege angewiesen waren. Den Bewohnern und Bewohnerinnen wurde garantiert, bei auftretender geringer Pflegebedürftigkeit im „Wohnheim“ bleiben, bei stärkerem Pflegebedarf in die Pflegeabteilung der gleichen Einrichtung wechseln zu können. Inzwischen hat sich die Situation stark verändert. Auch das frühere Wohnheim ist zur Pflegeabteilung geworden. Die Bewohner und Bewohnerinnen, die hier einziehen, sind meistens beim Einzug eher leicht pflegebedürftig, aber nur noch selten ohne Pflegebedarf. Bauliche Massnahmen (ein Bettenlift wurde eingebaut, ein neuer Aufenthaltsraum eingerichtet) und Konzeptanpassungen wurden umgesetzt. Den Bewohner/innen des ehemaligen Wohnheims, nun neu „Haus Ost“ genannten Haustraktes, wird inzwischen garantiert, auch bei hoher Pflegebedürftigkeit in ihrem Zimmer wohnen bleiben zu können. In einigen Situationen, beispielsweise bei einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung, bleibt allerdings weiterhin ein Umzug in das „Haus West“ nötig. Auch in der bisherigen Pflegeabteilung, dem heutigen „Haus West“, lassen sich deutliche Veränderungen ersehen. Immer mehr Menschen verbringen noch wenige Tage bis Wochen, allenfalls Monate im Pflegeheim. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nimmt rapide ab.

Nicht nur dieses eine Heim, sondern auch andere haben ihre Konzepte angepasst oder sind dabei, sie zu entwickeln. So wurden in der Stadt Luzern in den vergangenen Jahren drei städtische Heime umgebaut und angepasst (Betagtenzentren Eichhof, Rosenberg und Wesemlin).

2.5. Fazit

Die Anforderungen, besonders auf fachlicher und psychosozialer Ebene an die Mitarbeitenden nehmen zu (vgl. Heller und Pleschberger 2010: 25). Dies bestätigt meine Erfahrung als Seelsorgerin: In Gesprächen wird tatsächlich zunehmender Druck öfter thematisiert und wahrnehmbar, sei es von Seiten der Mitarbeitenden, sei es von Seiten der Bewohnerinnen und Bewohner.

Mitarbeitende stehen zusätzlich unter dem Druck gesellschaftlicher Erwartungen. Sie sollen Palliative Care „gut“ machen, Palliative Care in höchster Qualität anbieten. Hier lässt sich eine gesellschaftliche Übertragung der Verantwortung an die Institutionen wahrnehmen.

3. Darstellung von Seelsorgekonzepten

Im Ansatz der Palliative Care ist gemäss der Definition der WHO (1990, ergänzt 2002) der Einbezug von spirituellen Aspekten integraler Bestandteil (siehe Einleitung). Entsprechend kann Spiritual Care ein Angebot sein, das von Betroffenen in Anspruch genommen werden kann. Damit ist jedoch noch nicht definiert: Wer ist zuständig für Spiritual Care? Was sind die Aufgaben und Ziele? Wie ist Spiritualität zu definieren? Und wie ist sie eingebettet in die gesamte palliative Sorge um die Betroffenen?

In den Institutionen des Gesundheitswesens im deutschsprachigen Kulturkreis sind schon lange professionelle christliche, konfessionsgebundene Seelsorger und Seelsorgerinnen tätig. Denn die seelsorgerliche Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen ist eine der Kernaufgaben christlicher Diakonie. Die heutige Situation stellt Seelsorge jedoch vor viele Fragen, nicht zuletzt vor die Frage, ob sie für Spiritual Care im Bereich der Palliative Care zuständig ist.

Die vorliegende Arbeit hat die Aufgabe der Seelsorge im Bereich der Palliative Care in Betagtenheimen in der aktuellen Situation im Fokus. In diesem Kapitel werden deshalb wichtige Fragen skizziert, die sich der Seelsorge stellen, auch wird definiert, welcher Begriff von Spiritualität dieser Arbeit zugrunde gelegt wird. Anschliessend wird der Stand der Forschung zur Seelsorge dargelegt, sowohl im Bereich der Palliative Care allgemein als auch im Bereich der Betagtenheime. Anschliessend werden konkret vorliegende Ansätze zur Seelsorge im Bereich Palliative Care im Hinblick auf die Forschungsfragen dieser Arbeit beleuchtet.

3.1. *Das Verhältnis von Spiritual Care und Seelsorge in der Palliative Care*

Dass im Ansatz der Palliative Care der Einbezug von spirituellen Aspekten integraler Bestandteil ist, könnte gemäss Ralph Charbonnier (vgl. Charbonnier 2008: 517f) ein Glücksfall sein für die Seelsorge. Er begründet dies inhaltlich (siehe unten). So stammt der Hospizgedanke aus der Tradition frühchristlicher Hospize, die Pilger und Pilgerinnen, Kranken und Hilfesuchenden Aufnahme und medizinische Hilfe anboten. Palliative Care und Hospizarbeit

bauen in der Folge und weiteren Entwicklung auf einem Menschenbild auf, das physische, psychische, soziale und spirituelle Aspekte und Bedürfnisse sowohl der betroffenen schwerkranken und sterbenden Menschen als auch von ihren Nahestehenden mit einbezieht. Die logische Konsequenz ist eine in ihrem Ansatz inter- oder gar transprofessionelle Zusammenarbeit aller Beteiligten sowie eine radikale Betroffenenorientierung. Wünschen es die Betroffenen und ihre An- und Zugehörigen, soll ihnen spirituelle Begleitung ermöglicht werden. Aufgrund derselben Wurzeln sind christliche Seelsorgeansätze an das Menschenbild und den Hospizgedanken anschlussfähig. Es war und ist eine der Hauptaufgaben christlicher Seelsorge und Diakonie, Menschen in Krankheit und Sterben zu begleiten. Peter Bertram, Siegfried Kneißl und Thomas Hagen weisen allerdings darauf hin, dass seit Beginn der Kirchengeschichte noch sehr lange nicht zwischen Sorge um die Seele und um den Körper unterschieden wurde (vgl. Bertram et al. 2009: 83). In früherer Zeit waren Theologen und Theologinnen häufig gleichzeitig Ärzte und Ärztinnen. (Da Frauen wie beispielsweise Hildegard von Bingen vielleicht wenig beachtet und eher heimlich, jedoch durchaus in diesem Bereich tätig waren, werden in dieser Arbeit Frauen ergänzt. Anm. der Autorin). Auch in den ersten Hospizen war Seelsorge immer gleichzeitig „Leibsorge“. Krankenhausseelsorge hat sich erst mit fortschreitender Spezialisierung der Medizin und Pflege in den vergangenen 150 Jahren als eigenständiger Bereich entwickelt.

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich sowohl gesellschaftliche Haltungen als auch die Gesundheitswissenschaften stark verändert. So steht Krankenhausseelsorge heute in vieler Hinsicht auf dem Prüfstand, wie Urs Winter-Pfändler und Christoph Morgenthaler (Winter-Pfändler und Morgenthaler 2010c: 570) es in einer Studie zur Patienten- und Patientinnenzufriedenheit mit der Seelsorge darstellen. So wurde im Bereich des Schweizerischen Gesundheitswesens in den letzten Jahren die Entwicklung der Qualitätssicherung und darin insbesondere die Messung der Patienten- und Patientinnenzufriedenheit mit medizinischen und pflegerischen stationären Leistungen vorangetrieben. Hier steht aber gemäss Winter-Pfändler und Morgenthaler die Krankenhausseelsorge im Abseits. Die Fragestellung geht noch tiefer, wie es Traugott Roser in seinem Buch „Spiritual Care“ (vgl. im

Folgenden Roser 2007b: 244-246) herausarbeitet. Obwohl Krankenhausseelsorge zu den zentralen Aufgaben christlicher Diakonie gehört, wurde Spiritual Care nicht von Seiten der Seelsorge oder religiöser Einrichtungen an das Gesundheitswesen herangetragen. Mehr noch: Es stossen zwei unterschiedliche Systeme aufeinander. Kritisch sei hier angemerkt, dass diese Behauptung wohl erst für die Zeit der Trennung von Leib- und Seelsorge zutrifft. In der jüngeren Entwicklung basiert Krankenhausseelsorge nicht auf dem System der Medizin und hat sich bislang als im Gesundheitswesen systemextern (bzw. innerhalb des Systems Kirche) begründet. Spiritual Care im Gesundheitswesen geht hingegen vom System der Medizin aus. Das bedeutet für Seelsorge nun einen Systemwechsel mit grossen Auswirkungen auf die organisationale Begründung der Krankenhausseelsorge. Will Seelsorge nämlich – neben anderen Anbietern und Anbieterinnen – für Spiritual Care in der Palliative Care zuständig sein, steht sie vor einer veränderten Fragestellung: Wie kann ihre Verortung innerhalb der Organisationen im Gesundheitswesen sein? Wer sind ihre Auftraggebenden? Welche Aufgaben und Ziele hat sie? Wie verhält es sich mit der Schweigepflicht von Seelsorgenden innerhalb der multiprofessionellen Zusammenarbeit? Bedeutsame Fragen ergeben sich ebenfalls in Bezug auf Qualität bzw. Qualitätserfassung. Spiritual Care als Teil des Systems der Medizin muss sich an dessen Kriterien messen lassen. Sie hat sich innerhalb eines therapeutischen Gesamtkonzeptes zu bewegen und medizinisch begründbar zum Wohlbefinden, zur Lebensqualität beizutragen. Wie lässt sich dies – bzw. lässt sich dies grundsätzlich überhaupt - mit den theologischen und konzeptionellen Grundlagen von Seelsorge vereinbaren? Wie ist sie (vgl. für die folgenden Fragen Winter-Pfändler und Morgenthaler 2010c) innerhalb der hoch technisierten und spezialisierten Gesundheitsinstitutionen überhaupt noch zu begründen? Und welches ist ihre spezifische Leistung innerhalb der verschiedenen Professionen im Gesundheitsbereich? Andreas Heller weist hierzu darauf hin, dass Seelsorge bislang ohne Erfolgskriterien gearbeitet hat (vgl. Andreas Heller 2000: 68), mit wenig ausdifferenzierten Stellenbeschreibungen und keine Rechenschaftspflicht im Sinne einer systematischen Auswertung der Arbeit und nur eine geringe Zielsetzung. Dies erschwert sicher den Umgang mit den neuen Anforderungen in den Gesundheitsorganisationen.

Mit Traugott Roser (Roser 2007b: 245f) ist für die Spiritual Care eine weitere wichtige Frage zu stellen: Wird die grundsätzliche Religionsfreiheit genügend beachtet? Diese beinhaltet sowohl die Freiheit, die eigene Religion auszuüben als auch, keine Religion auszuüben und ohne Spiritualität zu leben. Kann kirchliche Seelsorge hier Anwältin der Religionsfreiheit sein und bleiben? Kann sie somit auch Menschen vor Vereinnahmung von Spiritual Care bewahren und sich auch im Bereich der Spiritualität für die radikale Betroffenenorientierung einsetzen?

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich nicht nur das Gesundheitswesen verändert, sondern auch die Lebenshaltungen der Menschen. Die Gesellschaft im westlichen Kulturkreis hat sich zu einer multikulturellen, multireligiösen und individualisierten Gesellschaft entwickelt. In diesem Kontext ist die eindeutige Zuständigkeit der Seelsorge der christlichen Kirchen für spirituelle Begleitung nicht mehr gegeben. Es existieren mittlerweile viele Angebote im Bereich von Spiritual Care. Birgit und Andreas Heller bringen eine aktuelle Entwicklung auf den Punkt, wenn sie konstatieren, dass zur Zeit

„ein interprofessioneller Wettbewerb, ein regelrechter Kampf zwischen den Konfessionen und Religionsgruppen, den Haupt- und Ehrenamtlichen ausgebrochen zu sein [scheint]: Wer ist zuständig für Spiritual Care? Wer hat den besten Zugang zu den Patienten und Patientinnen? Wer entwirft den intelligentesten Fragebogen? Wer hat die besten Kompetenzen, die differenziertesten Angebote?“ (Heller und Heller 2009: 9).

Um einen Kampf um Kompetenzen und Angebote soll es in dieser Arbeit nicht gehen. Tatsache ist: Christliche Seelsorge steht in der Aufgabe, „das Verhältnis zwischen ‚spiritueller Begleitung‘ und ‚Seelsorge‘ zu bestimmen“ (Charbonnier 2008: 518), was noch aussteht (vgl. Charbonnier 2008: 523). Christliche Seelsorge hat ihren spezifischen Beitrag innerhalb der multiprofessionellen Zusammenarbeit der Palliative Care kompetent darzulegen, zu begründen und aktiv einzubringen. Forschungsbedarf zur Aufgabe und Wirkung von Seelsorge wird von Winter-Pfändler und Morgenthaler (vgl. Winter-Pfändler und Morgenthaler 2010c, 583f). sowie von weiteren Autoren und Autorinnen konstatiert.

3.1.1. Vorläufige Definition von Spiritualität

Im Ansatz der Palliative Care gemäss Definition der WHO ist also der Einbezug spiritueller Aspekte integraler Bestandteil. Dabei bleibt der Begriff der Spiritualität aber unscharf und uneindeutig. Laut Christian Zwingmann gibt es auch in der Literatur zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität keine einheitliche Definition von Spiritualität/Religiosität (vgl. Zwingmann⁸, Christian (2005): Spiritualität/Religiosität: 70, zitiert bei Roser 2007b: 251). Allerdings gibt es zahlreiche Studien im Bereich von Spiritualität und Medizin, auf die im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden kann. Eine Übersicht und eine Zuspitzung auf die Frage nach der Funktion von Spiritualität im Bereich der Gesundheitswissenschaften gibt Traugott Roser (Roser 2007b). Er sieht in der Unschärfe und Uneindeutigkeit des Begriffes der Spiritualität nicht nur einen Mangel, sondern auch und gleichzeitig eine Stärke:

„Der Begriff ist über konfessionelle Grenzen hinweg für religiöse und nicht-religiöse Weltanschauungen anschlussfähig. Es bedarf jedoch einiger Anstrengungen, um den Begriff Spiritualität nicht zu einem leeren Sammelbehälter geraten zu lassen, der alles in sich aufnimmt, was keinen anderen Kategorien zugeordnet werden kann.“ (Roser 2007b: 250f).

Die Befürchtung, dass dieser Begriff ein „leerer Sammelbehälter“ werden könnte, teilt er mit Ann Hopper. Roser betont an anderer Stelle das gleichzeitig enorme innovative Potential der Spiritualität im Bereich der Gesundheitswissenschaften. Er verweist insbesondere auf die organisationale Funktion der Spiritualität:

„Der Spiritualitätsbegriff in seiner vermeintlichen terminologischen Unbestimmbarkeit birgt erhebliches innovatives Potential für das Gesundheitswesen. In der Wissenschaftstradition der Aufklärung dient er der Wahrung der Freiheit des Individuums, und zwar sowohl vor dem Zugriff durch bestimmte Religion und Religionsgemeinschaften als auch vor den objektivierenden und manchmal enthumanisierenden Tendenzen des medizinisch-klinischen Apparats. Spiritualität verbürgt die Unverfügbarkeit des Patienten ganz im Sinne des Grundrechts auf Religionsfreiheit, in einer multikulturell diversifizierten Gesellschaft auch gegenüber den Religionsgemeinschaften selbst. Die Verwendung des Spiritualitätsbegriffs in der Medizin geht aber in diesem individualistischen Sinne nicht auf, sondern bezeichnet die ganz konkrete Haltung einer ganzheitlich orientierten Medizin, die sich ihrer Grenzen bewusst ist. Diese organisationale Ebene der Spiritualität von Institutionen ist bislang

⁸ Diese Literaturangabe ist bei Traugott Roser ungenau zitiert, so dass die Quelle nicht eruiert werden konnte.

noch viel zu wenig beachtet und untersucht worden, obschon sie eine lange Tradition in der Geschichte der christlichen Liebestätigkeit (Diakonie und Caritas) hat. Diese könnte gerade im Blick auf multiprofessionelle Teams und auf Träger von Einrichtungen fruchtbar gemacht werden.“ (Roser 2009: 53).

Es existiert also keine einheitliche Definition des Begriffes der Spiritualität, er bleibt diffus. Gleichzeitig bietet dies aber die Chance, eine gemeinsame Haltung und Ausrichtung innerhalb von Organisationen, die nach dem Konzept der Palliative Care und der Hospizarbeit tätig sind, zu skizzieren und ist somit verbindendes Element.

Eine sorgfältige Klärung des Begriffes ist angezeigt. Gleichzeitig ist er der ständigen Überprüfung aufgrund der praktischen Situation und Entwicklung zu unterziehen. Im Folgenden wird umschrieben, welches Verständnis von Spiritualität der vorliegenden Arbeit zu Grunde liegt. Aufgrund der Unschärfe und der ständigen Weiterentwicklung des Spiritualitätsbegriffes bleibt die Begriffsbestimmung für diese Arbeit eine vorläufige.

In der westlichen Entwicklung zu einer multikulturellen und multireligiösen Gesellschaft sind auch die christlichen Kirchen mit der Tatsache konfrontiert, dass ihre Mitglieder sich individualisiert und geöffnet haben für verschiedene Fragen, spirituelle Wege und Richtungen. Es ist anzumerken, dass in den christlichen Traditionen quer durch die Geschichte immer wieder Menschen und Gruppierungen andere Wege nahmen, als die von den Kirchenleitungen und ihren theologischen Lehrmeinungen festgelegten. Mit Franz von Assisi, Hildegard von Bingen, Meister Eckehart und den Beginen seien nur einige wenige angeführt.

Bei ihrer Einführung in Spiritualität im Masterstudiengang „Palliative Care“ an der Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (iff) der Alpen-Adria Universität Klagenfurt in Wien am 27.06.2011 formulierte Birgit Heller folgende Definition von Religion und Spiritualität: Religion ist ein umfassendes Sinnggebungssystem mit einem Transzendenzbezug (Birgit Heller 2011: 5). Birgit Heller differenziert: Statt von Religion sollte von Religionen gesprochen werden, um der Gefahr und der Praxis der westlichen Welt zu entge-

hen, nur diejenigen Richtungen und Traditionen als Religion zu bezeichnen, die den Kriterien auf dem Hintergrund und mit der Sichtweise der christlichen Religion entsprechen (persönliche Mitschrift der Autorin). So wurden beispielsweise Traditionen wie die buddhistische lediglich als „Philosophie“ bezeichnet. Spiritualität sieht Birgit Heller als die subjektive Dimension und Aneignung von Religion (Birgit Heller 2011: 5). Darüber hinaus ist Spiritualität Kern jeder religiösen Tradition. Die heutige moderne Religiosität in der pluralisierten Welt lässt sich mit Spiritualität umschreiben, was auch für Menschen ausgesagt werden kann, die einer der grossen Religionen angehören. Spiritualität in der Moderne ist dabei pluri religiös, antiinstitutionell, subjektiv und individuell (vgl. Birgit Heller 2011: 3). Sie lässt sich auch als „demokratisierte Mystik“ bezeichnen (vgl. Birgit Heller 2011: 3).⁹

An anderer Stelle definiert Birgit Heller Spiritualität folgendermassen:

„Spiritualität verstehe ich umfassend als eine bestimmte Haltung gegenüber dem Leben und dem Tod, die wesentlich geprägt ist von der Art der Sinngebung und der spezifischen Weise, wie sich Menschen zu ihrer Mitwelt in Beziehung setzen und diese Beziehungen leben.“ (Birgit Heller 2007: 434).

Von Spiritualität abgrenzen lassen sich Weltanschauungen wie z.B. Materialismus oder Kapitalismus (vgl. Birgit Heller 2011: 5). Spiritualität hat – im Gegensatz zu den Weltanschauungen - einen Transzendenzbezug. Zudem richtet sie sich in ihrer demokratisierten, antiinstitutionellen Anlage gegen totalitäre religiöse und weltanschauliche Systeme (persönliche Mitschrift der Autorin).

Die Definition von Religionen und Spiritualität, wie sie Birgit Heller formuliert, soll Basis dieser Arbeit sein, aus folgenden Gründen: Die meisten heute hochbetagten Menschen in der Schweiz sind zwar innerhalb der christlichen Konfessionen gross geworden. Ebenfalls wurde ihre Biographie im Erwachsenenleben oft von den Kirchen geprägt. Für sie sind die christlichen Kirchen die wichtigsten Ansprechpartnerinnen für religiöse Begleitung (vgl. Ralph Kunz 2007a: 7). Das sagt jedoch nichts aus über ihr Verständnis von Religi-

⁹ Hier tut sich ein komplexes Feld auf. Es wäre zu fragen: muss im Rahmen der Betroffenenorientierung jede Spiritualität akzeptiert werden? Wenn die individuelle Spiritualität Betroffener beispielsweise beinhaltet, andere aufgrund eingeschränkter (z.B. kognitiver) Fähigkeiten oder aufgrund der Herkunft abzuwerten, was bedeutet dies für die spirituelle Begleitung innerhalb der Palliative Care? Diese und weitere komplexe Fragen zu bearbeiten wäre Gegenstand einer eigenen Arbeit.

onen und Spiritualität. Gerade die heute alt gewordenen Menschen haben die Entwicklung hin zu einer demokratisierten Spiritualität miterlebt und mitgeprägt. So war beispielsweise die sogenannte „Synode 72“, eine auf dem Zweiten Vatikanischen Konzil aufbauende Demokratisierungsbewegung innerhalb der katholischen Kirche der Schweiz, von der heute älter gewordenen Generation getragen und vorangetrieben. Aufgrund verschiedener Erfahrungen ist eine hierarchische und dogmatische Kirche für viele Menschen dieser Generation fragwürdig geworden. Inhaltlich sind sie aber geprägt von den christlichen Traditionen, Schriften, Geschichten und Ritualen, die zur Quelle für Spiritual Care werden können. Ihre Spiritualität kann als subjektive Dimension und Aneignung der Religion definiert werden. In meiner Erfahrung als Seelsorgerin zeigt sich: Es werden in Gesprächen sowohl fragwürdige Erfahrungen und Kritik an der hierarchischen Kirche als auch die Kraft christlicher Tradition für die Betroffenen formuliert¹⁰.

3.2. *Zum Stand der Forschung zur Seelsorge im Bereich der Palliative Care*

3.2.1. Bereich der Palliative Care

Wie oben dargelegt, ist die radikale Ausrichtung nach und entlang den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie die Zusammenarbeit aller Beteiligten für den Ansatz der Palliative Care konstituierend. Im Bereich der multiprofessionellen Zusammenarbeit ist noch viel zu lernen und zu arbeiten. Eine Grundlage gelingender multiprofessioneller Zusammenarbeit ist die gegenseitige Kenntnis aller Professionen darüber, welchen Beitrag sie einbringen können, welches ihre Kompetenzen, Arbeitsweisen und Forschungsmethoden und welches ihre Grenzen sind. Dazu sind fundierte Konzepte sowie eine verständliche Sprache notwendig. Anne Schütte beobachtet, dass „die Seelsorge als Fachgebiet im multidisziplinären Team in der gesamten Fachliteratur und Praxis der ‚Palliative Care‘ eher am Rande auftritt“ (Schütte 2006: 120). Mit der gegenseitigen Kenntnis der Kompetenzen und Grenzen ist die Zusammenarbeit aber bei weitem noch nicht garantiert.

¹⁰ Es wäre spannend, meine eigene Erfahrung wissenschaftlich zu überprüfen.

„Die Herausforderung besteht nicht in der Addition von Fachperspektiven, sondern in der Integration, Balancierung von Widersprüchen und Unterschieden zugunsten eines gemeinsamen Ziels, einer gemeinsamen Haltung zugunsten des Kranken.“ (Andreas Heller 2007: 201).

Nicht zuletzt ist einem Kampf der Disziplinen um ihre Wichtigkeit bzw. um die „beste“ Betreuung der Betroffenen vorzubeugen. Alle diese Voraussetzungen genügen aber nicht, wenn keine organisierten Räume vorhanden sind, damit Austausch und Zusammenarbeit geschehen und gelingen können (vgl. Andreas Heller 2007: 202 sowie Krobath und Heller 2010a: 19).

