

# Der Seelsorger im multidisziplinären Team der Palliativen Pflege

Referat anlässlich der Fortbildungstagung der Solothurner Gesellschaft für Allgemeinmedizin «Der Hausarzt in einem multidisziplinären Team» vom 2. Juni 2005 in Olten

---

Ulrich Knellwolf

---

Die erste Einführung in ein multidisziplinäres, wenn auch nicht ausdrücklich *palliatives* Care-Team erhielt ich in meiner ersten Stelle, Ende der sechziger Jahre in einem Dorf im Appenzellerland. Ich kam frisch von der Uni, hatte von pfarramtlicher Praxis, insbesondere von Seelsorge, wenig Ahnung, machte zögernde Gehversuche. Da kam eine Einladung aus dem Doktorhaus. Der Arzt schlug vor, wir könnten uns jeden Donnerstagmittag treffen, um das zu besprechen, was im Interesse unserer Klienten für den anderen zu wissen wichtig wäre. Ich stieg auf den Vorschlag sofort ein; beide orientierten wir von Fall zu Fall unsere «Kundschaft», betonten dabei, dass das Berufsgeheimnis gewahrt bleibe. Es gab keinen Einspruch, jedermann fand unsere Abmachung vernünftig. Und fortan gehörte das donnerstägliche Gespräch zu unser beider festem Programm. Diese Zusammenarbeit war für mich etwas vom Wertvollsten in meiner ganzen Zeit als Gemeindepfarrer.

Nach drei Jahren bestritten mein ärztlicher Freund und ich eine Fortbildung für Ärzte und Pfarrer im Spital des Hauptortes. Das Interesse beider Fakultäten war enttäuschend, der Wille zu einer Zusammenarbeit auf beiden Seiten gering. Wir waren nicht wesentlich über den Stand von Gotthelfs Roman «Anne Bäbi Jowäger» hinaus, wo der Arzt findet, der Pfarrer habe am Krankenbett nichts zu suchen, und der bigotte Vikar sich einbildet, er könne mit seinen frommen Sprüchen jedes Leiden heilen und die Konsultation des Arztes sei eigentlich überflüssig, wenn nicht sogar eine Gotteslästerung.

Die Erfahrungen, die ich in den letzten Jahren in Pflegeinstitutionen mache, zeigen mir, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Seelsorger sich wesentlich gebessert hat. Jedoch haben Modelle wirklicher Zusammenarbeit nach meiner Beurteilung – und ich wäre froh, wenn ich mich irrte – immer noch eher Seltenheitswert.

Noch mehr Nachholbedarf in Sachen Zusammenarbeit als zwischen Pfarrer und Arzt gibt es heute oft zwischen Pflegenden und Pfarrer. Das war nicht immer so. Die Diakonissen in den Landspitälern waren meistens die Verbündeten und die Informa-

tionsquellen der Pfarrer. Seit jedoch die Pflege säkularisiert ist – was ich nicht beklagen will – hat sich das zum Negativen geändert. Dabei ist die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Seelsorge ausserordentlich wichtig.

Die Pflegerin kommt dem Patienten in fast jeder Beziehung näher als der Arzt und viel näher als der Seelsorger. Welche Schlüsse der Arzt daraus im Interesse des Patienten zieht, überlasse ich ihm. Der Seelsorger muss daraus den Schluss ziehen, dass sowohl die Pflegerin wie der Arzt dem Patienten gegenüber eine wichtige seelsorgerliche Rolle spielen. Behinderung oder Tod werfen Fragen auf, für die Ärzte und Pflegenden sich oft nicht gerüstet fühlen. Sind sie es, um so besser. Dann ist ihre Seelsorge oft wirkungsvoller als die der seelsorgerlichen Fachperson. Aber das sind eher Ausnahmen. In der Regel ist es tunlich, wenn die entsprechende Fachkraft in Aktion tritt.

Wenn ich das auf ein multidisziplinäres Team Palliativer Pflege übertrage, so meine ich, zu einem solchen Team gehöre notwendig auch eine seelsorgerliche Fachperson.

