

N°11 November 2008

• Inhalt

1. Editorial
2. Weniger nicht – Seelsorge ohne Heiligenschein
3. Physiotherapie in der Onkologie
4. Wann brauche ich einen Psycho-Onkologen?
5. Die neuen Vorstandsmitglieder stellen sich vor
6. Weiterbildungen und Veranstaltungen
7. Kontaktadressen

• Editorial

Albéric Bréssoud

Um die Patienten in der Onkologie optimal betreuen zu können, ist ein multidisziplinärer Ansatz unabdingbar. Die meisten Pflegenden sind auch dieser Ansicht, kennen jedoch die Arbeit und Kompetenzen anderer Berufsgruppen nicht gut genug. Auch in diesem Newsletter geben wir verschiedenen Berufsgruppen die Möglichkeit, uns die Ziele und Grenzen ihrer Spezialisierung näher zu bringen.

Als Folge einer auf evidenzbasierten medizinischen Denkweise (evidence based) neigen wir vermutlich dazu, existentielle Fragen von Patienten zu ignorieren und ihre Bedürfnisse auf spiritueller Ebene zu vergessen. Mit viel Gefühl lässt uns Marianne Briner Lavater an ihrer Rolle als Seelsorgerin teilhaben.

Suzanne Berchten und Franziska Morgenthaler berichten, wie wichtig die Physiotherapie für onkologische Patienten ist, sowohl im palliativen als auch im Rehabilitationsbereich. Einzel- oder Gruppenkurse finden statt, immer mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern.

Im letzten Artikel erläutert eine Onkologin ihren Standpunkt über die Psycho-Onkologie und über die Vorteile einer guten Zusammenarbeit, sowohl für den Patienten als auch für den Arzt selbst.

In diesem Newsletter werden ebenfalls die neuen Vorstandsmitglieder vorgestellt.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre. Bitte zögern Sie nicht, uns Ihre Kommentare und Anregungen mitzuteilen.

• Weniger nicht – Seelsorge ohne Heiligenschein

Marianne C. Briner Lavater, Pfarrerin und ref. Seelsorgerin am HFR Tafers, Interprofessionelle Weiterbildung in Psycho-Onkologie der Krebsliga Schweiz, Altstadt 5, 3235 Erlach, m.c.briner@bluewin.ch

Im Gegensatz zu mir ist die Patientin nicht mit Namen und Beruf angeschrieben — sie kann sogleich erkennen, dass ich reformierte Pfarrerin und eine der Seelsorgenden des Spitals bin. Hinter und über meiner Person türmen sich gleichsam nebelartig sämtliche guten und schlechten Erfahrungen des Patienten und seiner Verwandten, Freunde und Bekannten mit der Kirche seit Evas Sündenfall und mit dem himmlischen Bodenpersonal bis mindestens zur Zimmerdecke.

Ja, liebe Leserin, lieber Leser, und nun klopfte ich auch noch bei Ihnen an und hoffe auf ein offenes Ohr und auf ein gespanntes Augenmerk für die Arbeit der Spitalseelsorge. Ich muss jedoch vorausschicken, dass es — wie übrigens auch in der Psychotherapie — *die* Spitalseelsorge nicht gibt, sondern, dass verschiedene Ansätze und Bewegungen nebeneinander existieren und miteinander in Diskussion sind. Die einen — hierzu sind gerade in letzter Zeit gleich mehrere Publikationen erschienen — betonen, dass Seelsorge (oder „der Glaube“) heile, und setzen gezielt religiöse Rituale ein. Andere (ich zähle mich zu ihnen) fühlen sich mehr dem liberalen theologischen Gedankengut verbunden und verzichten auf allzu viel Heiligenschein. Sie legen den Akzent mehr auf ethische Aspekte wie Würde, Integrität und Integration, auf Prozesse wie Entfaltung, Wachstum und Reifung, auf Handlungsspielräume, Lebensqualität, auf die Werte und Ressourcen der Patientinnen selber sowie auf die respektvolle Begleitung des kranken Menschen und seiner Nächsten.

