

GESELLSCHAFTLICHE VERÄNDERUNGEN UND PALLIATIVE CARE

Herausforderungen für die Kirchen und die Seelsorge

1. Hintergrund: Die Veränderung der Demografie in der Schweiz

Die Mehrzahl der Menschen in der Schweiz stirbt nicht plötzlich oder unerwartet (dies betrifft ca. 10% der Bevölkerung), sondern nach einer «über längere Zeit langsam zunehmende(n) Pflegebedürftigkeit».¹ Im Zusammenhang mit der zunehmenden Überalterung der Gesellschaft wird die Zahl Sterbender in Zukunft weiter steigen. So rechnet das Bundesamt für Statistik damit, dass bis zum Jahr 2050 die jährlichen Todesfälle von heute 60 000 auf 90 000 ansteigen werden. Aufgrund dieser Ausgangslage liegt es auf der Hand, dass der Pflegebedarf in den nächsten Jahrzehnten stetig steigen wird und ein Bedarf an neuen Behandlungskonzepten besteht. Ein solches Konzept stellt die Palliativversorgung (im Folgenden «Palliative Care») dar, und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat sich daher zum Ziel gesetzt, diese zu fördern. Ende 2009 hat es eine Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012 verabschiedet.

Demografische Veränderungen – Herausforderung für die Seelsorge und die Kirchen: Wie reagieren Kirchen und Seelsorge auf diese demografischen Veränderungen? Werden die aktuellen pastoralen Konzepte diesen Veränderungen gerecht? Welche professionellen und ehrenamtlichen kirchlichen Angebote gibt es an welchen Orten (z. B. Besuchsdienste, Trauergruppen, Sitzwachen)?² Liegt der Schwerpunkt der professionellen Seelsorge im Gesundheitsbereich bei den Akutspitälern und werden Alters- und Pflegeheime respektive Rehabilitationskliniken genügend berücksichtigt? Wie erfolgt die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, z. B. der Spitex, und in der Folge: Müsste man neben der stationären Seelsorge auch an ambulante Seelsorge denken? Die letzte Frage stellt sich gerade vor dem Hintergrund, dass die meisten Schweizerinnen und Schweizer am liebsten zuhause sterben möchten.

In der katholischen Kirche gibt es eine Vielzahl von Initiativen und Angeboten. Durch die föderalistische Struktur fehlt der katholischen Kirche allerdings oft ein Überblick über die Fülle der Angebote. Diese für die pastorale Planung wichtigen Grundlagen (z. B. Wie viele professionelle Seelsorgende sind pro 100 Patienten/Bewohner in den Heimen, Spitälern und Kliniken im Einsatz? Wie sehen die ehrenamtlichen Strukturen aus?) gälte es meiner Meinung für

eine optimale Planung der seelsorglichen Versorgung zu erarbeiten.

2. Was ist Palliative Care?

Das BAG definiert, analog zur Weltgesundheitsorganisation (WHO), Palliative Care wie folgt: «Palliative Care verbessert die Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie umfasst medizinische Behandlung, pflegerische Interventionen, psychische und spirituelle Unterstützung in der letzten Lebensphase.»³ Palliative Care lässt sich entsprechend nicht auf Symptomkontrolle oder Schmerzmanagement reduzieren, sondern der individuelle Mensch mit Körper, Geist und Seele steht im Mittelpunkt des Geschehens.⁴ Die vom BAG gewählte Definition zeigt zudem deutlich auf, dass Palliative Care nur in einer interdisziplinären und hoffentlich partnerschaftlichen Zusammenarbeit realisiert werden kann. Dies betrifft die interprofessionelle Zusammenarbeit genauso wie die Zusammenarbeit mit freiwilligen Gruppierungen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit – Herausforderung für die Seelsorge und die Kirchen: Was bedeutet interdisziplinäre Zusammenarbeit für die Seelsorge? Definiert sich Seelsorge als Teil des Gesundheitsteams oder beansprucht sie für sich eine Sonderstellung (z. B. als Grenzgängerin zwischen kirchlicher Anstellung und Arbeit in einer säkularen Gesundheitsinstitution)? Wie lässt sich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit realisieren? Wären verbindliche Handlungsstandards der Zusammenarbeit eine Hilfe (z. B. bei jedem Todesfall im Spital, der Klinik oder dem Heim muss ein Seelsorger beigezogen werden)? Wie verhält es sich mit der Dokumentation seelsorglichen Handelns im professionellen gesundheitsbezogenen Kontext? Ist ohne Dokumentation eine partnerschaftliche und kooperative Zusammenarbeit überhaupt möglich? Widersprechen Forderungen nach Dokumentation dem Selbstverständnis von Seelsorge oder der seelsorglichen Schweigepflicht? Schliesslich, sollen religiös-spirituelle Bedürfnisse, Probleme und Erwartungen von Patientinnen und Patienten systematisch erfasst werden, und falls ja, durch wen und auf welche Art und Weise?

