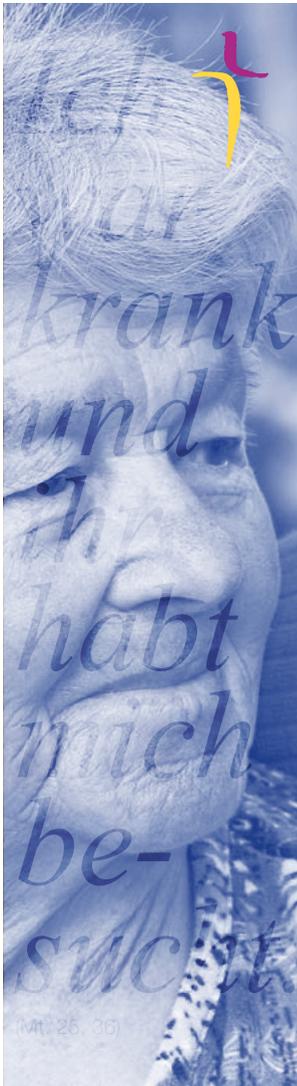


Amt und Gemeinde

64. Jahrgang, Heft 3, 2014

€ 6,-



Evangelische Krankenhaus- und Geriatricsseelsorge

Evangelische Seelsorge –
zwischen Kontinuität und Veränderung
Margit Leuthold

211

Andacht für den Studenttag zur
Krankenhaus- und Geriatricsseelsorge
**Margit Leuthold, Elisabeth Pilz,
Friedrich van Scharrel**

234

Seelsorge am Krankenbett
Heidmarie Rupp

252

Seelsorge mit und für ältere Menschen
Katharina Schoene

258

Seelsorge mit und für ältere Menschen
Katharina Schoene

258

Resolution der XIV. Generalsynode A. u. H. B.
zum Schwerpunkt „Evangelische Kranken-
haus- und Geriatricsseelsorge in Österreich

268

Und weitere Beiträge

INHALT

Editorial	201
Charlotte Matthias	
Evangelische Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in Österreich	202
Margit Leuthold und Friedrich van Scharrel	
Evangelische Seelsorge – zwischen Kontinuität und Veränderung	211
Margit Leuthold	
Ablauf des Studientages auf der Generalsynode A. u. H. B. zur Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge	233
Andacht für den Studientag zur Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge	234
Margit Leuthold, Elisabeth Pilz, Friedrich van Scharrel	
Einstimmung in den Studientag zur Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge	242
Herwig Hohenberger	
„Ich habe mir gewünscht, als ich selber krank war ...“	245
Zusammenfassung der 1. Kärtchenaktion von Herwig Hohenberger	
Seelsorge am Krankenbett	252
Heidemarie Rupp	
Seelsorge in Altenheimen	255
Günther Wesely	
Seelsorge mit und für ältere Menschen	258
Katharina Schoene	

„Was kann, möchte, werde ich als Synodale/r, PresbyterIn, GemeindevertreterIn tun ...?“	262
Zusammenfassung der 2. Kärtchenaktion von Herwig Hohenberger	

Resolution der XIV. Generalsynode A. u. H. B. zum Schwerpunkt „Evangelische Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge in Österreich“	268
--	-----

- Anlage 1: Profil Evangelischer Seelsorge in Krankenhäusern
und in Pflegeeinrichtungen
- Anlage 2: Berufsbild „Krankenhausseelsorger/in“
- Anlage 3: Mindeststandards für die Seelsorge in Krankenanstalten-
und Pflegeeinrichtungen

Anhang

AutorInnen	278
Impressum	278

Editorial

Krankenhaus- und GeriatrieseelsorgerInnen sprechen Kranke und ihre Angehörigen auf einer Ebene an, die im klinischen Alltag nicht oder selten zum Zuge kommt. Es geht um existenzielle Fragen der PatientInnen. Gespräche zur Stärkung der psychischen und spirituellen Ressourcen könnten vielen PatientInnen weiterhelfen. Daher braucht es neben einem besonderen Maß an Mitmenschlichkeit und großem inneren Zutrauen auch eine qualitätsvolle Aus-, Fort- und Weiterbildung der haupt- und ehrenamtlichen Seelsorgerinnen und Seelsorger in Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen. Das und mehr hat die XIV. Generalsynode der Evangelischen Kirche A. u. H. B. 2014 auf ihrer 4. Session in einer Resolution, die in diesem Heft nachzulesen ist, zum Schwerpunkt „Evangelische Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge in Österreich“ einstimmig beschlossen.

In ihrem Beitrag „Zwischen Kontinuität und Veränderung“ macht Margit Leuthold auf eine veränderte Wahrnehmung von Seelsorge im Gesundheitswesen aufmerksam. Sie sei heute „nicht mehr allein, aus ihrer historischen Entwicklung heraus, als Gemeindeseelsorge zu verstehen, sondern auch als (gemeinde) diakonische Aufgabe; oder besser ge-

sagt, als diakonischer Auftrag der Kirchen im Gesundheitssystem zu sehen.“ Während Leuthold der Frage nachgeht, welche Konzepte für eine moderne Evangelische Krankenhauseelsorge zu entwickeln sind, beschäftigt sich der erste Artikel dieses Heftes zunächst mit dem Ist-Zustand Evangelischer Seelsorge, der vom Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge (AEKÖ) 2013/2014 per Fragebogen erhoben wurde. Alle weiteren Beiträge dieses Heftes waren wichtige Bestandteile und Bausteine des Studenttags der bereits obengenannten Generalsynode A. u. H. B., die schließlich zur verabschiedeten Resolution beitrugen.

Das vorliegende Heft will über den Diskurs rund um die Evangelische Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeheimen informieren und zur weiteren inhaltlichen Auseinandersetzung über ihre zukünftige Arbeit und das ihr zugrundeliegende Berufsfeld anregen.

Charlotte Matthias

Evangelische Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in Österreich

Ergebnisse des Ist-Zustands 2014.

Von **Margit Leuthold** und **Friedrich Scharrel**

Der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge (AEKÖ) hat im Frühsommer 2013 beschlossen, anlässlich der Beschäftigung zur Situation zur Evangelischen Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeheimen (Generalsynodenhalbtage Dezember 2015) eine Erhebung zu deren Ist-Zustand durchzuführen.

Immer wieder zeigt sich in Gesprächen und Analysen zu Rahmenbedingungen vor

Ort, zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Arbeit, dass sich ein Vergleich der Arbeitssituationen eher schwierig gestaltet, wohl aber der Wunsch nach einheitlicher Ausbildung, Begleitung von Ehrenamtlichen und einer gemeinsamen Qualitätssicherung der Arbeit besteht.

Angesichts der Veränderungen in der Evangelischen Kirche als auch in den Krankenhauslandschaften in Österreich und auch in Vorbereitung der zukünftigen

Herausforderungen für Seelsorge und Begleitung seitens jener, die ihrer bedürfen, erscheint es angebracht, zunächst einmal Informationen zum Ist-Zustand der Situation zusammenzutragen.

Aus diesem Grund verschickte der AEKÖ Vorstand Anfang September 2013 einen schriftlichen Fragebogen für alle hauptamtlichen KollegInnen (AEKÖ-Adressenliste 2013) mit der Bitte um Rückmeldung bis Ende November 2013.

Im Oktober 2013 wurde diese Erhebung durch ein Treffen der Diözesanbeauftragten zur Krankenhauseelsorge im Oberkirchenrat in Wien ergänzt. Dabei wurde eine erste allgemeine Situationsbeschreibung zu den einzelnen Superintendentialgemeinden (Ausnahme: Salzburg/ Tirol) vorgenommen.

Insgesamt wurden 144 Fragebögen zurückgeschickt; von diesen wurden 136 in die Auswertung aufgenommen (N=136), 7 Fragebögen waren so unvollständig ausgefüllt, dass keine eindeutige Zuordnung der Informationen möglich waren. Im Ver-

lauf der Datenbereinigung wurden 54 weitere Datensätze aufgenommen (N=190). Das war dem Umstand geschuldet, dass einige Einzel-Fragebögen Informationen zu mehreren Häusern zusammengefasst hatten. Die Fragebögen wurden per SPSS-Datenauswertungsprogramm erfasst und in einfachen Kreuzabfragen ausgewertet. Nach zweifachen Datenbereinigungsverfahren und erneuter Auswertung sind die Ergebnisse in einfachen Tabellen zusammengefasst und nochmals nach ihren Ergebnissen mit konkreten Informationen aus mehreren Rückmeldungsschleifen korrigiert bzw. ergänzt worden.

Im Folgenden sind nun von tabellari-schen Übersichten einige aussagekräftige Ergebnisse aus der Erhebung zusammengefasst.

Sie sollen der besseren Übersicht und Information für alle weiteren inhaltlichen Diskussionen zur Gegenwart und zur Zukunft zur Evangelischen Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeheimen dienen.

Wien, im September 2014

Tabelle 1: Übersicht über Anzahl der Kliniken und Pflegeheime/Seniorenresidenzen sowie der Präsenz von Evangelischer Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge

Bundesland	Kliniken (insg.) lt. Recherche* // Evang. SeSo	Pflegeheime und Senioren- residenz/ -heime*	Univ. Klinik, Algemeines und oder LKH	Fach- klinik	Privat	Schwerpunkt: Pflege/ Geria- trie – KH	Reha- Zentren	Psych. Einrich- tungen
Burgenland	11 // 1	36 insg., 0	1	0	0	0	0	0
Kärnten	31 // 17	71 insg., 4 betreut	13		4	4	7	1
Nieder- österreich	57 // 12	116 insg., 10 (5) betreut	13	1	1	4 (3)	2	3

Bundesland	Kliniken (insg.) lt. Recherche* // Evang. SeSo	Pflegeheime und Senioren- residenz/ -heime*	Univ. Klinik, Allgemeines und oder LKH	Fach- klinik	Privat	Schwerpunkt: Pflege/ Geri- atrie – KH	Reha- Zentren	Psych. Einrich- tungen
Ober- österreich	39 // 20	131 insg., 5 (10) betreut	15	2	1	1	1	2
Salz- burg/Tirol	40+36 = 76 // 20	186 insg., 34 betreut, 20 durch HA in Innsbruck	15	1	7	2 (2)	4	2
Steiermark	81 (54+27 Graz) // 43	206 // 224 insg., 80 betreut in der Strmk., 14 durch HA in Graz	23	20	10	22	7	2
Wien	36 // 16	56 insg., 7 betreut	19	1	6	3 (1)	4	3
Vorarlberg	14 // 1	60 insg., 1 (1) betreut	1	0	0	0	0	0

(Quelle: Erhebung AEKÖ 2013, sowie Rückmeldungen 2014; N = 136/190)

(*) Recherche: Herold www.herold.at vom 27. Mai 2014

Tabelle 2: Übersicht über Bettenanzahl in den von Hauptamtlich betreuten Häusern und im Durchschnitt gemeldeten Evangelischen PatientInnen

Bundesland	Bettenanzahl insg. (HA betreute Häuser)	Evangelische gemeldet Anzahl (Durchschnitt)	Evangelische in %	Evangelische (lt.Statistik, Seelenstandsbericht Amtsblatt 1/2014)
Burgen- land	n. f.	n. f.	n. f.	33.110
Kärnten	5.082	333	6,6 %	50.999
Nieder- österreich	3.144	68	2,2 %	40.176
Ober- österreich	6.388	203	3,8 %	51.108
Salzburg/ Tirol	7.849 // ca. 2.890 für aktuell betr. Pflegehei- me in Innsbruck	374	4,8 %	29.296
Steier- mark	3.694 // 1.500 für betr. Pflegeheime	70	4,0 %	40.280
Wien	9.947 // 1.375 für ak- tuell betr. Pflegeheime	107	1,2 %	54.337
Vorarlberg	n. f.	n. f.	n. f.	n. f.