Zum Bereich der Krankenhausseelsorge existiert eine umfangreiche Literatur¹¹. Allerdings wurde zur Seelsorge im Bereich der Palliative Care noch wenig geforscht. Ralph Charbonnier stellt fest, dass zur Zeit wenig bekannt ist über den Beitrag der Seelsorge in den vorhandenen oder in absehbarer Zukunft zu erwartenden Strukturen der Palliativversorgung (vgl. Charbonnier 2008: 519). Ebenfalls ist noch kein eigenes Lehrbuch über Seelsorge im Kontext von Palliative Care erschienen. Ebenso mangelt es an entsprechenden Kapiteln in Seelsorgehandbüchern (vgl. Charbonnier 2008: 520). Hingegen werden Seelsorgende in Lehrbüchern zur Palliative Care einbezogen (wie beispielsweise Erhard Weiher, vgl. Weiher 2007). Das zeigt auf, dass im Bereich der Palliative Care über den Beitrag der Spiritual Care nachgedacht wurde und wird, die Praktische Theologie, zur der Seelsorge gehört, sich aber wissenschaftlich noch wenig um die Verortung innerhalb des Palliative Care Ansatzes bemüht hat. Zurzeit sind am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin IZP am Klinikum München-Großhadern Forschungen im Gange, die noch nicht veröffentlicht worden sind (vgl. Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin Klinikum der Universität München - Großhadern o.J.). Die Seelsorge an kranken und sterbenden Menschen gehört zwar zum „Kerngeschäft“ der christlichen Kirchen. Hingegen ist die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich (wie wohl auch in anderen Bereichen) noch wenig eingeübt und erforscht, insbesondere nicht im Bereich der

¹¹ Als Beispiele seien hier genannt:

Morgenthaler, Christoph (2009): Seelsorge. Lehrbuch Praktische Theologie, Band 3. Güterloh: Güterloher Verlagshaus.

Klessmann, Michael (2010): Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch. 3. Auflage. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagsgesellschaft.

Palliative Care. Wohl nicht ganz zufällig wurde in einer von Urs Winter-Pfändler und Christoph Morgenthaler verantworteten Studie zur Patientenzufriedenheit mit Krankenhausseelsorge in der Schweiz die seelsorgerliche Arbeit mit Sterbenden oder komatösen Patienten und Patientinnen ausgespart (vgl. Winter-Pfändler und Morgenthaler 2010c: 583). Auch sie konstatieren, dass in der heutigen multireligiösen und multikulturellen Gesellschaft hier dringende Forschungsarbeiten und Konzeptentwicklungen anstehen (vgl. Winter-Pfändler und Morgenthaler 2010c: 583).

3.2.2. Zur Forschung zur Seelsorge mit alten Menschen

Im Bereich der Seelsorge mit alten Menschen und insbesondere mit Menschen, die in Betagtenheimen leben, besteht bisher nur wenig Fachliteratur. Auch hier ist die multiprofessionelle Arbeit von Seiten der Seelsorge sowie die organisationale Einbindung und sich allenfalls daraus ergebende Aufgaben noch wenig erforscht und konzeptionell verankert. Anne Schütte stellt fest, dass in der praktisch-theologischen Literatur zur seelsorgerlichen Begleitung in Betagtenheimen bislang

„durchgängig die psychosozialen Lebensbedingungen älterer Menschen in Heimen beschrieben [werden]. Die strukturellen und kontextuellen Hintergründe der Altenpflegeheime als Organisation, sowie die Sachzwänge, die sich entschieden auf das Befinden der pflegebedürftigen alten Menschen auswirken, finden jedoch ebenso wenig Beachtung, wie die wichtigste Ressource, nämlich die Mitarbeitenden in der Pflege.“ (Schütte 2006: 18).

Dazu kommt, dass im Bereich der Betagtenheimseelsorge Bilder und gesellschaftliche Bewertungen von alten Menschen eine gewichtige Rolle spielen. Wolfgang Drechsel konstatiert, dass sich Seelsorge über mehrere Generationen von Seelsorgenden hinweg als „beratende Seelsorge“ (Drechsel 2007: 188) verstanden hat, die durch eine personbezogene Gesprächsführung geprägt war und die eine persönliche Weiterentwicklung der betreffenden Menschen im Blick und zum Ziel hatte. Diese Seelsorge galt als „eigentliche, gelingende Seelsorge“ (Drechsel 2007: 188).

„Da aber eine solche Konzeption im Kontext der Begegnung mit alten Menschen nur partiell passt, weil das Alter sich gegenüber einer derartigen Sicht als ‚sperrig‘ erweist und sich den der Theoriebildung zugrunde liegenden Konzeptionen von ‚Ermöglichung von Selbstverwirklichung auf der Basis eines Sich-immer-Weiterentwickelns‘ widersetzt, ist es nicht zufällig, dass es

über lange Zeit aus der poimenischen Theoriebildung faktisch ausgeklammert worden ist. Das Altenthema ist aus der seelsorgetheoriebezogenen Wahrnehmung herausgefallen und hat auf der Ebene der seelsorgerlichen Unmittelbarkeit, [...] nicht selten zu einer konflikthaftern Praxis geführt.“ (Drechsel 2007: 188).

Auch die Seelsorgetheorie bzw. die Seelsorgenden selber sind nicht frei von der gesamtgesellschaftlichen Haltung, dass „das Alter aus der Sicht der ‚mittleren‘, im Arbeitsprozess stehenden Generation wahrgenommen und beurteilt wird – mit entsprechend hohen normativen Implikationen“ (Drechsel 2007: 189). Marina Kojer beschreibt eine ähnliche Haltung, der sie am Anfang ihrer Arbeit im Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW) begegnet ist (vgl. Kojer 2009b).

Christoph Schneider-Harpprecht (vgl. Schneider-Harpprecht 2007) bezieht sich auf Klaus Winkler, wenn er die Perspektive auf das Alter beschreibt, von der sich Seelsorge leiten lassen sollte.

„Es geht darum, die das Ego kränkenden und die real behindernden Einschränkungen des Alters als erwachsener Mensch zu tragen. Der Verzicht auf das, was nicht mehr geht, ist ein selbstbewusster Akt, bei dem das Ich, wenn es schon nicht Herr im eigenen Hause sein oder bleiben kann, zumindest seine Identität und Würde bewahrt.“ (Schneider-Harpprecht 2007: 321).

Er geht dabei aber noch weiter. In der Seelsorgelehre bedarf es aus seiner Sicht eines Perspektivenwechsels, nämlich

„statt therapeutischer Engführung eine sozialdiakonische Ausweitung, statt der Fixierung auf das Alter als Abbauphänomen der Blick auf die verschiedenen Dimensionen des Alters, in denen Menschen sehr unterschiedliche Bedürfnisse und Anforderungen an die Seelsorge stellen, statt Verzicht die Erschließung des Alters als Möglichkeit des Andersseins, als eine andere, im Zustand der Demenz sogar radikal andere, Art und Weise, die Wirklichkeit zu erfahren, die ebenso wahr und falsch ist wie die des Kindes und die von rational kalkulierenden Geschäftsleuten.“ (Schneider-Harpprecht 2007: 322).

Christoph Schneider-Harpprecht postuliert eine Altenseelsorge im Kontext, eine Seelsorge, die die sozialen Zusammenhänge, in der sie sich bewegt, zu erfassen sucht. Konzepte der Altersseelsorge sollten „in dichter Abstimmung mit den Anforderungen entwickelt werden, die sich aus den sozialen Kontexten, in denen die alten Menschen und ihre Angehörigen leben, herausstellen“ (Schneider-Harpprecht 2007: 322).

Immerhin nehmen die im Jahr 2009 von der Konferenz für Altenheimseelsorge der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) herausgegebenen Impulse zur Weiterentwicklung der Altersheimseelsorge unter dem Stichwort Sterbebegleitung / Palliative Care Bezug auf Palliative Care (vgl. Konferenz vgl. Konferenz für Altenheimseelsorge in der EKD et al. 2009: 24f). So werden Gesprächsgruppen für Mitarbeitende, die Eingliederung der Seelsorge in ein multiprofessionelles Team sowie die Förderung der Hospizarbeit als Aufgaben für Seelsorgende empfohlen. Allerdings scheint hier Palliative Care in einem engen Sinn als Sterbebegleitung verstanden zu werden: Es heisst weiter, verbindliche Absprachen sollen mit dem Heim getroffen werden bezüglich Information, wenn jemand im Sterben liegt und seelsorgerliche Begleitung wünscht. Palliative Care setzt von ihrer Grundhaltung her idealerweise nicht erst in der Sterbephase ein. Die Erschwernis der aktuellen Situation liegt allerdings darin, dass die Menschen oft erst zu diesem Zeitpunkt ins Betagtenheim eintreten.

In dieser Arbeit wird die Frage nach Konzeptionen für die Seelsorge an (meist) hochaltrigen, multimorbiden Menschen gestellt, die nur kurze Zeit im Betagtenzentrum leben. Hierzu konnte noch wenig Literatur gefunden werden, es besteht grundlegender Forschungs- und Entwicklungsbedarf.

Im Folgenden werden drei Seelsorgeansätze im Bereich der Palliative Care dargestellt und aufgrund der Forschungsfragen dieser Arbeit (siehe Einleitung) beleuchtet. Es wurden diese drei Ansätze gewählt, da sie die einzigen ausführlichen Arbeiten im Bereich von Palliative Care und Seelsorge sind, die zum Zeitpunkt des Entstehens dieser Arbeit gefunden wurden.

3.3. Aufgaben der seelsorgerlichen Begleitung nach Erhard Weiher

Erhard Weiher, Diplomphysiker, Doktor der Theologie und Pfarrer an den Universitätskliniken Mainz, legt in seinem Werk „Das Geheimnis des Lebens berühren“ (Weiher 2009) ein Konzept vor für die spirituelle Begleitung von Menschen im Hinblick auf Krankheit, Sterben und Tod. Er nimmt Bezug zur Palliative Care, zur multiprofessionellen Zusammenarbeit und zur Situation in

Institutionen im Gesundheitsbereich. Weiher geht nicht gesondert auf die aktuelle Entwicklung in den Betagtenzentren oder die Situation von hochbetagten, multimorbiden Menschen ein, sondern nimmt allgemein Bezug auf Krankenhäuser und Pflegeheime (vgl. Weiher 2009: 120). Punktuell nimmt er die Begleitung von Menschen, die sich nicht (mehr) verbal ausdrücken können, in den Blick, was für diese Arbeit relevant ist.

Weiher erarbeitet zunächst Grundlagen, was er unter Spiritualität, Religion und Spiritual Care überhaupt versteht. Diese Basis soll die sprachliche und inhaltliche Verständigung der Professionen einerseits und ihre konkrete Zusammenarbeit andererseits ermöglichen und fördern. Seine Definition ist in einigen Teilen eine andere als diejenige, die dieser Arbeit in Anlehnung an Birgit Heller zugrunde liegt. Weil sie für das Verständnis seines Konzeptes spiritueller Begleitung jedoch entscheidend ist, soll sie nachfolgend kurz umrissen werden.

Weiher beschreibt, für welche Aufgaben der Spiritual Care alle Professionen und für welche spezifisch die ausgebildeten professionellen Seelsorger und Seelsorgerinnen zuständig sind. Er konkretisiert dies exemplarisch anhand einzelner Themenfelder. Er fragt nicht, ob der Seelsorge innerhalb der Spiritual Care im Bereich der Palliative Care grundsätzlich eine Aufgabe zukommt, sondern geht unausgesprochen von dieser Annahme aus. Allerdings sieht auch er den Bedarf, dass Seelsorge im multiprofessionellen Zusammenhang „ihr Verständnis von Spiritualität und Religiosität immer neu reflektieren“ (Weiher 2009: 17) muss. Dabei hat sie ihre eigene Fachsprache zu reflektieren, damit diese nicht zur „Geheimsprache“ wird, sondern anschluss- und dialogfähig bleibt. Denn sie soll sich im multiprofessionellen Kontext verständigen und kompetent einbringen können (vgl. Weiher 2007: 17).

Erhard Weiher schreibt in seinem Vorwort (vgl. Weiher 2009: 19), dass er aus gendersensibler Wahrnehmung zwischen dem männlichen und weiblichen grammatikalischen Geschlecht wechselt. Allerdings verwendet er in seinem Buch tatsächlich meist die grammatikalisch männliche Form. Frauen sollen in dieser Arbeit jeweils explizit angesprochen sein, was auf dem Hintergrund, dass in Betagtenzentren mehrheitlich Frauen leben (vgl. Birgit Heller 2010a: 61), noch an Relevanz gewinnt. Es wird jedoch nicht bei jedem Zitat auf die fehlende grammatikalisch weibliche Form hingewiesen.

3.3.1. Verständnis von Spiritualität und Religion

Erhard Weiher versteht Spiritualität als eine elementare Dimension des Menschlichen (vgl. Weiher 2009: 11). Sie ist

„in der Regel in die ganze Lebensgestalt eines Menschen hineingewachsen und ist – reflektiert oder nicht reflektiert – in den körperlichen, intellektuellen, psychischen und sozialen Lebensäußerungen eines Menschen als innerster Werte- und Beweggrund anwesend und mitbestimmend.“ (Weiher 2007: 438).

Weiher definiert Spiritualität im weitesten Sinne als „eine innerste Gestimmtheit, ein innerer Geist, die das Alltagsleben transzendieren, aus denen heraus Menschen ihr Leben empfinden, sich inspiriert fühlen und ihr Leben gestalten“ (Weiher 2009: 22). Es ist das „persönliche Ringen um Sinnggebung und die innere Lebenseinstellung, mit der der Mensch der existenziellen Herausforderung begegnet und zu ihr ein hilfreiches Gegengewicht sucht“ (Weiher 2007: 439). Und: Spiritualität ist „jede – positive wie negative – Erfahrung, bei der sich der Mensch mit dem Geheimnis des Lebens – als heiligem Geheimnis – in Verbindung weiß“ (Weiher 2009: 27). Letztlich geht es in der Spiritualität darum, was dem einzelnen Menschen „heilig“ ist und „wesens Geist“ er bzw. sie ist. Insofern besteht noch kein Widerspruch zur vorläufigen Definition, die dieser Arbeit zugrunde liegt.

Erhard Weiher unterscheidet zwischen einer Alltagsspiritualität und einer Glaubensspiritualität, was nicht zuletzt für die Zuteilung der Aufgaben an die einzelnen Professionen Bedeutung hat. Alltagsspiritualität meint dabei

„die Art, wie Menschen den Dingen und Ereignissen des Lebens über sich hinaus Bedeutung geben, den ‚Geist‘ ihrer Beziehungsgeschichte mit der Wirklichkeit. Dort, in der alltäglichen Lebensgestaltung [...] wird mittelbar etwas von dem erfahren, was für sie das Heilige ist, was sie zutiefst bewegt und inspiriert.“ (Weiher 2009: 95).

Aus dieser Alltagsspiritualität wird Glaubensspiritualität,

„wenn Menschen sich über diese implizite Bedeutungsgebung hinaus ausdrücklich mit dem Geheimnis des Lebens in Verbindung wissen. Wenn sie diese Verbundenheit dem absoluten, gar dem heiligen Geheimnis aller Wirklichkeit, dem umfassenden göttlichen Sinngrund zuschreiben, dann ist das eine Spiritualität mit grosser Transzendenz.“ (Weiher 2009: 95).

Religion ist nach Erhard Weiher am ehesten zu umschreiben als

„ein von einer Gemeinschaft vermitteltes und getragenes Sinnsystem mit bestimmten Ideen, Symbolen, Ritualen, Werthaltungen und Rollen, die es dem Menschen ermöglichen, sich mit einem höchsten Prinzip in Verbindung zu setzen. Entscheidend für Religion im Unterschied zur Spiritualität ist, dass sie nicht nur das (religiöse) Denken und Tun des Menschen meint, sondern auch den ‚Adressaten‘ dieser Beziehung: ein Prinzip, das das Ganze, also das Grundlegende und Letztgültige von Leben und Welt umfasst.“ (Weiher 2009: 28).

Religion ist „an Gemeinschaft gebunden, formt das soziale Zusammenleben, begründet Werthaltungen, strukturiert Lebenszeit [...] und bietet kollektive Sinndeutungen in Freude und Trauer“ (Weiher 2009: 28). Hier liegt ein Unterschied zur Definition von Birgit Heller vor, die die heutige Religiosität als Spiritualität versteht, die pluri religiös, antiinstitutionell, subjektiv und individuell ist (vgl. Birgit Heller 2011: 3). Spiritualität ist dabei die subjektive Dimension und Aneignung von Religion (vgl. Birgit Heller 2011: 5). Keine Differenz besteht jedoch in der Annahme, dass Religionen Symbole, Rituale und Werthaltungen vermitteln.

Erhard Weiher möchte den Menschen, die sich nicht als spirituell bezeichnen, Spiritualität dennoch nicht absprechen.

„Ihre Spiritualität besteht vielmehr in Einstellungen und Haltungen, wie Dankbarkeit ihrem Leben gegenüber, in Ehrfurcht und Achtung vor dem Leben, in der Überzeugung, dass das Leben sinnvoll ist, in einem bewussten Umgang mit sich selbst, den Mitmenschen und der Umwelt, in Hilfsbereitschaft, Toleranz, Achtsamkeit und Mitgefühl“ (Weiher 2009: 33f).

Hier liegt Erhard Weiher im Widerspruch zu Birgit und Andreas Heller, die die Annahme, jeder Mensch sei spirituell, als falsch erachten (Heller und Heller 2009: 9). Spiritual Care als ungefragte Dienstleistung für alle sehen sie in der Folge als Vereinnahmung. Erhard Weiher betrachtet Spiritual Care, allerdings in unterschiedlicher Form gemäss der Ebene der Spiritualität (insbesondere im Bereich der Alltagsspiritualität, siehe unten), als Aufgabe aller Professionen. Denn wenn Spiritualität eine Grunddimension der Menschen ist, kann sie nicht nicht-existent sein und muss sorgsam wahrgenommen werden. Allerdings gilt auch hier die radikale Betroffenenorientierung. Spiritual Care darf nicht missionieren, sondern muss auf die Spiritualität der Betroffenen eingehen, wie diese sie aufgrund ihrer Haltung oder ihrer Formulierungen ausdrücken (vgl. Weiher 2009: 77f). Dies kann durchaus auch non-

verbal geschehen. Hier dürften auch Unterschiede in der Definition von Spiritualität zu Tage treten. Insbesondere wäre zu fragen, wann von Haltung (wie z.B. Empathie) und wann von Spiritualität bzw. Spiritual Care gesprochen werden soll. Spiritualität zeigt sich in Haltungen. Die Frage wäre jedoch zu stellen, ob Haltungen umgekehrt tatsächlich immer auch eine Spiritualität implizieren oder ausdrücken.

Zu ihren unterschiedlichen Haltungen kommen Birgit und Andreas Heller und Erhard Weiher allerdings aus den ähnlichen Beweggründen, nämlich niemanden vereinnahmen zu wollen sowie die Bedürfnisse der Betroffenen als Grundlage und Richtschnur für die Palliative Care verfolgen zu wollen (vgl. Weiher 2009: 77f, Birgit Heller 2007: 435 sowie Andreas Heller 2007: 199).

Damit die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich auch im Bereich der Spiritual Care möglich ist, damit alle wissen, wovon gesprochen wird und welche Bereiche in den Wirkungsbereich der einzelnen Professionen gehört, braucht es eine Sprache, die verständlich ist und die verbindend wirken kann.

Erhard Weiher macht zu einer solchen Sprache Vorschläge und knüpft dabei an den spirituellen Richtungen und Themen der Postmoderne an.

3.3.2. Spiritualität in der Postmoderne

Grundausrichtung der postmodernen Sicht ist eine ganzheitliche Betrachtungsweise von Menschen (vgl. Weiher 2009: 39), auch in der Medizin. Es sollen unterschiedlichste Sichtweisen in die Betrachtung eines menschlichen Lebens einbezogen werden. Unter Ganzheitlichkeit kann jedoch sehr viel verstanden werden. In der multiprofessionellen Zusammenarbeit braucht es somit eine Verständigung über den gemeinsamen Begriff.

Erhard Weiher schlägt den Begriff „Ganzheit“ im Sinne einer Leitidee vor. Er versteht diesen Begriff nicht als ein real zu erreichendes Idealbild des „ganzen Menschen“ mit normativem Anspruch, denn „ganz“ ist der Mensch nie.

Aber alle

„Wissenschaften vom Menschen können ihre Detailforschung auf eine virtuelle Ganzheit beziehen, von der zwar viele Äußerungen erforscht werden

können, die aber prinzipiell als innerstes Geheimnis des Menschen vorgestellt wird, das letztlich unverfügbar ist“ (Weiher 2009: 40).

Es geht Weiher also nicht darum, Menschen unter einen Leistungsdruck zu setzen, ein Idealbild eines „ganzen“ Menschen anzustreben. Trotzdem kann die Vorstellung der „Ganzheit“ als Leitidee angenommen werden. Damit muss nach der bestmöglichen Lebensqualität der Betroffenen gesucht werden, danach, wie ihre Ganzheit in der individuellen Situation am besten gewahrt werden kann. Es geht Erhard Weiher nicht darum, die Verschiedenartigkeit von Menschen „in Frage zu stellen, weniger Differenzierungen vorzunehmen oder die Detailforschung aufzugeben“ (Weiher 2009: 39).

Um der Gefahr eines Idealbildes „des“ Menschen zu entgehen, führt er Geheimnis als weiteren Begriff ein. Geheimnis meint

„das Andere der Vernunft, das den Menschen und die Welt mehr sein lässt als das Verrechenbare und Nutzbare. Es ist gerade die ganz andere Dimension, aus der alles Begreifliche (und natürlich auch Unbegreifliche) stammt und dem es seine innere Fülle und seine Anziehungskraft verdankt.“ (Weiher 2009: 40f).

Menschen sind somit eine (virtuelle) Ganzheit, die komplex ist und nie ganz „erfasst“ werden kann, denn sie ist eben auch Geheimnis. Ein Mensch ist dabei Person mit

„Lebenserfahrungen, die nur er selbst gemacht hat und mit Bedeutungen, deren Tragweite nur er selbst empfinden kann. Das ‚Wesen‘ eines Menschen wird viel mehr von dieser Unergründlichkeit bestimmt als von dem Ergründbaren“ (Weiher 2009: 41).

Der Person selber ist ihr eigenes tiefes Selbst nicht vollkommen zugänglich. Sie bleibt sich selber letztlich Geheimnis. Aus ihrem Selbst heraus lebt sie jedoch. Sie fühlt sich als Selbst mit ihrer Biographie und Lebensgestalt (vgl. Weiher 2009: 41f). Nicht nur Menschen, sondern auch das Leben und das Sterben sind Geheimnis. Eine Grundhaltung der Spiritual Care ist es deshalb, den Menschen, dem Dasein, dem Sterben ihr Geheimnis zu glauben (vgl. Weiher 2009: 42f), es somit Geheimnis sein zu lassen und es als solches zu würdigen. Religionen gehen darüber hinaus von einem absoluten göttlichen Geheimnis aus.

Geheimnis könnte, so der Vorschlag von Erhard Weiher, als Symbol dienen, das allen Berufen zur Verfügung stehen und ihr Handeln leiten kann:

„Das Geheimnis als Symbol für das Innerste eines jeden Menschen und zugleich für den unergründlichen Sinn von Dasein, Sterben und Tod könnte ein Axiom, ein Achsenbegriff sein, auf den sich alle Berufe verständigen könnten. Sie könnten sich so verstehen, als ob von daher alle ihre Entscheidungen und Einstellungen geleitet würden.“ (Weiher 2009: 44).

Damit ist und bleibt jeder Mensch unverfügbar. Geheimnis als Symbol hat keinen normativen Charakter und kann keine ethischen Entscheidungen begründen. Dennoch könnte es gemäss Erhard Weiher bei schwierigen ethischen Entscheidungen Leitidee sein. Diese Leitidee würde beispielsweise die Spannung aufrechterhalten und immer wieder zu bedenken geben „zwischen (weiter-)Machen und Zurückhaltung“ (Weiher 2009: 66). So ist es „etwas Anderes, ob man als Helfer sich vor dem Unausweichlichen als ohnmächtig oder als Versager sieht oder ob man realisieren darf, dass sich hier das Geheimnis des Lebens vollzieht“ (Weiher 2009: 66). Geheimnis als Symbol könnte von allen verstanden werden, ohne dass spirituelle Unterschiede verwischt werden oder ein Kampf um die richtige Sicht in Gang kommen muss.

Kritisch wäre anzufragen, ob eine Vorstellung einer virtuellen „Ganzheit“ der Gefahr einer normativen Idealisierung und der Vorstellung „eines“ bestimmten „ganzen“ Menschen wirklich vollkommen entgehen kann – auch wenn Weiher sich explizit von einem solchen Verständnis abgrenzt. Was meint „ganz“? Immerhin soll aber das Symbol des Geheimnisses eine solche Engführung vermeiden.

3.3.3. Spiritualität und Medizin

Innerhalb des medizinischen Systems wird Spiritual Care nach ihrer Wirkung befragt. Dies ist legitim, weil auch Spiritual Care sich überlegen muss, nach welchen Kriterien sie ihre Arbeit ausrichtet und bemisst sowie wann sie „erfolgreich“ ist (vgl. Andreas Heller 2000: 68). Aber Spiritual Care kann auch verzweckt werden.

„Zwar muss Spiritualität im Kontext medizinischer und therapeutischer Disziplinen auch ihre Funktionalität erweisen, und es ist nicht ungebührlich, das von ihr zu verlangen. Dies darf aber nicht suggerieren, ihr Heilungsbeitrag

könne – wie z.B. der der Medizin – als Mittel zur Verhinderung von Sterben und Tod verstanden werden.“ (Weiher 2009: 48).