Erste Erfahrungen mit Standards und Dokumentation konnten in England sowie Holland gemacht werden. So erörtert beispielsweise Edwin J.

PALLIATIVE CARE

Dr. Urs Winter-Pfändler ist promovierter Theologe und dipl. Psychologe. Er arbeitet als Geschäftsführer ForModula sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Schweizerischen Pastoralsoziologischen Institut (SPI), St. Gallen.

¹ Bundesamt für Gesundheit (BAG): Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012. Kurzversion. Bern 2010, 3.

² So hat beispielsweise die Deutsche Bischofskonferenz eine Erhebung der ambulanten Palliativdienste in Auftrag gegeben. Es zeigt sich, dass Seelsorge in vielfältiger Art und Weise mit ambulanten Diensten verbunden ist.

Isidor Baumgartner / Claudia Pfrang / Barbara Haslbeck: Ambulante Palliativversorgung und Seelsorge.

Forschungsbericht zu einer empirischen Befragung. Unveröffentlichter Bericht 2009.

³ BAG (wie Anm. 1), 20.

⁴ Ebd.

⁵ Edwin J. Pugh: Offering spiritual support to dying patients and their families through a chaplaincy service, in: *Nursing Times* 106 (2010), 18–20.

⁶ Anne Ruth Mackor: Standardization of Spiritual Care in Healthcare Facilities in the Netherlands: Blessing or Curse?, in: *Ethics and Social Welfare* 3 (2009), 215–228, 224.

⁷ Bruce Pierce: The Introduction and Evaluation of a Spiritual Assessment Tool in Palliative Care Unit, in: *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy* 7 (2004), 39–43.

⁸ Christina Puchalski: Spirituality and the care of patients at the end-of-life: an essential component of care, in: *Omega* 56 (2007–2008), 33–46.

⁹ Larry VandCreek: Spiritual Assessment: Six Questions and an Annotated Bibliography of Published Interview and Questionnaire Formats, in: *Chaplaincy Today* 21 (2005), 11–22.

¹⁰ Traugott Roser: *Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang.* Stuttgart 2007.

¹¹ Tracy A. Balboni / Lauren C. Vanderwerker / Susan D. Block / Elisabeth M. Paulk / Christopher S. Lathan / John R. Peteet / Holly G. Prigerson: Religiosity and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life, in: *Journal of Clinical Oncology* 25 (2007), 555–560, 555.

¹² Maria Waser / Christine Longaker / Martin Johannes Fegg / Gian Domenico Borasio: Effects of spiritual care training for palliative care professionals, in: *Palliative Medicine* 19 (2005), 99–104, 100.

¹³ Thomas Ostermann / Arndt Büssing: Spiritualität und Gesundheit: Konzepte, Operationalisierung, Studienergebnisse, in: *Musiktherapeutische Umschau* 28 (2007), 217–230, 219. Siehe auch Arndt Büssing: «Spiritualität» – Worüber reden wir?, in: Arndt Büssing / Thomas