(Quelle: Erhebung AEKÖ 2013, N = 136/190)

Tabelle 3: Übersicht Hauptamtliche SeelsorgerInnen KH, Stundenumfang und Gesamtstunden inkl. Ehrenamtlicher MitarbeiterInnen

Bundesland	Name	Anzahl der betr. KH & Pflegeheime	KH Bettenanzahl	Stundenumfang HA	Gesamt Stundenumfang inkl. EA Mitarbeit	HA/EA Faktor
Burgenland	--	n. f.	n. f.	n. f.	n. f.	
Kärnten	Hanisch, Helga	1	62	30	39	1,3
	Van Scharrel, Friedrich	2	2.232	38	76	2,0
	Wagner, Lukas	1	56	16	16	1,0
Niederösterreich	--	n. f.	n. f.	n. f.	n. f.	
Oberösterreich	Brüggenwerth, Martin	6	3.047	25 + 15*	52	1,3
	Gräser, Ruth	1	648	12	15	1,3
	Hubmer, Hans	3	1.000	20	32	1,6
	Müller, Barbara	1	1.227	10	14	1,4
	Pitters, Thomas	1	119	6	9	1,5
Salzburg/Tirol	Hofmeister, Hannah	34	2.890	10	70*	7,0
	Mehl, Eberhard	8	2.994	40	40	1,0
	Seissler, Claudia	1	80	10	18	1,8
	Schulte, Joachim	4	3.200	40	66	1,7
Steiermark	Hagmüller, Christian	5	914	22	25	1,1
	Hohenberger, Herwig	5	1.962	40	65	1,6
	Kopp-Gärtner, Arnd	1	780	8	8	1,0
	Pilz, Elisabeth	14	1.500	30	38	1,3
Wien	Menzl, Gabriele	2	1.415	24	44	1,8
	Leuthold, Margit	2	2.280	30 + 10*	59	1,5
	Preis, Arno	2	3.800	40	65	1,6
	Schröder, Claudia	2	1.799	30 + 10*	42	1,1
	Umek, Gabriele	1	1.095	20	23	1,2
	Schoene, Katharina	3	960	30	34	1,1
	Weinberger, Karl	5	2.000	40	52	1,3
Vorarlberg	--	n. f.	n. f.	n. f.	n. f.	
Summe		66 Häuser	36.060 Betten	606 Stunden HA	902 Stunden ges. (Faktor 1:1,5)	1,5

(Quelle: Erhebung AEKÖ 2013, Aktualisierung 05/2014)

* Hanna Hofmeister: 70 Stunden inkl. BesuchsdienstmitarbeiterInnen

(*) = Stunden für weitere Aufgaben (Leitung Oberösterreich (Brüggenwerth); Co-Leitung KSA Österreich (Leuthold), EA-Ausbildung Wien (Schröder))

Im Burgenland, in Niederösterreich und in Vorarlberg und in großen Teilen von Salzburg/Tirol (Ausnahmen: Salzburg-Stadt und Innsbruck) gibt es keine hauptamtlich tätigen Krankenhaus-/GeriatricsseelsorgerInnen. Vielmehr sind dort PfarrerInnen und Pfarrer mit einem Amtsauftrag für das in ihrem Gemeindegebiet liegenden Krankenhaus und/oder Pflegeheim betraut.

Einige KollegInnen haben die Diözesanbeauftragung in ihrem Dienstauftrag vermerkt, einige nicht.

Da für diese Bundesländer keine gesicherten Daten vorliegen (bis auf Übersichten und Adressenverzeichnissen von Ehrenamtlichen MitarbeiterInnen), sind diese Daten nicht in die Auswertung mit aufgenommen worden.

Tabelle 4: Übersicht über Anzahl der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die durch haupt- und ehrenamtliche SeelsorgerInnen, PfarrerInnen mit Dienstauftrag und/oder durch BesuchsdienstmitarbeiterInnen betreut werden

Bundesland	Anzahl der KH und Pflegeheime, in denen Evangelische Seelsorge vorhanden ist	Anzahl der KH und Pflegeheime, die durch hauptamtl. Stellen betreut sind	Anzahl der KH und Pflegeheime, die durch Pfr. ^h mit Dienstauftrag betreut sind	Anzahl der KH und Pflegeheime, in denen ea SeSo lt. EA-Richtlinie tätig sind	Anzahl Besuchsdienst-MA
Burgenland	1	0	1	1	KA
Kärnten	15	4	17	6	20
Niederösterreich	18	0	14	7	15
Oberösterreich	22	9	6	11	29
Salzburg/Tirol	26 // 34	34	9	12	40
Steiermark	43 // 14	24	13	7	72
Wien	20	16	7	14	10
Vorarlberg		0	1	25	1

(Quelle: Erhebung AEKÖ 2013, Rückmeldung 2014, N = 190/136)

Tabelle 5: Übersicht über Verteilung von Wochenstunden auf Hauptamtliche, PfarrerInnen mit Dienstauftrag, Ehrenamtliche SeelsorgerInnen und Ehrenamtliche BesuchsdienstmitarbeiterInnen lt. Angaben Erhebung 2013

Bundesland	Wochenstunden HA	WS Pfr ^m mit DA	WS Ehrenamtliche	WS Besuchsdienst-MA	Seelsorge WS gesamt
Burgenland	0	4	k. A.	k. A.	4
Kärnten	84	20	46	17	167
Niederösterreich	0	9,3	19	1	29,3
Oberösterreich	88	4	49	k. A.	141
Salzburg/Tirol	100	5,25	12	80,5	197,75
Steiermark	100	50	261	61	472
Wien	234	0,5	41,5	12	288
Vorarlberg	0	8	20	k. A.	28
Summe	606	101,05	448,5	171,5	1.323,5

(Quelle: Erhebung AEKÖ 2013, Rückmeldung 05/2014, N = 190/136, inkl. Informationsschleife)

Zur Strukturqualität in den Krankenhäusern und Pflegeheimen

Strukturqualität: Räumliche Ausstattung Seelsorge

Tabelle 6: Strukturqualität/Raum für Seelsorge

Bundesland	Eigenes Büro	Büro in Mitbenützung	Besprechungszimmer	Umkleide-möglichkeit
Burgenland	0	0	0	0
Kärnten	4	1	0	0
Niederösterreich	1	3	4	7
Oberösterreich	4	4	7	5
Salzburg/Tirol	1	7	8	12
Steiermark	1	5	8*	6
Wien	6	3	4	6
Vorarlberg	0	0	0	0
Summe	17	23	31	36

(Quelle: Erhebung AEKÖ 2013, Rückmeldung 05/2014, N = 190/136)

Wie aus der Übersicht zu den Rückmeldungen deutlich wird, können von den 22 hauptamtlichen SeelsorgerInnen 17 auf ein eigenes Büro zurückgreifen, in 23 Fällen bietet sich die Möglichkeit einer Büromitbenützung an. In 31 Einrichtungen gibt es darüber hinaus eine Möglichkeit, ein Besprechungszimmer zu nutzen. In 36 Einrichtungen existiert eine Umkleidemöglichkeit.

Kapelle / Kirchenräume

Eine eigene Kapelle oder ein Zugang zu einer selbständigen Nutzung eines liturgischen Raumes existieren in Kärnten in zwei Häusern, in Niederösterreich in 10, in Oberösterreich vier, in Salzburg und Tirol in vier, in der Steiermark in acht (mit den Häusern der Diakonie), in Wien in drei Häusern. Ökumenisch genutzte Räumlichkeiten gibt es in Kärnten in fünf, in Niederösterreich in neun, in Oberösterreich sechs, in Salzburg/Tirol in acht, in der Steiermark in 48, in Wien in sechs Einrichtungen. Die hohe Anzahl der ökumenisch genutzten liturgischen Räume in der Steiermark sind ein Resultat der sehr guten Situation der Ökumene in der Steiermark.

Technische Ausstattung

Das Vorhandensein einer technischen Ausstattung (Telefon, Computer, Drucker oder anders) sind in fünf Einrichtungen für Kärnten angegeben, in drei für Niederösterreich, in fünf für Oberösterreich, in 9 für Salzburg und Tirol, jeweils 10 für die Steiermark und für Wien. Dabei wurden 30 × Diensttelefone genannt, 4 × Pager im Krankenhaus, 24 × Dienstcomputer, 24 × E-Mail und Internetzugang, 22 × Drucker.

Zur Prozessqualität in der Seelsorge (Ökumene)

Ökumene und Interreligiöse Kontaktmöglichkeiten vor Ort

Tabelle 7: Ökumene und Interreligiöser Kontakt

Bundesland	Röm-kath. Kirche	Altkath. Kirche	Orient. Orthodox und orth. Kirchen	Islam. Besuchsdienst	Pat. Betreuung Jüd.	Zeugen Jehovas
Burgenland	k. A.					
Kärnten	26					
Niederösterreich	26					
Oberösterreich	38	1		1		
Salzburg/Tirol	30					

Bundesland	Röm-kath. Kirche	Altkath. Kirche	Orient. Orthodox und orth. Kirchen	Islam. Besuchsdienst	Pat. Betreuung Jüd.	Zeugen Jehovas
Steiermark	190			1		1
Wien	35	1	1	1	1	
Vorarlberg	k. A.					

(Quelle: Erhebung AEKÖ 2013, Rückmeldung 05/2014, N = 190/136)

Ökumenische Zusammenarbeit

Generell fällt die Steiermark mit erheblich höheren Zahlenangaben in der ökumenischen Zusammenarbeit auf. Das ist tatsächlich als Resultat einer gemeinsamen Organisation und Durchführung der EA-Ausbildungen in der Steiermark zu sehen.

Die Bias-korrigierten Auswertung von Daten von 190 Einrichtungen (N=190) dabei ergeben folgenden Bild zur Ökumene. In rund der Hälfte der Einrichtungen findet Ökumene statt, vor allem mit der Seelsorge der Römisch-katholischen Kirche, davon gestaltet sich in 41% der Angaben die Ökumene als ein eher punktueller Kontakt, sonst als kontinuierlicher Austausch.