Es gibt Nachweise dafür, dass spirituelle Methoden positive physiologische Wirkung haben (vgl. Weiher 2009: 48), insbesondere sind Menschen entspannter und brauchen weniger Medikamente. Aber „seine wesentliche Funktion [...] hat ein spiritueller Glaube beim Coping, beim Bewältigen von Schicksalsschlägen“ (Weiher 2009: 49). Es geht nicht um einen mechanischen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang. Es geht bei der spirituellen Suche

„zuerst und wesentlich um den größeren Sinnzusammenhang und um die Suche nach der Integration aller Kräfte der Person, mit denen sie dem Zerfall und der Depersonalisation eine innere Stärke entgegensetzen kann“ (Weiher 2009: 49).

Leitgedanke von spirituellem Coping ist es zwar, möglichst „gesund“ mit der Krankheit leben zu lernen. „Aber kein Glaube und keine spirituelle Idee darf eine gelungene Integration auch tatsächlich als Ergebnis einfordern.“ (Weiher 2009: 49). Aus christlicher Sicht darf „der Mensch auch in aller Fragmentenhaftigkeit vor Gott stehen“ (Weiher 2009: 49) und muss nicht „‘Gesundheit‘ als zwangsläufiges Ergebnis des Glaubens vorzeigen“ (Weiher 2009: 49). Damit wird der Vereinnahmung, Banalisierung und Einengung von Spiritual Care als messbares Mittel der Medizin und wohl auch der Ökonomie ein Riegel geschoben. Spiritualität ist nicht Glaubensmedizin, sondern „die lebensermöglichende Kompetenz, Ressourcen zu mobilisieren, die helfen, durch die Komplexität des Lebens mit seinen Unsicherheiten und Schicksalsschlägen und nicht gegen sie hindurchzufinden“ (Weiher 2009: 50). Es geht darum, „den Brunnen zu vertiefen, die ‚Tragflächen zu verbreitern‘ (R. Smeding), so dass der Mensch mit seinem Schicksal gestärkt leben und es tragen kann“ (Weiher 2009: 49). Spirituelle Ressourcen zeigen Wirkung, dürfen aber in kein zweckgebundenes enges Schema von Ursache und Wirkung gepresst werden. Im Hinblick auf hochbetagte, multimorbide Menschen, die nur kurze Zeit im Betagtenzentrum leben, ist das Erreichen von Gesundheit nicht mehr das relevante Thema. Spirituelle Ressourcen können hingegen helfen, die Krise des Sterbens zu begehen. Sie können auch zur Einsicht verhelfen, dass nicht alles abgerundet und versöhnt sein muss, sondern

dass das Leben fragmenthaft ist und bleiben darf. Kritisch anzumerken ist auch, dass es die Betroffenen selber sind, die ihren eigenen spirituellen Weg gehen oder auch nicht gehen.

3.3.4. Spiritualität und Ethik

Die medizinischen Möglichkeiten haben sich im vergangenen Jahrhundert stark erweitert. Die Pluralisierung der Lebensvorstellungen ist in der Postmoderne weiter voran geschritten.

„Was als Gesundheit und was als Krankheit empfunden wird, wie sich der Mensch in seiner Autonomie versteht, was man sich unter ‚Leben‘ und seinem Sinn vorstellt, wie Leiden gedeutet wird und welche Bilder mit Sterben und Tod verbunden werden, dafür gibt es immer weniger verbindliche oder wenigstens verbindende Überzeugungen und kulturelle Einbindungen.“ (Weiher 2009: 56).

Ständig neue medizinische Erkenntnisse sowie Behandlungsmöglichkeiten führen zu weiteren Angeboten an die Betroffenen. Zusammen „mit den Bio-, Sozial- und Verhaltenswissenschaften [führen sie] zu neuen Interpretationen von Gesundheit und Krankheit und zu immer differenzierteren und oft divergierenden Sichtweisen der Lebensvorgänge“ (Weiher 2009: 56). Dadurch nimmt die Komplexität ethischer Fragestellungen zu. Der hippokratische Eid der Ärzte reicht bei weitem nicht mehr aus. Ethik und Spiritualität stehen in einem zumindest heimlichen Verhältnis (vgl. Weiher 2009: 57). Bei Entscheidungen, welche Schritte in einer konkreten Situation nötig sind, geht es sowohl um Sach- als auch um Sinnaspekte. „Für die Betroffenen geht es dabei irgendwie immer um den Ernstfall: um körperliche Einschränkungen und Lebensqualität, um Leiden und Linderung, um Leben und Tod.“ (Weiher 2009: 57). Ethik in der Medizin

„versteht sich heute nicht als System von Vorschriften, nach denen zu handeln ist. Sie fragt vielmehr, wie unter den konkreten Bedingungen des Zustandes eines Kranken konkret medizinisch, pflegerisch, psychotherapeutisch und seelsorgerlich gehandelt oder nicht gehandelt wird und ob und wie dieses Handeln vor den Grundwerten des Guten und Lebensdienlichen verantwortet werden kann.“ (Weiher 2009: 57).

Es geht somit nicht um eine Letztbegründung moralischer Normen oder um einen Entwurf zu ethischen Themen von Lebensanfang und Lebensende im

Allgemeinen (vgl. Weiher 2009: 57). Spiritualität kann allerdings eine Ressource sein, Entscheidungen zu treffen und sie durchzutragen.

„Spiritualität bietet [...] wesentlich auch – möglicherweise transzendente – Ressourcen, die die Menschen befähigen, auch der existentiellen Herausforderung und der leidvollen Seite zu begegnen und die Verantwortung auch dann zu tragen, wenn ethische Entscheidungen mit Unausgleichbarem und auch mit Leid und Sterben verbunden sind.“ (Weiher 2009: 58).

Ethik und Spiritualität sind im Bereich von Gesundheitsorganisationen drei Ebenen zuzuordnen: der Mikro-Ebene (Patient/in und Angehörige), der Meso-Ebene (Station, Profession, Organisation) und der Makro-Ebene (Begrifflichkeit, Anthropologie, Religion). Im Bereich der Ethik nimmt Erhard Weiher also neben dem individuellen Bezug von Spiritualität auch organisationale Aspekte in den Blick.

3.3.4.1. Ethik auf der Mikro-Ebene

Auf der Mikro-Ebene geht es darum, „aus den vielfältigen Möglichkeiten der Medizin diejenigen herauszufinden, die für alle Beteiligten lebensdienlich und verantwortbar sein können. Dabei sind in erster Linie Arzt und Ärztin gefragt“ (Weiher 2009: 59). Für die Betroffenen geht es darum, eine „ethische Selbstvergewisserung“ (Weiher 2009: 61) zu erarbeiten, „die der Mensch nicht mit sich alleine ausmachen will und für die er die Resonanz des Begleiters braucht“ (Weiher 2009: 61). Damit sich die Professionellen unvoreingenommen und immer wieder neu empathisch auf Betroffene einlassen können, braucht es „Reflexionsmöglichkeiten, wie zum Beispiel Ethikberatung, Supervision, Balintarbeit¹², um den eigenen Innenraum immer wieder frei zu machen“ (Weiher 2009: 62). Spiritualität macht Mut, Verantwortung zu übernehmen und stärkt die Schuldfähigkeit von Menschen, da sie in einer spirituellen Grundhaltung um ihre eigene Fehlbarkeit wissen (vgl. Weiher 2009: 62).

¹² Balintgruppen wurden nach dem Psychoanalytiker Michael Balint (1896 bis 1970) benannt. Gemeint ist eine Arbeitsweise in Trainings- und Forschungsgruppen, die in Berufen angewendet werden, in denen Beziehungen wichtig sind: In Gruppensitzungen erzählt ein Teilnehmer bzw. eine Teilnehmerin von einem Patienten/Klienten oder einer Patientin/Klientin, und anschliessend erfolgt eine freie Diskussion, in der die Gruppenleitung vor allem Moderationsfunktion übernimmt. In der Diskussion gilt das Hauptinteresse der Beziehung zwischen Betreuenden und Patient/Klient bzw. Patientin/Klientin (vgl.: Schweizerische Balintgesellschaft (o.J.): 1).

3.3.4.2. Ethik auf der Meso-Ebene

„Auf der Ebene der Institution gibt es auch institutionell verankerte Werte, die zu einer Ethik“ (Weiher 2009: 63) in eben dieser Institution beitragen. „Bei allem Wertpluralismus muss man sich auf der Meso-Ebene auf Leitlinien verständigen“ (Weiher 2009: 63). Das Ethos einer Einrichtung „zeigt sich zuallererst in der Kultur, die dort gelebt wird“ (Weiher 2009: 63). Erhard Weiher beschreibt vier Dimensionen einer ethischen Kultur (vgl. im Folgenden Weiher 2009: 63f). Eine Dimension ist die Achtsamkeits- und Zuwendungskultur. Sie zeigt sich insbesondere in der Atmosphäre der Begegnung der Professionellen sowie in der Offenheit, ob Themen auch angesprochen werden dürfen. Eine zweite Dimension ist die Kommunikationskultur. Sie ist nicht nur in Bezug auf die Kommunikation mit den Betroffenen ausschlaggebend, sondern ebenfalls in Bezug auf die Kommunikation mit den Mitarbeitenden (beispielsweise in den Teambesprechungen). Als dritte Dimension beschreibt Weiher die Ritualkultur. „Berufliche Abläufe, die bewusst als Rituale qualifiziert werden, transportieren für alle Beteiligten – nicht nur für den Patienten – Sinn“ (Weiher 2009: 64). Hier wäre unter anderem an eine Abschiedskultur zu denken. Die vierte Dimension betrifft die Organisationskultur. „Auch auf der Ebene der Leitung einer Station oder einer Einrichtung bekennt man sich implizit wie explizit zu Werten“ (Weiher 2009: 64). Für die ethische Kultur ist dabei wichtig, wie „unterschiedliche ‚Spiritualitäten‘ kommuniziert und wie dabei verbindende Auffassungen gefunden werden“ (Weiher 2009: 64). Eine Möglichkeit zur Entwicklung verbindender Auffassungen sind Ethikkomitees.

3.3.4.3. Ethik auf der Makro-Ebene

Auf der Makro-Ebene geht es darum, wie „eine medizinische Zivilisation ihre ethischen Vorstellungen – explizit wie implizit – diskutiert und entwirft“ (Weiher 2009: 65). Um sich auf eine verbindende spirituelle Grundlage berufen zu können, greift Weiher auf den von ihm eingeführten Begriff des Geheimnisses als Symbol zurück (vgl. oben Kapitel 3.3.2.). Geheimnis hat dabei keine normative Kraft, ist jedoch Leitidee.

„Das Mysterium bietet die Orientierungsmittel aller ethischen Überlegungen, es motiviert zur Übernahme von Verantwortung, weil es mit dem Leben und dem Menschen um etwas höchst Bedeutungsvolles und nicht belanglos

Neutrales geht. Ethik ist dann gefragt, wenn nicht mehr routinemäßig auf eindeutigen Pfaden gehandelt werden kann. Im Fall menschlichen Lebens und seiner Komplexität müssen sich alle Beteiligten für Wege entscheiden, die einer einmaligen Konstellation gerecht zu werden versuchen, für die es keine unbezweifelbaren Lösungen gibt. Das Geheimnis ist die ‚Instanz‘, an die der Mensch alles Unauflösbare verweisen darf. Es gibt dann zwar auch keine Lösungen vor, aber es vermag das Unlösbare zu tragen und ist so die ‚Lösung‘.“ (Weiher 2009: 67).

Ein für alle zugängliches Symbol kann als Leitgedanke verbindendes Element sein, das es erlaubt, dass ethische Themen bearbeitet werden können. Zur konkreten Rolle der einzelnen Professionen innerhalb des ethischen Diskurses macht Erhard Weiher keine Aussagen.

3.3.5. Rollen der Professionen in der Spiritual Care

Weiher sieht Spiritual Care als Aufgabe aller Professionen. Alle haben Zugang zur Ganzheit eines Menschen, die Geheimnis ist, (vgl. oben Kapitel 3.3.2.), aber keine „Umgangsweise kann sie für sich ganz ausschöpfen. Jede Profession hat ihre Tür zum ganzen Menschen, aber unter je anderen Gesichtspunkten“ (Weiher 2009: 40). „Der Patient, dem medizinisch oder pflegerisch geholfen wird, empfindet diese Hilfe als ganzer Mensch. Aber zugleich ist jede Tür nur eine von im Prinzip sehr vielen.“ (Weiher 2009: 40). Damit bleibt die vorgestellte Ganzheit der Menschen nicht völlig abstrakt. Aber sie ist mit keiner Methode vollständig erfassbar.

Spirituelle Begleitung ist „die Kunst, die dem Patienten eigene Beziehung zu dem, was er als Geheimnis verspürt, anzuerkennen, bei Bedarf auf sie einzugehen und sie zu würdigen, ohne sie zunächst verändern oder bereits kanalisieren zu wollen“ (Weiher 2009: 101).

Weiher hält es für grundlegend wichtig, dass die Professionen ihre Rollen kennen und einhalten. Denn diese Rollen haben eine eigene „Feldynamik“ (Weiher 2009: 100) und vermitteln dadurch Sicherheit. So bietet jede berufliche Rolle „dem Patienten eine spezifische Ebene an, zu der er sich in Beziehung setzen kann. So wird ein Patient auf die Frage des Arztes ‚Wie geht es Ihnen?‘ eher auf der somatischen Ebene antworten“ (Weiher 2009: 100). Bei den anderen Berufen kommt eine andere Dynamik in Gang.

„In der Felddynamik der helfenden Berufe wird das Geheimnis des Patienten berührt und auf indirektem Weg seine Alltagsspiritualität aktiviert. Wenn die Helfer den Patienten auf der Identitätsebene würdigen, bekommt diese ihren ‚Segen‘.“ (Weiher 2009: 101).

Auch die Spiritualität hat eine eigene Felddynamik. Die „spirituelle Ebene wird bei den verschiedenen Berufen in jeweils eigener Weise wach; also z.B. bei der Ärztin anders als etwa bei der Seelsorge“ (Weiher 2009: 101). Werden Betroffene in dem, was ihnen Geheimnis ist, gewürdigt, empfinden sie sich „tief in ihrem Bedeutungsvollen und Heiligen verstanden und berührt“ (Weiher 2009: 101). Dies nennt Erhard Weiher „Resonanzspiritualität“ (Weiher 2009: 101).

Berufliche Rollen haben auch eine Symbolkraft. „Arzt, Krankenschwester, Psychologe, Seelsorger, Ehrenamtliche sind keine Privatpersonen. Die Begegnung mit ihnen ist für den Hilfsbedürftigen nicht irrelevant“ (Weiher 2009: 102). Sie haben „vielmehr Rollen, denen die Gesellschaft Menschen anvertraut, wenn diese krank oder in Krisen sind“ (Weiher 2009: 102). Fühlen sich Patienten und Patientinnen von diesen Rollenträgern bzw. Rollenträgerinnen wertgeschätzt, so potenziert sich diese Wertschätzung aufgrund der Rolle (vgl. Weiher 2009: 102), sie wird gleichsam zu gesellschaftlicher Wertschätzung. Spiritual Care aller Professionen geschieht somit in impliziter Form durch symbolische Kommunikation, durch Resonanzspiritualität (vgl. Weiher 2009: 128) und im Bereich der Alltagsspiritualität (vgl. Weiher 2009: 95).

Die Felddynamik der Seelsorge bringt Folgendes mit sich: Sobald ein Seelsorger bzw. eine Seelsorgerin das Zimmer eines Bewohners, einer Bewohnerin betritt, kommen Religion und Spiritualität in irgendeiner Form ins Spiel. Dazu muss diese gar nicht explizit angesprochen werden (vgl. Weiher 2009: 121). Wird sie aber explizit angesprochen, fällt dies in den Aufgabenbereich der Seelsorge bzw. der Religionsbeauftragten (vgl. Weiher 2009: 120ff sowie Weiher 2009: 126).

Für die spirituelle Begleitung schlägt Erhard Weiher ein Modell vor, das er „Drei-Pass“ nennt (vgl. Weiher 2009: 113ff). Dabei stehen drei Grundfunktionen in einem dynamischen Zusammenhang. Es sind dies

- „(1) **die mitmenschliche Begleitung**, die von Spiritualität inspiriert sein und indirekt spirituelle Erfahrung ermöglichen kann;
- (2) **die Bedeutung erschließende Begleitung**, bei der Helfer in der Kommunikation auf die sinngebenden Deutungen und Bedeutungen des Patienten ausdrücklich eingehen und sie würdigen, vertiefen und ihre Tragkraft verstärken können;
- (3) **die rituelle Begleitung**, bei der mit beruflichen Alltagsritualen implizit oder Übergangsritualen explizit die Lebens- und Sterbelandschaft begangen wird und Menschen in einen Sinnzusammenhang eingebunden werden“ (Weiher 2009: 114, Einrückung und Fettschreibung im Original).

Grundannahme bleibt dabei die Leitidee „Geheimnis“ der Person. Rituelle Begleitung sieht Erhard Weiher „auf jeden Fall angezeigt bei Patienten, die sehr geschwächt sind oder deren kommunikative Verarbeitungsmöglichkeit eingeschränkt ist, wie z.B. bei verwirrten und desorientierten Menschen“ (Weiher 2009: 114), was für die Fragestellung dieser Arbeit relevant ist. Mit dem Modell des Drei-Passes will Weiher verschiedene Trennungen und Aufteilungen in ein dynamisches Verhältnis überführen. Es ist

„ein Angebot an die Welt von Medizin und Krankenhaus: Mit der Endlos-Schleife wird die bizarre Auf- und Arbeitsteilung Außen – Innen, Wissenschaft – Spiritualität, Rationalität - Glaube, bei der wesentliche Fragen des Menschseins übergangen werden, durch ein dynamisches Bild aufgehoben“ (Weiher 2009: 115).

3.3.6. Aufgaben der professionellen Seelsorge

Erhard Weiher sagt grundsätzlich zur Aufgabenstellung der Seelsorge:

„Das Feld, das sich bei der Seelsorge auftut, ist nicht nur ein Ort, ‚das Haus‘, sondern das, wofür dieses steht. Und auch was zunächst wie eine soziale Unterstützung aussieht, ist mehr als das: Irgendwie geht es um die Essenz des Lebens, die sich als spirituelle Ressource erweist.“ (Weiher 2009: 125).

Eine grosse Aufgabe der Seelsorgenden sieht Weiher in der Gesprächsführung. „Die Seelsorger der christlichen Kirchen sind für Spiritual Care für im Prinzip alle Patienten und Angehörigen befähigt“ (Weiher 2009: 120). Seelsorgende sind dazu geschult, auf die unterschiedlichsten spirituellen Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen einzugehen (vgl. Weiher 2009: 120). Dazu gehört auch, „glaubwürdig Menschen zu begleiten, die keiner religiösen Kultur angehören“ (Weiher 2009: 125). Sie sind zudem in der Lage, „pathogene Zusammenhänge zwischen Religion oder spirituellen Einstellungen

und seelischer Gesundheit zu erkennen und mit den Patienten zu bearbeiten“ (Weiher 2009: 126). Für Weiher ist es dennoch unbestritten, dass in Notsituationen „Patienten und Angehörige möglichst die Religion als Beistand haben [wollen], mit der sie noch am ehesten vertraut sind“ (Weiher 2009: 120). Denn religiöse „Ideen- und Symbolsysteme sind so mit der inneren und äußeren Kultur eines Menschen verbunden, dass nur jemand mit den Schätzen der Religion umgehen kann, der in dieser Kultur steht und sie authentisch vertreten kann“ (Weiher 2009: 120).

Inhaltlich hilft Seelsorge dabei, die eigenen Erfahrungen der Betroffenen „in den großen Horizont des Heiligen zu stellen“ (Weiher 2009: 122), sie mit den Lebens- und Glaubenserfahrungen vieler früherer Menschen in Verbindung zu bringen. Dadurch kann die persönliche Spiritualität eine grössere Kraft entfalten. „Die tradierten Träume und Gestalten der Religion geben nicht nur einen privaten Sinn; sie sind Sinnbilder der alles – also auch dich [den Leser bzw. die Leserin; Anm. der Verfasserin] – tragenden Wirklichkeit.“ (Weiher 2009: 123). Mit den Geschichten und Symbolen der Religion „wird der Mensch ‚größer‘, weil der Reichtum der Erfahrung des Heiligen und die Utopien und Verheißungen der Religion ihn größer machen als er selbst durch eigene Erfahrung je werden könnte“ (Weiher 2009: 123). Die Seelsorge „steht für die Gesamtperspektive des Lebens“ (Weiher 2009: 281). Sie hat

„den Fokus ‚existenzielle Betroffenheit‘, Selbst- und Weltdeutung des Patienten: wie er sein Leben mit der Krankheit und mit ihrem tödlichen Ausgang versteht. Die Seelsorge begleitet die Innenseite, die von den medizinischen Tatsachen erschüttert und durcheinander gebracht ist. Sie moderiert den subjektiven Prozess des Patienten und seine existenziellen und spirituellen Themen, so dass er seine persönliche Gestalt der Wahrheit finden kann“ (Weiher 2009: 282).

Zum Berufsethos der Seelsorge gehört es, dass sie den Kontakt offen gestaltet und weder missionierend noch belehrend auftritt (vgl. Weiher 2009: 121). Sie richtet sich nach der inneren Einstellung und den Bedürfnissen der Betroffenen.

Ein Gespräch kann dazu führen, dass ein Bewohner oder eine Bewohnerin dieses in einem tieferen Sinne als Beichte verstanden haben möchte. Hier ist für die katholischen Seelsorgenden allerdings kritisch anzumerken, dass

gemäss römisch-katholischem Kirchenrecht (CIC¹³ Can. 965) ausschliesslich Priester autorisiert sind, die Beichte entgegen zu nehmen. Für die Betroffenen selber ändert diese Tatsache jedoch häufig nichts an ihrer persönlichen Bedeutungsgebung, was sich in der (wissenschaftlich nicht überprüften) Erfahrung der Verfasserin zeigt.

Zu den Aufgaben der professionellen Seelsorge gehören auch „die Rituale und symbolischen Handlungen“ (Weiher 2009: 104). Religiöse Rituale „drücken bei krisenhaften Übergängen das Vertrauen in eine höhere Ordnung aus: Mit religiösen Ritualen wird das Geheimnis von Leben, Krankheit, Sterben als heiliges Geheimnis gedeutet und bewusst spirituell qualifiziert“ (Weiher 2009: 133). Die Lebenswirklichkeiten werden rituell in einen „transzendenten Horizont gestellt und diesem anvertraut“ (Weiher 2009: 133). Rituale sind wirkmächtig durch das Tun: Ein schwerer Übergang wird tatsächlich begangen. Hier sind insbesondere die Krankensalbung (vgl. Weiher 2009: 133-137) bzw. Krankensegnung, Aussegnung und weitere Segnungsfeiern sowie Gebete zu nennen, die in der aktuellen Situation in Betagtenzentren relevant werden können. Ebenfalls dazu gehören Trauerfeiern.

Bei Riten kommt wiederum die symbolische Kraft der Berufsrolle zum Tragen. Seelsorgende „haben die autoritative Kraft ihrer Rituale nicht aus sich selbst, sondern sie sind ‚Priester‘ und ‚Priesterinnen‘ einer höheren Macht, die den Segen spendet“ (Weiher 2009: 149).

Riten können gerade auch für Menschen mit eingeschränktem Bewusstsein wichtig sein. „Es kommt nicht auf jedes Wort an, sondern darauf, dass es geschieht, dass also gemurmelt, geseufzt, gebetet, gesungen wird. Auch Schweigen kann ein Symbol für Beten sein.“ (Weiher 2009: 145). Dieser Aspekt ist wiederum relevant für die Begleitung von hochbetagten multimorbiden Menschen.

¹³ Codex Iuris Canonici (CIC) von 1983.