Nun ist es wohl allen professionell helfenden Berufen eigen, dass sie Menschen mit einführender Anteilnahme begleiten. Wo liegt jetzt also das Proprium einer solchen patientenzentrierten Seelsorge? Welche Fachkompetenzen sind dazu nötig?

Im Folgenden versuche ich, die Hauptpunkte einer qualifizierten seelsorgerlichen Arbeit zu geben.

Meine Darstellung ist persönlich gefärbt, der Scheinwerfer ist reformiert, die Haltung ökumenisch. Ich gehe im Übrigen davon aus, dass Seelsorge stets auch den Angehörigen und den Mitarbeitenden des Spitals zur Verfügung steht.

Raum

Als Spitalpfarrerin arbeite ich zwar **patientenzentriert**, aber nicht ergebnisorientiert. Im Unterschied zum Therapiebereich sind die Gespräche mit den Seelsorgenden nicht verordnet. Ich biete einen Raum an, der unbelastet ist von Erwartungen des Spitals, der Kirche oder von Therapiezielen. Hier darf man/frau sich aussprechen und Fragen stellen, ohne Folgen oder Vereinnahmung riskieren zu müssen. „*Wie von Worten die hin und her. Wortfetzen. Komm du komm*“, sagt die Dichterin Marie Luise Kaschnitz (1901-1974) in ihrem tief schürfenden Gedicht.

*Glauben Sie fragte man mich
An ein Leben nach dem Tode
Und ich antwortete: ja
Aber dann wusste ich
Keine Auskunft zu geben
Wie das aussehen sollte
Wie ich selber
Aussehen sollte
Dort

Ich wusste nur eines
Keine Hierarchie
Von Heiligen
auf goldenen Stühlen sitzend
Kein Niedersturz
Verdamnter Seelen
Nur
Nur Liebe frei geworden
Niemals aufgezehrte
Mich überflutend

Kein Schutzmantel starr aus Gold
Mit Edelsteinen besetzt
Ein spinnwebenleichtes Gewand
Ein Hauch
Mir um die Schultern
Liebkosung schöne Bewegung
Wie einst von tyrrhenischen
Wellen

Wie von Worten die hin und her
Wortfetzen
Komm du komm

Schmerzweb mit Tränen besetzt
Berg- und Talfahrt
Und deine Hand
Wieder in meiner
So lagen wir
Lasest du vor
Schliefe ich ein
Wachte auf
Schliefe ein
Wache auf
Deine Stimme empfängt mich
Entläßt mich und immer
So fort

Mehr also, fragen die Frager
Erwarten Sie nicht nach dem
Tode?
Und ich antworte
weniger nicht.“
(Marie Luise Kaschnitz)*

Obwohl reformierte Pfarrerin, stehe ich nicht nur den kirchlich gebundenen, sondern gerne allen Menschen zur Verfügung, die mein Angebot wahrnehmen möchten. Ich respektiere an jedem Menschen seinen innersten, unberührbaren Kern, sein Geheimnis: So versuche ich auch, offen zu sein für eine Vielfalt von Spiritualitäten und Lebensentwürfen. Der Patient hat auch jederzeit die Möglichkeit, den Kontakt mit mir zu beenden. Menschen anderer Kulturen und Religionen begegnen Seelsorgerinnen mit Offenheit, Empathie, Interesse und Respekt.

Beziehung

Zusammen mit den Patientinnen erlebe ich die „*Berg- und Talfahrt*“ ihrer Krankheit, ihres Lebens, halte schwierige Fragen und Hoffnungslosigkeit aus, begleite sie an den Grenzen des Lebens. Ich versuche, sie möglichst umfassend wahr zu nehmen, zu verstehen, ihre gesunden Anteile und Kompetenzen zu stärken gewissermassen **Resonanzkörper** für sie zu sein, damit zwischen uns eine Schwingung entstehen möge, in der sowohl Fragwürdiges, Leidvolles und Schweres aufgefangen, als auch der Hoffnung und allem, was weiterhilft, Raum gegeben werden kann. Professionelle Seelsorge masst sich nicht an, fertige Antworten für die Patienten oder ihre Nächsten zu servieren, sondern ist zusammen mit den Patienten unterwegs, stellt sich in ihren Dienst, so dass sie ihre ganz persönlichen Antworten entdecken können: „*Deine Hand wieder in meiner*“. Seelsorgerlich begleiten heisst für mich, die Kraft von Beziehung erfahren, in Beziehung kommen mit sich selber, mit dem andern, mit seiner eigenen Lebensgeschichte, mit der Quelle der Lebenskraft, die uns speist und uns mit der Geschichte der Menschheit, der ganzen Schöpfung, verbindet. Diese Haltung erlaubt Transzendenz- und Kohärenzerfahrung: „*Ein Hauch. Mir um die Schultern. Liebkosung. Schöne Bewegung.*“

