

Zwischenbericht zu Entwicklungsfragen der Spitalseelsorge

Stand 12. Dezember 2018

Grundlagen

In der Versammlung der Pastorkommission (PK) vom 9. und 10. April 2018 in Luzern wurde das Thema der Spitalseelsorge mit grossem Interesse wahrgenommen. Aufgrund der komplexen Situation braucht es gemäss der PK einen Impuls für eine differenzierte Wahrnehmung und für eine grundsätzliche Willensbildung in diesem Feld.

Die Projektgruppe SeeliG¹ beschloss daraufhin in der 3. Sitzung vom 23. April 2018 ein Papier zu erarbeiten, das aufgrund des Status Quo in verschiedenen mit der Spitalseelsorge zusammenhängenden Dimensionen Trends aufzeigt und dazu mögliche Folgen bzw. Handlungsoptionen benennt.

Fokus

Zu erarbeiten ist ein Strategiepapier für Verantwortungsträger, das ein Bewusstsein für die Trends in folgenden Dimensionen schafft, die das Feld am stärksten prägen («Treiber»):

1. Entwicklungen im Gesundheitsbereich
2. Theologische Grundlagen / Kirchlicher Auftrag
3. Personal
4. Bildung
5. Wissenschaft
6. Recht
7. Finanzen

Welche Gestaltungs- und Handlungsoptionen stehen der Kirche angesichts der unterschiedlichen Treiber im Feld zur Verfügung?

Aufgrund der jeweiligen Ausgangslagen und Trends werden Folgen und Handlungsoptionen benannt. Dazu können noch spezifischere Grundlagen ausgearbeitet und beigestellt werden. Die angeführten Dimensionen wurden aufgrund der Komplexität des Themenbereichs für eine Auslegeordnung aufgefächert, greifen aber zwangsläufig ineinander.

¹ Die PK-Projektgruppe „Seelsorge im Gesundheitswesen“ (SeeliG), besteht aktuell aus: Claudia Graf, Annette Mayer-Gebhardt, Simon Peng-Keller, Karin Klemm bis Sommer 2018, seither Michael Eismann, Arnd Bünker, Oliver Wäckerlig.

Präambel

Die Zuwendung der Menschen zu den Kranken wird biblisch als Zuwendung der Menschen zu Gott gedeutet. „Ich war krank und ihr habt mich besucht.“ (Mt 25,36). Das Gleichnis Jesu, in dem diese Aussage zu finden ist, steht sehr dramatisch im Kontext der Frage nach endgültiger Rettung oder Verdammnis, nach Heil oder Unheil. Beim Hören auf dieses Gleichnis stellt sich auch die Kirche unter den Anspruch, die Kranken zu besuchen, um glaubwürdig Zeugnis von Gott abzulegen, der sich in den Kranken und Geringsten zu erkennen gibt.

Die Kirche hat der Sorge um die Kranken, die im Horizont des christlichen Heilungsauftrags steht, stets eine hohe Priorität eingeräumt. Die Formen, wie man der Sorge um die Kranken gerecht werden kann, haben sich jedoch immer gewandelt – so wie sich auch die Umstände von Gesundheit und Krankheit verändert haben. Auch heute stehen die Kirchen in der Schweiz mitten in solchen Veränderungen, welche die Pastoral im Kontext von Krankheit, Leiden, Sterben, Tod und Trauer prägen.

Das vorliegende Papier wurde für die Diskussion innerhalb der römisch-katholischen Kirche in Auftrag gegeben. Es ist jedoch notwendig, die darin enthaltenen Fragen und Herausforderungen auch ökumenisch zu besprechen und gemeinsame strategische Ansätze zu suchen und zu finden. Aus diesem Grund ist im Folgenden von «Kirchen» die Rede, damit das Diskussionspapier auch im Kontext der evangelisch-reformierten Landeskirchen der Schweiz aufgegriffen und die darin genannten Beobachtungen, Fragen und Perspektiven auf ökumenischer Ebene bearbeitet werden können.

Glossar

Zur Dynamik im Gesundheitswesen gehört auch die Notwendigkeit der Klärung von Begriffen und Konzepten. Daher werden im Folgenden einige zentrale Begriffe oder Konzepte kurz definiert bzw. in ihrer Verhältnisbestimmung, wie sie in diesem Papier gedacht wird, erläutert.

- *Spiritual Care*: Der aus der christlichen Tradition stammende Begriff ‘Spiritual Care’ steht derzeit für divergierende Modelle und Formen, die spirituelle Dimension menschlichen Lebens bewusst in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen (u.a. in Pflegehandlungen, Diagnosestellung, Therapiediskussionen, Rundtischgespräche ebenso wie durch den Einbezug professioneller Seelsorge).
- *Spitalseelsorge als spezialisierte Spiritual Care*: Im Anschluss an die internationale Diskussion wird Spitalseelsorge im Folgenden als eine *spezialisierte Form von Spiritual Care* verstanden, die sich in ihrem Auftrag von gesundheitsberuflichen Formen von Spiritual Care unterscheidet.²
- *Gesundheitsberufe und Spitalseelsorge*: Entsprechend zu der Unterscheidung zwischen gesundheitsberuflicher und seelsorglicher Spiritual Care wird Spitalseelsorge im Folgenden von den Gesundheitsberufen unterschieden. Spitalseelsorge ist ein Beruf im Gesundheitswesen, doch kein Gesundheitsberuf.
- *Spiritual Care und Palliative Care*: Im Anschluss an die Vorgaben der WHO wird auch im Schweizerischen Gesundheitswesen Spiritual Care (in ihren seelsorglichen und gesundheitsberuflichen Formen) als wesentlicher Bestandteil der Palliativversorgung in der Schweiz betrachtet. Gemäß den *Nationalen Leitlinien Palliative Care* geht es dabei um die «Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten» (BAG 2010, S. 8).