Ökumene in der Krankenhauseelsorge gestaltet sich (in der Reihenfolge ihrer genannten Häufigkeit) vor allem

- als ein Feiern von ökumenischen Gottesdiensten (ca. 2/3 der Angaben),
- ebenfalls bei etwas weniger als 2/3 der Angaben als regelmäßige Besprechung (z. B. Kaffee, Austausch).

Dabei finden rund 60% der persönlichen Kontakte eher mit den katholischen PastoralassistentInnen statt und rund 48% der Kontakte auch als ein Kontakt mit den katholischen Priestern.

Konkrete Kooperationen finden vor allem in Bezug auf eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit statt, d. h. im gemeinsamen öffentlichen Auftreten nach außen durch beispielsweise einen gemeinsamen Folder (44%) oder mit einem gemeinsamen Plakat (36%) oder einer gemeinsamen Homepage für das betreffende Krankenhaus (24%). In rund 35% Fällen der ökumenischen Zusammenarbeit gestaltet diese sich auch als eine Begleitung von Ehrenamtlichen MitarbeiterInnen (z. B. durch das Angebot eines „ökumenischen Kaffees“ oder durch Veranstaltungen).

Interkulturelle Kontakte und Zusammenarbeit mit anderen Konfessionen (auch zu Kollegen aus H. B. oder der methodistischen Kirchen) sowie **interreligiöse Zusammenarbeit** finden nur punktuell und sporadisch statt.

Fazit

- Ökumenische Zusammenarbeit findet in der Krankenhausseelsorge in Österreich in 50 % aller Einrichtungen statt. Diese gestaltet sich in erster Linie als Kontakt mit der römisch-katholischen Seelsorge vor Ort, in der konkreten Umsetzung jeweils in unterschiedlich intensivem Ausmaß.
- Herausforderung und Chancen liegen in der Ökumene, sowohl in der Weiterführung der Kontakte mit den römisch-katholischen KollegInnen, aber auch der **weiteren Ökumene** und in der Gestaltung von **interkonfessionellen** und weiter, auch **interreligiösen Kontakten**. ■

Zwischen Kontinuität und Veränderung

Zukünftige Herausforderungen für die Evangelische Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeheimen in Österreich.

Von **Margit Leuthold**

1. Warum arbeitet Evangelische Seelsorge an den Orten, an denen sie bestellt ist?

Evangelische Krankenhausseelsorge in Österreich folgt dem diakonischen Auftrag von Jesus Christus (Mt 35, 26): „*Ich war krank und Ihr habt mich besucht*“ und findet im Dienstauftrag der Evangelischen Kirche A. und H. B. statt.

Seit dem Beginn von Seelsorgearbeit in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

lautet die **Primäraufgabe**, vor Ort Ansprechpartner für evangelische Patientinnen und -patienten zu sein und sicherzustellen, dass diese in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gemäß ihrer spirituellen Bedürfnisse ein Seelsorgeangebot erhalten. Sie ist Teil einer umfassenderen Seelsorgepraxis innerhalb der Evangelischen Kirche(n) in Österreich. Die Evangelische Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist dabei als ein *lernfähiges, zu seiner Umwelt hin offenes „System“* zu verstehen, in dem die

Interaktion von Person (Persönlichkeit) und Rolle (Krankenhauseelsorgende) und Organisation(en) (Kirche/ Krankenhaus/ Pflegeheim) Arbeit und Veränderungsanforderungen bestimmen.¹

Aber wo fängt das Seelsorgeangebot an, was gehört nicht mehr dazu, was würde die Seelsorge vor Ort überfordern bzw. den doch so einfach klingenden biblischen Auftrag aufgeben?

Was deutlich ist, dass der biblische diakonische Auftrag nicht allein nur zitiert werden darf, wenn es darum geht, die Herausforderungen an Evangelische Seelsorge in Österreich wahrzunehmen, zu analysieren und den Dienst der Seelsorgerinnen und Seelsorger vor Ort, aber auch den der Gesamtkirche(n) sicher zu stellen.

Dass sich mit diesen organisationsbezogenen Fragen nicht mehr ausschließlich die Seelsorgerinnen und Seelsorger vor Ort beschäftigen und fallweise auch Superintendentenl Ausschüsse und Superintendentenversammlungen in der Evangelischen Kirche A. und H. B. in Österreich, zeigt sich an dem im Juni 2014 abgehaltenen Studientag zur „Evangelischen Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen“ des Theologischen Ausschusses der Generalsynode der Evangelischen Kir-

che A. und H. B. Im Dezember 2014 ist ein Halbtage der Generalsynode diesem wichtigen kirchlichen Dienst gewidmet.

An dieser Beschäftigung wird auch eine veränderte Wahrnehmung von Seelsorge im Gesundheitswesen deutlich. Sie ist nicht mehr allein, aus ihrer historischen Entwicklung heraus, als Gemeindegeseelsorge zu verstehen, sondern auch als (gemeindegeseindegese)diakonische Aufgabe, oder besser gesagt, als diakonischer Auftrag der Kirchen im Gesundheitssystem zu sehen.²

Die neue Entwicklung im Gesundheitswesen und ihre Aufgabe an Medizin, Ethik und Krankenhauseelsorger der Kirchen fragen nach Reflexion und wohl auch nach neuen Kooperationen zwischen Krankenhauseelsorge, Seelsorge in Alten- und Pflegeheimen und der Gemeindegeseelsorge.

Der Medizinethiker und Systematiker Ulrich Körtner hat 2011 für die Gemeindegeseelsorge Perspektiven entwickelt, die gemeindegeseindegese Angebote enthalten, wie z. B. Gemeinwesenarbeit, Quartiersarbeit oder multiprofessionelles Case Management und dabei Seelsorgeteams angedacht, die im Rahmen von gemeindegesebezogener Diakonie interprofessionell

1 Vgl. dazu Lohmer, Matthias: Das Unbewusste im Unternehmen: Konzepte und Praxis psychodynamischer Organisationsberatung, in: Ders.: (Hg.): Psychodynamische Organisationsberatung: Konflikte und Potentiale in Veränderungsprozessen, Stuttgart: 2004, S. 18–39. Unter Hinzuziehung des Travistock-Modells für soziale Systeme kann die Krankenhauseelsorge als lernfähiges, zu seiner Umwelt hin offenes System angesehen verstanden werden.

2 Vgl. Körtner, Ulrich: Seelsorge im Gesundheitswesen, in: Standpunkt. Zeitschrift des Evangelischen Bundes in Österreich. Heft 2020/2001, 4–21. Historisch gesehen war Seelsorge eine „Betreuung von Kranken und gemeindegese Aufgabe“, in Form von Hausbesuchen oder Besuchen von Gemeindegesemitgliedern im Krankenhaus. Mit dem Entstehen von „Krankenhauseelsorge als einem eigenen Funktionsbereich“ in der Kirche wird dieser als „eigener Arbeitszeit mit spezifischen Gegebenheiten und Erfordernissen“ angesehen, so z. B. in einem EKD-Papier aus dem Jahr 1994 nachzulesen (Vgl. Körtner, a. a. O., S. 20).

mit psychosozialen Diensten zusammenarbeiten.³

Hier sehe ich viele gemeinsame Anknüpfungsmöglichkeiten für eine moderne Seelsorge in Gemeinden, Krankenhäusern und Alten- und Pflegeheimen.

Klar ist, dass Ziele und Ansatzpunkte der kirchlichen Arbeit von ihrem „offiziellen Auftrag“ her, d. h. von den formal festgelegten Richtlinien, zu bestimmen sind, aber auch in der Auseinandersetzung mit den konkreten Bedingungen der jeweiligen Arbeit vor Ort. Diese Seelsorge-Orte sollten wir verstärkt in den Blick nehmen.

Deutlich wird auch, dass wesentliche Fragen nach dem Wie und mit welchem Ziel welches Seelsorgeangebot gemacht wird, welche Personen mit welchen Kompetenzen dafür aus- und weitergebildet werden müssen und in welchem Rahmen und mit welchem Konzept sie ihren Dienst versehen sollen, nicht mehr nur allein für die kirchlichen Auftraggeber von Interesse sind. Vielmehr interessieren sich mehr und mehr auch jene Einrichtungen dafür, die ihre jeweilige Klientel in ihren „spirituellen Ressourcen“ gestärkt wissen möchten.

Der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge (AEKÖ) hat im Frühsommer 2013 eine Erhebung zum Ist-Zustand der Evangelischen Seelsorge in Österreich durchgeführt, mit dem Ziel, genauere Informationen und Daten zur gegenwärtigen Situation der Evangelischen Seelsorge in

Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu erfahren⁴.

Eine differenzierte Konzeptentwicklung, die eng mit den Möglichkeiten der Einrichtung (d. h. dem Krankenhaus, dem Pflegeheim) und den Mitarbeitenden und an den Bedürfnissen der Menschen in ihnen angebunden ist, ermöglicht eine profunde *Seelsorgearbeit mit Profil*.

Immer wieder zeigte sich in Gesprächen und Analysen anlässlich von Arbeitssitzungen der Seelsorgerinnen und Seelsorger zu ihren Rahmenbedingungen vor Ort, dass eine Bewertung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und ein Vergleich zwischen den unterschiedlichen Arbeitssituationen eher schwierig gestaltet.

Gleichwohl gibt das Anliegen, dass es eine einheitliche (Qualitäts-)Sicherung der Ausbildung, eine vergleichbare Aus-/Weiterbildung und Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeitenden und einheitlichen Qualitätsstandards in der Seelsorge geben soll.

Die Jahrestagung der AEKÖ 2014 beschäftigte sich deshalb in einem ökumenischen Forum mit katholischen Kolleginnen und Kollegen mit der Formulierung eines gemeinsamen Berufsbildes für die

3 Vgl. Körtner, a. a. O.

4 Auf die Aussendung wurden bis Dezember 2013 insg. 144 Fragebögen zurückgeschickt; von diesen wurden 136 in die Auswertung aufgenommen (N=136). Im Verlauf der Datenbereinigung wurden 54 weitere Datensätze aufgenommen (N=190). Die Fragebögen wurden per SPSS-Datenauswertungsprogramm erfasst und in einfachen Kreuzabfragen ausgewertet. Nach zweifachen Datenbereinigungsverfahren und erneuter Auswertung sind die Ergebnisse in einfachen Tabellen zusammengefasst und nochmals nach ihren Ergebnissen mit konkreten Informationen aus einer Rückmeldungsschleife korrigiert bzw. ergänzt worden.

Krankenhausseelsorge sowie mit gemeinsamen Ethikstandards und Themen zukünftiger Anforderungen, u. a. mit dem Seelsorgekonzept Spiritual Care, der Seelsorge in Alten- und Pflegeheimen oder dem Verhältnis von Gemeinde- und kategorialer Seelsorgearbeit.⁵

Um Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeheimen so zu gestalten, dass sie dem „diakonischen Auftrag“ unter den modernen Bedingungen Rechnung tragen kann, müssen im fortlaufenden Arbeitsprozess, d. h. in und aus der Praxis heraus, immer wieder die dafür relevanten Faktoren wahrgenommen, reflektiert und auf die konkreten Arbeitssituation bezogen werden.