3.3.7. Kompetenzen der Seelsorgenden

Folgende Kompetenzen werden bei Erhard Weiher angesprochen:

- Seelsorge braucht die Grundfunktionen aller Begegnungsberufe: „Beziehungsgestaltung und Begleitung, Empathie und verstehende Kommunikation“ (Weiher 2009: 124).
- Offenheit für „alle Äußerungen von Befinden, Gefühlen, Sorgen, Krankheits- und Lebensgeschichten von Patienten und ihrer Angehörigen“ (Weiher 2009: 124).
- Kompetenz zur Begleitung spiritueller Fragen, sowohl von Menschen, die der eigenen Religion, als auch einer anderen oder keiner Religion angehören (vgl. Weiher 2009: 120).
- Dazu braucht es Kenntnisse der eigenen religiösen Tradition (vgl. Weiher 2009: 123) und Basiswissen von den anderen religiös-kulturellen Traditionen (vgl. Weiher 2009: 130).
- Kompetenz und Bereitschaft, Kontakte zu Religionsbeauftragten anderer Religionen und Traditionen herzustellen (vgl. Weiher 2009: 131).
- Kompetenz, pathogene Strukturen erkennen zu können (vgl. Weiher 2009: 126).
- Kompetenz zur Trauerbegleitung von Betroffenen und Angehörigen; und zwar von Betroffenen und Angehörigen vor dem Eintritt des Todes (vgl. Weiher 2009: 249, 264 sowie 301-303) und in der Sterbestunde (vgl. Weiher 2009: 310-312) sowie von Angehörigen im Trauerprozess nach dem Tode (vgl. Weiher 2009: 324-327).
- Rituelle Kompetenz (vgl. Weiher 2009: 135 und 149).
- Ethische Kompetenz: Seelsorgende müssen sich auf der Mikro- (vgl. Weiher 2009: 59-62), Meso- (vgl. Weiher 2009: 63f) und Makroebene (vgl. Weiher 2009: 65-68) auskennen und einbringen können. Für die Rolle der einzelnen Professionen innerhalb des ethischen Diskurses macht Weiher jedoch keine Aussagen.

3.3.8. Kritische Würdigung

Erhard Weiher entwickelt aufgrund seiner Definition von Spiritualität ein tragfähiges Konzept. Er zeigt einen möglichen Ansatz auf, wie in den Organisati-

onen eine gemeinsame Sprache entwickelt werden könnte, was mit Spiritualität gemeint sein könnte und wie die spirituelle Begleitung von allen Professionen wahrgenommen werden kann.

Weiherr geht dabei von einem anderen Spiritualitätsbegriff aus als Birgit Heller. Insbesondere geht er davon aus, dass alle Menschen spirituell sind. Jedoch ist die Orientierung an den Bedürfnissen und Haltungen der Betroffenen bei Weiherr Voraussetzung. Damit schränkt er die Gefahr ein, dass alle Betroffenen spirituell begleitet werden, auch wenn sie es nicht selber wollen. Alle Professionen sind nach Weiherr in die spirituelle Begleitung involviert, jedoch sind nur die Seelsorgenden bzw. die Religionsbeauftragten dafür zuständig, Spiritualität explizit anzusprechen. Die anderen Professionen sprechen diese Ebene implizit an und zwar in der Art, wie sie ihnen von den Betroffenen gezeigt wird. Es würde sich lohnen, diesem komplexen Bereich der Spiritualität in einer weiteren Arbeit vertieft nachzugehen: welche Stärken und Schwächen bringen unterschiedliche Definitionen mit sich? Welche Auswirkungen hat die (scharfe oder unscharfe) Definition von Spiritualität auf die Arbeit der Seelsorge und auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit?

Für die konkrete seelsorgerliche Aufgabe nennt Weiherr wichtige Aspekte seelsorgerlichen Handelns, die auch für die aktuelle Situation in Betagtenzentren relevant sein können. So ist ihre Aufgabe, ihre Rolle (und die daraus resultierende Felddynamik) wie oben beschrieben die explizite Ansprache von Spiritualität. Konkret geschieht dies in Gesprächen, in der rituellen Begleitung von Betroffenen und ihren Angehörigen. Insbesondere bei Menschen, die sich nicht verbal ausdrücken können, nennt er die rituelle Kompetenz als wesentlichen Aspekt. In meiner Erfahrung als Seelsorgerin wurde mir mehrfach bewusst, wie wichtig Rituale in solchen Situationen und bei wichtigen Übergängen im Leben sein können. Hierin sehe ich eine Stärke von Weihers Ansatz.

Als weitere Aufgabe beschreibt Weiherr ethische Aufgaben und nennt ebenfalls organisationale Aspekte ethischer Beratungen. Wie Seelsorge konkret in Organisationen eingebunden sein müsste, thematisiert er nicht explizit. Für die Seelsorge in Betagtenzentren in der aktuellen Situation sind die Kompetenzen zur Kommunikation, Vorschläge für eine gemeinsame Spra-

che, die rituelle sowie die ethische Kompetenz aufzunehmen und zu bedenken.

3.4. *Relevante Aspekte der Seelsorge nach Traugott Roser*

Traugott Roser, Doktor der Theologie, evangelischer Pfarrer und Leiter des Projektes „Seelsorge in der Palliativmedizin“ am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin der Uni München, wendet sich in seinem Buch „Spiritual Care“ (vgl. Roser 2007b) besonders an in seelsorgerlicher Praxis stehende Theologinnen und Theologen, die von durch eine Krankheit Betroffene um Rat gefragt werden. Er beleuchtet nicht die Betagtenheimseelsorge als solche, reflektiert aber die Aufgabe der Seelsorge im Bereich der Gesundheitsinstitutionen. Dabei bezieht er auch den Ansatz der Palliative Care mit ein. In seiner umfangreichen und grundlegenden Arbeit umschreibt er die organisationalen Fragen und die Herausforderungen für die Seelsorge und begründet eine konkrete, hermeneutische Methodik für eine theoretisch reflektierte Praxis, die sowohl für die Seelsorge wie auch für multiprofessionelle Zusammenarbeit Hinweise geben kann. Im Folgenden werden Aspekte des Ansatzes von Traugott Roser dargestellt, die für die Fragestellung dieser Arbeit relevant sind. Zunächst wird das Grundverständnis der Seelsorge von Traugott Roser dargestellt. Dann werden systemische und organisationale Aspekte der Seelsorge in Institutionen des Gesundheitswesens aufgezeigt. Rosers hermeneutische Methode wird skizziert, da sie für die Arbeit im Bereich der Palliative Care insgesamt relevant sein kann. In einem weiteren Abschnitt wird der Personbegriff Rosers skizziert, da dieser insbesondere in der Seelsorge mit Menschen, deren kognitive Fähigkeiten eingeschränkt sind, von wesentlicher Bedeutung ist. Grundpfeiler für die multiprofessionelle Zusammenarbeit sind im darauf folgenden Abschnitt bezeichnet. Schliesslich folgt eine kritische Würdigung im Hinblick auf die Forschungsfragen dieser Arbeit.

3.4.1. Grundverständnis von Seelsorge

Seelsorge definiert Traugott Roser als Teil Praktischer Theologie. In seinem Beitrag „Ich habe mich selbst verloren!“ (Roser 2007a) beschreibt er seine

Sichtweise. „Seelsorge in einem ganz fundamentalen Sinn bedeutet: Sorge tragen um die Teilhabe und Teilnahme am Leben in einem umfassenden Sinn.“ (Roser 2007a: 307). Seelsorge ermöglicht es, sich der Herausforderung „Leben“ zu stellen, sich christlich zu ihr zu verhalten. In dieser Beschreibung lehnt sich Traugott Roser an Klaus Winkler an (vgl. Roser 2007b: 237). Leben umfasst dabei Biologisches, Soziales und Transzendentes. Es „vollzieht sich in Vitalfunktionen, in sozialen und ökologischen Bezügen und in der Gottesbeziehung“ (Roser 2007a: 308), aktiv als Teilnahme, passiv als Teilhabe. Seelsorge ist „als dialogische Begegnung zweier oder mehr Menschen in einem organisationalen Rahmen zu verstehen und findet in einem durch Institutionen zumindest mitbestimmten ‚setting‘ statt“ (Roser 2007b: 238). Seelsorge ist weiter zu verstehen als Bearbeitung von Konflikten unter einer spezifischen Voraussetzung.

„Sorge“ weist darauf hin, dass „Grund zur Sorge besteht, weil Leben immer auch bedrohtes Leben ist, dieser Sorge aber durch Fürsorge und Vorsorge, Selbstsorge und Fremdsorge begegnet werden kann“ (Roser 2007a: 308). Traugott Roser weist darauf hin, dass die Seelsorgetheorie „bekanntlich Probleme mit einer begrifflichen Bestimmung des Gegenübers der professionellen Seelsorgeperson“ (Roser 2007a: 308) hat. Die angebotenen Kategorien (Patient/in, Klient/in, Kund/in) entstammen einem durch andere Professionen bestimmten Kontext. Traugott Roser vermutet: „Hinter dem Mangel an einer genauen Bestimmung liegt möglicherweise die Einsicht, dass letzten Endes jeder Mensch sein eigener Seelsorger ist.“ (Roser 2007a: 308). Dem entspricht die seelsorgerliche Haltung des Zuhörens und der Klientenzentrierung: Der Gesprächspartner bzw. die Gesprächspartnerin bestimmt Inhalt und Verlauf des Gespräches (Roser 2007b: 237). Die inhaltliche Fokussierung der Seelsorge liegt also auf der Situation, den Anliegen und Ressourcen des Gesprächspartners bzw. der Gesprächspartnerin und dessen bzw. deren subjektiven Lebensqualität und Spiritualität. Relevant ist hier ebenfalls die Frage „nach dem Zusammenhang von Beziehungs- und Inhaltsebene seelsorgerlicher Kommunikation“ (Roser 2007b: 237). Idealerweise findet diese in „einer symmetrischen statt komplementären oder hierarchischen Beziehung“ (Roser 2007b: 237) statt. Insbesondere Krankheits- und Krisenerfahrungen werden systemisch verstanden in ihren Auswirkun-

gen und/oder ihrer Bedingtheit „durch soziale, psychische, somatische und spirituelle Bereiche“ (Roser 2007b: 238).

Mit seinem Verständnis der Autonomie der Betroffenen und von der Kommunikation in einer symmetrischen Beziehung ist Rosers Ansatz anschlussfähig an das Konzept der Palliative Care, insbesondere an die Haltung der Betroffenenorientierung. Sein Verständnis ist insbesondere relevant in der Seelsorge mit Menschen mit Demenzerkrankungen, was für den Kontext der Betagtenheimseelsorge in der aktuellen Situation von wesentlicher Bedeutung ist. So gilt es im Zusammenhang der Seelsorge bei Demenzerkrankungen, „das Bewusstsein zu wahren, dass auch Menschen in einem weit fortgeschrittenen Stadium noch als Akteure der Seelsorge gelten können“ (Roser 2007a: 308), wie Roser betont. Weiter stellt er fest, dass die Aufgaben heutiger Krankenhausseelsorge nicht in der Gesprächsführung mit den Betroffenen allein liegen, was nicht zuletzt mit den systemischen und organisationalen Aspekten der Seelsorge in Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen hängt. Diese werden deshalb im folgenden Abschnitt beleuchtet.

3.4.2. Systemische und organisationale Aspekte der Seelsorge in Einrichtungen des Gesundheitswesens

Wie oben im Abschnitt 3.1. dargelegt, treffen mit der Seelsorge und mit dem medizinischen Fachbereich zwei verschiedene Systeme aufeinander. Traugott Roser weist auf eine umfangreiche Theoriediskussion hierzu hin (vgl. Roser 2007b: 256). Als wichtigste organisationale Aspekte von Seelsorge in den Institutionen des Gesundheitswesens seien hier folgende genannt:

Klinikseelsorge findet im organisationalen Kontext eines Krankenhauses statt und geschieht im Auftrag und unter Aufsicht der kirchlichen Institution (vgl. Roser 2007b: 262). Je nach Auftrag gehört die Seelsorge in Kliniken oder Betagtenheimen zu den Aufgaben der Gemeinde-Seelsorgenden im Kontext der Kirchgemeinde. Seelsorgende müssen dabei die unterschiedlichen sozialen Systeme strukturiert miteinander koppeln und ein „inwendiges diskursethisches Verfahren“ (C. Albrecht zitiert bei Roser 2007b: 262) entwickeln, das es ihnen „ermöglicht, den eigenen – durch ein anderes Funktions-

system geprägten – Beitrag zur Kommunikation zu leisten“ (Roser 2007b: 262).

Für die Organisation Krankenhaus repräsentiert Seelsorge

„ein Funktionssystem, das sich in einer Spannung zum rational-naturwissenschaftlichen System befindet. Durch ihre Einbindung kommen systemfremde Aspekte zur Geltung. In der Person des Seelsorgers oder der Seelsorgerin werden dabei nicht nur ganzheitliche Aspekte des Patienten als Person in Erinnerung gerufen, sondern sind auch Person-Anteile aller Akteure und Betroffenen symbolisch präsent, die sich nicht allein auf die medizinisch-therapeutische Funktion beziehen. Darin ist begründet, dass die Klinikpfarrerin auch als Seelsorgerin von Ärzteschaft und Pflegepersonal ins Vertrauen gezogen werden kann oder im Rahmen einer Einrichtung oder einer Station rituelle Feiern für alle gestalten kann“ (Roser 2007b: 255f).

Durch die im Klinikkontext sonst unübliche Sprache oder „Grammatik“ (vgl. Roser 2009b: 256) ermöglicht es Seelsorge, eine Engführung der Logik eines der beiden Funktionssysteme zu vermeiden. Somit hat sie in der Organisation entlastende und stabilisierende Funktion. Ähnlich wie Supervision ist sie ein „Ort, an dem Konflikte zwischen System konformem Handeln der Berufstätigen und davon abweichendem Denken der Privatpersonen sowie Störungen ausgetragen werden können“ (Roser 2007b: 256). Seelsorge hat aber gleichzeitig auch System verändernde Funktion, wenn sie durch „psychologische und pastorale Kompetenzen und als Sachkundige in nicht-medizinischen Fragen“ (Roser 2007b: 256) auf verdrängte Aspekte aufmerksam macht und somit zum Unruhefaktor wird. Traugott Roser fasst zusammen:

„Für eine systemische Betrachtung von Seelsorge in Einrichtungen des Gesundheitswesens ergibt sich, dass die Seelsorgeperson in ihrer Teilnahme an der Kommunikation wahrgenommen wird, die die seelsorgerliche Interaktion mit Patienten mit einschließt, aber weit über sie hinaus geht.“ (Roser 2007b: 261).

Was zu diesen Aufgaben weiter gehört, ist im Abschnitt 3.4.5. aufgeführt.

3.4.3. Hermeneutische Methodik der Seelsorge

Für die Seelsorgearbeit sowohl in der Begleitung der einzelnen Betroffenen als auch in der multidisziplinären Zusammenarbeit eignet sich die hermeneutische Methode der „Deutekunst“, wie sie Traugott Roser vorschlägt (vgl. Roser 2007b: 15 sowie 32-80).

In Anlehnung unter anderem an den Entwurf einer Fundamental-Praktischen Theologie von Don S. Browning und mit Ergänzung weiterer Aspekte von Wolf-Eckart Failing und Hans-Günter Heimbrock versteht Traugott Roser Praktische Theologie also als Deutekunst. Dieses Verständnis und die von Traugott Roser beschriebene Methodik meint eine „zirkuläre Denkbewegung durch drei Schritte – Wahrnehmungskunst, Reflexionskunst, Gestaltungskunst – enzyklopädisch eingeordnet und an Praxis in doppelter Weise wahrnehmend und gestaltend interessiert“ (Roser 2007b: 15). Dabei ist diese Methodik der Deutekunst ein nie abschliessbarer Prozess zwischen Empirie und Handlungsorientierung. An anderer Stelle bringt Traugott Roser diese Methodik auf den Punkt:

„Dies entspricht einem Ansatz von Praktischer Theologie, der sich in einem hermeneutischen Zirkel von der Praxis über die Theorie zurück zur Praxis bewegt, unter der Annahme, dass jegliche Praxis theoriehaltig, und das Ziel theoretischer Erwägungen nicht weniger in Praxishaltigkeit, wenn nicht gar in Praxistauglichkeit besteht.“ (Roser 2007a: 307).

Christliche Theologie und christliche Praxis gründen auf erzählter, reflektierter und gedeuteter Erfahrung und haben es weiterhin mit Erzählungen aus der Praxis zu tun (vgl. im Folgenden Roser 2007b: 32-80). Menschen erzählen in Seelsorgegesprächen von ihrer konkreten Lebens- und Glaubenssituation, von ihrer Lebensgeschichte und vom soziokulturellen Kontext, in dem sie leben bzw. gelebt haben. Theologie basiert auf (nicht nur biblischen) Erzählungen von Lebens- und Glaubenserfahrungen. Diese Erfahrungen werden gedeutet, wiederum aufgrund von Geschichten und Erzählungen, von daraus gewonnenen und reflektierten ethischen Grundsätzen und von Vorentscheidungen. Theorie, Erfahrung und Deutung beeinflussen sich gegenseitig und müssen aufgrund der Deutekunst in zirkulären Denkbewegungen reflektiert werden. Auch der zirkuläre Denkprozess der Deutekunst selber ist fortdauernder sorgfältiger Reflexion zu unterziehen. Für Seelsorgende im Gesundheitsbereich hat diese Deutekunst insofern Bedeutung, als sie in der täglichen Praxis stehen, in der sie jeweils in kurzer Zeit verantwortet und reflektiert handeln müssen. Dies ist auch relevant im Hinblick der Fragestellung dieser Arbeit.

Theologie hat es also mit Lebens- und Glaubensgeschichten zu tun, die immer in einem sozio-kulturellen Kontext stehen. In der praktischen theologischen Arbeit werden deshalb – insbesondere im multiprofessionellen und interdisziplinären Kontext des Gesundheitsbereiches – die nicht-theologischen empirischen Forschungen einbezogen (vgl. Roser 2007b: 55). Anders wäre Theologie nicht sinnvoll zu betreiben. Auch seelsorgerliche Praxis lässt sich nur in einem interdisziplinären Kontext beschreiben, reflektieren und deuten.

Für die Palliative Care in Betagtenheimen insgesamt kann diese Methodik äusserst relevant werden, weil die multiprofessionelle Begleitung von hochbetagten, multimorbiden Menschen, die sich radikal an den Betroffenen orientiert, dauernder Reflexion und praktischer Umsetzung bedarf.

3.4.4. Der Personbegriff

Der Personbegriff von Roser wird besonders bei der Begleitung von Menschen relevant, die aufgrund einer Demenzerkrankung, anderer weit fortgeschrittener chronischer Krankheiten oder aus anderen Gründen nicht oder nicht mehr selber entscheiden und/oder nicht mehr verbal ausdrücken können. Traugott Roser (vgl. Roser 2007b: 194-203) beschreibt verschiedene philosophische und ethische Ansätze, auf die im Rahmen dieser Arbeit nicht im Einzelnen eingegangen werden kann. Als Beispiel einer in bioethischen Diskussionen immer wieder begegnenden Definition nennt Traugott Roser diejenige von H. Tristram Engelhardt (vgl. Roser 2007b: 194). Demnach sei eine Person „selbstbewusst, rational, frei in ihren Entscheidungen und im Besitz eines moralischen Bewusstseins“ (Roser 2007b: 194)¹⁴. Dies trifft allerdings für Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung (und für viele weitere Personen) nicht zu. Traugott Roser folgt ihm deshalb nicht, sondern begründet sein Verständnis des Personbegriffes anders. Er bezieht sich auf Christoph Schneider-Harpprecht (vgl. Roser 2007b: 198), der sich Hilarion Petzold anschliesst. Petzolds Theorie geht von fünf Säulen menschlicher Identität aus: Leiblichkeit, soziales Netzwerk, Arbeit und Leistung, ma-

¹⁴ Ein solcher Begriff ist aus christlicher Sicht grundsätzlich abzulehnen (Anm. der Verfasserin).

terielle Sicherheit, Werte. Die menschliche Identität ist somit mehrdimensional. Der Leib ist als soziale und kommunikative Verankerung des Körpers in der intersubjektiven Welt zu verstehen. Erst die „Beziehung zum anderen ermöglicht den Selbststand und die Selbständigkeit des Menschen“ (Roser 2007b: 199). Personsein ist somit grundlegend relational zu verstehen. „Wo Hirnschädigungen das autobiografische Selbst zerstören, gewährleisten die relationalen Bezüge den Status der Person.“ (Roser 2007a: 315). Bezugspersonen sorgen dafür, dass Betroffene auch in „völliger Selbstverlorenheit unverwechselbar sie selbst sind. Letztlich sorgt Gott dafür.“ (Roser 2007a: 315). Hier wäre zu fragen, was dies für die Menschen ohne Bezugspersonen bedeutet, die in einer Situation ins Betagtenheim eintreten, in der sie nicht mehr für sich selber entscheiden können. Wie kann hier dafür gesorgt werden, dass sie unverwechselbar sie selbst bleiben können? Hier garantieren alle in der Palliative Care Tätigen das Personsein der Betroffenen. Jedoch verfügen diese über keine biographischen Kenntnisse der betreffenden Menschen.

Neben der relationalen Dimension ist Personsein im Verständnis Rosers mitbestimmt durch die Zeiterfahrung.

„Der Mensch lebt in der Gegenwart. Die Zeit scheidet sich aber nur für einen Standpunkt im Fluss der Ereignisse selbst in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Mittels der Sprache ist es dem Menschen möglich, das Vergangene und Abwesende in der Gegenwart des Bewusstseins abzubilden und festzuhalten, ein zeitüberbrückendes Bewusstsein auszubilden.“ (Roser 2007b: 199).

Was heisst dies aber für Menschen mit einer Demenzerkrankung? Hier kann man auf eine

„besondere, aber vom Allgemeinen nicht differierende Weise das Ineinanderfallen von Vergangenheit und Gegenwart beobachten: Erfahrungen und Routinen der Vergangenheit sind so präsent, dass sie das Gegenwartsverhalten bestimmen und neue Erfahrungen verdrängen. [...] Ebenso scheint die Fähigkeit zur Planung von Zukunft im Falle einer schweren Demenz zu entfallen: Der Demente lebt in einer nur noch aus der Vergangenheit sich speisenden Gegenwart. Damit radikalisiert sich eine Einsicht, die auch für den nicht-dementen Menschen Geltung beanspruchen kann: Der Mensch kann seine Identität nicht aus sich selbst hervorbringen.“ (Roser 2007b: 199f).

Eine weitere Dimension des Personbegriffes umschreibt Traugott Roser in Anlehnung an Henning Luther mit Fragmentarität: „Ein Mensch ist niemals

ganz, sondern immer nur ein Bruchstück dessen, was er war, sein könnte oder sein wird.“ (Roser 2007b: 203). Und doch ist im Fragment immer die Ganzheit (gerade als Abwesende) anwesend. Für Menschen mit Demenzerkrankung ist dies entscheidend: Jede Phase menschlichen Lebens hat fragmentarischen Charakter, in keiner Phase ist Identität voll gegeben. Aber ebenso gibt es keine Phase, in der Identität nicht gegeben wäre. Aus theologischer Perspektive beschreibt Henning Luther das Aus-Sein auf vollständige und dauerhafte Ich-Identität, das nicht bereit ist, die Fragmentarität des Lebens zu akzeptieren, als Sünde (vgl. Roser 2007b: 203).

Der Personbegriff von Traugott Roser kann eine wichtige Grundlage sein für die Begründung und Ausrichtung der Seelsorge in Betagtenheimen allgemein sowie in der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklung. Das Personsein von Menschen hängt demnach nicht von bestimmten Eigenschaften ab, sondern es ist in seiner Verwiesenheit auf Beziehung (zu Menschen und zu Gott) sowie in der Fragmentarität jeden Lebens zu jedem Zeitpunkt gegeben. In der multiprofessionellen Arbeit muss es ein Beitrag der Seelsorge sein, diesen Begriff sowohl ins Team einzubringen als auch in der praktischen Arbeit zu leben und umzusetzen.

3.4.5. Aufgaben und Aspekte seelsorgerlicher Tätigkeit

Eine von Traugott Roser im Jahre 2001 durchgeführte explorative Studie (vgl. im Folgenden Roser 2007b: 238ff) liefert wertvolle Hinweise im Hinblick auf die Aufgaben der Seelsorge, obwohl sie nicht nach den Standards empirischer Forschung angelegt war. Das Führen von Gesprächen bleibt zwar weiterhin ein grosser Teil der seelsorgerlichen Tätigkeit. Gespräche werden jedoch nicht ausschliesslich mit Patienten und Patientinnen, sondern ebenso mit Angehörigen, mit Pflegenden und mit Ärzten und Ärztinnen geführt. Ebenfalls nimmt die Bedeutung der Medizinethik in der seelsorgerlichen Tätigkeit zu. Eine namhafte Anzahl Seelsorgender ist in die Lehre der Klinik eingebunden. Dort, wo Ethikkomitees bestanden haben, waren Seelsorgende oft eingebunden und übernahmen nicht selten die Aufgabe der Moderation. Daraus zieht Traugott Roser ein vorsichtiges Fazit, dass nämlich ethische Fragestellungen „im Handeln von Seelsorgerinnen und Seelsorgern an

Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationszentren einen beschreibbaren Platz haben“ (Roser 2007b: 241). Das bedeutet allerdings auch, dass durch Vertreter/innen anderer Professionen entsprechende Erwartungen an die ethische Kompetenz der Seelsorgenden herangetragen werden.