² In der deutschen Übersetzung des *White Paper für die globale Förderung der Palliativversorgung: Empfehlungen einer PAL-LIFE-Expertengruppe der Päpstlichen Akademie für das Leben* wird ‘Spiritual Care’ mit ‘Seelsorge’ übersetzt.

1. Entwicklungen im Gesundheitsbereich und gesellschaftliche Einflüsse

Ausgangslage:

Die Dynamik in der medizinischen Gesundheitsversorgung zeigt sich einerseits in einer weiteren Spezialisierung, Globalisierung und Ökonomisierung der Medizin und andererseits in einer verstärkten interprofessionellen Zusammenarbeit. Parallel und in Antwort darauf hat sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten das spitalseorgliche Feld ausdifferenziert und diversifiziert. Neben den zentralen Aufgaben, den seelsorglichen Gesprächen mit Patientinnen und Patienten sowie mit deren Angehörigen und mit den Mitarbeitenden im Spital, übernehmen Spitalseelsorgende heute häufig vielfältige weitere Aufgaben.

Trends:

- Der medizinische Fortschritt und der demographische Wandel führen zu einer prozentual starken Zunahme an hochaltrigen Menschen und damit einhergehend zu einer Zunahme an Multimorbidität und demenzieller Erkrankung. Gleichzeitig nimmt in Spitälern die Dauer der stationären Behandlung ab, während ambulante Eingriffe häufiger werden.
- Parallel dazu kommt es, in Entsprechung zu internationalen Entwicklungen, zu einer fortschreitenden Implementierung der Palliative Care in die schweizerische Gesundheitsversorgung. Damit tritt auch die «spirituelle Dimension» neu und erstmals überhaupt in das Blickfeld der Gesundheitspolitik und wird zu einem verpflichtenden Element bei Zertifizierungen.
- Im Gesundheitswesen wird zunehmend die interprofessionelle Zusammenarbeit betont. Als Beruf im Gesundheitswesen steht die Spitalseelsorge vor der Aufgabe, sich in wandelnden interprofessionellen Konstellationen zu verorten.
- Unter den Gesichtspunkten der Ökonomisierung und Rationalisierung des Gesundheitssystems muss sich die Seelsorge erklären, rechtfertigen und profilieren (Kosten/Nutzen-Rechnung, Berufs-Standards).

Folgen und Handlungsoptionen:

- Der demographische Wandel führt zu mehr Seelsorgebedarf in Alters- und Pflegeheimen sowie in der Pflege zuhause. Welche neuen Aufgaben und Herausforderungen kommen dadurch auf die Spezialseelsorge zu?
 - *Wo soll die Seelsorge ihre Schwerpunkte legen? Es braucht Reflexion darüber, ob und wie die Ebene der Spital/Heim- und der Territorialeseelsorge miteinander verknüpft werden.*
- Kürzere Spitalaufenthalte und vermehrt ambulant durchgeführte Eingriffe schränken die Möglichkeiten der seelsorgerischen Begleitung ein.
 - *Wie geht die Seelsorge mit einer Verkürzung der Liegezeit um? Wie viele Besuche sind möglich? Braucht es eine verstärkte Weiterbetreuung in anderen Gesundheitseinrichtungen oder zu Hause?*
 - *Wie geht die Seelsorge mit der Zunahme ambulanter Eingriffe um? Wie können ambulante Patientinnen und deren Angehörige erreicht werden?*
- Stationäre und ambulante Palliative Care ist ein wachsender Bereich.
 - *Wie positioniert sich die Spitalseelsorge in diesem Feld?*
- Spiritual Care wird im Kontext von Palliative Care (und zunehmend auch in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung) als interprofessionelle Aufgabe verstanden.
 - *Das Verhältnis zwischen seelsorglicher Spiritual Care („spezialisierte Spiritual Care“) und gesundheitsberuflicher Spiritual Care ist klärungsbedürftig.*
 - *Spitalseelsorge muss sich als Beruf profilieren und weiter professionalisieren, wenn sie die im Gesundheitssystem üblichen Qualitäts-Standards definieren und erfüllen und damit auch interprofessionell anschlussfähig bleiben will.*
 - *Die Seelsorge muss interreligiös und spirituell offen angeboten werden, wenn sie den Erwartungen der Spitäler und der Menschen heute gerecht werden will.*
- Eine komplexitätssteigernde Ausdifferenzierung in Medizin und Pflege schafft kleinteiligere rationalisierte und spezialisierte Strukturen, die (wie etwa auch im Sozialwesen) zu Unübersichtlichkeit führen

und zugleich neue Bereiche entstehen lassen, in denen seelsorgliche Präsenz wichtig sein könnte (z.B. in der Transplantationsmedizin).