Pugh ein Modell einer Zusammenarbeit zwischen Pflege und Seelsorge im Palliativbereich.⁵ Dabei informieren die Pflegenden die zuständigen Seelsorgenden mit Hilfe eines Pagers, sobald ein Patient im Sterben liegt. Von Pflegenden wurde das Modell sehr geschätzt und die Befragten gaben an, durch die Mitarbeit der Seelsorge entlastet zu werden. Auch in Holland wurden in den vergangenen Jahren Erfahrungen mit solchen Standards gesammelt. Diese werden in einem Überblicksartikel von Anne Ruth Mackor dargestellt. So berichten die beteiligten Seelsorgenden, dass sie dank der Standardisierungsprozesse gleich viel oder mehr Kontakt zu Patienten als auch zu den anderen Berufsgruppen hatten als vor der Einführung dieser festgelegten Handlungsabläufe.⁶

In jüngerer Zeit wurde in diesem Zusammenhang insbesondere über die Erfassung religiös-spiritueller Bedürfnisse im gesundheitsbezogenen Kontext diskutiert. Im Fachjargon wurde dazu der Begriff spirituelle Anamnese («spiritual assessment») geprägt. Nach Bruce Pierce geht es bei der Erfassung der religiös-spirituellen sowie existentiellen Überzeugungen und Bedürfnisse im Bereich Palliative Care einerseits um kognitive Aspekte (z. B. Was gibt der Patient/ dem Patienten Sinn in ihrem/seinem Leben?). Doch auch emotionale Aspekte wie Gefühle der Hoffnung, des inneren Friedens, der Liebe, der Verbundenheit sowie des Trostes im Zusammenhang mit dem Bezugs- und Beziehungssystem des Patienten können näher beleuchtet werden. Schliesslich kann es helfen, zu erfahren, wie das Individuum seine religiös-spirituellen Überzeugungen lebt.⁷ In den vergangenen Jahren wurden für die Erfassung religiös-spiritueller Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten Standardinstrumente entwickelt. Das bekannteste ist wohl das Instrument FICA von Christina Puchalski.⁸ Jeweils ein Buchstabe steht dabei für eine Frage: F («Faith, Belief, Meaning») fragt nach den spirituellen oder religiösen Glaubensüberzeugungen, I («Importance and Influence») nach der Wichtigkeit oder dem Platz, den diese Überzeugungen im Leben des Betroffenen einnehmen, C («Community») fragt, ob der Patient in eine religiöse oder spirituelle Gemeinschaft integriert ist. Schliesslich ergründet A («Address/Action in Care»), nach der Rolle des Arztes oder der Pflegenden im Umgang mit den spirituellen/religiösen Erwartungen oder Problemen. Eine Diskussion weiterer Instrumente und die Möglichkeit ihres Einsatzes im Bereich Seelsorge finden sich bei Larry VandCreek.⁹ Die erwähnten Ansätze einer spirituellen Anamnese verlassen traditionelle Vorstellungsmuster von kirchlich traditioneller oder konfessioneller Seelsorge. Vielmehr zielen sie auf die Erfassung individueller Sinnstrukturen. Diese Feststellung führt zur Frage, inwiefern sich spirituelle Unterstützung, wie sie in der vom BAG gewählten Definition von Palliative Care erwähnt wird, von der traditionellen Seelsorge unterscheidet.

3. Was bedeutet Spiritualität und Spiritual Care im Kontext von Palliative Care?

Das BAG spricht in seinem Strategiepapier von spiritueller Unterstützung oder «Spiritual Care».¹⁰ Doch was bedeutet Spiritualität im gesundheitlichen Kontext und wie unterscheidet sich Spiritualität von der Religiosität? Das US-amerikanische National Cancer Institute definiert Religion oder Religiosität als ein Set von Glaubensüberzeugungen und Praktiken, welches mit einer Glaubens- oder Religionsgemeinschaft verbunden ist. Spiritualität hingegen wird unabhängig von einer Religions- oder Glaubensgemeinschaft konzipiert und als eine ultimative Suche nach Sinn mit Hilfe von Religionen oder anderen Wegen beschrieben.¹¹ In eine ähnliche Richtung zielt die britische Vereinigung der Hospiz- und Palliative-Care-Seelsorgenden. Sie verbindet mit Spiritualität Stichworte wie Selbst-Transzendenz, Beziehung, Sehnsucht, Kreativität, Altruismus, Glaube und religiöse Überzeugungen. Spiritualität zielt dabei auf die Entwicklung der individuellen Persönlichkeit und Integrität.¹² Eine genaue Definition scheint jedoch schwierig, und es existiert in der Literatur eine Vielzahl an Spiritualitätsdefinitionen. Daher kann Thomas Ostermann und Arndt Büssing wohl recht gegeben werden kann, wenn sie schreiben: «Je nach Weltanschauung, Religion, Konfession und Einstellung scheint jeder, der sich mit dem Thema Spiritualität auseinandersetzt, zwar etwas ähnliches zu assoziieren, letztendlich aber doch etwas sehr Spezifisches zu meinen.»¹³ Und was für Spiritualität gilt, gilt ebenso für spirituelle Begleitung oder «Spiritual Care».¹⁴