Relevante Faktoren⁶ sind dabei:

1. **Ziele und Strukturen** (Positionen, Arbeitsaufträge, Stellenbeschreibungen etc.) der jeweiligen auftraggebenden kirchlichen Stelle/der medizinischen Einrichtung
2. die in Auseinandersetzung damit zu bestimmenden Zielen, Interessen und **Rollendefinitionen** der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (der hauptamtlichen Seelsorgerinnen und Seelsorger, der Pfarrerinnen und Pfarrer mit Dienstauftrag und der Ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter)
3. die **Situation** derjenigen, um die es geht: die Menschen in den Kranken-

häusern und in den Einrichtungen, die Seelsorge erfahren möchten – und auch unter Berücksichtigung der Einschätzung der Fachkräfte vor Ort (die der Pflegekräfte, Sozialbegleitenden, der behandelnden Ärzte etc.)

4. die zur Verfügung stehenden **Fachkompetenzen, Handlungsrepertoires** und **sachlichen Ressourcen** (Finanzen etc.)
5. die **Kooperationsmöglichkeiten** bei den Kolleginnen und Kollegen, Verhandlungsspielräume zwischen den Mitarbeitenden und den Leitenden der Einrichtungen und diejenigen mit einflussreichen Stellen und Personen außerhalb der kirchlichen Organisation.

Dass diese Fragen die Seelsorge schon länger beschäftigt, zeigt das Protokoll des ersten Treffens Evangelischer Seelsorgerinnen und Seelsorger im November 1993 in Perchtoldsdorf. In den folgenden Jahrzehnten trafen sich Seelsorgerinnen und Seelsorger regelmäßig, um ihre Arbeit und ihren Dienst in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu reflektieren. Das Ziel der Arbeitsgemeinschaft Evangelischer Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger in Österreich (AEKÖ)⁷ ist es inzwischen seit 30 Jahren, die eigene Praxis begleitend zu reflektieren und entsprechend internationaler Standards⁸ weiter zu entwickeln und eine kontinuierliche Qualitätssicherung zu gewährleisten.

5 Vgl. die Ergebnisse der Tagung 2014, www.aekoe.at/intern/Tagungen.

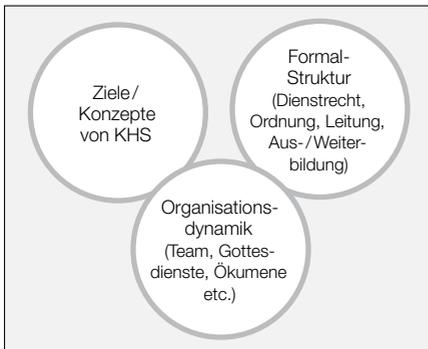
6 Vgl. dazu Gotthardt-Lorenz, Angela: Organisationsberatung. Hilfe und Last für Sozialarbeit. Freiburg i. B.: 1989, S. 69.

7 Vgl. www.aekoe.at

8 Vgl. Mennorode Statement der 12. ENHCC (European Network of Healthcare Chaplaincy) Consultation 2012 (deutsche Fassung); www.enhcc.eu.

Vor über 30 Jahren wurden bei dem ersten Treffen der AEKÖ als „Gegenstände“ der gemeinsamen Beratung folgende Bereiche gesammelt: *„Stellen- und Zielkonzept; Ausbildung Ehrenamtlicher; Begleitung Ehrenamtlicher; Dienstregelungen für KrankenhauseelsorgerInnen, Vertretung bei Abwesenheiten; Explizite Seelsorge, Heilungs- und Segnungsgottesdienste, Ökumene in der Krankenhauseelsorge, Ordnung und Leitung der Krankenhauseelsorge.“*⁹ Allein drei dieser Punkte wurden bei diesem ersten Treffen miteinander besprochen. Wir finden in der Nennung aber bereits 1993 die immer wieder kehrenden zentralen und relevanten Themen für die weiteren Jahre. Sie beschreiben die Kernbereiche einer Evangelischen Krankenhauseelsorgearbeit:

Abb. 1: Kernbereiche der Entwicklung von Evangelischer Krankenhauseelsorge



(Leuthold 2014)

⁹ Vgl. das 1. Protokoll des Treffens der KrankenhauseelsorgerInnen 17.–18. November 1993 in Purkersdorf, www.aekoe.at/intern/Protokolle

In den darauf folgenden Jahren entwickelten die Kolleginnen und Kollegen in den unterschiedlichen Superintendentialgemeinden entsprechend der verschiedenen Rahmenbedingungen in Selbstorganisation Ausbildungen für sich als Hauptamtliche, aber auch für ehrenamtliche Seelsorgerinnen und Seelsorger und schloss sich im Selbstverständnis in ihren Lern- und Arbeitsmethoden der Klinischen Seelsorge Ausbildung (KSA) an.¹⁰ Der Richtlinie der Evangelischen Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge in Österreich¹¹ entsprechend verfügen die Seelsorgerinnen und Seelsorger neben dem

¹⁰ Der Begriff der Klinischen Seelsorge Ausbildung (KSA) findet seine Wurzeln in der „Clinical Pastoral Education (CPE)“, einer theologischen Ausbildungsweise, die in den USA in den 1925 Jahren u. a. von dem Physiker und Mediziner Richard Cabot in Harvard entwickelt und später von dem Reverent Anton Boison als Aktions-Reflexions-Methode eingesetzt wurde. Sie wurde ähnlich wie die Sozialwissenschaften und die Sozialarbeit der Chicagoer Schule zu jener Zeit nicht nur exklusiv in akademischen Hörsälen vorgestellt, sondern in „clinical settings“ praktiziert, also an Orte verlagert, an denen Seelsorgedienste: In Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, an Universitäten, in Kindererholungsheimen und Rehabilitationszentren, in der Hospizarbeit, in Psychiatrischen Diensten und in die Stadtteilarbeit, im den Berufsbereich, in geriatrischen Einrichtungen und in Einrichtungen für Kriegsveteranen – und eben auch in die Gemeindearbeit und die kirchliche und pastorale Seelsorgearbeit. Die Arbeit und die Gespräche wurden dabei mittels Gedächtnisprotokolle als „ebendige menschliche Zeugnisse“ festgehalten und dabei beide Perspektiven, sowohl für die, die Seelsorge erfuhren als aus jener, die die Seelsorge leisteten in den Blick genommen. So konnte die Praxis, aber auch die eigene Wahrnehmung und Situation mithilfe von SupervisorInnen und Peergruppen in kleinen Teams reflektiert und im Sinne von experimentellen Praxislernen zu einer individuellen Kompetenz weiterentwickelt werden. Vgl. dazu <http://acpe.edu/index.html>, vom Mai 2014.

¹¹ Richtlinie für die Krankenhauseelsorge der Evangelischen Kirche A. und H. B. in Österreich (Abl. Nr. 155/2010; amtsw. Korr. ABl. Nr. 207/2010).

Nachweis der persönlichen Eignung auch über eine theologische Qualifikation und eine Seelsorgeausbildung entsprechend der KSA-Standards.

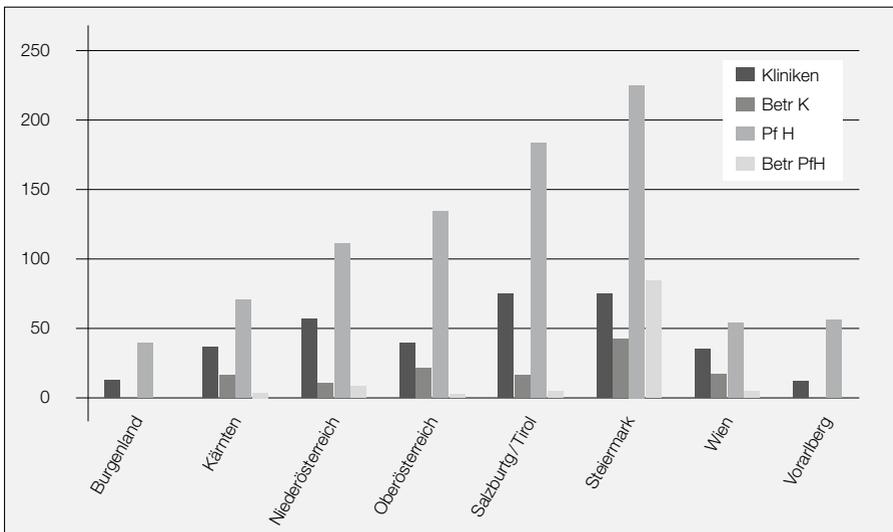
2. Zur Situation der Evangelischen Krankenhaus-seelsorge in Österreich

In Österreich gibt es derzeit (lt. Internet-Telefonverzeichnis www.herold.at) 345 öffentliche und private Kliniken und 880 Pflegeheime und Seniorenresidenzen. In knapp 38% der Krankenhäuser (130) und

in 12% der Pflegeheime und Senioreneinrichtungen (109) ist derzeit hauptamtliche Seelsorge, ein Pfarrer/eine Pfarrerin mit Dienstauftrag, eine ehrenamtliche Seelsorge oder ein Besuchsdienst tätig. In den Einrichtungen sind zwischen 1,6% und 6,6% Personen als Evangelisch gemeldet.

Über die Befragung im November 2013 (AEKÖ 2013) konnten für 66 Häuser einige Daten zu Bettenumfang, Stundenausmaß und zur Strukturqualität sowie zur Ökumene vor Ort erhoben werden. Sie geben etwas Aufschluss zur aktuellen Situation und sollen deshalb kurz skizziert werden.

Abb 2: Anzahl der Kliniken und Pflegeheime/Seniorenresidenzen in den einzelnen Superintendentialgemeinden und Seelsorgepräsenz



(Leuthold 2014, Quelle: Erhebung AEKÖ 2013, Rückmeldungen 2014 N=136/190)

(*) Recherche: Herold www.herold.at vom 27. Mai 2014

Aus der Übersicht (Abb. 2) wird deutlich, dass Evangelische Seelsorge in der Steiermark, in Kärnten, in Oberösterreich, in Salzburg/Tirol und in Wien nicht flächendeckend, aber wahrnehmbar tätig ist. Im Burgenland, in Vorarlberg und in Niederösterreich sind noch wenig bis keine Häuser hauptamtlich seelsorglich begleitet. Auffallend ist die hohe Zahl von Kliniken und Pflegeheimen in der Steiermark, in Salzburg und Tirol und – für den Pflegeheimbereich in Oberösterreich und Niederösterreich. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Anzahl der Krankenhäuser nicht ident ist mit der Anzahl der Betten in den Häusern.

Zieht man die Informationen über die betreuten Bettenanzahlen in Betracht, ergibt sich ein anderes Bild. Dann sind aktuell in Wien die Krankenhäuser und Pflegeheime mit den höchsten Bettenzahlen zu betreuen, nämlich 13.349 Betten, gefolgt von den Einrichtungen in Salzburg/Tirol mit etwas weniger als der Hälfte, 6.274 Betten und von Oberösterreich mit knapp über 6.000 Betten (6.041). In der Steiermark sind 5.156 Betten, in Kärnten knapp 2.000 (1983) zu betreuen.