- *In diesem Kontext ist auch die Spitalseelsorge herausgefordert, sich mit ihrem spezifischen Beitrag zum Gesundheitswesen zu profilieren und einzubringen. Spitalseelsorge bietet die Chance, PatientInnen durch verschiedene Bereiche von Behandlungen kontinuierlich zu begleiten.*
- Die medizinische Spezialisierung verengt die Sicht auf Gesundheit und den Menschen.
 - *Wie kann die Seelsorge eine ergänzende ganzheitliche Sicht einbringen und sich interprofessionell positionieren? Was bedeuten die genannten Entwicklungen für den christlichen Heilungsauftrag?*
- Die Planungs- und Entwicklungsfragen werden für das Gesundheitswesen tendenziell in einen nationalen und internationalen Bezugsrahmen gestellt. Da sich die Kirchen aufgrund des rechtlichen Rahmens vorwiegend auf kantonaler Ebene bewegen, schränkt diese Kleinräumigkeit ihre Handlungsmöglichkeiten ein.
 - *Um auf die verschiedenen Entwicklungen im Gesundheitswesen reagieren zu können, braucht es eine Klärung, was auf welcher Ebene behandelt werden kann und wo allenfalls eine Konzentration auf nationaler Ebene nötig wird. Hier könnten etwa die Vereinigungen der Spitalseelsorgenden verstärkt wirken.*

2. Theologische Grundlagen / Kirchlicher Auftrag

Ausgangslage:

Das kirchliche Amts- und Berufsverständnis wirft in Verbindung mit dem christlichen Heilungsauftrag die Frage nach der ganzheitlichen Sendung/Mission der Kirche angesichts von Kranken, die im Gesundheitssystem versorgt werden, auf. Die Spitalseelsorge weist sich dadurch aus, dass sie den Blick auf Krankheit und Heilung im Gesundheitssystem durch Perspektiven aus dem christlichen Glauben komplementiert. Im Rahmen der Erweiterung von Krankenseelsorge zu Krankenhausseelsorge bedeutet dies einen umfassenden Auftrag auf allen Ebenen, wobei es nicht allein um Kranke, Angehörige und Mitarbeitende, sondern auch um Sterbende, Trauernde und Behinderte, um Betroffene von medizinischen Befunden, Entscheidungen und ihren Folgen im Allgemeinen, geht. Die Grenzen der seelsorgerlichen Zuständigkeiten sind unklar bzw. im Fluss, was sich auch auf das Selbstverständnis (Rolle, Auftrag) der Seelsorgetätigkeit auswirkt. Seelsorge wird häufig von den Gesundheitsberufen abgegrenzt und als christlich bzw. kirchlich ausgewiesen. Es besteht ein je nach Kanton unterschiedlich ausgeprägtes Spannungsverhältnis in der Spitalseelsorge-Rolle durch die Überschneidung von religiöser und säkularer Institution, die auch strukturell zum Ausdruck kommt (z.B. im Anstellungsverhältnis). In der römisch-katholischen Kirche wird zudem der kirchliche Auftrag durch Organisationsformen des dualen Systems auf mehreren Ebenen mitentworfen.

Trends:

- Der oben genannte Wandel im Gesundheitssystem (Ökonomisierung, Rationalisierung sowie Professionalisierung, Spezialisierung und zunehmende Interprofessionalität) wirkt sich zwangsläufig auch auf die Rolle und das Selbstverständnis der Spitalseelsorge aus.
- Durch die interprofessionelle Implementierung von Spiritual Care ist die Seelsorge zudem in verstärkter Weise und unter erhöhtem Handlungsdruck herausgefordert, ihr Selbstverständnis weiterzuentwickeln.
- Die Definitions herausforderung stellt sich auch innerhalb der Spitalseelsorge aufgrund heterogener Berufsbilder.
- Im Vergleich zu anderen im Gesundheitswesen gut etablierten pflegerischen und medizinischen Berufsgruppen mit je eigenen ressourcenstarken Vereinigungen und international breit abgestützten Standards, finden sich Seelsorgende im Gesundheitswesen oft als Einzelpersonen herausgefordert, die Rolle und Aufgabe von Spitalseelsorge im Gesundheitswesen immer wieder neu zu definieren und in der Institution des Gesundheitswesens plausibel machen zu müssen.

Folgen und Handlungsoptionen:

- Theologische Ortsbestimmung: Reflexion des Berufsbildes

Die christliche Tradition kennt die heilende Dimension des Glaubens. Der auf die Heilungstätigkeit Jesu zurückweisende Heilungsauftrag, der zusammen mit dem Verkündigungsauftrag das kirchliche Handeln im Gesundheitswesen begründet, stellt sich unter den Bedingungen spätmoderner Medizin auf neue Weise.

Die Art und Weise des Verständnisses dieser Dimension lenkt die Spielräume und Kooperationsmöglichkeiten im Zusammenspiel mit anderen Gesundheitsberufen, die über eigene Konzepte für Gesundheit und Heilung verfügen.

- *Inwiefern versteht sich Seelsorge als eine auf eigene Weise auch therapeutische, das heilende Wirken Jesu aktualisierende Profession, die das biopsychosoziale Heilungsverständnis ergänzt?*
- *Was sind hierbei die Möglichkeiten und Grenzen der interprofessionellen und interreligiösen Zusammenarbeit?*
- *Inwiefern ist gerade die im christlichen Auftrag stehende Seelsorge eine integrale Ergänzung zu den anderen Berufsbereichen in einem Spital?*

- **Theologische Ortsbestimmung: Seelsorgerliche Zielgruppen**

Die Positionierung der Seelsorge im Gesundheitswesen hängt wesentlich vom Sendungsauftrag der Kirche gegenüber kranken, sterbenden und trauernden Menschen ab. Neben dem grundsätzlich christlichen Bezug auf Fragen von Krankheit und Heilung, von Leben und Tod, ist auch die Frage zu beantworten, wie die Kirchen ihren Auftrag im Gesundheitswesen gegenüber unterschiedlichen Zielgruppen bestimmen.