---

**Es tauchen in der palliativen Pflege einfach zu viele Fragen auf, für die niemand anders zuständig ist.**

---

Dabei gilt folgendes:

■ 1. Die seelsorgerliche Fachperson soll Vertreterin einer Konfession und qualifiziert sein.

Es gibt heute ein unübersichtliches religiöses, spirituelles, heilpraktisches Angebot. Es gibt zahllose Möglichkeiten, sich irgendwo irgend ein Diplom zu ergattern. Das alles drängt auf den Markt.

Darum ist es wichtig, dass die seelsorgerliche Fachperson von einer anerkannten Kirche approbiert ist. Das bietet eine gewisse Gewähr, dass die seelsorgerliche Fachperson angemessen ausgebildet ist und ihre Stellung nicht missbraucht.

■ 2. Der Seelsorger soll in das Team der Palliativen Pflege integriert und kein exotischer Aussenseiter sein.

---

**Fruchtbare Zusammenarbeit gibt es nur, wenn auf allen Seiten Vorurteile aufgegeben werden und man einander als Gesprächspartner ernst nimmt.**

---

Um einen römisch-katholischen Priester ernst nehmen zu können, muss ich der römisch-katholischen Lehre nicht zustimmen. Auf einer menschlichen Ebene funktioniert manches, was auf der Ebene der Lehre nicht möglich ist.

Alle Mitglieder eines interdisziplinären Teams sollen grundsätzlich als gleichberechtigt behandelt werden. Die Integration aller Mitglieder des Teams ist ein Prüfstein dafür, ob der Patient als ganzer Mensch ernst genommen wird.

■ 3.1. Der Seelsorger soll direkt und indirekt für die Befriedigung der religiösen Bedürfnisse des Patienten besorgt sein.

Es kann sein, dass der Patient keinerlei religiöse Bedürfnisse äussert. Dann sollen ihm keine aufgeschwätzt werden. Jeder Zwang, jede Erpressung zum Glauben oder zur Busse muss vermieden werden.

Freilich heisst es nicht, der Patient habe keine religiösen Bedürfnisse, wenn er nicht davon spricht. Viele Leute wagen nicht, von ihrem Glauben zu reden oder von ihrem Wunsch nach Seelsorge im engeren Sinn. Hier braucht es Erfahrung und Fingerspitzengefühl, um abschätzen zu können, was richtig ist.

Dass religiöse Bedürfnisse des Patienten möglichst befriedigt werden, dafür ist in erster Linie der Seelsorger im Team zuständig. Der Seelsorger muss, wenn er selber nicht in der Lage ist, auf die religiösen Bedürfnisse des Patienten richtig einzugehen, die entsprechende Fachperson suchen und den Kontakt vermitteln. Es ist darum nicht nötig, dass in einem stehenden Careteam alle Konfessionen und Religionen vertreten sind. Ein Vertreter genügt, sofern der bereit ist, die entsprechenden Kontakte herzustellen und dann in den Hintergrund zu treten.

■ 3.2. Religiöse Bedürfnisse von Patienten stören oft den Pflegeablauf. Darum sind sie – wenigstens in Heimen – beim Personal oft nicht besonders beliebt. Man möchte die Leute sozusagen auf einen religiösen «courant normal» trimmen.

Das ist nach meiner Beurteilung eine der schlimmsten Bevormundungen und psychischen Deformationen – gerade weil sie oft nicht direkt manifest werden. Es ist darum wichtig, dass das Team nicht nur die Krankengeschichte des Patienten, sondern überhaupt seine Geschichte kennt. Und ich meine, es wäre wiederum in erster Linie Aufgabe des Seelsorgers, sich diese Geschichte erzählen zu lassen und ihre Kenntnis an die andern Mitglieder weiterzugeben.

Wir werden in Zukunft mit manchen religiösen Bedürfnissen von Patienten konfrontiert sein, die uns halbwegs aufgeklärte, säkularisierte Mitteleuropäer befremden. Ich kann mir vorstellen, dass das besonders auch von der Ärzteschaft viel Toleranz braucht, weil nicht in allen Kulturen Religion und Medizin so scharf getrennt sind wie bei uns. Da wird es nötig sein, dass jemand aus dem Team sich mit dem religiösen Hintergrund des Patienten auseinandersetzt.