Angesichts der unterschiedlichen Anzahl von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, der unterschiedlichen Präsenz von Evangelischen in den einzelnen Regionen und von den stark von einander abweichenden Bettenzahlen muss jeweils die jeweilige Situation vor Ort genau untersucht werden:

- Wie kann die Superintendentialgemeinde mit ihrer spezifischen Situation ihre Seelsorge in den Blick nehmen,

um möglichst eine an Bedarf und Bedürfnis orientierte Arbeit zu gestalten – ohne aber die Wahrnehmung für die unterschiedlichen Ausgangs- und Bedürfnislagen der Situation in anderen Superintendentialgemeinden zu verlieren?

Deutlich werden die Besonderheiten und die sich daraus ergebenden Aufgaben für die Praxis:

- Wie ist z. B. in der Steiermark in der Seelsorge in Pflegeheimen auf die Vielzahl der kleinen Pflegeheime zu reagieren?
- Wie ist es z. B. zu bewerten, dass in der Superintendentialgemeinde Wien in der Krankenhausseelsorge eine höhere Bettenanzahl als in Salzburg/Tirol und Oberösterreich zusammen begleitet werden müssen?
- Wie kann z. B. in Kärnten eine Seelsorgearbeit für eine kleine Bettenanzahl, aber dafür mit einem am höchsten anzunehmenden Prozentanteil von Evangelischen gestaltet werden?

Laut AEKÖ-Adressenliste sind 2014 in der Evangelischen Kirche A. und H.B. 31 Personen hauptamtlich bzw. als Pfarrerin/als Pfarrer mit Dienstauftrag in der Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge tätig, davon 22 Personen als „hauptamtliche Seelsorgerinnen und Seelsorger“. 9 von ihnen mit einer 100%-Stelle für mehrere Häuser und zum Teil mit gesamt-diözesanen Aufgaben betraut, 13 sind mit 50% und weniger für die Seelsorge beauftragt. Fünf Personen in Teilzeitbeauftragungen

besonders im Bereich der Seelsorge in Alten- und in Pflegeheimen tätig und vier in Einrichtungen der Diakonie resp. in einem Evangelischen Privatspital. Einige Pfarrerinnen und Pfarrerkollegen aus dem Gemeindepfarramt haben in ihrem Dienstauftrag die Zuständigkeit für Krankenhausseelsorge genannt, einige verfügen nur über eine mündliche Befragung seitens des Superintendenten.

Eine Übersichtstabelle gibt (nach Grundlage der Erhebung AEKÖ 2013) eine Übersicht über die hauptamtlich betreuten Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die Bettenanzahl dieser Einrichtungen und die durch die haupt- und ehrenamtlichen SeelsorgerInnen geleisteten Gesamtstunden an Seelsorgearbeit in diesen Häusern.

Die Übersicht (siehe Tab. 3, S. 205) zur gegenwärtigen Situation der Evangelischen Krankenhausseelsorge und Seelsorge in Pflegeheimen zeigt:

1. 22 Personen betreuen 66 Einrichtungen (Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen) in ganz Österreich, mit insgesamt 32.803 Betten.
2. Die Anzahl der Personen ist überschaubar und kann namentlich benannt werden, die Seelsorgearbeit wird damit auch von den einzelnen Personen und ihren individuellen Persönlichkeiten und Kompetenzen sichtbar gestaltet. Dieser „Funktionsbereich“ der Evangelischen Kirche ist damit auch eine „Visitenkarte“ gegenüber Einrichtungen und Trägern außerhalb kirchlicher Einrichtungen und damit ein sensibler

Arbeitsbereich für die Evangelische Kirche.

3. Die Evangelische Kirche A. B. leistet sich 606 Stunden hauptamtliche Seelsorgearbeit, ermöglicht 236 Wochenstunden ehrenamtlicher Seelsorge und kann so mit einem Faktor von 1:1,4 842 Wochenstunden seelsorgliche Begleitung bereitstellen.

2.1. Zur Strukturqualität in den Krankenhäusern und Pflegeheimen

Die räumliche Ausstattung zur Seelsorge zählt zur Strukturqualität der Arbeit.¹² Die strukturelle Ausstattung gibt Auskunft über die konkreten Gestaltungsmöglichkeiten zum konkreten Seelsorgeangebot vor Ort. Die AEKÖ-Befragung 2013 hat folgende Informationen zusammen getragen:

Eine **eigene Kapelle** oder der **Zugang zu einer selbständigen Nutzung eines liturgischen Raumes** finden sich nach Rückmeldungen in 50 % der betreuten Häuser: In Niederösterreich in 10 Einrichtungen, in der Steiermark mit den Häusern der Diakonie in acht Einrichtungen, in Oberösterreich und in Salzburg/Tirol in vier Einrichtungen, in Wien in drei

¹² Vgl. die Qualitätssicherung nach einem PDCA-Zyklus: Plan-Do-Check-Act, vgl. Klessmann, Michael: Qualität in Seelsorge und Beratung. In: Wege zum Menschen, Zeitschrift für Seelsorge und Beratung, heilendes und soziales Handeln, 61. Jg., Heft 2, März/April 2009, S. 119–132, S. 121. Vgl. zur Qualitätssicherung in der Krankenhausseelsorge auch das Schwerpunktheft „Qualitätsmanagement für Seelsorge und Beratung, heilendes und soziales Handeln“ von Wege zum Menschen, a. a. O., 54. Jg., Heft 7, Oktober 2002.

Häusern, in Kärnten in zwei Fällen. Die evangelische Kapelle auf der Ebene 5 im AKH Wien ist dabei eine prominente Ausnahme. In knapp 72 % der betreuten Einrichtungen können Räume ökumenisch genutzt werden: in der Steiermark in 48 Einrichtungen, in Niederösterreich in neun, in Salzburg/Tirol in acht, in Oberösterreich und in Wien in je sechs Häusern, in Kärnten in fünf, in Salzburg/Tirol in 8. Die hohe Anzahl der ökumenisch genutzten liturgischen Räume in der Steiermark sind ein Resultat der sehr guten Situation der Ökumene in der Steiermark.

Technische Ausstattungen wurden für je 10 Einrichtungen in der Steiermark und in Wien, für neun in Salzburg und Tirol, für je fünf in Oberösterreich und in Kärnten und für drei in Niederösterreich angegeben. Das sind knapp 35 % der betreuten Häuser (23 von 66 Einrichtungen). Dabei wurden 30 × Diensttelefone genannt, 4 × ein Pager im Krankenhaus, 24 × Dienstcomputer, 24 × E-Mail- und Internetzugang und 22 × Drucker.

In rund einem Viertel aller betreuten Häuser haben evangelische Seelsorgerinnen und Seelsorger ein eigenes Büro für ihre Arbeit zur Verfügung (knapp 26 %), in 35 % (23 von 66 Häusern) können sie ein Büro mitbenützen oder haben einen Besprechungsraum zur Verfügung. Rund 55 % aller Häuser bieten zumindest eine Umkleidemöglichkeit.

Angesichts der kommenden Herausforderungen für Krankenhausseelsorge ist es sicherlich lohnend, sich mit den strukturellen Möglichkeiten zu befassen. Denn die Rahmenbedingungen der Arbeit (d. h. die

strukturelle Ausstattung vor Ort) bestimmen mit, was Seelsorgerinnen und Seelsorger überhaupt leisten können. Wenn vor Ort schon eine gewisse Grundausstattung vorhanden ist, so ist das als Zeichen der Einrichtung zu werten, dass hier Seelsorgearbeit erwünscht ist und diese ressourcenschonend weiter entwickelt werden kann. Wenn an einem Ort die räumliche Präsenz erst aufgebaut werden muss – kann hier nicht erwartet werden, dass Seelsorge „sichtbar“ und „wahrnehmbar“ stattfinden kann. Die Frage stellt sich dann vielmehr, wie in Niederösterreich, im Burgenland und in Vorarlberg die speziellen Bedürfnisse nach evangelischer Seelsorge entsprochen werden kann. Hier ist sicherlich ein Dialog mit der Gemeindegeseelsorge lohnend und gewinnbringend.

Die Tabelle (siehe Tab. 6, S. 207) macht deutlich, dass die Strukturqualität in Wien, in Oberösterreich und in Kärnten deutlich mehr gegeben ist als in Salzburg/Tirol, Niederösterreich, aber auch der Steiermark.

Eine bessere Strukturqualität kann unter Umständen auch durch eine gute ökumenische Vernetzung vor Ort hergestellt werden (so z. B. in Salzburg/Tirol und der Steiermark deutlich erkennbar). Die AEKÖ-Befragung hat deshalb auch Informationen zur Ökumene und zu den interreligiösen Kontakten erhoben (siehe Tab. 7, S. 208 f.).

Generell fällt die Steiermark mit erheblich höheren Zahlenangaben in der ökumenischen Zusammenarbeit auf, dort finden in $\frac{3}{4}$ aller Einrichtungen ökume-

nische Kontakte statt. Das ist tatsächlich als ein Resultat einer seit langen Jahren bestehenden gemeinsamen Organisation und Durchführung der Ehrenamtlichen-Ausbildungen in der Steiermark zu sehen. Die Bias-korrigierten Auswertung von Daten von 190 Einrichtungen (N=190) dabei ergänzen dieses Bild für Österreich: In rund der Hälfte der Einrichtungen findet Ökumene statt, vor allem mit der Seelsorge der Römisch-katholischen Kirche, davon gestaltet sich 41 % der Ökumene eher als punktueller Kontakt, sonst auch als kontinuierlicher Austausch.

Ökumene in der Krankenhauseelsorge gestaltet sich (in der Reihenfolge ihrer genannten Häufigkeit) vor allem in einem Feiern von ökumenischen Gottesdiensten (ca. 2/3 der Angaben), ebenfalls bei etwas weniger als 2/3 der Angaben als regelmäßige Besprechung (z. B. Kaffee, Austausch). Dabei erfolgen rund 60 % der persönlichen Kontakte eher mit den katholischen Pastoralassistentinnen und -assistenten; rund 48 % der Kontakte finden mit den katholischen Pfarrern statt.

Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit ist ein häufiges Modell der Zusammenarbeit, d. h. die Organisation und Gestaltung gemeinsamen Auftretens nach Außen durch beispielsweise einen Folder (44 %) oder mit einem Plakat (36 %) oder einer Homepage für das betreffende Krankenhaus (24 %). In rund 35 % Fällen erfolgt auch die Begleitung der Ehrenamtlichen MitarbeiterInnen (z. B. durch einen Kaffee oder durch Veranstaltungen) in einem ökumenischen Rahmen.

Interkulturelle Kontakte und Zusammenarbeit mit **anderen Konfessionen** (auch zu Kollegen aus H. B. oder der methodistischen Kirchen) sowie **interreligiöse Zusammenarbeit** findet nur punktuell und sporadisch statt.