- *Wie lässt sich in einer Krankenseelsorge mit der Begleitung von Patienten, Angehörigen und Spitalmitarbeitenden die Vielfalt der Aufgaben gut verbinden?*
- *Orientiert sich die Seelsorge primär an der Religionszugehörigkeit der Patienten, Angehörigen und Spitalmitarbeitenden oder sieht sie ihre Sendung im Kontext des Gesundheitswesens als einen missi-onarischen, am heilenden Wirken Jesu orientierten Auftrag in einer diakonisch-dialogischen Grundhaltung?*
- *Im Rahmen einer zunehmend säkularen Kultur im Gesundheitswesen müssen die Kirchen ihren jeweiligen Sendungsauftrag und ihre Funktion nicht nur im Blick auf die Patienten, sondern auch mit Blick auf Angehörige und Mitarbeitende im Gesundheitssystem immer neu vermitteln und verständlich machen.*
- *Die Impulse von der Spitalseelsorge dienen auch als Lernfeld der Kirche.*

- **Notwendige Prozessbegleitung**

Der genuine religiöse und christliche Beitrag zum Verständnis von Gesundheit und Heilung sowie zur Begleitung am Lebensende und in Trauersituationen kann nur dann erfolgreich in das in Wandlung begriffene Gesundheitssystem eingebracht werden, wenn die dazu notwendigen Voraussetzungen gegeben und die Rahmenbedingungen geklärt sind. Dazu ist eine Prozessbegleitung notwendig.

- *Ist ein nationales Steuerungsgremium (Konferenz der diözesanen und kantonalen Spitalseelsorgeverantwortlichen, Spitalseelsorgendenvereinigungen, o.ä.) möglich?*
- *Wie kann und soll die ökumenische (bzw. interreligiöse) Kooperation konzipiert werden?*
- *Wer beobachtet die Entwicklungen beim Bund (BAG, usw.) und im Gesundheitssystem?*

3. Personal

Ausgangslage:

Seelsorge ist primär Beziehungshandeln. Die hohe gesellschaftliche Akzeptanz der Spitalseelsorge, die mit einer guten Reputation bei PatientInnen und einem positiven Medienecho verbunden ist, verweist auf eine hohe Qualität der Seelsorgetätigkeit. Die Spitalseelsorge ist ein Schaufenster für die Arbeit der Kirchen und bietet Gelegenheit, auch mit der kirchlich-distanzierten Bevölkerung in Kontakt zu bleiben/treten.

Der Spagat zwischen institutioneller Einbindung ins Gesundheitssystem und Eigenständigkeit der Seelsorge ist manchmal spannungsvoll, sowohl für die anstellenden Kirchen als auch für die Seelsorgenden, öffnet

aber auch Handlungsspielräume. Als Beruf im nicht-kirchlichen Umfeld stellen sich besondere Herausforderungen.

Trends:

- Die zunehmende Professionalisierung, Spezialisierung und Interprofessionalität im Gesundheitssystem führt zu tendenziell steigenden Qualifikationsanforderungen beim Personal.
- Knappe Personalressourcen führen dazu, dass Gemeinden z.T. nicht die dafür am besten qualifizierten Leute ins Spital abgeben wollen. Freie Stellen können zunehmend nicht (adäquat) besetzt werden.
- Neue Player kommen ins Feld:
Es findet einerseits eine interprofessionelle und andererseits eine interreligiöse/weltanschauliche Diversifizierung statt. Dies ist sowohl eine Folge der oben beschriebenen Entwicklungen im Gesundheitswesen als auch der zunehmenden (a)religiösen/ weltanschaulichen Vielfalt bei Patienten, Angehörigen und Personal. Es kommen gegenwärtig insbesondere islamische Seelsorgeangebote auf, dazu vereinzelt auch Angebote religionsunabhängiger Seelsorge.
- In den etablierten Professionen wie Medizin oder Pflege entwickelt sich das Bewusstsein, dass eine gesundheitsberufliche Spiritual Care Teil des eigenen professionellen Auftrags darstellen kann (insbesondere im Bereich Palliative Care).

Folgen und Handlungsoptionen:

- Eine zunehmende Interprofessionalität im Gesundheitssystem wirkt sich auch auf die Seelsorgearbeit aus.
 - *Wie kann sich die Seelsorge weiter interprofessionell einbringen?*
 - *Wie gestaltet die Seelsorge die Spannung zwischen genereller Diversifizierung (ihrer Aufgaben) und professioneller Profilierung?*
 - *Wie geht die Seelsorge mit der Erwartung um, sich am interprofessionellen Informationsaustausch (Assessment, Dokumentation, Rapport) zu beteiligen? Welche Chancen (Profilierung, Dienst am Patienten) und Schwierigkeiten (Anpassung an Rahmenbedingungen und vorherrschende Systemlogiken, Gefährdung Seelsorgegeheimnis) ergeben sich daraus?*
- Aufgrund der Personalknappheit in der Seelsorge können Spitalseelsorgestellen weniger gut besetzt werden, was durch steigende Qualifikationsanforderungen noch verstärkt wird.
 - *Wie kann eine notwendige Begleitungsdichte und -qualität gewährleistet werden? In welchem Verhältnis steht eine möglichst breite seelsorgerliche Abdeckung mit einer möglichst guten Qualität des Angebots? Wo, zu wessen Lasten und nach welchen Kriterien werden bei Zielkonflikten Abstriche gemacht?*
 - *Unter Aufrechterhaltung der Qualitätsstandards müssten bei weiterer Personalknappheit etwa die Ressourcen auf bestimmte Häuser oder Stationen konzentriert werden, was eine Bedarfsanalyse voraussetzen würde (Triage). Ansonsten könnte der Umfang der Spezialseelsorge auch auf Kosten der Territorialeelsorge aufrechterhalten werden.*
 - *Eine schleppende Anpassung oder gar Senkung der Qualifikationsanforderungen zur Aufrechterhaltung des Personalbestandes gefährdet die Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit und bedroht grundsätzlich die Akzeptanz der Seelsorge im hochprofessionalisierten Gesundheitssystem.*
- Das Aufkommen von unterschiedlichen Spiritual Care-Konzepten zeigt die wachsende Bedeutung der «spirituellen Dimension» im Gesundheitswesen, die in die Grundversorgung eingebunden wird.
 - *Was bedeutet es für das Profil kirchlich beauftragter Seelsorge, sich nicht allein als Dienst an Kirchenmitgliedern zu verstehen, sondern ebenso als Beitrag zu einer ganzheitlicheren Begleitung in hiesigen Gesundheitsinstitutionen?*
 - *Wie geht Seelsorge damit um, als spezialisierte Anlaufstelle im Spital nicht alle religiösen und spirituellen Erwartungen von Patienten, Angehörigen oder dem Personal abdecken zu können oder zu wollen? Wie kann sie hier eine Scharnierstelle zu religionsspezifischer Seelsorge einnehmen?*

4. Bildung

Ausgangslage:

Für Spitalseelsorge werden in der Regel ein Theologiestudium, Erfahrung in der Pfarreiseelsorge und Weiterbildungen (z.B. CPT) vorausgesetzt. Insbesondere für eine spezifische Seelsorgeausbildung herrscht sowohl in der Romandie als auch in der Deutschschweiz ein Nebeneinander unterschiedlicher Ausbildungswege mit unterschiedlichen Qualifikations- und Kompetenzbeschreibungen. Dazu lässt sich beobachten, dass viele Bildungsangebote für Seelsorge auch im Ausland angeboten und wahrgenommen werden. Die Vielfalt der Bildungsangebote macht eine inhaltliche Profilierung von Spitalseelsorge schwierig. Das Problem einer diffusen Kompetenzbeschreibung für die Spitalseelsorge wird zudem noch durch unterschiedliche Qualifikationsanforderungen in Kantonen, Bistümern und Einrichtungen des Gesundheitswesens verstärkt. Im ökumenischen Vergleich zeigen sich schliesslich auch konfessionell-unterschiedliche Berufskonzepte: römisch-katholische «LaiInnen»-Berufe in der Kirche mit Tendenz zur Ausdifferenzierung und eine evangelisch-reformierte «PfarrerInnenrolle» mit Binnendifferenzierung zwischen Gemeinde- und Spezialpfarrämtern.

Aus- und Weiterbildungen, die Religions- und Spiritualitätsfragen mit Gesundheit verbinden, werden in verschiedenen theologischen, interreligiösen oder medizinischen Bereichen angeboten.

Die Bildungsangebote unterscheiden sich nicht nur inhaltlich, sondern auch bezüglich des Anforderungsniveaus aufgrund unterschiedlich umfangreicher Kurse. Diese grossen Qualifikationsunterschiede spiegeln sich noch nicht systematisch in der Entwicklung der Berufslandschaft wieder. Für Freiwillige als Akteure im Gesundheitswesen existieren kaum übergreifende Strukturen.

Trends:

- Die geringe Anzahl Theologie-Studierender schmälert den Pool zukünftiger SpitalseelsorgerInnen.
- Die zunehmende Zahl von Späteinsteigern in die Seelsorgeberufe erhöhen den Druck auf das Kriterium der Erfahrung in der Pfarreiseelsorge.
- Die unterschiedlichen Spiritual Care-Weiterbildungen mit vielen Playern im Feld führen zu einer Verunklarung des Profils von Seelsorge und Spiritual Care.
- Nicht-theologische Aus- und Weiterbildungen konkurrenzieren die bisher verbreitete kirchliche Alleinständigkeit für den Bereich Religion und Spiritualität im Spital.