Spiritual Care – Herausforderung für die Seelsorge und die Kirchen: Wie definieren die christlichen Kirchen ihr seelsorgliches Angebot und welches Modell möchten sie in Zukunft verfolgen (z. B. ein traditionelles konfessionsspezifisches Seelsorgekonzept oder eines, welches sich der Menschen unabhängig von Konfession, ja Religionszugehörigkeit annimmt («all and no faith»)? Was bedeutet für die Kirchen und Seelsorge spirituelle Unterstützung? Und wer ist für dieses Angebot zuständig? Einzig und allein kirchliche Funktionsträger und -trägerinnen oder auch andere Berufsgruppen wie Pflegenden, Ärzte, Hebammen, Ritualbegleiterinnen?

Die Kirchen und die Seelsorge haben in den vergangenen Jahren die Deutungsautorität über Sinn- und existentielle Fragen verloren. Entsprechend tummeln sich auf dem Feld der Sinn- und Lebensdeutung (auch gerade im Gesundheitsbereich) unzählige Angebote. Dazu kommt, dass sich auch andere Berufsgruppen (z. B. Pflegenden) für Fragen der spirituellen Begleitung interessieren und sich aktiv um Handlungskonzepte bemühen.¹⁵

Der spirituellen Begleitung von Patienten sowie jener von deren Angehörigen wird man umso besser nachkommen, wenn mit allen Beteiligten geklärt ist, was unter spiritueller Begleitung oder «Versorgung» zu verstehen ist. Es bedarf im Weiteren einer vertieften Klärung der jeweiligen Zuständigkeiten, Aufgabenteilungen, Kompetenzen. Dabei sollte einerseits vermieden werden, dass im multidisziplinären Team alles «Menschliche» oder emotional Belastende an die Seelsorge delegiert wird. Vielmehr gilt es, eine menschengerechte Kultur innerhalb der Institution zu entwickeln, in welcher alle Berufsgruppen Anteil an den Sorgen und Nöten, den Freuden und Hoffnungen der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen, aber auch der Berufskolleginnen und -kollegen nehmen. In diesem Sinne sind Vorstösse der Pflege, sich an der spirituellen Versorgung zu beteiligen, sehr zu begrüssen. Andererseits gilt es aber auch festzulegen, wo die Kompetenzen und der Zuständigkeitsbereich der Seelsorge beginnen und wo es entsprechend notwendig ist, einen Seelsorgenden in der Behandlung beizuziehen.¹⁶ Wegweisend könnten die Funktions- und Aufgabenbeschreibungen der britischen Spitalseelsorgenden sein. Darin werden die jeweiligen Zuständigkeiten detailliert festgehalten.¹⁷

In Anlehnung an Traugott Roser könnte eine Arbeitsdefinition für die spirituelle Begleitung folgendermassen aussehen:¹⁸ Spirituelle Begleitung ist eine Form der subjektzentrierten seelsorglichen Begleitung. Sie leistet einen Beitrag zur Förderung der subjektiven Lebensqualität und zur Wahrung der Personenwürde angesichts von Krankheit, Leiden und Tod. Dazu begleitet sie Menschen mit existentiellen, spirituellen und religiösen Bedürfnissen auf der Suche nach Lebenssinn, Lebensdeutung und -vergewisserung sowie bei der Krisenbewältigung. Sie tut dies in einer Art, welche stimmig ist bezogen auf die Biographie und das persönliche Werte- und Glaubenssystem. Das Angebot steht sowohl Patienten, deren Angehörigen als auch dem Personal zur Verfügung, unabhängig von ihrem religiösen oder kulturellen Hintergrund. In eine ähnliche Richtung zielt Michael Wright, indem er schreibt: «Spiritual care affirms the value of each and every individual. It acknowledges the place of cultural traditions and personal relationships. It is based on empathy and non-judgmental love, affirming the worth of each person in the eyes of God. It responds to religious and non-religious spiritual needs by meeting both the requirements of faith and the humanistic desire for another person to 'be there', to listen, and to love. It acknowledges the dignity and nobility of life, respecting each person as themselves up to the point of death. A wide range of people can deliver spiritual care although within health care, chaplains are frequently seen as representing both religion and the spiritual domain.»¹⁹

4. Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Forschung

In seinem Strategiepapier weist das BAG Handlungsbedarf in den Bereichen Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Forschung aus. Während das BAG im Bereich Versorgung das fehlende Angebot der Palliative Care in einzelnen Kantonen und Regionen der Schweiz thematisiert, geht der Bereich Sensibilisierung der Frage nach, wie die Bevölkerung über Palliative Care besser informiert werden kann. Im Bereich Finanzierung werden mögliche Finanzierungsmodelle für die palliativen Leistungen skizziert. Dabei liegt der Fokus auf der Finanzierung medizinischer sowie pflegerischer Massnahmen. Schliesslich fordert das BAG einen Einzug palliativer Themen in die Ausbildungscurricula von angehenden Pflegenden sowie Ärzten und weist einen Bedarf an Forschung nach. Auffällig im Strategiepapier ist, dass Seelsorge nur am Rande behandelt wird.

Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Forschung – Herausforderung für die Seelsorge und die Kirchen: Welche Versorgung im Bereich Palliative Care streben die Kirchen an und durch welche finanziellen Ressourcen sollen seelsorgliche Massnahmen bezahlt werden (z. B. staatliche Zuschüsse, Abrechnung über Krankenkasse, einzig und allein kirchliche Finanzierung)? Welche Massnahmen sind notwendig, um das gewählte Finanzierungsmodell Wirklichkeit werden zu lassen? Wie lassen sich die Kirchenmitglieder für die Anliegen von Palliative Care sensibilisieren? Wäre eine Zusammenarbeit mit den staatlichen Behörden erwünscht und sinnvoll? Welche Aus- und Weiterbildungskonzepte gälte es für Seelsorge im palliativen Kontext zu erarbeiten? Zielen diese Ausbildungen auf eine staatliche Anerkennung oder handelt es sich dabei um kircheninterne Abschlüsse? Schliesslich: Mit welchen Massnahmen soll die Qualitätsentwicklung von Seelsorge weiter vorangetrieben werden? Wo wird ein wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn im Bereich seelsorglichen Handelns gemacht? Wird dieser angestrebt und genügend gefördert, um wiederum einer angemessenen Professionalisierung der Seelsorge zu dienen?

Das Ausmass der Beteiligung der Kirchen an der seelsorglichen Betreuung und Begleitung von sterbenden Menschen hängt einerseits von den Prioritäten der Kirchen ab, welche sie diesem Bereich zusprechen. Andererseits – auch angesichts des Mitgliederschwundes, den die Kirchen erleben – sollte über Kooperationsmöglichkeiten mit staatlichen Behörden nachgedacht werden. Hier ist Diskussionsbedarf angezeigt, gerade auch, wenn staatliche Beiträge an

PALLIATIVE CARE

Ostermann / Michaela Glöckler / Peter F. Matthiessen (Hrsg.): *Spiritualität, Krankheit und Heilung – Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin*. Frankfurt am Main 2006, 11–25.

¹⁴ Roser, *Spiritual Care*. (wie Anm. 10).

¹⁵ Z. B. Lisa Burkhart / Nancy Hogan: *An experiential theory of spiritual care in nursing practice*, in: *Qualitative Health Research* 18 (2008), 928–938.

¹⁶ Ian Stirling: *The Provision of Spiritual Care in a Hospice: Moving Towards a Multi-Disciplinary Perspective*, in: *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy* 10 (2007), 21–27, 21.

¹⁷ National Institute for Clinical Excellence: *Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. The Manual*. London 2004 <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgsmanual.pdf> (Stand September 2010).