Herausforderung und Chancen liegen in der Ökumene, sowohl in der Weiterführung der Kontakte mit den römisch-katholischen Kolleginnen und Kollegen, aber auch in der Gestaltung interkonfessioneller und weiter, auch der interreligiösen Zusammenarbeit.

In Kärnten, Oberösterreich, in Salzburg/Tirol, der Steiermark und in Wien werden regelmäßig Ausbildungskurse für ehrenamtliche Seelsorgerinnen und Seelsorger angeboten. Darüber hinaus bieten Arbeitskreise und Einrichtungen der Diakonie sowie weitere Initiativen Ausbildungen für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter in Besuchsdienstkreisen in Gemeinden, in Besuchsdiensten in Pflegeheimen und für Besuchsdienste der diakonischen Einrichtungen an. Eine Zusammenschau der unterschiedlichen Angebote (vgl. van Scharrel 2014)¹³ zeigt, dass die Krankenhauseelsorgekurse zwischen 90 und 120 Ausbildungseinheiten umfassen, die der Besuchsdienstkreise in der Regel zwischen 30 und 50 Einheiten. Allen gemeinsam sind Einheiten zur Gesprächsführung und Kommunikation, zu (ethischen) Haltungen in der Seelsorge, Spiritualität und Glaubenserfahrung, zu Krankheitsbil-

13 Van Scharrel, Friedrich: Übersicht über Ausbildungen, Präsentation auf der AEKÖ Tagung 2014.

dern, zum Themenfeld Abschied, Trauer- und Sterbebegleitung und zu Gebeten und Ritualen, ebenso ein begleitetes Praktikum vor Ort. Supervision ist für die ehrenamtlichen Seelsorgerinnen und Seelsorger zu einem obligatorischen Angebot geworden, das nachgefragt und genutzt wird¹⁴. In einigen Bundesländern (Oberösterreich, Salzburg/Tirol, Steiermark) wird die Ausbildung ökumenisch organisiert und durchgeführt. In Salzburg/Tirol, in der Steiermark, in Oberösterreich, im Burgenland und in Wien existieren noch zusätzlich Ausbildungsangebote für Ehrenamtliche im Besuchsdienst statt.¹⁵

Entsprechend des praktisch-theologischen Diskurses und der eigenen Praxisreflexion entwickelte die Arbeitsgemeinschaft im Laufe der Jahre ein eigenes **Profil für die Krankenhauseelsorge** in Österreich. Das wurde 2009 auf der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Evangelischer Krankenhaus- und Geriatrieseelsorgerinnen und -seelsorger in Österreich angenommen.¹⁶

Ein wichtige Zäsur für die Ausbildung für hauptamtliche Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger erfolgte 2010, als die Evangelische Kirche A. B. gemeinsam mit der Diözese Linz einen Trägerverein für Klinische Seelsorgeausbildung Österreich (KSA Österreich) gründete und seither die Ausbildung nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie (DGfP)¹⁷ verantwortet. KSA stellt ein seit über 40 Jahren erprobtes „Lernmodell dar, in dem Seelsorge, Kommunikation und Supervision durch Selbsterfahrung und Reflexion beruflicher Praxis gelernt und eingeübt wird. Theologische Reflexion, Ansätze aus Psychotherapie, Kommunikations- und Sozialwissenschaften sind die Elemente der Weiterbildung und ermöglichen ein erfahrungsbezogenes, personenspezifisches und identitätsbildendes Lernen.“ 2013 stieg die Evangelische Kirche A. B. mit einer eigenen Co-Trainerin¹⁸ in die Ausbildung selbst ein. Dass diese Weiterbildung nicht nur für die Seelsorgearbeit für die Arbeit in „Zwischenräumen“ also für Seelsorge in seelsorgefremden Systemen (Klessmann)¹⁹, wie Krankenhäusern, Gefängnissen oder Pflegeeinrichtungen hilfreich ist, zeigt sich daran, dass in den vergangenen Jahren immer mehr Kolleginnen

14 Vgl. van Scharrel, Friedrich: Übersicht Ausbildung für Ehrenamtliche in der Krankenhauseelsorge, 2014.

15 So z. B. als Basislehrgang des Altenseelsorgeausschusses in der Steiermark, oder als Basiskurs für den Besuchsdienst der Johanniter Hilfsgemeinschaft im Evangelischen Krankenhaus in Wien.

16 Vgl. Profil Evangelische Seelsorge in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen der Evangelischen Kirche A. und H. B. in Österreich, angenommen auf der Jahrestagung 2009 der Arbeitsgemeinschaft Evangelischer Krankenhauseelsorge in Österreich (AEKÖ), beschlossen auf der Jahrestagung 2010 der AEKÖ in Salzburg. Darin wird als primäres Leitbild formuliert: „Evangelische Seelsorge im Krankenhaus versteht sich als Angebot zur Begleitung, Begegnung und Lebensdeutung im Horizont christlichen Glaubens. Sie bezieht sich dabei auf die persönlichen, religiösen und kulturellen Ressourcen jener, die Hilfe bedürfen, und jener, die Sorge für sie tragen.“

17 Vgl. www.dioezese-linz.at/redsys/index.php?page_new=12100 und www.pastoralpsychologie.de/sektion-ksa.html.

18 25 % Beauftragung für KSA Co-Leitung und weitere erwachsenenpädagogische Aufgaben für Margit Leuthold.

19 Vgl. Michael Klessmann, www.ekir.de/krankenhaus-seelsorge/Downloads/anhang_b.pdf

und Kollegen aus der Gemeindegeseelsorge diese Ausbildung nutzen.

3. Wie arbeitet Evangelische Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeheimen?

In der Praxis erfolgt Seelsorge zum einen auf Anforderung durch Patientinnen und Patienten, über die Anfrage von Angehörigen, Mitbetroffenen oder durch das Personal oder ÄrztInnen in den Einrichtungen. Zum anderen gehen Seelsorgerinnen und Seelsorger auch von sich aus über ein offenes Angebot auf Patientinnen und Patienten zu: beispielsweise durch liturgische Angebote wie Gottesdienste oder indem Patientinnen und Patienten der eigenen Konfession nach von den Anstalten zur Verfügung gestellten Listen aufgesucht werden und Seelsorge sich und ihr Angebot vorstellen.

Seelsorgliche Aufgaben werden in unterschiedlichen Diensten erfüllt:

- Einmalige Kontakte in Krisensituationen (Ziel: Stabilisierung aller Beteiligten und spiritueller Beistand)
- Kurz- und mittelfristige Begleitung (Ziel: Unterstützung in den eigenen psychischen und spirituellen Ressourcen)
- Regelmäßige Begleitung über längeren Zeitraum (Ziel: Mitarbeit bei der Beheimatung und sozialen Einbettung in neuem Umfeld)
- Geprägte religiöse Handlungen und Rituale wie Gottesdienste, Abendmahls-

feiern und Abschiedsriten (Ziel: Stärkung und Ermutigung, Strukturierung der Situation)

- Sterbebegleitung und Trauerarbeit (Ziel: Stützung und spiritueller Beistand in Übergangssituationen)

Die steigende Lebenserwartung und die demographische Entwicklung stellt die moderne Gesellschaft vor neue Herausforderungen: Der Bedarf an Pflege- und Betreuungseinrichtungen wächst und das Ziel ist, Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung im Alltag zu unterstützen. Seelsorge im Alter setzt an den Bruchlinien des Lebens an:

„Bei einem Einzug und dem neuen Leben in einer stationären Einrichtung, in Krisensituationen oder bei Abschieden. Seelsorge ist Lebensbegleitung und Lebensdeutung. Seelsorge mit Menschen im Alter und bei Menschen mit Demenz zeigt dabei oft neue Dimensionen auf: Die Kommunikation und der Austausch miteinander sowie die Beziehungsgestaltung benötigen einen besonders sensiblen und geschulten Umgang. Lebensthemen wie Einsamkeit, Angst, Schuld, dem Wunsch ‚Nach Hause zu gehen‘ oder auch Aggression sind im seelsorgerlichen Kontext immer wieder zu finden. Rituale, regelmäßige Besuche, liebevoller Umgang sowie regelmäßige spirituelle Angebote helfen, dass sich Menschen im Alter und mit Demenz orientieren und sicher fühlen können.“²⁰

²⁰ Vgl. Schoene, Katharina: Thesenpapier zu Seelsorge im Alter 2014.

4. Welche Herausforderungen sind für die Seelsorge in den nächsten Jahren zu erwarten?

Die modernen Anforderungen in den neu organisierten und strukturierten Kliniken verringern die gewohnten Freiräume der klinischen Seelsorge und bringen die Seelsorge in ein Wandel-Stabilitäts-Dilemma: Als Angebot, das sich grundsätzlich zum Ziel gesetzt hat, zur „Stabilisierung im Destabilisiertem“²¹ beizutragen, kommt Seelsorge selbst in Gefährdung. Nämlich in die Gefahr, den Wert der „*Kontinuität des eigenen Tuns*“ (in dem Sinne: „Das hat sich bewährt“, „Das haben wir schon immer so gemacht“) und den Wert der „*Binnenorientierung auf die eigene Organisation und das eigene Klientel*“ über zu bewerten und eine Kontext- und Veränderungsorientierung eher als störend zu erleben, bzw. ökonomische Überlegungen oder die Frage nach dem Umgang mit dem Wandel-Stabilitäts-Dilemma als Störvariablen abzutun.

Was würden wir gewinnen, wenn wir uns den Veränderungen stellen? – Zunächst einmal eine offene Wahrnehmung für das, was derzeit zu beobachten ist:

21 Diese Formulierung nimmt bewusst Bezug auf den Hinweis des strukturellen Dilemmas von (allen) sozialer Arbeit, die Als „Stabilisierung in destabilisierten Systemen“ definiert wird, vgl. Matthias Lohmer: Lernen im Team. Die Balance zwischen Veränderung und Stabilität in psychosozialen Organisationen, in: Psychotherapeut, 51. Jg. Heft 4, 2006, S. 300-306.

4.1. Seelsorge sorgt sich um den Menschen, nicht um die Krankheit – aber: *Krankheit betrifft den ganzen Menschen.*

Schon die biblischen Geschichten wissen, dass Krankheit Menschen in ihrer gesamten Lebenswelt betrifft. Der diakonische Auftrag christlicher Seelsorge ist deshalb grundlegend für eine bewusste **Arbeit in diesem System**: Krankenhausseelsorge – auch wenn sie im „Zwischenraum“ verortet ist – leistet ihren Beitrag zum Heilungsauftrag des Krankenhauses, indem sie eingeht auf die „*existentiellen, spirituellen und religiösen Bedürfnisse jener, die leiden, und jener, die Sorge für sie tragen* (...). Dabei werden persönliche, religiöse, kulturelle und gesellschaftliche Ressourcen berücksichtigt (...).“²² Sie betrachtet den Menschen in einer integralen Weise in seiner physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension.