Eine von Roser (vgl. Roser 2007b: 243) zitierte Studie in vier klinischen Ethikkomitees zeigt, dass die – in der Studie als Geistliche bezeichneten – Seelsorgenden oft aktiv Kommunikation initiieren. Verglichen mit anderen Komiteemitgliedern verlangen sie häufiger nach zusätzlichen Informationen und erkundigen sich genauer über die Situation der Patienten und Patientinnen, insbesondere über deren religiösen und sozialen Hintergrund. Zudem kommt ihre hermeneutische Kompetenz im Gesprächsverlauf zum Ausdruck. Traugott Roser fasst seine Beobachtungen zusammen: Ein Grossteil der seelsorgerlichen Beratung liegt

„in der Eröffnung eines Raumes, in dem die betroffene Person ihre Entscheidung im Blick auf ihre Biographie erzählen und im Gegenüber zur durch die Seelsorge vertretenen institutionalisierten Religion selbst deuten konnte. Durch die Präsenz und die Einbindung einer Seelsorgeperson in das therapeutische Geschehen, die Entscheidungsprozesse und ihre Reflexivität sowie die Entwicklung von Standards und Leitlinien kommt es dazu, dass spirituelle und religiöse Aspekte zu der Geltung kommen, die ihnen in der privaten Lebensführung entsprechen. Auf diese Weise kommt es zu einer Vermittlung von Öffentlichem und Privatem am Ort der Einrichtung des Gesundheitswesens.“ (Roser 2007b: 243).

3.4.6. Multiprofessionelle Zusammenarbeit

Für den interdisziplinären Diskurs sieht Traugott Roser die Notwendigkeit und den Bedarf, dass sich die unterschiedlichen Disziplinen aufeinander kritisch beziehen und gegenseitig befragen und anfragen, auch was die unterschiedlichen Forschungsmethoden betrifft. Den theologischen Beitrag innerhalb der multidisziplinären Deutekunst sieht Traugott Roser zum einen in der Entwicklung von Forschungsfragen und Studiendesigns. Zum anderen leistet die Theologie aufgrund ihrer hermeneutischen Kompetenzen einen Beitrag in der Interpretation von Untersuchungsergebnissen, wobei aber die Vorentscheidungen der Interpretation zu reflektieren sind (vgl. Roser 2007b: 55).

3.4.7. Kompetenzen der Seelsorgenden

Traugott Roser formuliert einige Kompetenzen, über die Seelsorgende verfügen müssen. Teilweise nennt er sie nicht direkt, sie ergeben sich aber aus seinen Ausführungen. Im Folgenden werden sie stichwortartig zusammengefasst. Seelsorgende brauchen:

- Kompetenz in seelsorgerlicher Gesprächsführung (vgl. Roser 2007b: 239).
- Theologische, rituelle und spirituelle Kompetenz (vgl. Roser 2007b: 236-238).
- Kompetenzen als Sachkundige für nicht-medizinische Fragen (Roser 2007b: 256).
- Kompetenz, sich im interdisziplinären und multiprofessionellen Gespräch einbringen zu können (vgl. Roser 2007b: 243).
- Hermeneutische Kompetenz; Kompetenz in der Deutekunst als hermeneutische Methode, sowohl für die eigene seelsorgerliche Arbeit, als auch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit (vgl. Roser 2007b: 243).
- Ethische Kompetenz und Kompetenz zur Moderation von ethischen Beratungsgremien (vgl. Roser 2007b: 240f).
- Organisationale Kenntnisse und die Kompetenz, sich in die Organisation einzubringen und gleichzeitig die Kompetenz, verschiedene Rollen im Sinne eines „inwendigen diskursethischen Verfahrens“ (vgl. Roser 2007b: 262) koppeln zu können.
- Kompetenz, verschiedene Systeme (Theologie / Kirchen, Gesundheitswesen) erkennen, benennen zu können und einen fruchtbareren Umgang damit zu finden (vgl. Roser 2007b: 255).
- Kompetenz für die Lehre in Gesundheitsorganisationen (vgl. Roser 2007b: 254).
- Allenfalls die Kompetenz, Forschungsfragen und Studiendesigns mitgestalten und Untersuchungsergebnisse interpretieren zu können (vgl. Roser 2007b: 55).

3.4.8. Kritische Würdigung

Die Analyse der unterschiedlichen Systeme von Seelsorge und Gesundheitswesen, die Roser vorlegt, zeigt wesentliche systemische Rahmenbedingungen auf, die es für die Arbeit der Seelsorge im Bereich der Palliative Care zu beachten gilt. Die von ihm vorgestellte hermeneutische Methodik der Deutkunst ermöglicht es, sowohl die konkrete Arbeit der Seelsorge (und aller anderen Professionen) mit den Betroffenen und ihren Angehörigen kritisch zu überprüfen, als auch deren organisationale Einbindung zu beleuchten. In ihrer Praxis-Theorie-Praxis-Bewegung ist hilfreich, dass auch kurzfristig anstehende Entscheidungen reflektiert und verantwortungsvoll getroffen werden können.

Diese Methodik ermöglicht es, über konfessionelle und religiöse Unterschiede hinaus ethische Fragestellungen zu bearbeiten und zu Entscheidungen anhand der Bedürfnisse der Betroffenen zu gelangen. Diese Methodik der Deutkunst kann auch für Betagtenzentren in der aktuellen Situation hilfreich sein, sowohl für die Arbeit der Seelsorge als auch für alle Professionen in der multidisziplinären Zusammenarbeit.

Relevant und für die aktuelle Situation sehr tauglich ist ebenfalls der Personbegriff von Traugott Roser. Er bewahrt die Würde von Menschen in jeder gesundheitlichen Situation, gerade auch dann, wenn sie sich selber nicht mehr verbal ausdrücken und/oder für sich entscheiden können. Durch die Abhängigkeit von und das Eingebunden-Sein in Beziehungen garantieren andere Menschen das Personsein weiter. Letztlich sorgt Gott dafür. Ebenfalls ist die Betonung der Fragmentarität des Lebens jedes Menschen zu jedem Zeitpunkt gerade in der aktuellen gesellschaftlichen Situation von grosser Bedeutung. Rosers Personbegriff stimmt mit dem christlichen Menschenbild ebenso wie mit den Grundlagen des Konzeptes der Palliative Care überein (vgl. Kapitel 0.4.1.).

3.5. Integrative dialogische Seelsorge in der Palliativen Betreuung alter Menschen nach Anne Schütte

Anne Schütte, Doktorin der Theologie mit Weiterbildung in Palliative Care, Seelsorgerin in den Bereichen Betagtenheim, Krankenhaus und Hospiz, leistet mit ihrer Arbeit (vgl. Schütte 2006) einen neuen Beitrag sowohl im Bereich der Seelsorgetheorie als auch im Bereich der multiprofessionellen Zusammenarbeit im Bereich der Palliative Care in Betagtenheimen. Sie nimmt in ihrer Arbeit viele der für diese Arbeit gestellten Forschungsfragen in den Blick. Insbesondere beschäftigt sie sich mit Situation und Bedürfnissen der heute in Betagtenzentren lebenden Menschen, mit dem zunehmenden Druck auf die Pflegenden aufgrund des gesellschaftlichen Kostendruckes und den sich daraus ergebenden Folgen für Aufgaben und Konzepte der Seelsorge. In ihrer Arbeit aus dem Jahre 2006 sind die Entwicklungen der vergangenen fünf Jahre, insbesondere die Verkürzung der Aufenthaltsdauer vieler Bewohner und Bewohnerinnen in den Betagtenzentren, nicht mit einbezogen. Schütte bezieht sich auf Veränderungen der Situation der Betagtenheime zum Zeitpunkt des Entstehens ihrer Arbeit. Aus ihrer Arbeit ergeben sich Ansatz- und Eckpunkte zur Entwicklung aktualisierter Konzepte für die Betagtenheimseelsorge, wie im Folgenden aufgezeigt werden soll.

Grundsätzlich konstatiert Anne Schütte, dass in Betagtenheimen zunehmend alte, schwerstpflegebedürftige Menschen mit erheblichen psychischen Veränderungen leben. In dieser neuen, herausfordernden Situation lässt die „bisher gestaltete Seelsorge viele Fragen und Bereiche offen“ (Schütte 2006: 167). Die bisher gängige Seelsorgepraxis versteht sich als begleitende Seelsorge (Schütte 2006: 179). Ihr werden grundsätzlich „die Begleitung von Bewohner/-innen, Angehörigen und Mitarbeitenden in der Pflege, sowie die liturgischen Dienste als Aufgabe den Pfarrgemeinden und der allgemeinen territorialen Seelsorge zugeordnet“ (Schütte 2006: 168). Dabei richtet sie sich in der Regel an mental gesunde alte Menschen (vgl. Schütte 2006: 181). Der Seelsorgeanspruch hat sich durch die Entwicklungen jedoch deutlich gewandelt. Folglich muss „seelsorgerliches Handeln in den Einrichtungen neu organisiert und gestaltet werden“ (Schütte 2006: 245). Es fehlen insbesondere Methodiken, Konzepte und Fachqualifikationen der Seelsorgenden, die der beschriebenen aktuellen Entwicklung Rechnung tragen.

Dadurch geraten Seelsorgende sowohl bei der Begleitung der Bewohner und Bewohnerinnen als auch der Mitarbeitenden in der Pflege schnell an ihre Grenzen und/oder werden hilflos (Schütte 2006: 168 sowie 178 und 180). Ebenfalls hinterfragt Schütte die bisherige Zuordnung der Betagtenheimseelsorge zur Gemeindeseelsorge, also ihre organisationale Einbindung sowie die entsprechende Aufgabenstellung. Sie entwickelt unter Bezugnahme auf verschiedene Seelsorgekonzepte einen Ansatz einer „integrativen dialogischen Seelsorge“ (vgl. Schütte 2006: 167-229) und beleuchtet deren Verortung als Fachdisziplin der Palliative Care in der stationären Altenpflege (vgl. Schütte 2006: 231-264). Zunächst umschreibt sie ihr Grundverständnis von Seelsorge, das im Folgenden skizziert werden soll.

3.5.1. Seelsorgeverständnis

Seelsorge (vgl. im Folgenden Schütte 2006: 231f) wird zunächst theologisch verstanden als eine Sorge im Namen Gottes, der jeden Menschen ohne Vorbedingungen und Vorleistungen begleitet und Befreiung aus Not und Leid verheißt (vgl. Schütte 2006: 231). Grundannahme ist ebenfalls, dass Gott selbst implizit oder explizit präsent ist und von allen Beteiligten „real“ erfahren werden kann. Die bisherige Seelsorgepraxis in Betagtenheimen macht Gottesdienst- und Andachtsangebote, nimmt Kontakt zu alten Menschen auf, die sich in einer Not- oder Problemlage befinden, und gestaltet das seelsorgerliche Gespräch als ein auf das Individuum ausgerichtetes zwischenmenschliches Geschehen. Hier bedarf es aufgrund der beschriebenen Entwicklungen um der betreffenden Menschen Willen einer Erweiterung der bisher nur auf das Individuum ausgerichteten Blickrichtung. Dies postuliert Anne Schütte in Anlehnung an Doris Nauer. Interpersonelle, soziale, strukturelle und ökonomische sowie gesellschafts- und kirchenpolitische Aspekte müssen berücksichtigt und mit einbezogen werden. Eine integrative dialogische „Seelsorge als Fachdisziplin in der ‚Palliativen Geriatrie‘ vertritt einen interdisziplinär ausgerichteten, praktischtheologischen Ansatz diakonischer und politischer¹⁵ Seelsorge“ (Schütte 2006: 232).

¹⁵ Der Begriff der politischen Seelsorge wird von Anne Schütte nicht eigens definiert. Mit der (auch öffentlichen) Anwaltschaft für diejenigen, die durch ihre Ohnmacht und häufig vor-

„Als zentrales Element dieses Seelsorgeverständnisses wird der interdisziplinäre Dialog mit anderen Humanwissenschaften aus den Bereichen der Gesundheitspflege und Gerontopsychiatrie über die Frage nach dem Leid schwerpflegebedürftiger alter Menschen und den Umgang damit verstanden.“ (Schütte 2006: 232).

Grundlage dabei ist die Fähigkeit zur „Mitleidenschaft“ als Voraussetzung zur Empathie mit den betroffenen Menschen. Integrative dialogische Seelsorge meint Anwaltschaft,

„die sich für die Rechte derjenigen einsetzt, die durch ihre Ohnmacht (aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit) und durch ihre häufig vorkommende Sprachlosigkeit gegenüber den Vorgaben der Gesundheitspolitik am Rande der Gesellschaft stehen. Damit sind gleichzeitig die Angehörigen und die Pflegenden, die ebenfalls sprachlos im System agieren im seelsorgerlichen Handeln inkludiert.“ (Schütte 2006: 232).

Empathie ist dabei Grundhaltung für seelsorgerliches Handeln. Für den Praxisbereich Altenbetreuung heisst Empathie

„einführendes Verstehen der inneren Erlebniswelt des pflegebedürftigen alten Menschen. Sie ist das Bemühen, sich in diesen hineinzusetzen, seinen Gedanken zu folgen, und ihn von seinem Standpunkt aus zu verstehen.“ (Schütte 2006: 193).

Empathie schliesst Wertschätzung der anderen Personen, so, wie sie sind, mit ein. Gerade demenzerkrankte alte Menschen sind sehr sensibel für die Gefühle, die ihnen entgegengebracht werden. Sie reagieren sehr empfindlich darauf (vgl. Schütte 2006: 194f). Empathie meint allerdings nicht, sich vom Mitleid emotional überwältigen zu lassen, ohne die Situation genau angeschaut zu haben (vgl. Schütte 2006: 237). Alleiniges Sehen erreicht auch nicht „die konkrete Handlungsebene, wenn Empathie im Sinne echter Betroffenheit und echter Mitleidenschaft fehlt“ (Schütte 2006: 237). Empathie bzw. Compassion (vgl. Schütte 2006: 238) im Sinne von solidarischer Wahrnehmung und solidarischem Mitleid

„demonstrieren sich als Brücken zum Mitmenschen, wenn sie als Empörung gegen das Unglück und Unrecht, das anderen Menschen angetan wird, als eine starke Quelle für Veränderung gelten und zum Handeln motivieren“ (Schütte 2006: 238).

kommende Sprachlosigkeit am Rande der Gesellschaft stehen, wird der Begriff jedoch gefüllt (vgl. Schütte 2006: 232 sowie 237).

Empathie ist kein Mitleid von oben herab, sondern ein lebensschützendes und solidarisches Handeln, das letztlich alle Beteiligten zur Schicksalsgemeinschaft führt (vgl. Schütte 2006: 238f).

Damit sind sowohl inhaltliche als auch organisationale, individuelle und strukturelle Dimensionen angesprochen. Sie greifen ineinander (vgl. Schütte 2006: 232). Die integrative dialogische Seelsorge im Sinne von Anne Schütte konkretisiert und vollzieht sich auf vier Handlungsebenen: der palliativen spirituellen, der kontextuellen, der systemischen und der strukturellen Ebene, die im Folgenden skizziert werden sollen.

3.5.1.1. Palliative spirituelle Ebene

Sie „beinhaltet die personenbezogene, zwischenmenschliche Begegnung mit den pflegebedürftigen alten Menschen“ (Schütte 2006: 232). Diese Ebene

„vollzieht sich einmal in der Form von religiösen Angeboten, wie Andachten und Gottesdienste und des weiteren in begleitenden Gesprächen und Zuwendungen unter Anwendung der validierenden Kommunikationsmethodik und der basalen Stimulation (gerade bei pflegebedürftigen dementen Menschen“ (Schütte 2006: 233).

An anderer Stelle zeigt Anne Schütte auf, dass die bisherigen Methoden der Seelsorgepraxis in der aktuellen Situation nicht genügen. Insbesondere sind Kenntnisse notwendig, wie mit demenzerkrankten Menschen kommuniziert und insbesondere im Bereich von Sinnerfahrung und Wertschätzung gearbeitet werden kann (vgl. insbesondere Schütte 2006: 170-189). Grundlage ist eine empathische Verstehensweise (vgl. Schütte 2006: 233).

3.5.1.2. Kontextuelle Ebene

Diese Ebene umfasst „die Unterstützung und Begleitung der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden in der Pflege und Betreuung und fördert das interprofessionelle Arbeiten“ (Schütte 2006: 233). Insbesondere gehört zu diesen Aufgaben die „Förderung des Dialoges untereinander“ (Schütte 2006: 233) und die Unterstützung der „Mitarbeitenden beim Aufbau von Kommunikation in den entsprechenden Teamstrukturen“ (Schütte 2006: 233). Eine Aufgabe hat Seelsorge (vgl. im Folgenden Schütte 2006: 233f) in Konfliktsituationen von Pflegenden mit Angehörigen. Unter Einbezug der Sicht beider

Personengruppen kann sie bei der Erarbeitung von Lösungsansätzen unterstützen. Seelsorge braucht ebenfalls Kenntnisse über den Kontext sowohl der Pflege, insbesondere zu ihrem ständigen Spannungsfeld zwischen dem eigenen Berufsanspruch und den Anforderungen der Pflege- und Krankenkassen, als auch der Angehörigen, die nicht selten mit Schuldgefühlen konfrontiert sind, weil ihre Angehörigen im Pflegeheim leben. „Konkret bedeutet dies für die Seelsorgenden, Entlastung und Entschärfung in solchen Situationen zu ermöglichen und den Dialog zwischen den Personengruppen zu fördern.“ (Schütte 2006: 234). Es braucht Räume, in denen Spannungen angesprochen werden können. Insgesamt berührt die kontextuelle Ebene die Problematik, dass die

„Verarbeitung von Belastung, Grenzerfahrung, Begegnung mit Leid und Trauer, Umgang mit dementen pflegebedürftigen alten Menschen, Selbsttötung, all diese Themen [...] zwar durch die berufliche Tätigkeit (die ständig an Lebensgrenzen arbeitet) [entstehen], aber zu oft zu persönlichen Problemen der Mitarbeitenden erklärt und ihrer persönlichen Verantwortung überantwortet“ (Schütte 2006: 234)

werden. Die Förderung eines gemeinsamen Dialogs aller Personengruppen und Professionen kommt letztlich „dem gemeinsamen Ziel, nämlich der Betreuung pflegebedürftiger alter Menschen, zugute“ (Schütte 2006: 234).

3.5.1.3. Systemische Ebene

Die systemische Ebene „beinhaltet die Mitarbeit an der Entwicklung und Evaluierung hausinterner Leitbilder und Qualitätszirkel“ (Schütte 2006: 234). Dabei geht es insbesondere um einen Dialog mit den Trägerorganisationen sowie um die Förderung eines ethischen Diskurses. Beispielsweise könnten interdisziplinäre Ethik-Komitees oder –Konsilien verwirklicht werden, in denen konkrete ethische Themen dialogisch bearbeitet werden können. Als Beispiel eines möglichen Themas nennt Anne Schütte die Bitte von pflegebedürftigen alten Menschen um aktive oder passive Sterbehilfe (vgl. Schütte 2006: 235). In einer entsprechenden ethischen Beratung

„sollte es im ersten Schritt seelsorgerlichen Handelns nicht darum gehen, Positionen zu vertreten, sondern den integrativen Dialog mit den betroffenen alten Menschen, den Pflegenden, Ärzten und Ärztinnen zu suchen und sich darin gemeinsam auf die Lebensentwürfe und den Lebenssinn der betroffenen alten Menschen einzulassen“ (Schütte 2006: 235).

Zu beachten ist ebenfalls, dass „der Entscheidungsweg aller Beteiligten über die Subjekthaftigkeit und das ‚Person-Geheimnis‘ der zu pflegenden Menschen führen muss“ (Schütte 2006: 235f). Gerade für konfessionelle Seelsorgende ist dabei im Auge zu behalten, dass auch viele ältere Menschen ihre Lebensentscheidungen nicht nach christlichen Regeln fällen, was unbedingt respektiert werden muss. Es geht nicht „darum, was der Mensch soll, sondern es geht um Sein und Sollen eines konkreten Menschen in einer bestimmten Situation, um den Zuspruch des Angenommenseins“ (Schütte 2006: 236). Bei diesen ethischen Gesprächen handelt es sich um begegnungsintensive kommunikative Prozesse, zu denen auch eine gemeinsame Gefühlsarbeit gehört (vgl. Schütte 2006: 236). Von Seiten der Seelsorgenden braucht es ein ehrlich gemeintes Beziehungsangebot.

Eine weitere Aufgabe auf der systemischen Ebene sieht Anne Schütte (vgl. Schütte 2006: 236f) durch die Installierung von themenbezogenen Informations- und Austauschabenden für Pflegende und Angehörige. Nicht zuletzt geht es auch um die Entlastung von Pflegenden und Angehörigen.

3.5.1.4. Strukturelle Ebene

Integrative dialogische Seelsorge vollzieht sich nicht nur in den konkreten Betagtenheimen bzw. auf den drei oben beschriebenen Ebenen, sondern auch auf struktureller Ebene. Diese „impliziert Seelsorge an Strukturen, indem sie vor allem den gesundheitspolitischen und sozialen Kontext mit in den Blick nimmt“ (Schütte 2006: 237). Auch in öffentlich-politischen Interaktionen der kirchlichen Pastoral (Veranstaltungen in Gemeinden oder auf Bistumsebene usw.) soll die „vorrangige Option für die Unterdrückten (hier: die Situation der pflegebedürftigen alten Menschen) zur Sprache gebracht“ (Schütte 2006: 244) werden und damit zur Geltung kommen.

3.5.2. Seelsorge als Fachdisziplin der Palliative Care

Seelsorge hat sich zum einen bisher selbst noch nicht als Fachdisziplin innerhalb der Palliative Care etabliert (vgl. im Folgenden Schütte 2006: 258ff). In der Literatur zur Palliative Care wird Seelsorge als Fachgebiet anerkannt,

wenn es um religiöse Bedürfnisse von Betroffenen geht. Sie wird dabei reduziert auf sakrale Handlungen und Rituale sowie

„auf die Begleitung der Klientel in existentiellen Fragen, vor allem auf die direkte Sterbebegleitung und Betreuung der Angehörigen und ihrer Trauer. Gleichzeitig wird auch die Zuwendung durch die Pflegenden, Ärztinnen und Ärzte als ‚Seelsorge‘ bezeichnet.“ (Schütte 2006: 258).

Seelsorge kann sich nur als Fachdisziplin innerhalb der Palliative Care etablieren, wenn sie das nötige Anforderungsprofil erfüllt. Das bedingt auch eine Beachtung der Betagtenheimseelsorge innerhalb der Kirchen, was bisher wenig der Fall ist. So konstatiert Anne Schütte, dass die – in Anlehnung an Andreas Heller so genannte – organisationale Bedeutungslosigkeit (vgl. Schütte 2006: 258) - von Betagtenheimseelsorge sich in der Kirche wiederholt.

„Wird der Dienst an den Kranken, Alten und Sterbenden zwar als eine zur caritativen und diakonalen Identität der Kirche gehörende Aufgabe gesehen, scheint die Nische ‚Altenpflegeheim‘ doch weit weg. Faktisch lässt sich eine Aufmerksamkeit für die Altenheimseelsorge nur sehr zufällig und wenig systematisch erkennen.“ (Schütte 2006: 259).¹⁶

Seelsorge könnte aber in der stationären Altenpflege eine gewisse Vorreiterfunktion ausüben, indem sie die Grundhaltung und Philosophie von Palliative Care vorlebt und vermittelt. Übereinstimmend mit den Zielen von Palliative Care geht es auch einer integrativen dialogischen Seelsorge um würdig „leben bis zuletzt“ (Schütte 2006: 259).

Als weiterer Aspekt fordern die „gesundheitspolitischen Entwicklungen den ethischen Dialog mit den anderen Professionen der Medizin und Pflege nahezu“ (Schütte 2006: 259) heraus. Somit liegt die Etablierung von Seelsorge als Fachdisziplin innerhalb der Palliative Care auf der Hand.

„Ärztinnen, Ärzte und Pflegende arbeiten in den Zwischenbereichen zwischen Leben und Tod, Schon und Noch-Nicht, Macht und Ohnmacht. Dafür gibt es keine objektivierende Sprache. Diese gilt es im Dialog miteinander zu finden, um so die Grenzbereiche dieser Professionen und Dienste

¹⁶ Hier liesse sich weiter fragen: Liegt die Bedeutungslosigkeit von Betagtenheimseelsorge auch an einer Unkenntnis der Kirchen darüber, welche anspruchsvollen Lebens- und Glaubenskrisen von Betroffenen durchlebt und angesprochen werden können und welche Kompetenzen Seelsorgende benötigen, um diese kritischen Fragen aushalten und begleiten zu können? (Anm. der Verfasserin).

(und die der pflegebedürftigen alten Menschen) begehbar und benennbar zu machen.“ (Schütte 2006: 259).

Insgesamt lässt sich also die Aufgabe der Seelsorge „unter den genannten Rahmenbedingungen und gesundheitspolitischen Herausforderungen [...] nicht mehr allein als Begleitung, Begegnung, gesprächs- und symbolintensive, zwischenmenschliche Seelsorge“ (Schütte 2006: 260) beschreiben. Dies bedingt eine Erweiterung und Anpassung der vorhandenen Kompetenzen.