¹⁸ Roser, *Spiritual Care* (wie Anm. 10), 266 ff.

¹⁹ Michael Wright: *The essence of spiritual care: A phenomenological enquiry*, in: *Palliative Medicine* 16 (2002), 1–9, 6.

²⁰ Maria Waser: *Spiritualität und psychosoziale Begleitung als wichtige Lehrinhalte*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 105 (2008), 674–676; Waser et al., *Spiritual effects* (wie Anm. 12); Katherine Gergen Barnett / August H. Fortin: *Spirituality and Medicine. A Workshop for Medical Students and Residents*, in: *Journal of General Internal Medicine* 21 (2001), 481–485.

²¹ Jacquelyn Chaplin / David Mitchell: *Integrating spiritual care and chaplaincy within palliative care*, in: *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy* 4 (2001), 8–11.

PALLIATIVE
CARE

die Spital-, Heim- und Klinikseelsorge in Zukunft in Frage gestellt werden angesichts des Kostendrucks im Gesundheitswesen.

Palliative Care kann meiner Meinung nach nur erfolgreich sein, wenn auch im Ausbildungsbereich interdisziplinär gearbeitet wird. Denn die Herausforderungen der psychosozialen und spirituell-religiösen Dimension im Bereich der Palliativversorgung lassen sich nicht vollständig an eine Berufsgruppe, sprich Krankenhausseelsorge, delegieren. So ist die deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie zurzeit dabei, ein Weiterbildungscurriculum für Palliative Care Seelsorge zu erarbeiten. Der interdisziplinäre Austausch nimmt dabei einen wichtigen Stellenwert ein. Dieser gilt auch umgekehrt. Auch in den Curricula anderer gesundheitsbezogener Professionen sollten Themen wie Sinnfindung, Spiritualität/Religiosität, Ethik usw. Einzug halten. In den englischsprachigen Ländern (aber auch in Deutschland) zeichnen sich dazu viel versprechende Modelle ab.²⁰ Dabei gilt es, sich über individuelle gewonnene Erfahrungen sowie wissenschaftliche Erkenntnisse auszutauschen, um die Qualitätsentwicklung von Seelsorge zu fördern.²¹ Dazu könnte die Praktische Theologie, als wissenschaftliche Reflexionsinstanz seelsorglichen Handelns, auch einen wichtigen Beitrag leisten. Denn sie hat die Aufgabe, «die Praxis der Kirche dahingehend zu reflektieren, ob ihr Handeln evangeliumsgemäss, menschen-dienlich, situationsgerecht und zukunftsorientiert ist und es entsprechend weiterzuentwickeln».²² Leider gibt es in der internationalen «Religion-Health»-Debatte, welche seit rund zwanzig Jahren intensiv zur Thematik Religiosität/Spiritualität und Gesundheit forscht und publiziert,²³ nur wenige Beiträge von Theologen.²⁴ Dies ist bedauerlich, sind es doch Themen, welche den Kern von Seelsorge ausmachen. Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob eine professionelle Berufsausgestaltung im interdisziplinären gesundheitsbezogenen Umfeld erreicht werden kann, wenn es die Seelsorge unterlässt, ihren Beitrag zum wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt zu «Spiritual Care» beizusteuern.²⁵

Schluss

Die langjährigen Erfahrungen vieler Seelsorgenden decken sich mit jüngeren Forschungsarbeiten und belegen, dass angesichts von Krankheit, Tod und Trauer existentielle Fragen nach Sinn und religiös-spirituelle Fragen aufbrechen, welche einer professionellen Begleitung bedürfen.²⁶ Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie die Kirchen leisten bei dieser Begleitung einen wichtigen Beitrag.²⁷ Die nationale Strategie «Palliative Care», welche das BAG lancierte, böte Gelegenheit, sich über das eigene Tun und Lassen erneut Rechenschaft zu geben und allenfalls neue Wege zur Begleitung von Menschen in Not und Bedrängnis einzuschlagen. Damit verbindet sich die Hoffnung, dass es

Seelsorge und Kirchen gelingt, ihre wichtige und wertvolle Stimme auch in der modernen individualisierten Gesellschaft einbringen zu können – zum Wohl der Patienten, deren Angehörigen sowie aller Beteiligten.