Ressourcen

Den eingangs erwähnten Nebel der Erfahrungen und Erinnerungen mit Religion, Kirche und ihrer Geschichte kann und will ich nicht durchdringen. Das ist auch nicht nötig, denn darin liegen nicht nur Vorurteile, Zorn und Schmerz verborgen, sondern wie einzelne Wassertröpfchen auch die kleinen und grossen Fragen des Menschen und jene letzte, umfassende nach dem Sinn des Lebens. Der Nebel der Erinnerungen gehört zu den Ressourcen des Patienten. Er entscheidet selber, welche Inhalte er davon innerhalb der seelsorgerlichen Begegnung zur Sprache bringt. Ich spüre und staune immer wieder: Auf dem Grund unserer Seelen liegt ein grosser Schatz von Melodien und tragenden Lebensweisheiten. Wenn wir **der Seele Sorge tragen**, — der eigenen und jener unserer Mitmenschen — können wir viel davon entdecken und ans Licht heben. Gerade angesichts ihres verletzten und bedrohten Lebens begreifen Patienten die Kostbarkeit des Lebens überhaupt. Wer den Mut hat, die eigenen Gefühle und Bedürfnisse ernst zu nehmen, wer immer besser spürt, was einem Kraft gibt und Kraft nimmt, der kann als Patient erfahren, dass Wachstum auch in der Gefährdung des Lebens noch möglich ist, und dass die eigene **Verletzlichkeit** eine Quelle der Reifung sein kann.

Transzendenz

Mich macht die Frage „*Glauben Sie an ein Leben nach dem Tode*“ immer wieder betroffen. Ich kann diese Frage für die Patienten nicht beantworten, aber wir können miteinander darüber ins Gespräch kommen, herauszufinden versuchen, welche Vorstellungen auf dem Seelengrund des Patienten wohnen. Die meisten Menschen verfügen über eigene Zeichen und Symbole, um eine Leidenssituation zu be- und verarbeiten. Es liegt mir daran, sie in ihrer eigenen spirituellen Entwicklung zu unterstützen, indem ich auf diese Zeichen eingehe, verschlüsselte Botschaften, beispielsweise in Bezug auf Ängste und Hoffnungen oder Groll wahrnehme, ihnen behutsam Sprache leihe und im Umgang mit der religiösen Symbolsprache auf meinem Hintergrund als reformierte Pfarrerin Unterstützung anbiete.

Transzendenz ereignet sich, wo es sein darf, in der existentiellen Begegnung zwischen Menschen. Sie ist subjektiv und personal (von Du zu Du) erfahrbar als Kraft, als Elan vital, als Sympathie (griech.: sympatheia = Mit-Leiden, Miterleben von Gefühlen und Affekten anderer und durch Einfühlung in den Gemütszustand anderer; Zuneigung, Anziehungskraft). Und: sie ist letztlich interreligiös und interkulturell, ohne jedoch die Unterschiede aufzuheben. „*Nur Liebe frei geworden*“.