Folgen und Handlungsoptionen:

- Die Spitäler benötigen gut ausgebildetes Seelsorge-Personal, das Qualitäts-Standards erfüllt, interprofessionell anschlussfähig ist und ökumenisch wie interreligiös/interkulturell arbeiten kann:
 - Sind die Kirchen bereit zur weiteren Professionalisierung der Spitalseelsorge, indem bspw. auf eidgenössische Berufs-Standards hingearbeitet wird?
 - Welche Standards sollen für den Bereich Religion/Spiritualität im Gesundheitswesen Geltung erlangen? Welche «Zulassungsqualifikationen» soll Seelsorge- bzw. Spiritual-Care-Personal im Gesundheitsbereich haben? Sind die Kirchen bereit und in der Lage, hier Rahmenbedingungen zu schaffen?
 - Ist eine frühzeitigere Spezialisierungsmöglichkeit vorstellbar (ggf. spezifisch auf Spätberufene ausgerichtet)? Welche Voraussetzungen gelten für den Beruf? Gibt es neue Anforderungen für eine spezialisierte Berufsgruppe?
- Wo sind Orte der Steuerung?
 - Universitäten, SBK, Bildungsrat, DOK, AWS, KIKO, Berufsvereinigungen der Spitalseelsorgenden, etc.
- Komplexe Kooperations- und Finanzierungsprobleme behindern die Entwicklung von verbindlichen Ausbildungsstandards. Aktuell werden auf unterschiedlichen Ebenen Standards ausgearbeitet.³
 - Wenn die kath. Kirche in diesem Berufsfeld bleiben will, muss sie ihr Engagement auf ökumenischer (und ggf. auch interreligiöser) Ebene stärken, um sich gemeinsam auf berufliche Standards für die

³ Vgl. z.B. die Leitlinien zur interprofessionellen Spiritual Care in Palliative Care (palliative.ch 2018).

Seelsorge im Gesundheitssystem zu verständigen. Was ist hier die Rolle der Spitalseelsorge Vereinigung(en)?

- *Will die katholische Kirche eine Qualitätssicherung in Aus-, Weiterbildung und Supervision mit anderen zusammen fördern oder einen eigenen Weg gehen? Soll sie auf ein eigenes Ausbildungssystem setzen oder z.B. (finanziell) stärker in die zur Hauptsache von den reformierten Landeskirchen getragenen AWS gehen? Die zu erarbeitenden Standards müssen in jedem Fall im Feld akzeptiert werden.*
- Die Arbeit im Gesundheitssystem wird anspruchsvoller und setzt Transparenz und Kommunikabilität voraus.
 - *Es stellt sich die Frage, ob eine kantonsübergreifende Struktur zur Aus- und Weiterbildung wie zur Qualitätsentwicklung nötig wird.*
- Viele Dinge sind im Fluss. Um die aktuellen Entwicklungen mitzugestalten, braucht es klare Strategien und ein koordiniertes Vorgehen. Ein dynamischer Willensbildungs- und Steuerungsprozess braucht Struktur.
 - *Wer hütet den Prozess und verknüpft die Reflexionsebenen?*
 - *Als Praxismassnahme könnte eine ökumenische, interreligiös offene Geschäftsstelle Seelsorge als Beruf im Gesundheitssystem stärken.*

5. Wissenschaft

Ausgangslage:

Hochschulen bilden TheologInnen aus und forschen. Kirchliche Organisationen forschen oder geben Forschung in Auftrag. Im Gesundheitswesen sind wissenschaftliche Forschung und die wissenschaftliche Evaluation der Tätigkeiten Standard und Voraussetzung für die Anerkennung von professionellen Handlungsfeldern.

Zum Zusammenspiel von Gesundheit und Spital mit Seelsorge existiert vielfältige Forschung etwa zu Spiritual Care und Palliative Care, zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Spital (z.B. bzgl. Dokumentation oder Seelsorgegeheimnis), zu Qualitätssicherung und -entwicklung der Spitalseelsorge, zu Assessments oder interreligiösen und rechtlichen Herausforderungen. Gleichzeitig fehlen schweizweit gültige Standards für wissenschaftliche Evaluationen im Bereich Seelsorge/Spiritual Care.

Trends:

- Die Verflechtung von Wissenschaft und Bildung, von Forschung und Lehre, nimmt zu. Die Anerkennung von Bildungs- und Ausbildungsstandards ist an die Anerkennung ihrer wissenschaftlichen Fundierung gekoppelt. Dies gilt insbesondere für Berufe im Gesundheitswesen (Stichwort: evidence-based medicine).
- International gibt es ein starkes Bemühen, die Forschungstätigkeit im Bereich der Spitalseelsorge zu intensivieren.
- Ein starker Fokus liegt auf der Interdisziplinarität und auf empirischen Forschungsansätzen.
- Eine unübersichtliche Vielfalt an Forschungstätigkeiten und -ergebnissen erschwert die kirchlich-seelsorgliche Rezeption ebenso wie der Sachverhalt, dass die Forschungsergebnisse mehrheitlich in englischer Sprache und in spezialisierten Zeitschriften veröffentlicht werden.

Folgen und Handlungsoptionen:

- Kirche und Seelsorgepersonal sind nur am Rande in der Lage, sich an Forschungsprojekten zu beteiligen und wissenschaftliche Ergebnisse aufzugreifen.
 - *Wo werden Ergebnisse produziert und wo publiziert? Welche Rolle nimmt die Seelsorge im Prozess der Wissensproduktion ein?*
 - *Wie werden Ergebnisse verbreitet? Wo findet ein Transfer zur Praxis statt und wie werden Seelsorgende eingebunden?*
- In der Forschung und Bildung steigen die Anspruchsniveaus.