■ 3.3. Nicht selten muss der Seelsorger auch bei Angehörigen des Patienten um Verständnis und Berücksichtigung von dessen religiösen Bedürfnissen werben.

■ 4. Patienten brauchen manchmal Hilfe, für die niemand im Team fachlich geschult ist. Ich denke an psychologische, aber auch juristische und andere Hilfe. Wiederum ist der Seelsorger hier wohl am ehesten die Person, die angesprochen wird und auch weiterhelfen kann und soll.

■ 5. Oftmals taucht im Zusammenhang mit Sterbehilfeorganisationen die Befürchtung auf, Leute würden von ihren Angehörigen dazu gedrängt, ihrem Leben ein Ende zu machen. In einem Pflorgeteam muss man darüber reden können. Und es muss klar sein, dass niemand einen Menschen zur Selbsttötung drängen darf. In Fällen, wo das geschieht, muss sich unter Umständen das ganze Team schützend vor den Patienten stellen.

Freilich darf meiner Meinung nach auch das andere nicht passieren, dass nämlich jemand, der seinem Leben ein Ende setzen will, daran mit allen Mitteln, auch bevormundenden, gehindert wird, solange er noch klar denken kann.

Ich kann mir vorstellen, dass in einem Team unterschiedliche Meinungen über die Selbsttötung bestehen. Das braucht nicht zu bedeuten, dass das Team nicht funktionieren könnte. Vermutlich tut es dem Patienten gar nicht schlecht, wenn er die verschiedenen Meinungen – sofern sie mit der nötigen Toleranz mitgeteilt werden – zu hören bekommt.

Wir müssen hier kurz vom Gewissen reden. Mein Gewissen ist nur mein Gewissen und nicht das meines Mitmenschen. Ich kann das, wozu mein Gewissen mich verpflichtet, nicht ebenso verpflichtend für meinen Mitmenschen machen.

Dafür zu sorgen, dass diese Entscheidungsfähigkeit von der Umgebung respektiert wird, solange sie da ist – das ist eine der wichtigen Aufgaben eines palliativen Pflorgeteams, und hier insbesondere des Seelsorgers. Denn diese Fragen rühren direkt an philosophische und theologische – und da sollte der Seelsorger der Fachmann sein.

■ 6. Nicht nur jedes Mitglied eines Pflorgeteams muss sich laufend weiterbilden. Auch das Team als Ganzes muss das tun. Dabei steht im Vordergrund,

dass sich die einzelnen Mitglieder gegenseitig besser kennen lernen.

Gerade im Zusammenhang mit Leiden und Tod zeigt sich, dass niemand um philosophische und theologische Fragen herum kommt. Das bedeutet nicht, dass kein Mensch darum herumkomme, gläubig zu sein. Aber die Theologie hat sich in ihrer Geschichte intensiv mit den grossen Fragen des Lebens auseinandergesetzt. Diese Auseinandersetzung zur Kenntnis zu nehmen, kann uns weiterhelfen. Darum ist zu hoffen, dass die theologische Fachperson im Team davon etwas weiss und weitergeben kann.

Wenn das Gespräch, auch das philosophische und theologische, in einem Team funktioniert, so kann es für alle Mitglieder des Teams zu einer Bereicherung für sie selbst, nicht nur in beruflicher Hinsicht, werden. Und das ist dann wieder die beste Voraussetzung, dass es auch den Patienten zugute kommt.

---

**Denn in der palliativen Pflege sind, wenn ich einmal überspitzt sagen darf, Mediziner, Pflegende, Seelsorger weniger die, welche Medikamente verabreichen, sondern sie sind viel stärker als sonst selber die Medizin.**

---

Sicher ist, dass die palliative Pflege die verschiedensten Wissenschaften – jetzt im alleroffensten Sinn gemeint – nötigt, miteinander intensive Gespräche zu führen, schon, um einander im Bemühen um den einen Menschen auch nur zu verstehen. Das empfinde ich als eine grossartige Chance für uns alle.

---

Dr. theol. Ulrich Knellwolf  
Rebwiesstrasse 36a  
CH-8702 Zollikon ZH  
ueknellwolf@smile.ch