3.5.3. Verständnis von Person, Würde und Autonomie

Palliative Care und Seelsorge als eine ihrer Fachdisziplinen finden nicht im kultur- und wertefreien Raum statt. In Bezug auf alte, pflegebedürftige Menschen lassen sich in vielen heutigen Gesellschaften, insbesondere in den westlichen, Diskriminierungstendenzen feststellen (vgl. Schütte 2006: 90). Ältere Menschen werden dabei als „unfähig“ und als „Last“ kategorisiert und abgewertet. Ein vieldiskutierter Denkansatz ist derjenige von Peter Singer. Bei Singer lässt sich nachweisen, „dass Menschen durch schwere körperliche oder seelische Behinderung depersonalisiert werden“ (Schütte 2006: 90). In Abgrenzung dazu begründet Schütte die Begriffe Person und Würde theologisch in folgender Weise:

„Die personale Mitte der menschlichen Existenz bildet gerade die transzendente Verwiesenheit auf den personalen Gott, so dass das Zentrum der Person und damit auch der Wert der Person gar nicht in der biologischen Natur an sich, sondern in dieser Beziehung Gottes zum Menschen und des Menschen zu Gott zu suchen ist. Allein in dieser besonderen Beziehung und Bestimmung ist der unvergleichliche Wert des menschlichen Körpers begründet.“ (Schütte 2006: 94f).

Die Würde des Menschen liegt demnach im theologischen Begriff der Gotesebenenbildlichkeit begründet und darin, dass Gott ihn zu seinem Partner, bzw. zur Partnerin und somit zur Person gemacht hat. Einen Verlust dieser Würde „als Geschöpf Partner Gottes und so Person zu sein“ (Schütte 2006: 95) kann es so lange nicht geben, wie „der Mensch als irdisch leibliches Wesen lebt, gleich wie versehrt seine Leiblichkeit ist, und so lange, wie Gottes Treue zu seinem Geschöpf besteht“ (Schütte 2006: 95). Daraus folgt, dass „der Sinn und Wert menschlichen Lebens einer letzten radikalen Verfügung durch die Person selbst und durch andere Personen entzogen“ (Schütte

2006: 96) bleibt. Menschen ist es nicht erlaubt, „letztgültig und unwiderruflich über den Sinn und Wert des Lebens anderer zu verfügen, für [sic!] unwert zu erklären und ihm das Leben abzusprechen“ (Schütte 2006: 96). In der heutigen postmodernen, multikulturellen Gesellschaft kann aber eine solche christlich-theologische Begründung nicht allen Menschen einleuchten bzw. vermittelt werden. Aber selbst, wenn diese Argumentation nicht geteilt wird, „können starke Zweifel gegenüber der Möglichkeit und dem Recht, die Sinnlosigkeit und den Unwert eines Lebens von außen her objektiv festzustellen, angemeldet werden“ (Schütte 2006: 97). Palliative Care gibt eine eigene Antwort, „indem sie die Verantwortung für den Menschen in ihrer Haltung pflegebedürftigen und schwerkranken Menschen gegenüber“ (Schütte 2006: 97) deklariert. Dabei urteilt dieser Ansatz nicht über die Verwertbarkeit für die Gesellschaft, sondern richtet sich radikal nach den Bedürfnissen der Betroffenen (vgl. Schütte 2006: 98). Seelsorge ist somit in dieser Grundannahme an das Konzept der Palliative Care anschlussfähig.

Allerdings werden derzeit „die Würde dementer und schwerpflegebedürftiger alter Menschen und die Selbstverständlichkeit des Nichttötendürfens [...] im Namen der Autonomie des modernen Menschen in Frage gestellt“ (Schütte 2006: 99). Die Wahrung der Autonomie gehört dabei zu den verbrieften Menschenrechten. Sie ist allerdings ein „normativer Anspruch, der [...] in Spannung zur tatsächlichen Autonomiefähigkeit eines Menschen steht. Menschen sind nie vollumfänglich autonom. Dies ist bei alten Menschen nicht anders als bei jungen.“ (Schütte 2006: 101). Ein erwachsener Mensch hat sich im heutigen (westlichen) gesellschaftlichen Klima durch Objektivität, Rationalität und Produktivität auszuzeichnen. „Gesellschaftliche Disfunktionalität wird zur persönlichen Verantwortung, und alles, was im weitesten Sinne an sie erinnert, soll ausgelöscht werden.“ (Schütte 2006: 101). Auch Krankheit und Behinderung werden zur persönlichen Schuldfrage. Der Würdebegriff droht in sein Gegenteil verkehrt zu werden, wenn Leben nur noch dann eine Würde hat, wenn es zur Macht fähig ist (vgl. Schütte 2006: 102), wenn es einseitig die aktiven und unabhängigen Komponenten des Menschseins betont und die abhängigen ausblendet. „Wahre Autonomie kann nur möglich sein, wo diese Abhängigkeiten wahrgenommen und respektiert werden.“ (Schütte 2006: 102).

Nicht zuletzt wirken sich diskriminierende Wertvorstellungen auch auf das Selbstbild alter Menschen aus. Manche sehen sich „fast verpflichtet [...], möglichst ‚billig‘ aus dem Leben zu scheiden“ (Schütte 2006: 11). Auch Abwertungen unter den verschiedenen Bewohnern und Bewohnerinnen innerhalb von Betagtenheimen lassen sich feststellen. „Alte Menschen mit Demenz werden auch von alten nicht dementen Menschen aus der Welt der Personen ausgeschlossen.“ (Schütte 2006: 90). Selbst Pflegende stimmen immer häufiger der Euthanasie zu (vgl. Schütte 2006: 71), was Anne Schütte auf deren zunehmende Überforderung zurück führt.

Zusammenfassend konstatiert Schütte: Die Frage,

„warum man einem alten Menschen Zeit geben, ihn auf seinem Weg des Abschieds vom Leben begleiten soll, lässt sich nicht anders als mit dem Anspruch des Menschen auf eine fremde Würde beantworten. Eine Würde, die allem Abbau, aller Demenz, aller Inkontinenz und allem menschlichen Zerfall vorausliegt und von diesen Beeinträchtigungen der menschlichen Autonomie unangetastet bleibt und die kraftvoll Anspruch auf Solidarität der Gesellschaft mit allen Menschen erhebt.“ (Schütte 2006: 103).

Integrative dialogische Seelsorge, die die Option für die Situation von pflegebedürftigen alten Menschen verfolgt, hat hier eine wichtige Aufgabe zu leisten und zwar auf allen vier beschriebenen Ebenen (vgl. Kapitel 3.5.1.1. bis 3.5.1.4.).

3.5.4. Aufgaben der Betagtenheimseelsorge

Integrative dialogische Seelsorge vollzieht sich also auf vier Ebenen. Zur Haltung der Seelsorge kann grundsätzlich gesagt werden:

„Gefragt sind Seelsorger/-innen, die die Ohnmacht eines schwerkranken und sterbenden Menschen und seiner Angehörigen aushalten und mittragen, was gleichzeitig die Wahrnehmung, das Eingestehen und Teilen eigener Ohnmacht inkludiert.“ (Schütte 2006: 162).

Für die vier Ebenen sollen im Folgenden konkrete Aufgabenstellungen kurz zusammengefasst werden.

3.5.4.1. Palliative spirituelle Ebene

Auf dieser Ebene stellt sich insbesondere die Aufgabe für die Seelsorge,

„die leiblichen, sozialen und emotionalen Dimensionen der Befindlichkeit von pflegebedürftigen alten Menschen und ihre Schmerzen wahrzunehmen. Konkret würde dies bedeuten, Ängste, Unsicherheiten, Gefühlsschwankungen, Wut, Trauer, Bedrängnis, Vereinsamung, das Gefühl, nicht mehr wichtig zu sein, nicht mehr gebraucht zu werden, Sprachlosigkeit, Verletzungen, das Nichtverstandensein und vieles mehr, ernst zu nehmen. Dazu gehören die körperlichen Schmerzen und spirituelle und religiöse Fragen (beispielsweise Sinnvermittlung).“ (Schütte 2006: 162f).

Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, müssen Seelsorgende über die entsprechenden Kompetenzen verfügen bzw. darin geschult werden. Insbesondere ist an Methoden der nonverbalen Kommunikation zu denken, damit Seelsorgende den Umgang mit hochgradig verwirrten alten Menschen lernen können (vgl. Schütte 2006: 163). Dabei konstatiert Anne Schütte, dass diese Methoden für die Seelsorge noch kaum erschlossen sind.

3.5.4.2. Kontextuelle Ebene

Eine grundlegende Aufgabe von Betagtenheimseelsorge auf der kontextuellen Ebene sieht Anne Schütte im Bereich von ethischen Fragestellungen und ethischer Unterstützung (vgl. hierzu Schütte 2006: 68-72). Zum einen werden ethische Fragestellungen durch die Verschärfung der Situation in Betagtenzentren (höherer Pflegebedarf, erhöhter Bedarf an Kompetenzen bei gleichzeitiger Einschränkung der vorhandenen Zeit und enger werdendem Personalschlüssel) immer virulenter. Zum anderen werden ethische Fragen gestellt im gesellschaftlichen Kontext der Industriestaaten, indem für das Personsein des Menschen Kriterien aufgestellt werden, „welche den Lebenswert und damit die Lebensberechtigung neu definieren wollen“ (Schütte 2006: 73). Als Auswirkung lässt sich festhalten: „Wo Personsein weitgehend missachtet wird, laufen geschwächte Personen machtlos Gefahr, besonders abgewertet zu werden.“ (Schütte 2006: 90). Die Diskussion über den Personbegriff (vgl. Schüttes Ansatz, Kapitel 3.5.3.) muss weiter geführt werden. Wie in Abschnitt 3.5.3. beschrieben, stimmen Pflegende und alte, pflegebedürftige Menschen immer mehr der Euthanasie zu. Pflegende nehmen die Leidenszustände der alten Menschen wahr, können diesen Menschen aber

(u. a. unter den gegebenen Rahmenbedingungen) nicht mehr immer gerecht werden. Seelsorgende haben hier in Bezug auf die Pflegenden die Aufgabe, sie nicht im Stich zu lassen, sondern sie dazu anzuregen, die gültigen Normen in konkreten Situationen in Balint-Gruppen zu reflektieren und kritisch zu beurteilen, mit dem Ziel, sich mit moralischer Kompetenz und sozialer Verantwortung frei für eine Handlungsalternative entscheiden zu können (vgl. Schütte 2006: 70). Anne Schütte regt die Überlegung an, in allen Krankenhäusern und Betagtenheimen Balint-Gruppen aufzubauen, „weil dort Mitarbeitende anhand von Fallbesprechungen lösungsorientiert und selbstreflexiv arbeiten können“ (Schütte 2006: 134). Darüber hinaus sollen Pflegende unterstützt werden, wenn sie die Rechte der alten Menschen verletzt sehen und diese auf der organisationalen Ebene einbringen wollen (vgl. Schütte 2006: 163).

3.5.4.3. Systemische Ebene

Integrative dialogische Seelsorge vollzieht sich auch auf der systemischen Ebene, will sie von ihrer organisationalen Bedeutungslosigkeit wegkommen (vgl. Schütte 2006: 258). In Anlehnung an Thomas Krobath und Andreas Heller stellt Anne Schütte fest: „Systementwicklung ist Entwicklung von Kommunikation und vor allem Kooperation“ (Schütte 2006: 104). Organisationen verändern sich nicht einfach mit der Akkumulation von ethischem Bewusstsein, sondern es braucht zusätzliche Anstrengungen dazu. Neben den Herausforderungen eines ethisch verantworteten Umgangs mit Kranken und Sterbenden gilt es,

„den Fokus auf die organisationalen Bedingungen zu richten, die für ein menschliches Sterben zu gestalten sind, wobei die Interdisziplinarität (medizinisches, pflegerisches und therapeutisch-seelsorgerliches Handeln) und die soziale Dimension eines menschenwürdigen Alterns im Vordergrund stehen“ (Schütte 2006: 104).

Die organisationalen Bedingungen bestimmen die Situation der Betroffenen und aller Beteiligten ganz entscheidend mit. Deshalb brauchen diese

„Einrichtungen als komplexe Organisationen und seine [sic!] Berufsgruppen [...] verstärkt Aufmerksamkeit, Bedingungen menschlichen Sterbens zu entwickeln. Das bedeutet, sowohl in die Entwicklung der Organisationen als auch in die Qualifizierung von Personen zu investieren.“ (Schütte 2006: 105).

Dies setzt voraus, dass sich Organisationen als lernende Organisationen verstehen. Ist dies der Fall, so

„hat die integrative dialogische Seelsorge als Fachdisziplin neben anderen Professionen die Aufgabe, den Diskurs über die Bedeutung von Leben als endliches, über Grenzsituationen und der [sic!] Art des Umgangs damit in ihrem Praxisfeld ständig zu führen und weiter zu entwickeln“ (Schütte 2006: 264).

Unter anderem hat dies folgende Auswirkungen:

„Insofern Sterben und Sterblichkeit, Begrenztheit und Vergänglichkeit in Organisationen thematisiert werden, gewinnen Personen und Organisationen eine reale und realistische Einschätzung ihrer Grenzen und Chancen ihrer Handlungen.“ (Schütte 2006: 105).

Damit ist die Gefahr begrenzt, dass Personen, Berufsgruppen und Organisationen sich selber überschätzen und überfordern. Gleichzeitig kann übersteigerten und idealisierten Erwartungen der Gesellschaft an die entsprechenden Institutionen kompetent begegnet werden (Anmerkung der Autorin).

In christlich geprägten Organisationen kann die Seelsorge die Aufgabe haben, eine theologische Reflexion der organisationalen Wirklichkeit zu fördern und zu leisten (vgl. Schütte 2006: 161).

Organisationale Aufgaben sind Aufgaben aller Professionen und der gesamten Organisation.

„Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es das Zusammenwirken aller beteiligter Professionen braucht, um der Situation und den Bedürfnissen der Patienten und Bewohner und Bewohnerinnen in den Altenpflegeheimen gerecht werden zu können. In dieser Hinsicht ist in den Organisationen ein Lernprozess für alle notwendig.“ (Schütte 2006: 164).

3.5.4.4. Strukturelle Ebene

Diese Aufgaben sind mit den kirchlichen Behörden gemeinsam zu entwickeln. Wie in Abschnitt 3.5.1.4. beschrieben, stellt sich auf gesamtgesellschaftlicher Ebene für die Pastoral die Aufgabe und die Herausforderung, sich als Lobby insbesondere für die pflegebedürftigen alten Menschen zu etablieren (vgl. Schütte 2006: 73).

3.5.4.5. Rituelle Aufgaben der Seelsorge

Nicht zu vergessen sind rituelle Aufgaben der Seelsorgenden. Sie haben Wirkungen auf verschiedenen Ebenen. Als Beispiel seien Gedächtnisgottesdienste genannt. Sie können wichtige Gefässe sein sowohl für die Betroffenen, für die Angehörigen als auch für die Mitarbeitenden. So kann „die rituelle Bearbeitung des Traumas durch einen solchen Gedächtnisgottesdienst“ (Schütte 2006: 132) von besonderer Bedeutung sein. „Er symbolisiert sowohl Trennung als auch bleibende Verbindung der Namen der Familien mit dem jeweiligen Krankenhaus oder der Institution.“ (Schütte 2006: 132).

3.5.4.6. Fazit für die Aufgaben der Kirchen

Die Ansprechbarkeit „von sehr vielen Menschen auch auf religiöse Fragen, die im Umfeld von Krankenhäusern und Altenpflegeheimen auftauchen“ (Schütte 2006: 134), braucht von den Kirchen eine neue Wahrnehmung. Es steht in ihrer Verantwortung, für aktuelle Konzepte zu sorgen und der Altenheimseelsorge nicht nur zufällig und wenig systematisch Beachtung zu schenken. Um den seelsorgerischen Ansatz weiter zu entwickeln „bedarf es der Diskussion gegenwärtiger Seelsorgepraxis in Altenpflegeheimen“ (Schütte 2006: 164).

„Insgesamt kann festgehalten werden, dass die herkömmliche Art der Seelsorge, in einer eher intersubjektiven, interpersonalen Interaktionsintensität zu kommunizieren, nur begrenzt erfolgreich sein kann, um die legitimen Anliegen der Seelsorge zu verfolgen und zu erreichen. Eher muss Seelsorge sich prophetisch-kritisch, und parteiisch für die Rechte der Menschen im ‚vierten‘ Alter positionieren und muss vor allem die Menschen entlasten und unterstützen, die dem wachsenden Druck der Gesundheitspolitik, der Pflege- und Krankenkassen immer weniger entsprechen können: die Mitarbeitenden in der Pflege.“ (Schütte 2006: 264).

Im Kern geht es um die Würde und das Wohlbefinden der Menschen, sowohl der pflegebedürftigen und/oder demenzkranken alten Menschen als auch der Betreuenden und Pflegenden, der Therapeut/innen, Seelsorgenden und Mediziner/innen.

3.5.5. Kompetenzen der Seelsorgenden

Ergänzend zur Fähigkeit, personenzentrierte Seelsorgegespräche zu führen, sind folgende Kompetenzen, Kenntnisse und Grundhaltungen Seelsorgender gefragt:

- Fähigkeit zur Empathie bzw. Compassion, insbesondere die Fähigkeit, die leiblichen, sozialen und emotionalen Dimensionen der Befindlichkeit von pflegebedürftigen alten Menschen und ihre Schmerzen wahrzunehmen (vgl. Schütte 2006: 193-197 sowie 238).
- Auf der Ebene der Persönlichkeit die Fähigkeit, die Ohnmacht eines schwerkranken und sterbenden Menschen und seiner Angehörigen auszuhalten und mitzutragen, was gleichzeitig die Wahrnehmung, das Eingestehen und Teilen eigener Ohnmacht inkludiert. (vgl. Schütte 2006: 162).
- Fähigkeit zu begegnungsintensiven kommunikativen Prozessen und zur Gefühlsarbeit (vgl. Schütte 2006: 236).
- Rituelle Kompetenz (vgl. Schütte 2006: 189-193).
- Kenntnisse des zeitgenössischen Biografie-Kontextes alter Menschen (vgl. Schütte 2006: 200) sowie der Situation alter, pflegebedürftiger Menschen (vgl. Schütte 2006: 204-207).
- Kenntnisse über verschiedene Krankheiten und deren Auswirkungen auf die Betroffenen und ihr soziales Umfeld (vgl. Schütte 2006: 204).
- Hintergrundwissen über Pflegeprozesse (vgl. Schütte 2006: 234).
- Methoden der nonverbalen Kommunikation (Validation, basale Stimulation, usw.), damit Seelsorgende den Umgang mit hochgradig verwirrten alten Menschen lernen können (vgl. Schütte 2006: 163). Dabei weist Anne Schütte darauf hin, dass diese Methoden für die Seelsorge noch kaum erschlossen sind.
- Zusatzqualifikation zur Begleitung von schwer pflegebedürftigen Menschen mit oft grossen psychischen Veränderungen (Schütte 2006: 168).
- Kommunikationsfähigkeit auf kontextueller (vgl. Schütte 2006: 233) sowie systemischer Ebene (vgl. Schütte 2006: 234) sowie Kenntnisse im Bereich von OrganisationsEthik (vgl. Schütte 2006: 134 und 237).

- Ethische Kompetenz sowie Kompetenz zur Gesprächsführung in sowie zum Aufbau von ethischen Beratungsgremien (vgl. Schütte 2006: 234f).
- Fähigkeit und Bereitschaft zur multiprofessionellen Zusammenarbeit (vgl. Schütte 2006: 233 und 237).
- Kompetenzen, Themen innerhalb von Kirche und Öffentlichkeit bekannt zu machen und Anwaltschaft zu übernehmen (vgl. Schütte 2006: 244).

3.5.6. Kritische Würdigung

Die Arbeit von Anne Schütte kann zwar angesichts ihres Erscheinungsjahres die Entwicklung der vergangenen 5 Jahre noch nicht aufnehmen, kann jedoch für die Arbeit der Seelsorge in Betagtenzentren im Bereich der Palliative Care eine reflektierte Grundlage sein. Mit ihrem Ansatz einer integrativen dialogischen Seelsorge geht sie von der Option für die Betroffenen aus, die mit der Grundausrichtung der Betroffenenorientierung des Palliative Care Konzeptes übereinstimmt. Anne Schütte zeigt deutlich auf, dass eine Beschränkung der Seelsorge auf die Gesprächsführung alleine nicht mehr ausreicht, sondern dass sie auf vier verschiedenen Ebenen tätig werden muss, will sie in der aktuellen gesellschaftlichen Situation die Option für die Betroffenen einnehmen und durchhalten.

Ebenfalls relevant für die aktuelle Situation ist der Begriff von Person, Würde und Autonomie, wie ihn Anne Schütte darstellt. Sie zeigt die Haltung von einigen aktuellen Philosophieansätzen auf, die den „Lebenswert“ von Menschen zur Diskussion stellen. Davon grenzt sie sich deutlich ab und stellt diesen Ansätzen ihren Begriff gegenüber, der von der unverlierbaren Würde der Menschen ausgeht und Autonomie immer in Verbindung mit Abhängigkeit von Menschen sieht. Denn vollumfänglich autonom sind Menschen nie.

Für die Entwicklung von Konzepten für die Seelsorge innerhalb der multiprofessionellen Zusammenarbeit in Betagtenzentren liefert der Ansatz von Anne Schütte wichtige Grundlagen. Die Frage, wie die beschriebenen Aufgaben in der aktuellen Situation der immer öfter nur kurzen Aufenthaltsdauer der Betroffenen in den Betagtenzentren umgesetzt werden können, ist eigens zu bearbeiten.

4. Tabellarische Zusammenschau der Ansätze

Die in Kapitel 3 dargestellten Ansätze geben zu den in dieser Arbeit gestellten Forschungsfragen (vgl. Kapitel 0.1) teilweise Ansatzpunkte. Sie beantworten die Fragen zum Teil unterschiedlich. Zur besseren visuellen Übersicht sowie zur Fokussierung auf die gestellten Forschungsfragen dieser Arbeit werden die Antworten im Folgenden tabellarisch zusammengefasst und stichwortartig nebeneinander gestellt. Im darauf folgenden abschliessenden Kapitel 5 werden Erkenntnisse und offene Fragen formuliert sowie im Sinne eines Ausblickes Forschungs- und Handlungsbedarf skizziert.