Unterschiede

Auch wenn ich selber in ökumenischer Offenheit arbeite, so werde ich doch vor allem von Pflegefachkräften immer wieder gefragt, wo denn Unterschiede zwischen reformiert und katholisch liegen, die zu kennen für sie und die Patienten wichtig sein könnten. Einige Merkmale:

1. Anders als nach römisch-katholischem Amtsverständnis sind die reformierten Spitalpfarrerinnen keine Priester und somit nicht Überbringer des Göttlichen, des Letztgültigen, des Transzendenten. Nach reformierter Auffassung ist dies alles unverfügbar, freies Geschenk Gottes. Wohl aber werden die Seelsorgenden beider Konfessionen aufgrund ihrer **Rolle** von den Patientinnen und ihren Nächsten als **Symbole** des Transzendenten wahrgenommen, was allerdings auch zur Last werden kann, wenn diese Projektion in Begegnung und Begleitung (und auch im Kontakt mit dem Spitalpersonal!) allzu sehr im Vordergrund steht.

2. Die Reformierte Kirche kennt keine Krankensalbung als Sakrament; hingegen liegt es derzeit im Trend, dass einige reformierte Spitalpfarrerinnen das **Ritual** der Krankensegnung verbunden mit einer Salbung praktizieren — davon ausgehend, dass Seelsorge in den Bereich des spirituellen Heilens gehöre. Die Frage nach Zusammenhängen von **Heilen und Schulmedizin** bewegt derzeit viele Gemüter. Ich selber biete kein Salbungsritual an (wohl aber Gebet, Segen und Krankenabendmahl als Symbolhandlungen). Sie bilden für die Patienten den rituellen Rahmen, ihr Leben, ihre Geschichte, ihr Leiden auszudrücken und zu deuten. Zudem finde ich es wichtig, konfessionelle Unterschiede nicht zu verwischen, sondern als Orte der ökumenischen Begegnung und des Voneinanderlernens offen zu halten.

3. Die Reformierte Kirche kennt nur die beiden Sakramente Abendmahl und Taufe. Das **Krankenabendmahl** wird in der Regel auf Verlangen der Patientin gebracht und gefeiert. Es bedeutet, dass nicht Krankheit, Leiden und Tod ihr Leben bestimmen, sondern dass trotz aller Gefährdung und/oder Todesnähe die Hoffnung und die Gewissheit, als einzigartige Persönlichkeit in eine Gemeinschaft von Menschen und in den umfassenden Lebenskreislauf als Ebenbild Gottes eingebunden zu sein, ihre Würde ausmachen.

Damals und heute

Das Verständnis der reformierten Spitalseelsorge war ursprünglich darauf ausgerichtet, dem Kranken das Evangelium zu bringen, d.h. ihn zu unterweisen und „Seelen zu Gott zu führen“. Bei der katholischen Seelsorge war es die Funktion der Priester, Patienten zu segnen und, besonders den Sterbenden, die Sakramente zu spenden. In den 60er Jahren kam die um 1925 in den USA entstandene Seelsorgebewegung CPT (Clinical Pastoral Training) und damit der patientenzentrierte Ansatz nach Europa. Seit den Anfängen hat sich CPT mit theologischen und psychologischen Schulen (v.a. Carl Rogers, Ruth Cohn mit der Themenzentrierten Interaktion) auseinander gesetzt und der Theologie dazu verholfen, einen Dialog mit Psychologie und Medizin führen zu können.

Der Einzug des CPT bedeutete einen Paradigmenwechsel: Grundlegend für die Seelsorge ist die menschliche Begegnung, das sorgfältige Zuhören, die Anteilnahme an Leiden und Hoffnungen und selbstverständlich die Schweigepflicht. Der Persönlichkeit des Seelsorgers wird im CPT grosse Aufmerksamkeit entgegen gebracht. Die Zusammenarbeit mit Pflegenden und Ärzten ist in diesem Modell unabdingbar: Die Seelsorgerinnen sind zwar von der Kirche beauftragt, doch ihre Aufgabe ist Teil eines ganzheitlich verstandenen „Heilungsauftrages“ des Spitals. Einer der Grundpfeiler des CPT ist zudem der interdisziplinäre Rahmen und die ökumenische Offenheit.