- *Die Qualitätssicherung der Tätigkeit von Seelsorgenden im Spital ist deshalb zu fördern, auch durch obligatorische Weiterbildungen.*
- *Wenn an der Spitalseelsorge als einem im Gesundheitswesen anerkannten Beruf festgehalten wird, muss er sich gemäss den Usancen in anderen Berufen des Gesundheitswesens auch wissenschaftlicher Forschung unterziehen und sich evaluieren lassen.*
- *Als Praxismassnahme sind interdisziplinär angelegte Forschungseinrichtungen, die sich mit Seelsorge/Spiritual Care auch aus theologischer Perspektive befassen, zu stärken, da es in der Wissenschaft religionssensible Stellen braucht, die in der Lage sind, Kriterien zu beschreiben, die nicht einfach zur Übernahme medizinischer Konzepte führen.*

6. Recht

Ausgangslage:

«Wie ist die Spitalseelsorge in der Schweiz rechtlich geregelt? Auf diese einfache Frage gibt es keine einfache Antwort: angesichts der kantonalen Kompetenz gibt es vielmehr einen bunten Strauss unterschiedlichster Regelungsansätze.» (Pahud de Mortanges 2018, S. 154)

Die Religionsfreiheit ist ein Grundrecht und wird durch den Eintritt ins Spital nicht aufgehoben. Aufgrund des besonderen Abhängigkeitsverhältnisses im stationären Bereich sind Spitäler (ähnlich wie Gefängnisse) grundrechtlich dazu verpflichtet, die Ausübung identitätsbestimmender Formen religiös-spirituelle Praxis unter den Bedingungen des klinischen Alltags zu ermöglichen und Seelsorgenden Zugang zu Informationen zu gewähren.

Das Gesundheitswesen ist hauptsächlich kantonal geregelt, wobei zur Spitalseelsorge verschiedene rechtliche Bestimmungen (Verfassungen, Gesetze, Verordnungen und Vereinbarungen) existieren, was zu einer kantonal unterschiedlichen Regelungsdichte führt. Spitalseelsorgende werden in der Regel von den Glaubensgemeinschaften mandatiert und mancherorts vom Staat angestellt und (mit-)finanziert (vgl. Pahud de Mortanges 2018).

Trends:

- Eine zunehmende Skepsis der Gesellschaft gegenüber Religion und Kirchen mindert den Stellenwert von Kirchen und Religionsgemeinschaften und gefährdet deren Rolle als institutionelle Partner der Spitäler, selbst wenn Umfragen bei Betroffenen der Spitalseelsorge ein gutes Zeugnis ausstellen und diese auch grossen Rückhalt bei nicht mehr kirchlich gebundenen Menschen geniessen.
- Die religiöse und weltanschauliche Pluralität nimmt zu, sowohl bei den Patientinnen und Patienten (auch bei solchen, die noch einer Kirche angehören) wie auch beim Personal: Der Stellenwert konfessioneller Eigenheiten verändert sich, Seelsorge tritt spitalintern oft ökumenisch auf. Zudem institutionalisiert sich auch nicht-christliche (z.B. muslimische) Seelsorge. Diese Entwicklung stellt die bisherige, und oft vom Recht so vorgesehene, Monopolstellung der christlichen Kirchen in Frage.
- Eine sich institutionalisierende allgemeine Berücksichtigung der «spirituellen Dimension» in der Behandlung von PatientInnen seitens des Spitals führt zu einem gewissen Spannungsverhältnis zur rechtlichen Legitimation der christlichen Spitalseelsorge durch die spezifische Berücksichtigung der Konfession der PatientInnen.
- Steigende datenschutzrechtliche Ansprüche prägen die Seelsorge-Realität, z.B. im Blick auf die Auskunft zu katholischen bzw. evangelisch-reformierten PatientInnen für Seelsorgende, die nicht selbst im Spital integriert sind.
- Im Zuge der Interprofessionalität gilt es unter Wahrung des Seelsorgegeheimnisses sachgerechte Informationen in Patientendossiers einfließen zu lassen.

Folgen und Handlungsoptionen:

- Christliche Seelsorge ist auch im Gesundheitswesen mit gesellschaftlichen Differenzierungsprozessen konfrontiert und hat ihre Monopolstellung verloren. Sie kann Lehren ziehen aus Entwicklungen im öffentlichen Bildungssystem, wo die Kirchen die Verantwortung weitgehend an die Pädagogischen Hochschulen abgegeben und dadurch an Einflussmöglichkeiten auf die Weiterentwicklungen des Berufsfeldes verloren haben.
 - *Die rechtliche Legitimation der christlichen Spitalseelsorge gründet auf der positiven Religionsfreiheit, die es den Seelsorgenden erlaubt, Angehörige des eigenen Glaubens zu begleiten. Im Rahmen einer konfessionsunabhängigen allgemeinen Krankenhausseelsorge, die der «spirituellen Dimension» der PatientInnen Rechnung trägt, legitimiert sich die Seelsorge nicht mehr konfessionell, sondern nur noch professionell. Diese Ausgangslage ist, bei allen Unterschieden im Einzelnen, vergleichbar mit der Unterscheidung eines konfessionellen Religionsunterrichts und eines allgemeinen (und verbindlichen) Religionsunterrichts im öffentlichen Bildungssystem.*
- Kirchen sind nicht mehr die einzigen Partner der Spitäler bei der Besetzung von Spitalseelsorgestellen, allenfalls bleiben sie die *primären* Partner aufgrund ihres öffentlich-rechtlichen Status, ihrer Reputation und der anerkannten Qualifikation ihrer Seelsorgenden.
 - *Die Kirchen müssen sich in der Politik wie im Gesundheitssystem für die Erhaltung der Seelsorgestelle engagieren, und sie müssen auch lobbyieren, wenn sie bei der Besetzung weiterhin ihre (nicht mehr selbstverständliche) Stellung behaupten wollen.*
 - *Die Kirchen müssen dabei aufzeigen können, mit welchen Seelsorge-Modellen sie PatientInnen konfessionsunabhängig betreuen und begleiten wollen, um den unterschiedlichen religiösen und spirituellen Bedürfnissen gerecht zu werden.*
- Die zunehmende interprofessionelle Integration der Spitalseelsorge wirft auch rechtliche Fragen auf.
 - *Durch das veränderte technologische Umfeld sind die praktischen Routinen der (elektronischen) Dokumentation neu zu entwickeln und Standards zum Schutz des Seelsorgegeheimnisses zu erarbeiten.*