Urs Winter-Pfändler

pro palliative care

pro palliative care wurde im September 2009 als Interessengemeinschaft zur Förderung von Palliative Care gegründet. Dieser Koalition gehört auch die Schweizer Bischofskonferenz an, deren Interessen durch ihre Bioethikkommission vertreten wird. Im Oktober 2009 haben Bund und Kantone die nationale Strategie «Palliative Care 2010–2012» präsentiert. Als Hauptziel gilt: «Bund und Kantone verankern Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen. Alle schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz erhalten damit ihrer Situation angepasste Palliative Care, und ihre Lebensqualität wird verbessert.» Die Versorgung und Finanzierung sowie die Sensibilisierung und Bildung für Palliative Care sollen in der ganzen Schweiz gewährleistet werden.

Die Koalition *pro palliative care* sieht ihre Rolle bei der Umsetzung der Strategie in deren Bekanntmachung und in der Umsetzung in den verschiedenen Teilbereichen, andererseits will sie die Strategie auch kritisch begleiten und auf politisch wichtige Konsequenzen hinweisen.

So wies sie im September 2010 darauf hin, dass im Jahre 2030 gemäss einer nationalen Studie 40 Prozent der für die Grundversorgung und für Palliative Care notwendigen Hausärzte fehlen werden. Es wird darauf hingewiesen, dass mit der allfälligen Streichung der Pauschale für Hausbesuche die palliative Versorgung zu Hause gefährdet ist. Eine letzte Lebensphase zu Hause und das Sterben daheim würde damit praktisch unmöglich. In der Spitex- und gemeindenahen Hilfe und Pflege fehlen dem Personal bis jetzt die nötigen fachlichen Kompetenzen in Palliative Care; die heutigen Abrechnungssysteme berücksichtigen dabei die Besonderheiten der Palliative Care zu wenig. Die unterzeichnenden Organisationen, zu denen auch die Schweizer Bischofskonferenz gehört, unterstützen die Umsetzung der nationalen BAG-Strategie «Palliative Care 2010–2012» und weisen darauf hin, dass die Möglichkeit, daheim gepflegt zu werden und zu sterben, nur durch genügend Hausärzte und pflegerisches Fachpersonal gewährleistet werden kann. Sie fordern in diesem Sinne, die Versorgungssicherheit, besonders den dafür notwendigen Personalbedarf, zu fördern und die notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Urban Fink-Wagner

Weitere Infos: www.palliative.ch; www.kath.ch/bk; www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/index.html?lang=de

²² Manfred Belok / Pius Bischofberger: Einführung: Zur ökonomischen und theologischen Perspektive des Kirche-Seins heute, in: Pius Bischofberger / Manfred Belok (Hrsg.): Kirche als pastorales Unternehmen. Anstösse für die kirchliche Praxis (= Forum Pastoral 4). Zürich 2008, 12–30, 12.

²³ Harold George Koenig / Michael E. McCullough / David B. Larson: Handbook of Religion and Health. Oxford 2001.

²⁴ Thomas St. J. O'Connor: The Search for Truth: The Case for Evidence Based Chaplaincy, in: Journal of Health Care Chaplaincy 13 (2002), 185–194, 188.

²⁵ Chaplin / Mitchell: Integrating spiritual care (wie Anm. 21), 8–11.

²⁶ Z. B. William Breitbart / Christopher Gibson / Shannon R. Poppito / Amy Berg: Psychotherapeutic Interventions at the End of Life: A Focus on Meaning and Spirituality, in: Canadian Journal of Psychiatry 49 (2004), 366–372; Seth M. Holmes / Michael W. Rabow / Suzanne L. Dibble: Screening the soul: Communication regarding spiritual concerns among primary care physicians and seriously ill patients approaching the end of life, in: American Journal of Hospice & Palliative Medicine 23 (2006), 25–33. Vgl. Balboni et al., Religiousness and Spiritual Support (wie Anm. 11).

²⁷ Michael Wright: Chaplaincy in hospice and hospitals: finding from a survey in England and Wales, in: Palliative Medicine 15 (2001), 229–242.