Die Seelsorgenden sind gleichwertige Mitglieder des therapeutischen Teams im Krankenhaus. Diese Gleichwertigkeit konnte sich nicht immer und überall durchsetzen. Je einschneidender die Veränderungen in der Spitallandschaft mit Kostendämpfung, Leistungsnachweisen, Qualitätsmanagement, Einsatz modernster Technologie und kürzeren Verweildauern von Patienten sich auswirken, desto wichtiger wird die Stärkung der personalen und zwischenmenschlichen Dimension, die interprofessionelle und die ökumenische Zusammenarbeit. Die meisten Spitalseelsorgerinnen haben Teilzeitstellen inne — ohne ökumenische Zusammenarbeit wäre z.B. die Gewährleistung von Pikettdiensten gar nicht zu realisieren.

Ausbildungsstandards

Reformierte Spitalseelsorger bringen als Grundausbildung ein abgeschlossenes universitäres Studium in evangelischer Theologie mit Lizentiat, einen berufspraktischen Abschluss als Pfarrerin, mehrere Jahre Gemeindeerfahrung und eine anerkannte Weiterbildung in Spitalseelsorge (CPT oder eine andere, psychotherapeutische Weiterbildung) mit, bevor sie von einer Kantonalkirche oder einem Spital als Spitalpfarrer angestellt werden (neben den sprachlich-historischen und den klassischen theologischen Fächern gehören auch Philosophie, Religionswissenschaften, Ethik und Pastoral-Psychologie zum Studieninhalt). Sie sind zu dauernder Weiterbildung und zu Supervision verpflichtet. Während sich reformierte Pfarrer und katholische Priester in ihrer Grundausbildung und Berufsausübung noch heute in manchem unterscheiden, erfolgt die Seelsorge-Weiterbildung im CPT ökumenisch.

Zwischen den Kantonen und ihren Spitälern bestehen in der Regel Leistungsvereinbarungen mit den jeweiligen Landeskirchen und damit auch die Pflicht, die Ausbildungsstandards für ihre Seelsorgerinnen einzuhalten. Ferner fördert meistens eine Begleitkommission (paritätisch besetzt mit Mitarbeitenden des Spitals und der Kirche) die Arbeit der Seelsorgenden, gestützt auf ein sorgfältig ausgearbeitetes Leitbild. Die Verbindung mit den Landeskirchen garantiert für die Spitäler und ihre Patientinnen eine klare Erkennbarkeit und eine hohe Qualität des Angebots innerhalb der Spitalseelsorge.

Vernetzung

Die Spitalseelsorgenden sind in der Vereinigung der deutschschweizerischen evangelischen und katholischen Spitalseelsorgerinnen und Spitalseelsorger zusammengeschlossen (www.spitalseelsorge.ch). Dieser Verband besteht aus einer reformierten und einer katholischen Sektion. Regelmässige Tagungen schaffen Kontakte, ermöglichen einen Erfahrungsaustausch und geben gemeinsamen Anliegen Gewicht. In Abständen werden die Tagungen ökumenisch gestaltet. Die Vereinigung stützt und fördert die aktive Auseinandersetzung mit den beruflichen und gesellschaftlichen Herausforderungen der Spital-, Heim- und Klinikseelsorge, wahrt und vertritt die Berufsinteressen gegenüber Institutionen des Gesundheitswesens sowie kirchlichen und staatlichen Behörden, pflegt die Zusammenarbeit im überkonfessionellen, gesamtschweizerischen und internationalen Bereich, betreibt Öffentlichkeitsarbeit und sorgt für den Austausch von Informationen, Wissen und Materialien.

Fazit

In der palliativen Betreuung, der Rehabilitation und Langzeitpflege von unheilbar oder chronisch kranken Menschen wird die Bedeutung der Spiritualität und Religiosität als seelische Ressource derzeit neu erkannt. Gelingt es, die religiösen und spirituellen Dimensionen ebenso in die Begleitung und Pflege einzubeziehen wie die emotionale Befindlichkeit der Patientinnen und der Angehörigen, so werden Ressourcen zum Umgang mit der durch Krankheit immer wieder veränderten Lebenssituation genutzt, wichtige Zugänge zur Verarbeitungsfähigkeit (Coping) geöffnet, neue Perspektiven ermöglicht und nicht selten die Lebensqualität verbessert. *„Mehr nicht?“ — „Weniger nicht.“*