Fragen	Erhard Weiher	Traugott Roser	Anne Schütte
Verhältnis der Seelsorge zur Spiritual Care im Konzept der Palliative Care: Hat Seelsorge grundsätzlich eine Aufgabe?	<ul style="list-style-type: none"> • Erhard Weiher geht stillschweigend davon aus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seelsorge hat eine Aufgabe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seelsorge hat eine Aufgabe, muss sich aber noch als Fachdisziplin im Bereich der Palliative Care etablieren.
In welches Verhältnis setzt sich Seelsorge zur Spiritual Care?	<ul style="list-style-type: none"> • Vorschläge zur sprachlichen und inhaltlichen Verständigung zur Spiritual Care in multiprofessioneller Zusammenarbeit: • Leitidee: Ganzheit des Menschen. • Symbol Geheimnis: Menschen, das Leben, das Sterben sind Geheimnis. • Drei-Pass-Modell der Spiritual Care. • Spiritual Care muss nach Kriterien arbeiten (Ziele, Qualität, Wirksamkeit), ohne messbare „Glaubensmedizin“ zu sein. • Felddynamiken der Professionen sowie ihre verschiedenen Rollen mit ihrer Symbolkraft sind zu beachten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seelsorge bringt unübliche Sprache und „Grammatik“ ein und hat dadurch zugleich System stabilisierende und System verändernde Funktion. • Spiritualitätsbegriff bezeichnet die Haltung einer ganzheitlich orientierten Medizin, die sich ihrer Grenzen bewusst ist. • Spiritualitätsbegriff in seiner vermeintlich terminologischen Unbestimmbarkeit hat innovatives Potential für das Gesundheitswesen und kann verbindendes Element sein für die Haltung und Ausrichtung innerhalb von Organisationen. • Die organisationale Ebene der Spiritualität von Institutionen ist neu zu beachten und zu un- 	<ul style="list-style-type: none"> • Seelsorge ist an den Ansatz der Palliative Care anschlussfähig: radikale Ausrichtung an den Bedürfnissen der Betroffenen sowie Ablehnung, den Wert von Menschen an deren gesellschaftlicher Verwertbarkeit zu messen. Ziel der Seelsorge und der Palliative Care: „würdig leben bis zuletzt“. • Betagtenheimseelsorge war bislang strukturell bedeutungslos. Sie wird auch von den Kirchen nur zufällig und wenig systematisch wahrgenommen. • Die gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Entwicklungen machen die Etablierung von Seelsorge als Fachdisziplin

Fragen	Erhard Weiher	Traugott Roser	Anne Schütte
		tersuchen.	lin innerhalb der Palliative Care notwendig.
Wie wird Religionsfreiheit garantiert?	<ul style="list-style-type: none"> • Religionsfreiheit wird nicht explizit erwähnt, ist jedoch durch die Orientierung an der Einstellung und den Bedürfnissen der Betroffenen sowie durch die seelsorgerliche Haltung (nicht missionierend) einbezogen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seelsorge muss sich zur Anwältin der Religionsfreiheit machen, auch in Bezug auf die Religionsgemeinschaften und die Angebote der Spiritual Care. • Der Spiritualitätsbegriff dient der Wahrung der Freiheit des Individuums, sowohl in Bezug auf den Zugriff durch bestimmte Religionen und Religionsgemeinschaften als auch auf die objektivierenden und manchmal enthumanisierenden Tendenzen des medizinisch-klinischen Apparats. • Spiritualität verbürgt die Unverfügbarkeit der Patienten und Patientinnen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Radikale Betroffenorientierung. • Je nach Situation Zurückhaltung mit der eigenen Position in ethischen Diskussionen.
Konkrete Aufgaben der Seelsorge innerhalb der Palliative Care:	<ul style="list-style-type: none"> • Seelsorge steht grundsätzlich für die Gesamtperspektive des Lebens. • Gesprächsführung in Bezug auf die unterschiedlichen spirituellen Bedürfnisse der Betroffenen. • Explizite Ansprache der spirituellen Ebene. • Hilfe für Betroffene, damit diese ihre eigenen Erfahrungen in den Horizont des Heiligen stellen und mit Glaubenserfahrungen früherer Menschen in Verbindung bringen können. • Coping. • Rituale und symbo- 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprächsführung mit Patienten und Patientinnen, mit Angehörigen, Pflegenden, Ärzten und Ärztinnen. • Grundannahme: Jede Person ist der eigene Seelsorger bzw. die eigene Seelsorgerin. • Einbringen der hermeneutischen Methodik der Deutungskunst, sowohl im Bereich von Theologie und Seelsorge, als auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit. • Rituelle Aufgaben. • Medizinethik und ethische Fragestellungen. • Allenfalls Mitarbeit oder sogar Modera- 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrative dialogische Seelsorge konkretisiert sich auf 4 Ebenen: • Palliative spirituelle Ebene (Gespräche, nonverbale Kommunikation, Wahrnehmung der Befindlichkeit von alten Menschen). • Kontextuelle Ebene (ethische Gespräche, Rahmenbedingungen, Balint-Arbeit). • Systemische Ebene (Kommunikation und Kooperation auf der Ebene der Organisation bzw. der organisationalen Bedingungen, in-

Fragen	Erhard Weiher	Traugott Roser	Anne Schütte
	<p>lische Handlungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je nach Situation Begleitung von Menschen, die keiner religiösen Kultur angehören. • Erkennen und Bearbeiten pathogener Zusammenhänge zwischen Religion oder spirituellen Einstellungen und seelischer Gesundheit. • Im Bereich ethischer Fragestellungen: Aufgaben auf der Mikro-, Meso- und Makroebene. • Multiprofessionelle Zusammenarbeit: Einbringen von Vorschlägen für eine verständliche Sprache im Bereich der Spiritualität. 	<p>tion von Ethik-Komitees.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeit in der Lehre der Gesundheitsinstitution. • Formulierung von Forschungsfragen und Studiendesigns, Mitarbeit bei der Interpretation von Untersuchungsergebnissen sowie bei der Reflexion der Vorentscheidungen der Interpretation. 	<p>terdisziplinäre Arbeit auf dieser Ebene).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturelle Ebene (Lobbyarbeit auf gesellschaftlicher Ebene). • Rituelle Aufgaben. • Anwaltschaft für die Rechte derjenigen, die am Rande der Gesellschaft stehen, auch für die Angehörigen und die Pflegenden. • Empathie als einführendes Verstehen der inneren Erlebniswelt von pflegebedürftigen alten Menschen.
<p>Beitrag der Seelsorge in der aktuellen Situation in Betagtenheimen im Bereich der Palliative Care:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erhard Weiher äussert sich nicht explizit dazu. Seine Vorschläge zur Begleitung im Bereich der Alltags- und Resonanzspiritualität können auch hier fruchtbar werden. • Kommunikation mit Menschen, die nicht (mehr) verbal kommunizieren können und / oder nicht (mehr) bei Bewusstsein sind. • Rituelle Begleitung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dazu äussert sich Traugott Roser nicht. Die von ihm allgemein genannten Aufgaben der Seelsorge im Gesundheitsbereich sind zu konsultieren: sie geben Grundlagen und Anhaltspunkte auch für die aktuelle Entwicklung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siehe Aufgaben innerhalb der Palliative Care. Eine längere seelsorgerliche Begleitung ist oft nicht möglich. Hingegen bleiben die Aufgaben auf den vier genannten Ebenen bestehen, ebenso wie die gesamten Ausführungen von Anne Schütte.

<p>Wie verortet sich Seelsorge innerhalb der Organisationen Betagtenheim und Kirche? Chancen und Schwierigkeiten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seelsorge ist in die multiprofessionelle Zusammenarbeit eingebunden. Die Aufgabenzuordnung erfolgt über die verschiedenen Ebenen der Spiritualität sowie über die Rollen und die Felddynamiken der Professionen. • Aufgaben der Seelsorge auf der Mikro-, Meso- und Makroebene. • Konkretere Überlegungen zur organisationalen Einbindung sind nicht ausgeführt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zu den Betagtenzentren äussert sich Traugott Roser nicht explizit, jedoch zum Gesundheitsbereich. • Präsenz und Einbindung in das therapeutische Geschehen, in die Entscheidungsprozesse, damit die spirituellen und religiösen Aspekte zur Geltung kommen. Dies führt zur Vermittlung von Öffentlichem und Privatem. • Durch Gesprächsräume einerseits entlastende und stabilisierende Funktion in der Organisation. Gleichzeitig System verändernde Funktion als Fachperson für nicht-medizinische Fragen. • Seelsorgende sollen sich in die Organisation einbringen sowie verschiedene Rollen im Sinne eines „inwendigen diskurs-ethischen Verfahrens“ koppeln können. • Klärung des Spiritualitätsbegriffs. • Einbringen der Deutekunst. • Anwaltschaft für die Religionsfreiheit ist kritische Haltung gegenüber den eigenen Religionsgemeinschaften und gegenüber allen spirituellen Angeboten. • Mitarbeit in ethischen Gremien, in der Ausbildung und in der Forschung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inhaltliche, organisatorische, individuelle und strukturelle Dimensionen greifen ineinander. Das bedingt auch Mitarbeit bzw. Präsenz in der Organisation. • Mitarbeit bei hausinternen Leitbildern und Qualitätszirkeln. • Aufbau von Ethik-Komitees oder –Konsilien. Fokus soll auf organisationale Bedingungen gelegt und interdisziplinäre Zusammenarbeit gesucht werden. • Lernprozesse sind von allen zu leisten, wie die Professionen in den Organisationen zusammen arbeiten können. Ziel ist es, den Betroffenen gerecht werden zu können. • In christlich geprägten Organisationen: theologische Reflexion der organisationalen Wirklichkeit. • Betagtenheimseelsorge und Gemeindepastoral lassen sich schwer innerhalb eines Stellenauftrages vereinen. • Anwaltschaft für die Betroffenen lässt die Seelsorge auch Distanz nehmen und kritische Anfragen stellen.
--	--	--	--

<p>Kompetenzen der Seelsorgenden:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzen zur Beziehungsgestaltung, zur Begleitung, zur Empathie und verstehender Kommunikation. • Offenheit für alle Äusserungen (Befinden, Gefühle, Sorgen, Krankheits- und Lebensgeschichten) von Patienten, Patientinnen und ihren Angehörigen. • Kompetenz zur Begleitung spiritueller Fragen, sowohl von Menschen, die der eigenen Religion, als auch einer anderen oder keiner Religion angehören. • Kenntnisse der eigenen religiösen Tradition und anderer Traditionen. • Kompetenz und Bereitschaft, Kontakte zu Religionsbeauftragten anderer Religionen und Traditionen herzustellen und zur Integration beizutragen. • Kompetenz, pathogene Strukturen erkennen und bearbeiten zu können. • Kompetenz zur Trauerbegleitung von Betroffenen und Angehörigen. • Rituelle Kompetenz. • Ethische Kompetenz: Seelsorgende müssen sich auf der Mikro-, Meso- und Makroebene auskennen und einbringen können. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzen zur seelsorgerlichen Gesprächsführung mit Betroffenen, Angehörigen, Pflegenden, Ärzten und Ärztinnen. • Theologische, rituelle und spirituelle Kompetenz. • Kompetenzen als Sachkundige für nicht-medizinische Fragen. • Kompetenz, sich im interdisziplinären und multiprofessionellen Gespräch einbringen zu können. • Hermeneutische Kompetenz (Deutkunst). • Ethische Kompetenz und Kompetenz zur Moderation von ethischen Beratungsgremien. • Organisationale Kenntnisse und die Kompetenz, sich in die Organisation einzubringen und verschiedene Rollen im Sinne eines „inwendigen diskursethischen Verfahrens“ koppeln zu können. • Kompetenz, verschiedene Systeme (Theologie / Kirchen, Gesundheitswesen) erkennen und benennen zu können sowie fruchtbareren Umgang damit zu finden. • Kompetenz zur Lehre in Gesundheitsorganisationen. • Allenfalls die Kompetenz, Forschungsfragen und Studiendesigns mitgestalten und Untersuchungsergebnisse interpretieren zu können. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzen zur Führung personenzentrierter Seelsorgegespräche. • Fähigkeit zur Empathie bzw. Compassion, die zur Anwaltschaft führt. • Persönliche Fähigkeit, die Ohnmacht eines schwerkranken und sterbenden Menschen und seiner Angehörigen auszuhalten und mitzutragen; Wahrnehmen und Eingestehen eigener Ohnmacht. • Fähigkeit zu begegnungsintensiven kommunikativen Prozessen und zur Gefühlsarbeit. • Rituelle Kompetenz. • Kenntnisse des zeitgenössischen Biografie-Kontextes alter Menschen sowie der Situation alter, pflegebedürftiger Menschen. • Kenntnisse über verschiedene Krankheiten und deren Auswirkungen auf die Betroffenen und ihr soziales Umfeld. • Hintergrundwissen über Pflegeprozesse. • Methoden der nonverbalen Kommunikation. • Zusatzqualifikation zur Begleitung von schwer pflegebedürftigen Menschen mit oft grossen psychischen Veränderungen. • Kommunikationsfähigkeit auf kontextueller und systemischer Ebene sowie Kenntnisse
--	---	---	--

			<p>im Bereich von OrganisationsEthik.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ethische Kompetenz, Kompetenz zur Gesprächsführung in sowie zum Aufbau von ethischen Beratungsgremien.• Fähigkeit und Bereitschaft zur multiprofessionellen Zusammenarbeit.• Kompetenzen, Themen innerhalb von Kirche und Öffentlichkeit bekannt zu machen und Anwaltschaft zu übernehmen.
--	--	--	--

5. Erkenntnisse, offene Fragen und Ausblick

„Seelsorge im Zeitraffer?“ So lautet der Titel dieser Arbeit. Damit ist das Forschungsinteresse zusammengefasst: Welches ist die Aufgabe der Seelsorge in den Betagtenzentren im Bereich der Palliative Care in der aktuellen Situation und Entwicklung? In Kapitel 1 und 2 dieser Arbeit wurden die aktuelle Entwicklung sowie deren Auswirkungen auf die verschiedenen Beteiligten aufgezeigt. In Kapitel 0.1 wurden die Forschungsfragen formuliert. So wurde nach dem Verhältnis der Seelsorge zur Spiritual Care im Konzept der Palliative Care sowie nach ihrem spezifischen Beitrag in der aktuellen Situation der Betagtenheimseelsorge gefragt. Weiter wurde die Frage nach der organisationalen Zuordnung der Seelsorge im Bereich der Betagtenheime gefragt. Und es sollten nötige Kompetenzen herausgearbeitet werden, über die Seelsorgende in der aktuellen Situation verfügen müssen. Zur Bearbeitung dieser Forschungsfragen wurden im Kapitel 3 die Ansätze von Erhard Weither, Traugott Roser und Anne Schütte zu Rate gezogen und dargestellt. In Kapitel 4 wurden die Ergebnisse aus diesen Ansätzen zur besseren visuellen Übersicht und zur Fokussierung auf die Forschungsfragen in tabellarischer Form nebeneinander gestellt. In diesem abschliessenden Kapitel 5 sollen Erkenntnisse, die anhand der beleuchteten Ansätze gewonnen werden konnten, sowie offene Fragen formuliert werden. Im Sinne eines Ausblicks wird ebenfalls Forschungs- und Handlungsbedarf aufgezeigt.

Zunächst lässt sich grundsätzlich feststellen: Im Bereich Seelsorge und Palliative Care in Betagtenzentren wurde insgesamt noch wenig geforscht und konzeptionell gearbeitet (vgl. Schütte 2006: 18 sowie Drechsel 2007: 188). Die Arbeit von Anne Schütte (Schütte 2006) war in ihrer Art und ihrer spezifischen Fragestellung in Bezug auf den Bereich der Betagtenheimseelsorge die einzige, die gefunden werden konnte. Da die Arbeit aus dem Jahre 2006 stammt, ist die rasante Entwicklung der vergangenen Jahre noch nicht aufgenommen und bearbeitet. Hier gibt es also grossen Forschungs- und Handlungsbedarf. Dies wurde auch von diversen Autoren und Autorinnen bestätigt (vgl. Winter-Pfändler und Morgenthaler 2010c: 583 und Drechsel 2007: 188).

Meine persönlichen Erfahrungen als Seelsorgerin in Betagtenzentren, wie sie in Kapitel 0 dieser Arbeit beschrieben sind, haben zu den formulierten Forschungsfragen (Kapitel 0.1.) geführt. Meine Vermutung und Erfahrung, dass bisherige Seelsorgekonzepte für den Bereich Betagtenheime sich weitgehend auf Gesprächsführung zwischen Betroffenen, Angehörigen und Seelsorgenden beschränken, sich hauptsächlich mit der psychosozialen Situation älterer Menschen befassen und kaum Forschung zur Aufgabe im Bereich der Palliative Care in der aktuellen Entwicklung enthalten, wurde von diversen AutorInnen (z.B. Drechsel 2007: 188 und Schütte 2006: 18) bestätigt.

Im Folgenden sollen anhand der gestellten Forschungsfragen Ergebnisse und offene Fragen formuliert werden.

5.1. *Verhältnis der Seelsorge zur Spiritual Care im Konzept der Palliative Care*

Wie in Kapitel 3 aufgezeigt, befürworten sowohl Erhard Weiher, als auch Traugott Roser und Anne Schütte – entweder implizit oder explizit -, dass Seelsorge der christlichen Kirchen eine Aufgabe innerhalb der Palliative Care übernehmen sollen. Ich stimme den beiden Autoren und der Autorin zu. Denn insbesondere die meisten der aktuell älteren und hochbetagten Menschen in der Schweiz sind innerhalb der christlichen Konfessionen gross geworden und sind geprägt von den christlichen Traditionen, Schriften, Geschichten und Ritualen, die zur Quelle für Spiritual Care werden können (vgl. Ralph Kunz 2007a: 7). Das vorläufige Verständnis von Spiritualität in dieser Arbeit wurde in Kapitel 3.1.1. dargelegt und begründet. Nach welchen theologischen Kriterien die konkrete Gesprächsführung der Seelsorge zu spirituellen Fragen inhaltlich geschehen kann, wäre in einer weiteren Arbeit zu klären. Die in dieser Arbeit verwendete Definition von Spiritualität bleibt somit vorläufig.

Das Verhältnis von Seelsorge und Spiritual Care wirft weitere Fragen und Aspekte auf, die beachtet werden müssen. So bedeutet Palliative Care als Konzept multiprofessioneller Begleitung anhand und entlang der Bedürfnisse der Betroffenen einen markanten Systemwechsel für die Seelsorge und für

die Kirchen als deren Auftraggeberinnen, wie Traugott Roser dies ausführlich aufzeigt (vgl. Roser 2007b: 244-246). Die Kirchen werden nicht mehr selbstverständlich für Spiritual Care angefragt, was für diese sowohl Schwierigkeit als auch eine durchaus motivierende Herausforderung sein kann. Entscheiden sich die Kirchen, innerhalb der Spiritual Care Anbieterinnen sein und bleiben zu wollen, müssen sie sich im Gesundheitssystem in mehrererlei Hinsicht neu orientieren. Sie haben sich im Bereich ihrer organisationalen Einbindung in die Gesundheitsorganisationen zu verorten: Geben sie sich als verlässliche Mitarbeitende in die Organisation ein und sind sie Teil der multiprofessionellen Zusammenarbeit? Wie kann und soll dies gehen? Traugott Roser weist darauf hin, dass Seelsorgende durch ihre Verortung in zwei Systemen mithelfen können, eine Engführung der Logik eines der beiden Funktionssysteme zu vermeiden. Durch ihre Präsenz und Mitarbeit und durch ihren Hintergrund in einem anderen als dem Gesundheitssystem können sie sowohl System stützende als auch verändernde Funktion haben. Seelsorgende brauchen Kompetenzen, um sich in Organisationen verhalten und einbringen zu können.

Erhard Weiher weist auf einen weiteren Aspekt hin: Spiritual Care innerhalb der Palliative Care kann zur „Gesundheitsmedizin“ vereinnahmt werden, die messbare förderliche Auswirkungen für die Betroffenen haben soll. Dies widerspricht der grundsätzlichen Offenheit von Seelsorgegesprächen. Seelsorge hat sich demnach nicht nur als Anbieterin im Bereich der Spiritual Care einzusetzen, sondern ebenfalls als kritische Anwältin wider die ökonomische Vereinnahmung von Spiritual Care einzusetzen. Ebenfalls, wie Traugott Roser anmerkt, muss sie Anwältin sein für die Religionsfreiheit der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen, und zwar in zwei Richtungen. So hat sie darauf zu achten, dass die Betroffenen spirituell begleitet werden, wenn diese es wünschen. Umgekehrt hat sie sich dafür einzusetzen, dass Betroffene davon „verschont“ bleiben, wenn diese Spiritual Care nicht wünschen. Diese Anwaltschaft bezieht sich sowohl auf die (eigenen und anderen) Religionsgemeinschaften als auch auf alle anderen spirituellen Angebote.

Palliative Care verlangt die multiprofessionelle Zusammenarbeit. Sowohl Erhard Weiher, als auch Traugott Roser und Anne Schütte weisen auf die Relevanz der multiprofessionellen Zusammenarbeit hin. Hier ist von Seiten der

Seelsorge (sowie gleichzeitig und miteinander von Seiten aller Professionen) noch viel Arbeit zu leisten: Widersprüche, schwierige ethische Fragestellungen können nur gemeinsam bearbeitet, balanciert und/oder entschieden werden (vgl. Andreas Heller 2007: 201). Wie kann dies im Zusammenspiel der verschiedenen Fachkompetenzen geschehen? Wie können die unterschiedlichen Vorstellungen, Herangehensweisen und Forschungspraxen gemeinsam in ein fruchtbares Miteinander eingebracht werden? Als Beitrag der Seelsorge dazu erwähnt Erhard Weiher die Mitarbeit an einer gemeinsamen Sprache in Bezug auf Spiritualität bzw. spirituelle Begleitung und schlägt als Ansatzpunkt dafür die Einführung der Begriffe „Geheimnis“ und „Ganzheit“ vor. Traugott Roser weist auf die Chance und das innovative Potential des Spiritualitätsbegriffes hin: Die Unschärfe und Offenheit des Begriffes gibt die Möglichkeit, Verständnis und Haltung zu diskutieren und zu einer in der Organisation gemeinsamen Haltung zu kommen.

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit wirft für den Bereich der Seelsorge die weitere Frage auf, wie sie sich mit der seelsorgerlichen Schweigepflicht vereinbaren lässt. So sollen Betroffene weiterhin in einem geschützten Rahmen ansprechen können, was sie bewegt. Erhalten Seelsorgende jedoch die Stellung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit einem „Geheimwissen“, so kann dies zur Erschwernis der Zusammenarbeit führen oder gar dem Ziel der radikalen Betroffenenorientierung widersprechen.

Eine weitere Frage wird von Anne Schütte (vgl. Schütte 2006: 168 sowie 177) aufgeworfen: Können Seelsorgende gleichzeitig in der Gemeindepastoral als auch in der Betagtenheimseelsorge tätig sein?. Aufgrund meiner eigenen Erfahrung stelle ich dies mit Anne Schütte zusammen in Frage. Denn die zwei sehr verschiedenen Systeme mit ihren jeweiligen Aufgabenstellungen, Arbeitsweisen, Thematiken und Anforderungen erschweren eine Erfüllung der Aufgaben erheblich. So ist schon alleine die zeitliche Präsenz an beiden Orten kaum in Einklang zu bringen. Eine Einbindung sowohl in die Organisation der Gemeinde mit ihren Gremien (Pfarreirat, Arbeit mit Gruppen, Beerdigungen, Tauffeiern, Liturgien) als auch in die Betagtenzentren (Präsenz im Haus, Mitarbeit in den verschiedenen Stationsteams und Arbeitsgruppen bzw. ethischen Beratungsgremien) lassen sich sehr schwer vereinbaren. Zudem sind die organisationalen Anforderungen (Widersprü-

che, ethische Grundhaltungen, Hierarchien, multiprofessionelle Zusammenarbeit usw.) sehr unterschiedlich. Sind Seelsorgende jedoch zugleich in der Gemeindepastoral als auch in der Betagtenheimseelsorge tätig, brauchen sie ein inwendiges diskursethisches Verfahren, um ihren Beitrag zur Kommunikation leisten zu können, wie Traugott Roser betont. Zusätzlich brauchen auch Seelsorgende organisierte Räume, um Rollenkonflikte und Widersprüche balancieren zu können. Denn die Gefahr ist gross, dass an beiden Orten Defizite entstehen und/oder die Seelsorgenden im dauernden Bewusstsein arbeiten müssen, ihren Aufgaben in beiden Bereichen nicht gerecht werden zu können. Dies führt zu Unzufriedenheit auf allen Seiten sowie zur drohenden Überbelastung der Seelsorgepersonen, insbesondere wenn diese die Defizite durch grosses persönliches Engagement zu verringern suchen (vgl. Andreas Heller 2000: 68).

Kirchen bzw. die Seelsorge sind herausgefordert, verstärkt Aufgaben, Ziele und Qualitätskriterien für ihre Arbeit zu überprüfen und zu entwickeln, ihre Kompetenzen entsprechend kompetent in die multiprofessionelle Zusammenarbeit einzubringen und dort zur Verfügung zu stellen, immer im Wissen, dass ihre Perspektive eine von mehreren ist (vgl. Andreas Heller 2000: 68). Welches sind denn aber die konkreten Aufgaben und Kompetenzen der Seelsorge, ihr Beitrag, den sie in der aktuellen Situation in Betagtenzentren einzubringen hat? Dies soll im nächsten Abschnitt zusammengefasst werden.

5.2. *Beitrag der Seelsorge in der aktuellen Situation in Betagtenzentren*

Wie bereits oben festgestellt, wurden keine Ansätze gefunden, die die aktuelle Situation in Betagtenheimen bereits aufnehmen und bearbeiten. Dennoch lassen sich aus den dargestellten Ansätzen einige Aufgaben ableiten. Grundsätzlich stimme ich Anne Schütte und Traugott Roser zu, die für eine Erweiterung der Aufgabenbereiche der Seelsorge im Bereich der Palliative Care plädieren und dies ausführlich begründen (vgl. Kapitel 3). Die Option für die Betroffenen (vgl. Schütte 2006: 244) in Betagtenzentren in der heutigen Situation erfordert diese Erweiterung, die teilweise bereits geschehen

oder im Gange ist (vgl. Roser 2007b: 241). Im Bereich der Betagtenzentren ist noch viel zu tun. Anne Schütte beschreibt die Aufgaben der Seelsorge auf vier Ebenen: auf der palliativen spirituellen, der kontextuellen, der systemischen Ebene sowie der strukturellen Ebene.

Der Bereich der Gesprächsführung mit Betroffenen und An- und Zugehörigen ist und bleibt weiterhin wichtig. Dazu muss aber auch die Begleitung der haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden kommen (Schütte 2006: 233). In Bezug auf die Betroffenen ist der Situation Rechnung zu tragen, dass viele immer später in die Betagtenheime eintreten. Eine länger dauernde gesprächsbezogene Begleitung ist somit oft nicht möglich. Verstärkt wird diese Situation in der Begleitung von Betroffenen, die dementiell erkrankt sind sowie von Menschen, die aufgrund ihrer aktuellen Situation nicht (mehr) verbal kommunizieren können. Hier kann die liturgische und rituelle Kompetenz von Seelsorgenden sehr wichtig sein und zum Tragen kommen (vgl. Weiher 2009: 114 und 133 sowie Schütte 2006: 233).