Ich halte diese Wahrnehmung gerade dann für notwendig zur Selbstverortung, wenn beispielsweise mit Anstellungsträgern über die Refundierung von Stellen verhandelt werden. Da braucht es **Transparenz über Auftrag und Zusammenarbeit der Seelsorge** am „gemeinsamen Auftrag“, der durch den Patienten/die Patientin beiden (Krankenhaus und Seelsorge) gegeben wird.

22 Standards der Krankenhausseelsorge in Europa, Chaplaincy, 7th Consultation, Turku, Finnland, 12.–16. June 2002, Punkt 1 und Punkt 4.

Krankenhauseelsorge ist, so möchte ich es beschreiben, ein *in seiner Qualität kirchlich verantworteter diakonischer Dienst für die Menschen* im Krankenhaussystem/im Pflegeheimsystem. Deshalb kann Seelsorge nicht mehr „nur“ als „Kirche im System Krankenhaus/im System Pflegeheim“ vorgestellt werden. Vielmehr wird Seelsorge im Krankenhaus und Seelsorge in den Pflegeheimen zu einem Dialogpartner dieser Organisationen im gemeinsamen Heilungsauftrag für/an dem Menschen.

Denn Krankheit betrifft den ganzen Menschen. Die WHO hat in ihrer Definition zur Palliative Care hat diese Betroffenheit explizit mit einbezogen (vgl. Def. 2002): Palliativ Care ist „...*ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.*“²³

Die moderne Medizin versucht inzwischen, allen Dimensionen durch eine umfassende medizinisch-therapeutische und psychosoziale Betreuung Rechnung zu tragen. Im Rahmen dieser Betreuung muss auch eine **seelisch-spirituelle Dimension** des Menschen als **Ressource** für den Heilungsprozess in Betracht gezogen werden.

In einer pluralistischen Gesellschaft ist es zunehmend eine Herausforderung, die Wichtigkeit der spirituellen Dimension begrifflich zu machen. Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger sollten deshalb über eine theologische, seelsorgliche, rituelle und ethische Kompetenz verfügen und, so aus der Erklärung zu den internationalen Standards für Krankenhauseelsorge, „für *Patienten, deren Angehörige und andere ihnen Nahestehende, für Besucher und für das Personal da*“ sein.

Wie sich nun Krankenhauseelsorge und seelsorgliche Besuchsdienste seitens der Pfarrgemeinden in Krankenhäusern von einander unterscheiden und zugleich in ihrer Gesamtschau geschwisterlich ergänzen (können), wäre eine lohnende Arbeitsaufgabe. Denn Besuchsdienste stellen die Verbindung und Vernetzung von Kerngemeinden, von aktiven Mitgliedern einer Pfarrgemeinde sicher und gewährleisten, dass auch in Krankheit und im Gebrechen die Verbindung bestehen bleibt.

Hier braucht es differenzierte Angebote der Begleitung von Angehörigen und ehrenamtlichen Besuchsdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeitern.

4.2. Seelsorge fragt: *Was tut not?* mit **Schwerpunkt-**bildung und antwortet auf den **demographischen Wandel** und die **medizinischen Veränderungen**

Die europäische Gesellschaft wird immer älter und der „demographische Wandel“ findet auch in Österreich statt. Zwei Ur-

23 Vgl. WHO nach http://de.wikipedia.org/wiki/Palliative_Care, vom Mai 2014.

sachen werden dazu genannt: zum einen bleiben die Geburtenzahlen niedrig, zum anderen leben die Menschen immer länger. Ein Kind, das 2014 geboren wird, wird im Durchschnitt 100 Jahre alt werden, nicht zuletzt dank des medizinischen Fortschritts.

Als Konsequenz wird sich die Medizin und damit die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen in den nächsten Jahrzehnten immer mehr auf die Bedürfnisse älterer Menschen und hochaltriger Bewohnerinnen und Bewohner einstellen. Frührehabilitation, akutgeriatrische Medizin sind dabei einige Schritte hin zu einer spezialisierten Versorgung in der Altersmedizin. Diese „Altersmedizin“ betrifft fachübergreifend nicht nur immer mehr den Klinikalltag, sondern auch die Versorgung in speziellen Pflegeeinrichtungen. Und auch in den Pflegeeinrichtungen wird seit einiger Zeit ein Wandel festgestellt: Die Zahl der Demenzerkrankungen steigt, die Anzahl der palliativ zu betreuenden Menschen ebenfalls.

In Krankenhäusern führt die medizinische Entwicklung dazu, dass immer mehr medizinische Leistungen ambulant durchgeführt werden. Diese greifen vor allem bei jüngeren Menschen mit weniger schweren Erkrankungen und Verletzungen gut und bei jenen, die sich besser zu helfen wissen.

In Krankenhäusern aber kommt es immer häufiger dazu, dass stationär immer mehr solche Menschen betreut werden müssen, die 65+, teils weit älter oder aber als jüngere Menschen mit schweren Erkrankungen behandelt werden müssen.

Viele von ihnen sind noch rüstig, viele brauchen aber auch gezielte medizinische und pflegerische Unterstützung, die durch ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team geleistet werden sollen.²⁴

Es werden immer mehr Menschen an einer der drei klassischen Alterskrankheiten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen anzutreffen sein:

- Herz- und Kreislauferkrankungen
- Tumorerkrankungen
- Demenzerkrankungen

Der Alltag in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen befindet sich derzeit in einem tiefgreifenden Wandel, der auch in Neubauten und Umbauten von bestehenden Krankenhäusern zu erkennen ist. Diese werden nicht zuletzt auch aufgrund von bevölkerungsstatistischen Herausforderungen geplant und umgesetzt.²⁵ Als Veränderung der Krankenhauslandschaft können wir generell festhalten:

- Es wird zu einer Ausbildung von Schwerpunktzentren kommen.

24 Ältere Menschen sind als Patienten oft „multimorbid“, d. h. sie haben meist mehrere Nebendiagnosen, die auch mitbehandelt werden müssen. Manche Menschen können auch bestimmte Dinge nicht mehr selbständig machen können, etwa Hilfe beim Essen, oder sich waschen können. Viele ältere Menschen gehen z. B. direkt aus Pflegeheimen in die Krankenhäuser und umgekehrt, kommen aus den Krankenhäusern direkt in ein Pflegeheim, weil die Versorgung zu hause nicht mehr organisiert werden kann.

25 Vgl. dazu z. B. den Wiener Krankenanstaltenplan 2020 (lt. Verordnung der Wiener Landesregierung, mit der der Wiener Krankenanstaltenplan 2013 (WKAP 2013) erlassen wurde) oder Fastenmeier, Heribert/Honsperger, Joschi/Zengerele, Stephan: „Wir im Klinikum. 30 Jahre Klinikum Ingolstadt – In guten Händen“. Ingolstadt 2012.

- Es wird eine Konzentration von fachübergreifenden Zentren auf Ballungsräume stattfinden, dabei werden auch Stadt- und Regionalentwicklungsdaten mit einbezogen.

In der Gestaltung der „neuen Krankenhäuser“ berücksichtigen Bauträger seit einigen Jahren Aspekte wie:

- *Form folgt Funktion*: Vom 6- und Mehrbettzimmern zu 2- und Einbettzimmern
- Eine Architektur, die möglichst *kurze Wege* und *optimale (Pflege)-Abläufe* ermöglicht
- Statt Zusammenfassung von Stationen nach Fachbereichen erfolgt eine *Bündelung von Untersuchungs- und Behandlungsbereichen* in eigenen Trakten
- *Zimmer und technische Ausstattung entsprechen den gesteigerten Ansprüchen*, manchmal mit mehr Platz in den Zimmern, behindertengerechter Gestaltung größerer Nasszellen und in den Zimmern sind nicht nur Ausstattung zur Untersuchungstechnik, sondern auch zur Unterhaltungs-IT in den Zimmern vorhanden.

Das bedeutet, dass die Krankenhausseelsorge in den **Ballungszentren** und in **Schwerpunkteinrichtungen** andere Anforderungen im Umgang mit den Menschen in den Blick nehmen müssen als beispielsweise in den Kliniken zur regionalen Versorgung. Es braucht dann beispielsweise ein profundes Wissen um die Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf den ganzen Menschen, es braucht besondere Angebote für Menschen mit be-

sonderen Bedürfnissen, es braucht einen intensiven Austausch und eine professionelle Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen vor Ort.

Die Seelsorgerinnen und Seelsorger stehen für eine interdisziplinäre und intra-disziplinäre Arbeitsweise im jeweiligen System. Sie sorgen dort für die spirituelle Dimension mit einer geklärten Identität zu ihrer Person und ihrer eigenen Spiritualität, in einer lebendigen Beziehung zu ihrer Kirche/ihrer Glaubensgemeinschaft und sollten mit einer Dienstbeauftragung arbeiten können, die ausreichend Freiheit bietet, die Arbeit ihrem Dienstort gemäß zu organisieren.

Die Angebote für geriatrische Menschen und ihre Bedürfnisse erfordern neben den speziell akutgeriatrisch ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften sowie einem multiprofessionellem Therapeutenteam auch entsprechende Räumlichkeiten, unter anderem auch für die spirituellen Bedürfnisse. Die multiprofessionellen Angebote in den Krankenhäusern und auch in den Pflegeeinrichtungen bieten im Sinne einer „*low care*“ Einrichtung mehr Platz, sie bieten passende Therapieräume und eine komfortable Umgebung für pflegebedürftige Menschen, die keine intensivmedizinische Überwachung benötigen und die eine gezielte Förderung ihrer Genesung (so für die Krankenhäuser) oder ihres Gesamtzustandes (so für die Pflegeheime) ermöglichen.

Inzwischen werden bereits in der Planung auch Räume für Seelsorge und Gottesdienst mit berücksichtigt, jedoch – der Säkularisierung der Gesellschaften bzw. der Internationalisierung der Herkunfts-

kulturen entsprechend in den Ballungszentren auch mehr verstärkt als interkonfessionelle und multireligiöse Räumlichkeiten geplant – nicht immer in Akzeptanz mit der bisherigen Dominanzkonfession. Das bedeutet, dass sich auch Evangelische Seelsorge immer mehr angefragt sieht, bereits in der Planung und Gestaltung dieser multifunktionalen Räume mitzuarbeiten und mitzuwirken. Hierfür muss Arbeitszeit bereitgestellt und Abstimmungsarbeit geleistet werden. Sich aus diesen Beteiligungsverfahren herauszunehmen, hieße für die Evangelische Kirche, es für die Zukunft offen zu lassen, dass für ihre Seelsorge eine adäquate **Strukturqualität** für die Arbeit vor Ort gewährleistet ist (Seelsorgeräume, Gottesdiensträume etc.). An dem Vorhandensein von Räumlichkeiten zeichnet sich zukünftig auch die Sichtbarkeit von Evangelischer Seelsorge ab. Darüber hinaus entwickeln immer mehr Einrichtungen entsprechende palliativmedizinische Konzepte, um den steigenden Bedarf nach einer Schmerzbehandlung und einem würdigem Sterben zu entsprechen.²⁶ Palliativseelsorge und Seelsorgeswerpunkte in Hospizeinrichtungen sind in den vergangenen Jahren zu einem Schwerpunkt privater, konfessioneller Krankenhäuser und Einrichtungen geworden.

