



Reformierte Kirchen  
Bern-Jura-Solothurn  
Eglises réformées  
Berne-Jura-Soleure

## **Leitsätze zur Seelsorge im Kontext von Palliative Care**

Seelsorge versteht sich als eine der Akteurinnen von Palliative Care und Spiritual Care. Als solche bringt sie ihre spezifische, biblisch-theologisch geprägte Perspektive in das Gesundheitssystem ein. Aus dieser Perspektive ergeben sich bestimmte Akzentuierungen im Blick auf Palliative Care, Spiritual Care sowie ihrer eigenen Verortung im Kontext Gesundheitssystem:

### **A. Zum Begriff der Spiritualität**

1. Die Wurzel des Wortes "Spiritualität" ist spiritus, Geist. Der Begriff spricht eine Dimension des Menschen an, die über das Körperliche und Messbare hinausgeht. Der Mensch ist mehr als nur Materie.
2. Spirituelle Erfahrungen kann man nicht machen. Sie geschehen. Menschen können lediglich die Bedingungen beeinflussen, die spirituelle Erfahrungen fördern oder erschweren.

### **B. Zur Praxis der Seelsorge**

3. Seelsorge anerkennt die Eigenverantwortung der kranken und sterbenden Menschen und ihres Umfeldes. Sie respektiert ihre Haltungen in der Frage nach dem Sinn im Leben und Sterben. Sie achtet ihren Umgang mit Erfahrungen von Angst, Einsamkeit und Zweifel.
4. Spiritualität kann heilen. Gesundheit und Krankheit müssen aber keine Gegensätze sein. Spiritualität kann zu einer Erfahrung von Gesundheit führen, die Krankheit nicht ausschliesst, sondern mit einschliesst.
5. Seelsorgerinnen und Seelsorger vertrauen darauf, dass das Wesentliche in ihren Begegnungen mit Menschen nicht machbar und kontrollierbar ist. Sinnfindung in Krankheit und Leiden oder die Steigerung von Lebensqualität kann deshalb nicht erstes Ziel der Seelsorge sein.
6. Spiritualität ist keine Methode oder Technik, die man an Patientinnen und Patienten anwenden kann. Spiritual Care darf deshalb nicht zum Instrument werden, das Menschen gegenüber Therapien und Behandlungen gefügig macht.
7. Menschen erwarten von Seelsorgenden eine Offenheit, die ihnen erlaubt, sich selbst so weit zu öffnen, wie sie wollen und können. Anders als viele Therapien und Behandlungen zielt Seelsorge nicht grundsätzlich auf Veränderung und ist auch nicht primär im Dienste der Gesundheit zu verstehen.

### **C. Gesundheit, Krankheit, Tod**

8. Spiritualität setzt sich dafür ein, dass im Gesundheitssystem auch Platz ist für menschliche Not, Ängste und Verzweiflung, für unauflösbare Widersprüche und Unvollendetes, für Klage und Tränen.

9. Idealvorstellungen, dass sterbende Menschen einen Zustand der Versöhnung, Integration oder des Friedens erreichen müssen, können zu einem "Sinnfindungsdruck" führen, der überfordert. Spiritual Care darf sich von solchen Vorstellungen nicht vereinnahmen lassen. Spiritualität ist keine Leistung. Sie befreit von überhöhten Erwartungen an das Sterben.

### **D. Seelsorge im Kontext Gesundheitssystem**

10. Ziel des Gesundheitswesens ist es, kranken Menschen zu Gesundheit zu verhelfen. Seelsorge hingegen ist nicht an der Grundunterscheidung "gesund - krank" orientiert. Dennoch kann seelsorgerliche Begleitung gesundheitsfördernde Wirkung haben.

11. Spiritualität spielt auf allen Ebenen des Gesundheitssystems eine Rolle: für die einzelnen Menschen, für Behandlungsteams, auf der Ebene der juristischen, ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen.

12. Seelsorge im Gesundheitswesen bewegt sich in einem hoch komplexen System. Je bewusster sie sich auf ihre theologischen Grundlagen bezieht und aus ihnen heraus wirkt, desto besser kann sie diesem System dienen.

13. Spital-, Klinik- und Heimseelsorgende sind nicht nur Teil der jeweiligen Institution. Sie bewegen sich zwischen Kirche und Gesundheitssystem.

14. Seelsorge soll dazu beitragen, dass die Bedeutung der Spiritualität im Gesundheitssystem erkannt wird. Dazu bedarf es eines offenen Verständnisses des Begriffs "Spiritualität", so dass die unterschiedlichen Erfahrungen und Traditionen von Menschen und ihre Haltungen zu Gesundheit und Krankheit darin Platz finden. Gleichzeitig soll aber auch die eigene konfessionelle Position der Seelsorgenden erkennbar sein.

15. Die Tätigkeit von Freiwilligen hat in Spitälern und Heimen ein grosses Potential. Freiwillige spielen in der Palliative Care eine wichtige Rolle. Seelsorge kann durch den Beizug von Freiwilligen bei der Unterstützung von Patienten, Bewohnerinnen und Angehörigen auch ihre eigene Dienstleistung erweitern und ihre Verbindung mit Kirchgemeinden stärken.

### **E. Seelsorge im Kontext der Gemeinde**

16. Die Seelsorge in den Gemeinden bietet breite Unterstützung für sterbende Menschen und ihre Angehörigen: soziale Beratung, Selbsthilfegruppen, Besuchsdienste, Seelsorge, Bildungsveranstaltungen u.v.m.

17. Die Seelsorge in den Gemeinden ist daran interessiert, zur Entwicklung der Palliative Care beizutragen. Sie versteht sich als einer ihrer Akteure..

## **F. Akteure/Akteurinnen und Orte der Seelsorge**

18. Seelsorge geschieht einerseits durch professionelle Seelsorgende und Mitarbeitende im sozialdiakonischen Dienst, andererseits durch Freiwillige, die delegiert arbeiten und professionell begleitet werden. Seelsorgende und Freiwillige sind sowohl in Kirchgemeinden wie in den Institutionen des Gesundheitswesens tätig.

19. Palliative Care erfordert Zusammenarbeit und ein optimales Management der Schnittstellen. Seelsorge innerhalb einer Kirchgemeinde und zwischen Kirchgemeinden bedarf der Koordination, ebenso der Kontakt zwischen Seelsorgenden, Institutionen des Gesundheitswesens und den verschiedenen Berufsgruppen. Das Zusammenwirken der Palliative-Partner geschieht vor allem in den Regionen

20. Freiwillige in den Kirchgemeinden sind wichtige Partnerinnen und Partner für Sterbende und ihre Angehörigen zuhause. Mit bestehenden Angeboten (z.B. Besucherdienste) wie mit neueren Initiativen (z.B. Pikett für Nachtwachen zusammen mit den Partnern eines Palliative Care Netzwerkes) hat kirchliche Freiwilligenarbeit viel zu bieten. Solche Angebote helfen, die Betroffenen vor Isolation und Überforderung zu bewahren. Die Freiwilligen können sinnstiftende Begegnungen erleben und bereichernde Erfahrungen machen.

Vom Synodalarat am 28.8.2014 verabschiedet.