Im Gefüge der Betagtenheime in der aktuellen Entwicklung können Gesprächsführung und rituelle Aufgaben nicht die einzigen bleiben, wie auch Anne Schütte mit der Bezeichnung der vier Ebenen der Seelsorge betont. Traugott Roser geht mit ihr einig. So erfordert Palliative Care als multiprofessioneller Ansatz die Zusammenarbeit auch im Bereich von ethischen Fragestellungen. Diese sollen nicht individualisiert und nicht dem einzelnen Mitarbeiter bzw. der einzelnen Mitarbeiterin aufgebürdet werden. Hierzu braucht es organisational verantwortete und garantierte Räume (vgl. Krobath und Heller 2010a: 18). Innerhalb der konkreten ethischen Beratung hat Seelsorge in Anlehnung an Traugott Roser mit ihrer hermeneutischen Kompetenz (z.B. durch das Einbringen der Methodik der Deutekunst) (vgl. z.B. Roser 2007b: 55), sowie mit ihrer ethischen Kompetenz einen wichtigen Beitrag zu leisten. Von ihrer Grundhaltung her soll Betagtenheimseelsorge Anwältin sein für die Sicht der Betroffenen. Dazu gehört es auch, die eigenen (persönlichen und / oder kirchlichen) Vorstellungen zurück zu stellen (vgl. Schütte 2006: 235), es sei denn, die Menschenwürde der Betroffenen oder der Mitarbeitenden wird in Frage gestellt. So wird beispielsweise bei Anfragen nach begleitetem Suizid, der in der Schweiz für die Begleitenden unter bestimmten Be-

dingungen¹⁷ straffrei ist, zu klären sein: wie steht die Seelsorge dazu? Wie wird Betroffenenorientierung und die Gewissensfreiheit auch der Mitarbeitenden, darin auch der Seelsorgenden, gewahrt? Lässt die Organisation den begleiteten Suizid in ihrer Institution zu?¹⁸

Im Bereich des Aufbaues ethischer Beratungsräume wären die bereits bestehenden Gefässe der Zusammenarbeit in Betagtenzentren genauer zu untersuchen. Wo es solche Räume nicht gibt, wäre die Aufgabe der Seelsorgenden, darauf hinzuweisen und mitzuarbeiten, dass sie entstehen können.

Kirchen haben über die konkrete Situation in den Betagtenheimen hinaus eine weitere übergreifende Aufgabe auf struktureller Ebene, wie Anne Schütte (vgl. Schütte 2006: 237) aufzeigt: wollen Kirchen die Option für die Betroffenen einnehmen, ist auch politische Lobbyarbeit zu leisten für alte, insbesondere für hochbetagte, multimorbide Menschen. Nach wie vor unterliegt diese Lebenszeit der gesellschaftlichen Abwertung. Zum einen haben Literatur und Veranstaltungen zum Alter Hochkonjunktur¹⁹. Zum anderen wird dieses Lebensalter immer noch aus Sicht der „mittleren“, erwerbstätigen Generation betrachtet und bewertet (vgl. Drechsel 2007: 189). Diese Generation bewertet Leistung, Autonomie und Nützlichkeit hoch.

Lobbyarbeit wäre ebenfalls zu leisten im Bereich der Definition und Bewertung der Autonomie. Zum einen ist Autonomie eine sehr wichtige Errungenschaft der Aufklärung. Autonomie ist jedoch nie absolut, Menschen sind immer auch abhängig und auf andere angewiesen (vgl. Heller und Krobath 2011: 180). Entscheidungen haben auch immer Auswirkungen auf andere und führen somit zur Verantwortung. In Anlehnung an Anne Schütte und

¹⁷ Gemäss dem Schweizer Strafgesetzbuch StGB Art. 115 wird jemand bestraft, der jemandem aus selbstsüchtigen Beweggründen Hilfe zum Suizid leistet. Liegen keine selbstsüchtigen Beweggründe vor, bleibt die Beihilfe zum Suizid straffrei.

¹⁸ Aktuell wird beispielsweise im Grossen Stadtrat von Luzern (Legislative der Gemeinde der Stadt Luzern) ein Bericht und Antrag zur Regelung der Beihilfe zum Suizid in den Betagtenzentren und Pflegewohnungen der Stadt Luzern diskutiert, über den möglicherweise Ende des Jahres 2011 in einer Sitzung abgestimmt werden soll. Dieser Bericht und wurde den Betagtenheimseelsorgenden der Stadt Luzern zur Stellungnahme zugestellt. Die Betagtenheimseelsorgenden haben am 3.11.2011 dazu Stellung genommen. (Verfügbar auf: http://www.kathluzern.ch/de/aktuellesmain/neuigkeiten/?action=showinfo&info_id=4703 [Webseite besucht am 10.11.2011]). Der Entscheid über eine konkrete Regelung steht zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit noch aus.

¹⁹ Im IDS-Katalog der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern konnten unter dem Stichwort „Alter“ 1931 Titel gefunden werden. Davon sind 147 in den Jahren 2010 und 2011 erschienen. (Suche im IDS-Katalog der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern am 10. Oktober 2011).

Traugott Roser wäre aufzuzeigen: Wird der Personbegriff aufgrund von bestimmten Fähigkeiten, insbesondere von kognitiven Fähigkeiten wie beispielsweise bewusst und eigenständig entscheiden zu können, definiert und davon abhängig gemacht (vgl. Roser 2007b: 194-204), würde das Personsein von Menschen, die nicht (mehr) entscheiden und verbal kommunizieren können, in Frage gestellt, wie dies einige Philosophie-Ansätze tatsächlich tun (vgl. Schütte 2006: 68-72). Die Auswirkungen davon können sein, dass der „Lebenswert“ dieser Menschen in Frage gestellt wird und die Euthanasie zumindest als zu überlegende Handlungsweise in den Blick genommen wird. Betroffene selber können unter den Druck geraten, sich selber abschaffen zu müssen (vgl. Schütte 2006: 11). Hier ist es die Aufgabe der Kirchen, sich anwaltschaftlich für die Betroffenen und somit für einen Personbegriff einzusetzen, der sich auf die relationale Ebene (vgl. Roser 2007a:315) und die Fragmentarität (vgl. Roser 2007b: 203) von Menschen bezieht und unabhängig ist von bestimmten (insbesondere kognitiven) Fähigkeiten.

Ähnliches lässt sich auch für den Begriff der Würde sagen. Aktuell ist eine gesellschaftliche Haltung anzutreffen, die Abhängigkeit, Kontrollverlust, Krankheit und Leiden als würdelos versteht. So begründete Gunter Sachs seinen Suizid damit, dass er befürchtete, die geistige Kontrolle über sein Leben zu verlieren und dies für ihn ein unwürdiger Zustand sei²⁰. Hier hätten die Kirchen ebenfalls Lobbyarbeit zu leisten für ein Menschenbild, zu dem auch Abhängigkeit, Krankheit und Leiden gehört.

5.3. Kompetenzen der Seelsorgenden

Benötigte Kompetenzen sind in Kapitel 4 visuell dargestellt. Neben den Grundkenntnissen zur Gesprächsführung sollen hier folgende Kompetenzen herausgestrichen werden: In der heutigen Situation in den Betagtenzentren stellen sich immer wieder ethische Fragen. Seelsorgende brauchen deshalb ethische und hermeneutische Kompetenzen, damit sie sich in die ethische Diskussion einbringen und ethische Gespräche allenfalls moderieren kön-

²⁰ Im Mai 2011 ging diese Meldung durch die Presse. Der Abschiedsbrief ist im Wortlaut verfügbar auf: <http://www.tagesanzeiger.ch/panorama/leute/Warum-sich-Gunter-Sachs-das-Leben-nahm/story/31665856> [Webseite besucht am 17.10.2011].

nen. Ihre hermeneutischen Kompetenzen können in der gesamten interdisziplinären Zusammenarbeit wertvolle Dienste leisten. Da sich Seelsorgende innerhalb der Palliative Care sowohl in die interdisziplinäre Arbeit als auch in die Organisation Betagtenheimseelsorge als Ganzes einfügen, brauchen sie Kompetenzen zur multiprofessionellen Zusammenarbeit sowie Kenntnisse über Organisationen. Ebenso brauchen sie Kompetenzen, sich in diesen Organisationen zu verhalten. Für die konkrete Begleitung von multimorbiden Menschen sind Kenntnisse zu Krankheitsbildern ebenso notwendig wie Kompetenzen zur Kommunikation mit Menschen, die dementiell erkrankt sind.

Im Bereich der Ausbildung von Betagtenheimseelsorgenden ist grosser Handlungsbedarf festzustellen, insbesondere zur Aneignung der genannten Kompetenzen. So besteht beispielsweise in der katholischen Kirche in der Schweiz bislang kein spezifisches Ausbildungsangebot für Betagtenheimseelsorgende.

5.4. Zum Schluss

Erhard Weiher, Traugott Roser und Anne Schütte zeigen wichtige Punkte auf, die für die Betagtenheimseelsorge in der aktuellen Situation relevant sein können.

Bestehen bleibt die Frage: Die radikale Betroffenenorientierung von Palliative Care setzt voraus, dass die Menschen gekannt werden. Wie kann mit der Situation umgegangen werden, dass Menschen, die für kurze Zeit ins Betagtenheim eintreten und schon sehr krank sind, nicht gekannt werden können? Was kann für sie bestmögliche Palliative Care heissen? Ganz im Sinne der Palliative Care und der Organisationsethik sind diese Fragen die Aufgabe der Organisation und aller beteiligter Professionen in gemeinsamer Arbeit. Es geht also für die Betagtenheimseelsorge darum, ihren Beitrag in die multiprofessionelle Zusammenarbeit einzubringen, immer im Wissen, dass ihre Perspektive nur eine von mehreren ist. Die grossen Fragen können nur gemeinsam bearbeitet werden. Niemand besitzt die Wahrheit! Aber es braucht das fortwährende gemeinsame Bemühen, anhand der Bedürfnisse der Betroffenen immer wieder zu guten Entscheidungen zu kommen, damit hochbe-

tagte, schwerkranke Menschen wertschätzend angesehen werden und es möglich ist und bleibe: Würdig leben bis zuletzt.

Es gibt dich

Dein Ort ist
wo Augen dich ansehen.
Wo sich die Augen treffen
entstehst du.

Von einem Ruf gehalten,
immer die gleiche Stimme,
es scheint nur eine zu geben
mit der alle rufen.

Du fielest,
aber du fällst nicht.
Augen fangen dich auf.

Es gibt dich
weil Augen dich wollen,
dich ansehen und sagen
daß es dich gibt.

Hilde Domin²¹

²¹ Gedicht entnommen aus: Domin, Hilde (2004): Gesammelte Gedichte. 10. Auflage. Frankfurt am Main: S. Fischer, 208.

Literaturverzeichnis

Bartosch, Hans (2007): Menschliches Sterben von alt gewordenen Menschen. Ein Träger macht sich auf den Weg. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebö, Stein (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus, Band 2 der Reihe Palliative Care und OrganisationsEthik, 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, 16-30.

Bertram, Peter; Kneißl Siegfried; Hagen, Thomas (2009): Krankenhauseel-sorge – Qualität im Kontext von *Spiritual Care*. In: Frick, Eckhard; Roser, Traugott (Hg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Stuttgart: Kohlhammer, Band 4 Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin - Palliativpflege – Hospizarbeit, 80-93.

Bundesamt für Statistik BFS des Eidgenössischen Departements des Inneren EDI (Hg.) (2009): 80 Tage im Spital vor dem Heimeintritt. Statistiken der stationären Gesundheitsversorgung - Studie zu den letzten Lebensjahren in Heim und Spital. Medienmitteilung 14 Gesundheit vom 17. September 2009. Neuenburg. Verfügbar auf:
<http://www.bfs.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/press.Document.125065.pdf> - pdf [Webseite besucht am 21.04.2011].

Bundesamt für Statistik BFS des Eidgenössischen Departements des Inneren EDI (Hg.) (2011a): Betagte Personen in Institutionen. Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim 2008/09. In: BFS aktuell. Neuenburg. Verfügbar auf:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4373> [Webseite besucht am 23.06.2011].

Bundesamt für Statistik BFS des Eidgenössischen Departements des Inneren EDI (Hg.) (2011b): Sterblichkeit. In: Demos. Informationen aus der Demografie. Newsletter Nr. 1 März 2011. Verfügbar auf:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4314> [Webseite besucht am 23.06.2011].

Charbonnier, Ralph (2008): Seelsorge in der Palliativversorgung. Konzeptionelle, kommunikative und organisatorische Aspekte einer berufsübergreifenden Zusammenarbeit. In: Wege zum Menschen 60(6): 512–528.

Curaviva Weiterbildung; Schmid, Christoph (Hg.) (2007): Orte des Lebens – Orte des Sterbens. Palliative Care in Alters- und Pflegeinstitutionen. Luzern: Curaviva Weiterbildung.

Demarmels, Beat (2010): Auswirkungen der neuen Pflegefinanzierung auf den Heimaufenthalt. Informationsveranstaltung der Sozialdirektion, Stadt Luzern, Lukassaal, 2. November 2010. Verfügbar auf:
http://www.stadtluzern.ch/dl.php/de/0dauz-jpdqm3/Neue_Pflegefinanzierung_Prresentation.pdf [Webseite besucht am 27.05.2011].

Drechsel, Wolfgang (2007): „Wenn ich mich auf deine Welt einlasse...“. Al-tenseelsorge als eine Anfrage an Seelsorgetheorie und Theologie. In: Kunz, Ralph (Hg.): Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie. Zürich: Theologischer Verlag, 187-216.

Frick, Eckhard; Roser, Traugott (Hg.) (2009): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Stuttgart: Kohlhammer, Band 4 Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin - Palliativpflege - Hospizarbeit.

Heidrich, Winfried (2007): „Seid unbequem, seid Sand, nicht das Öl im Getriebe der Welt!“. Theologisch-literarische Betrachtung des Palliativ-Handbuches in den Werken der Zitha-Gruppe in Luxemburg. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebö, Stein (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus, Band 2 der Reihe Palliative Care und OrganisationsEthik, 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, 317-333.

Heimerl, Katharina; Kojer, Marina (2007): Trauer im hohen Alter. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebö, Stein (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus, Band 2 der Reihe Palliative Care und OrganisationsEthik, 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, 303-316.

Heller, Andreas (2000): Sterbebegleitung und Bedingungen des Sterbens. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Metz, Christian (Hg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. 2., erweiterte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 35-79.

Heller, Andreas (2007): Die Einmaligkeit von Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. Palliative Versorgung und ihre Prinzipien. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebö, Stein (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus, Band 2 der Reihe Palliative Care und OrganisationsEthik, 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, 191-208.

Heller, Andreas (2009): Vorwort zur 3. Auflage. Alten, kranken und verwirrten Menschen Ansehen geben. In: Kojer, Marina (Hg.): Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. Freiburg im Breisgau: Lambertus, Band 3 der Reihe Palliative Care und Organisationsethik, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, 13-16.

Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebö, Stein (2007a): Vorwort. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebö, Stein (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus, Band 2 der Reihe Palliative Care und OrganisationsEthik, 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, 11-12.

Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebö, Stein (Hg.) (2007b): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig

sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus, Band 2 der Reihe Palliative Care und OrganisationsEthik, 3., aktualisierte und erweiterte Auflage.

Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Metz, Christian (Hg.) (2000): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. 2., erweiterte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Heller, Andreas; Kittelberger, Frank (Hg.) (2010): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Heller, Andreas; Krobath, Thomas (2011): Das ethische Gespräch und die organisationsethische Entscheidungsfindung in der Sozialen Arbeit. In: Begemann, Verena; Rietmann, Stephan (Hg.): Soziale Praxis gestalten. Orientierungen für ein gelingendes Handeln. Stuttgart: Kohlhammer, 179-192.

Heller, Andreas; Pleschberger, Sabine (2010): Hospizkultur und Palliative Care im Alter. Perspektiven aus der internationalen Diskussion. In: Heller, Andreas; Kittelberger, Frank (Hg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 15-51.

Heller, Birgit (2007): Bedeutung religiös-kultureller Unterschiede in der Palliative Care. In: Knipping, Cornelia (Hg.): Lehrbuch Palliative Care. 2. durchgesehene und korrigierte Auflage. Bern: Hans Huber, 432-437.

Heller, Birgit (2010a): Gender und Spiritualität am Lebensende. In: Reitinger, Elisabeth; Beyer, Sigrid (Hg.): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Frankfurt am Main: Mabuse, 61–72.

Heller, Birgit (2010b): Spiritualität als Aufgabe des Alters? In: Heller, Andreas; Kittelberger, Frank (Hg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 120–131.

Heller, Birgit (2011): Von Spiritualität und Spiritual Care. Handout MAS Block 9: 27./28. Juni 2011. Wien. Verfügbar auf: https://elearning.aau.at/moodle/file.php/4628/Block_9/Von_Spiritualit_t_und_Spiritual_Care_BH.pdf [Webseite besucht am 4.7.2011].

Heller, Birgit; Heller, Andreas (2009): Spiritualität und Spiritual Care. In: Praxis Palliative Care / demenz. Jahresheft, 8–11.

Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin Klinikum der Universität München – Großhadern (o.J.): ohne Titel. O.O. Verfügbar auf: <http://palliativmedizin.klinikum.uni-muenchen.de> [Webseite besucht am 10.07.2011].

Jung-Henkel, Beate (2009): Seelsorge als integrierte und dialogische Fachdisziplin in Palliative Care. Herausforderungen, Aufgaben, Abgrenzungen. Master-Arbeit. Klagenfurt: Alpen-Adria-Universität.

Kittelberger, Frank (2010): Von Sterbebegleitung bis SAPV. In: Heller, Andreas; Kittelberger, Frank (Hg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 341–350.

Knipping, Cornelia (Hg.) (2007): Lehrbuch Palliative Care. 2. durchgesehene und korrigierte Auflage. Bern: Hans Huber.

Kojer, Marina (2007): Die Welt der Alten respektieren, ihre Sprache sprechen... Was ist Palliative Geriatrie? In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebö, Stein (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus, Band 2 der Reihe Palliative Care und OrganisationsEthik, 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, 75-88.

Kojer, Marina (Hg.) (2009a): Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. Freiburg im Breisgau: Lambertus, Band 3 der Reihe Palliative Care und Organisationsethik, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage.

Kojer, Marina (2009b): Palliative Geriatrie. In: Kojer, Marina (Hg.): Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. Freiburg im Breisgau: Lambertus, Band 3 der Reihe Palliative Care und Organisationsethik, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, 25-35.

Kojer, Marina; Heimerl, Katharina (2010): Palliative Care ist ein Zugang für hochbetagte Menschen - Ein erweiterter Blick auf die WHO-Definition of Palliative Care. In: Heller, Andreas; Kittelberger, Frank (Hg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 83–107.

Kojer, Marina; Pirker, Susanne (2009): Palliative Care. In: Kojer, Marina (Hg.): Alt, krank und verwirrt. Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie. Freiburg im Breisgau: Lambertus, Band 3 der Reihe Palliative Care und Organisationsethik, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, 36-46.

Konferenz für Altenheimseelsorge in der EKD et al. (Hg.) (2009): Ich will euch tragen bis zum Alter hin (Jesaja 46,4). Impulse zur Weiterentwicklung der AltenPflegeHeimSeelsorge in der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD). Hannover. Verfügbar auf: http://www.altenheimseelsorgewestfalen.de/tl_files/pdfs/Ich%20will%20euch%20tragen..._11.2009.pdf [Webseite besucht am 24.08.2011].

Kränzle, Susanne (2010): Geschichte und Wesen von Palliative Care. In: Kränzle, Susanne; Seeger, Christa; Schmid, Ulrike (Hg.): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Mit 32 Abbildungen. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: Springer, 1–5.

Kränzle, Susanne; Seeger, Christa; Schmid, Ulrike (Hg.) (2010): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Mit 32 Abbildungen. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: Springer.

Krobath, Thomas; Heller, Andreas (2010a): Ethik organisieren. Einleitung zur Praxis und Theorie der Organisationsethik. In: Krobath, Thomas; Heller, Andreas (Hg.): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 13-42.

Krobath, Thomas; Heller, Andreas (Hg.) (2010b): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Kunz, Ralph (2007a): Einleitung. In: Kunz, Ralph (Hg.): Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie. Zürich: Theologischer Verlag, 7-22.

Kunz, Ralph (Hg.) (2007b): Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie. Zürich: Theologischer Verlag

Kunz, Roland (2007): Individuelle Bedürfnisse – ganzheitliche Angebote. Betreuung von älteren Menschen in der letzten Lebensphase. In: Curaviva Weiterbildung; Schmid, Christoph (Hg.): Orte des Lebens – Orte des Sterbens. Palliative Care in Alters- und Pflegeinstitutionen. Luzern: Curaviva Weiterbildung, 11-20.

Lustat Statistik Luzern (Hg) o.J.: Lebenserwartung in Jahren seit 1876. Schweiz. Verfügbar auf:
http://www.lustat.ch/download/lustat_new/ch/0000/w012_013t_ch0000_zz_d_0000.html [Webseite besucht am 8.7.2011].

Lustat Statistik Luzern (Hg.) (2010): LUSTAT news. Alters- und Pflegeheime im Kanton Luzern. Kurzzeitaufenthalte nehmen zu. Medienmitteilung vom 28. Oktober 2010. Verfügbar auf:
http://www.lustat.ch/lustatnews_2010_10_28.pdf [Webseite besucht am 20.11.2010].

Petzold, Hilarion G. (2004): Mit alten Menschen arbeiten - Teil 1. Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Pleschberger, Sabine (2005): Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Freiburg im Breisgau: Lambertus, Band 13 der Reihe Palliative Care und OrganisationEthik.

Reitinger, Elisabeth; Beyer, Sigrid (Hg.) (2010): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Frankfurt am Main: Mabuse.

Roser, Traugott (2007a): „Ich habe mich selbst verloren!“. Demenzerkrankung als Problem evangelischer Seelsorge. In: Kunz, Ralph (Hg.): Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie. Zürich: Theologischer Verlag, 307-319.

Roser, Traugott (2007b): Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausesseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zu-

gang. Mit einem Geleitwort von Eberhard Schockenhoff. Stuttgart: Kohlhammer.

Roser, Traugott (2009): Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive. In: Frick, Eckhard; Roser, Traugott (Hg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Stuttgart: Kohlhammer, Band 4 Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin - Palliativpflege – Hospizarbeit, 45–55.

Schneider-Harpprecht, Christoph (2007): Altenseelsorge im Kontext – Lebenswelt, Lebensraum und soziale Beziehungssysteme in der Seelsorgearbeit mit alten Menschen. In: Kunz, Ralph (Hg.): Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie. Zürich: Theologischer Verlag, 321-363.

Schütte, Anne (2006): Würde im Alter im Horizont von Seelsorge und Pflege. Der Beitrag eines integrativen dialogischen Seelsorgekonzepts in der Palliativen Betreuung pflegebedürftiger Menschen in Altenpflegeheimen. Würzburg: Echter, Band 64 der Studien zur Theologie und Praxis der Seelsorge.

Schweizerische Balintgesellschaft (Hg) (o.J.): Was ist Balintarbeit? Verfügbar auf: <http://www.balint.ch/balintrezept.htm> [Webseite besucht am 21.10.2011].

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.) (2011): Die Zukunft der Pflege im Alter. Ein Beitrag der katholischen Kirche. Hirtenbrief vom 5. April 2011. In: Die deutschen Bischöfe 92. Bonn. Verfügbar auf: http://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/veroeffentlichungen/deutsche-bischoefe/DB_092.pdf [Webseite besucht am 05.07.2011].

Weiher, Erhard (2007): Spirituelle Begleitung in der palliativen Betreuung. In: Knipping, Cornelia: Lehrbuch Palliative Care. 2. durchgesehene und korrigierte Auflage. Bern: Hans Huber.

Weiher, Erhard (2009): Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende. 2., durchgesehene und ergänzte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Winter-Pfändler, Urs; Morgenthaler, Christoph (2010a): Are Surveys on Quality Improvement of Healthcare Chaplaincy Emotionally Distressing for Patients? A Pilot Study. In: Journal of Health Care Chaplaincy 16(3), 140–148.

Winter-Pfändler, Urs; Morgenthaler, Christoph (2010b): Rolle und Aufgaben der Krankenhausseelsorge in den Augen von Stationsleitungen. Eine Untersuchung in der Deutschschweiz. In: Wege zum Menschen 62(6), 585–597.

Winter-Pfändler, Urs; Morgenthaler, Christoph (2010c): Wie zufrieden sind Patientinnen und Patienten mit der Krankenhausseelsorge? Entwicklung eines Fragebogens und erste Resultate einer Untersuchung in der Deutschschweiz. In: Wege zum Menschen 62(6), 570–584.