7. Finanzen

Ausgangslage:

Finanzmittel sind in der katholischen Kirche unterschiedlich verfügbar (z.B. je nach Kanton, Themenbereich oder innerhalb der Struktur). Geld, das in die Spitalseelsorge fliesst, bedeutet Einfluss auf die Gestaltungsmöglichkeiten in diesem Feld.

Kirchen oder die Spitäler selbst stellen Seelsorgende an bzw. beaufsichtigen diese. Mitbestimmungsmöglichkeiten sind auch abhängig von den Lasten, die getragen werden. Die Stellen werden in der Schweiz auf unterschiedliche Weise, durch die Kirche, das Spital (ggf. Kanton) oder nach einem Verteilschlüssel durch beide Institutionen, finanziert. Hinzu kommen die Kosten für die Aus- und Weiterbildung, für Forschung, Administration oder Management, wie auch für die Infrastruktur in den Institutionen.

Trends:

- Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems stellt hohe Anforderungen an die Rechtfertigung der Notwendigkeit des Seelsorgeangebotes.
- In der Gesellschaft wird generell die öffentliche Finanzierung von spezifisch religiösen bzw. konfessionellen Aufgaben hinterfragt.
- Durch die Etablierung einer interprofessionellen *Spiritual Care* verschiebt und öffnet sich das Arbeitsfeld der Seelsorge. Wie die internationale Entwicklung zeigt, muss das nicht notwendigerweise in eine inter- und transreligiöse Säkularisierung dieses Feldes münden, sondern kann auch zu einer Neupositionierung der Seelsorge als spezialisierter *Spiritual Care* führen.

- Dort, wo Religion und Spiritualität als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung im Sinne einer Berücksichtigung der «spirituellen Dimension» der PatientInnen verstanden wird, kann die Seelsorge auch eher mit Beiträgen der Kantone bzw. der Krankenversicherungen rechnen.

Folgen und Handlungsoptionen:

- Die weitere Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die etwa in der Rationalisierung von Abläufen oder der Privatisierung von Spitälern zum Ausdruck kommt, kann dazu führen, dass Seelsorge-Stellen nicht in gewohntem Umfang aufrechterhalten werden.
 - *Die Kirche muss sich bewusst sein, dass im Rahmen dieser Entwicklungen der Umfang des seelsorgerlichen Angebots hinterfragt wird und dadurch erhöhte Anforderungen an die Rechtfertigung des Angebots (Evaluation der Nachfrage, Zufriedenheit, Qualität,...) gestellt werden.*
- Im Falle einer (teilweisen) Finanzierung von Spitalseelsorgestellen durch die öffentliche Hand wird die seelsorgliche Begleitung aller PatientInnen erwartet.
 - *Kann und will die Kirche auch in Zukunft eine allgemeine Dienstleistung im Spital anbieten und (teil-)finanzieren?*
- Wenn sich die kirchlich verantwortete Seelsorge als spezialisierte Form von Spiritual Care zu profilieren vermag, kann sie die Entwicklungen im Bereich interprofessioneller Spiritual Care aktiv mitgestalten.
 - *Wo setzt sie mit ihren Steuerungsmöglichkeiten an? In der Aus- und Weiterbildung? In der Stärkung der Berufsgruppe (z.B. Weiterentwicklung der Spitalseelsorge-Vereinigungen zum Berufsverband)? Bei der politischen Einflussnahme auf die Festlegung der Gesetze, Verordnungen und Leitlinien für die Spitalseelsorge?*
 - *Die längerfristige Sicherstellung der Finanzierung verlangt hohe Aufmerksamkeit.*

Literatur

BAG (2010): Nationalen Leitlinien Palliative Care, [online](#).

Journal of Palliative Medicine, 2018-09: *White Paper for Global Palliative Care Advocacy: Recommendations from a PAL-LIFE Expert Advisory Group of the Pontifical Academy for Life*, Vatican City (Erstveröffentlichung).

Pahud de Mortanges, René (2018): Die rechtliche Regelung der Spitalseelsorge – eine Übersicht. In: Pahud de Mortanges, René; Schmid, Hansjörg; Becci, Irene (Hg.), *Spitalseelsorge in einer vielfältigen Schweiz. Interreligiöse, rechtliche und praktische Herausforderungen*. Zürich: Schulthess Verlag. S. 153-177.

2018: «Spiritual Care in Palliative Care. Leitlinien zur interprofessionellen Praxis», palliative.ch. ([deutsch](#), [französisch](#))

181212/pk/Projektgruppe SeeliG