Überlässt die Evangelische Kirche diese räumliche Präsenz anderen Konfessionen und Seelsorgediensten, dann wird sie sich schwer tun, *als „Kirche in*

der Welt“ ihrem besonderen *diakonischen Auftrag nachzukommen.*

5. Plädoyer für eine Balance zwischen Kontinuität und Veränderung als Option für die Zukunft der Seelsorge

Ich möchte zum Abschluss für eine wohl überlegte Balance zwischen Kontinuität und Veränderung für die Zukunft der Evangelischen Seelsorge in Österreich plädieren.

Als konfessionelle Minderheit in Österreich ist evangelische Seelsorgearbeit auf informationstechnische Hilfe seitens der Anstaltsträger angewiesen²⁷. Sie ist vor Ort

27 In Österreich enthält das Protestantengesetz von 1961 eine detaillierte Regelung zur „Krankenseelsorge“, § 18 (3) hält dazu fest, dass die Anstaltsordnungen vorzusehen haben, dass in regelmäßigen Zeitabständen die „Aufnahme evangelischer Anstaltsinsassen“ dem „nachfragenden Amtsträger der Evangelischen Kirche“ zur Kenntnis gelangen. Die „Krankenseelsorge“ ist ein Angebot der Kirche, die vom Patienten angefordert werden kann und auf dem Grundrecht der korporativen Religionsfreiheit der gesetzlich anerkannten Kirchen und Religionsgesellschaften beruht (Art. 15 StGG) und in zweiter Linie auf dem Individualgrundrecht der Glaubens- und Gewissensfreiheit (Art. 14 StGG), von dem sich Art. 12 der Patientencharta (BGBl. I Nr. 153/2002: Vereinbarung zur Sicherstellung des Patientenrechts) ableitet. Die Mitteilungspflicht der Krankenanstalten an die Kirchen fällt unter die Datenübermittlungsvorschrift des § 7 Abs. DSG, vgl. dazu Kalb, Herbert / Richard Potz / Brigitte Schinkele, Religionsrecht, Wien: WUV Universitätsverlag 2003, S. 172; zitiert nach Schwarz, Karl Informationsblatt zur rechtlichen Situation der Evangelischen Krankenhauseselsorge in Österreich, Arbeitsblatt AEKÖ 2011.), vgl. dazu auch die Kultusamtliche Stellungnahme von 2014 zu diesem Thema. Die Privaten Krankenanstalten verfügen zumeist über ein gemäß § 15 Krankenanstalten- und KuranstaltenG idF BgBl. I Nr. 61/2010 verliehenes Öffentlichkeitsrecht, das sie an die Bestimmungen z. B. des Protestantengesetz bindet.

26 Vgl. dazu auch das Papier der Gemeinschaft der Europäischen Kirchen in Europa: Orientierungshilfe des Rates zu lebensverkürzenden Maßnahmen und zur Sorge um Sterbende, Wien 2012.

der ökumenischen Zusammenarbeit sowie der interreligiösen Offenheit verpflichtet.

Evangelische Seelsorge muss die *eigenen kirchlichen Entwicklungen* als auch die *Veränderungen in Gesellschaft und Medizin(technik) in den Blick* nehmen, um auf die aktuellen Bedürfnisse ihrer eigenen Zielgruppe (die Menschen, die krank und alt sind) mit einem adäquaten Angebot antworten zu können und damit den diakonischen Auftrag Jesu Christi zu erfüllen.

Die Seelsorgeangebote, die sich als „**Zwischenraum**“ in unterschiedlichen Systemen (Krankenhaus, Pflegeeinrichtungen etc.) verorten, müssen zukünftig auf diese Entwicklungen Rücksicht nehmen. Sie sind in allgemeinen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen als „*soft factor*“ zu sehen, die diese Angebote einer ganzheitlichen Begleitung ergänzen können.

Die Enttraditionalisierung kirchlicher Bindungen, das Älterwerden der Gesamtgesellschaft und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens wirken sich als *Umweltfaktoren* und *Veränderungsvariablen* direkt auf die Seelsorgepraxis vor Ort aus:

1. Die konkrete **Seelsorgearbeit am Menschen verdichtet** sich, aber es sind nicht nur mehr Besuche gefragt, sondern auch eine wachsende Anforderung an die Seelsorgenden an Kommunikation und Gesprächen in den jeweiligen Umwelten, in der Betreuung, Qualifizierung und Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und auch in der berufli-

chen Aus- und Fortbildung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Es braucht dazu ein Qualitätsmanagement und eine Dialogfähigkeit im Hinblick auf Qualitätssicherung auch im jeweiligen Krankenhaus- und Pflegeheim-System.²⁸

2. Die Entwicklung von profilierten, aber **kompatiblen liturgischen Raumkonzeptionen** wird zu einer wichtigen Aufgabe im Neu- und Umbau von Krankenhäusern: Hier geht es auch darum, einen symbolisch sichtbar geschützten für seelsorgliche Begegnungen als „heiligen Boden“ (Exodus 2) ins System zu bringen. Dabei gibt die Qualität der Ökumene in den Krankenhäusern Möglichkeiten und Grenzen einer Mitgestaltung vor.
3. Der ökumenische Austausch braucht Zeit und Raum und muss sich auch in der Organisation gemeinsam getragener Angebote widerspiegeln. Diese gewährleisten eine Integration evangelischer Seelsorge in Seelsorgeteams in Krankenhäusern, allein die punktuelle Teilnahme oder das Feiern von als „ökumenisch“ bezeichneten Wort-Gottesdiensten reichen dazu nicht aus.
4. Es braucht eine verständige **Offenheit** und inhaltliche **Kompetenz** für einen **interkulturellen und interreligiösen Dialog**, der in einem zukünftig immer größer werdenden multikulturellen Milieu im Krankenhaus (sowohl im

²⁸ Erfahrungen gibt es dazu mit ProCumCert und PDE-Systemen, die jedoch für die Situation evangelischer Seelsorge in Österreich reflektiert gehören (vgl. Wege zum Menschen, a. a. O.).

Blick auf die Patientinnen und Patienten als auch im Blick auf die Pflegekräfte und das Krankenhauspersonal) immer dringlicher wird.²⁹

5. Die **Kooperation** mit anderen psychosozialen Berufen in den Institutionen, das heißt mit der klinischen Psychologie, der Sozialarbeit, den Sozialdiensten etc. wird für die Seelsorgearbeit zu einem Qualitätsmerkmal ihrer Dialogfähigkeit im System. Seelsorge kann ihren Auftrag umso besser erfüllen, je besser sie vernetzt arbeitet.
6. Je nach Schwerpunkt und Charakter der jeweiligen Krankenhäuser vor Ort, ist auch eine **Schwerpunktbildung in der Seelsorge** als Antwort auf den Wunsch nach bedürfnisorientierten, intensivierten Kontakten zu den Patientinnen und Patienten zu formulieren. Seelsorgearbeit nimmt damit Bezug auf die speziellen Rahmenbedürfnisse von Schwerpunktstationen (z. B. Arbeit mit Eltern schwerstkranker Kinder oder auf onkologischen oder Palliativstationen, besondere Verabschiedungen und Begleitung von Menschen, die krank sind und ihren Angehörigen

am Beginn und am Ende des Lebens, liturgische Angebote im System wie ökumenische Trauer- und Gedenk-Gottesdienste, Verabschiedungen, Nottaufen und Segnungen, Angebote zur Erinnerung, Begleitung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen aufgrund ihrer Erkrankung ...). Die Schwerpunktbildung schließt ein, dass – ohne weitere personelle Unterstützung wie durch Ehrenamtliche gewährleistet – kein proaktives, „flächendeckendes“ Besuchsangebot erwartet werden kann. Das muss kommuniziert klar sein.

7. Eine **professionelle** Öffentlichkeitsarbeit ist für Information und Transparenz des Seelsorgeangebotes notwendig. Heute ist die Angabe einer Telefonnummer auf einem ggf. noch ökumenisch gestalteten Plakat zu wenig, um Aufmerksamkeit für das Angebot zu erhalten. Die öffentliche Präsentation des Seelsorgeangebotes muss sich den Informations- und Netzwerkstrukturen der neuen Krankenhäuser anpassen (IT-Technik als Informationsvermittlung im System: mittels Homepage, mit Informationen über Erreichbarkeit, über klare Angebote, mit einer transparenten Auftragsorientierung). Hier sind die Stellen der Öffentlichkeitsarbeit der Superintendentialgemeinden gefragt, die Seelsorge in der Öffentlichkeitsarbeit zu unterstützen und die Angebote der Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeheimen regelmäßig in die Wahrnehmung der Pfarrgemeinden und ihrer Mitglieder zu rücken.

29 Erfahrungen mit einem Angebot „cross-cultural treatments“ gibt es seit geraumer Zeit in der Evangelischen Kapelle im AKH Wien. Hier bietet Chinedu Maduka, ein Psychotherapie-Master Student der Sigmund-Freud-Universität mit nigerianischem Hintergrund ehrenamtlich ein eigens entwickeltes und durch die Universität fachlich begleitetes Beratungskonzept an. Am AKH Wien koordiniert die Evangelische Seelsorge seit einigen Jahren auch die interreligiöse Plattform, die neben der Ökumene auch muslimische und jüdische Kolleginnen und Kollegen in einen Austausch bringen, z. B. im Rahmen der „Soul-Sisters-Weiterbildungen“ mit der Klinischen Psychologie im Haus.

Die Verantwortlichen für und die Handelnden in der Evangelischen Seelsorgearbeit in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sind aufgefordert, deren **Primäraufgabe** fortwährend zu überdenken und zu modifizieren, um als *lernende Organisation offen und entwicklungsfähig bleiben* zu können.

Organisationsreflexive Fragen, die eine Balance zwischen Stabilität und Veränderung herstellen, unterstützen diese Aufgabe. Es sollten deshalb für jede Seelsorgestelle, die vom Dienstauftraggeber eingerichtet worden ist, folgende Fragen beantwortet werden können:

- Warum arbeitet Seelsorge an den Orten, an denen sie bestellt ist? (Warum ist hier Seelsorge?)
- Was sichert die Arbeit der Seelsorge vor Ort, aber auch die der Gesamtkirche?
- In welcher Rangfolge stehen die Aufgaben, mit denen es die klinische Seelsorge zu tun hat?

Diese Fragen sind auf der Ebene der Superintendentialgemeinde, welche die Qualitätssicherung der Seelsorgearbeit verantwortet und sie muss dabei folgende Aspekte mit einbeziehen:

- die *Führungskultur* (Klarheit und Transparenz der Arbeitsaufträge, der Aufgaben- und Rollenverteilung und der Entscheidungsstrukturen),
- das *Rollenverständnis* der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Selbstmanagement, Rollensicherheit, funktionales Grenzmanagement) sowie

- die *Funktionalität* der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Interessen und Positionen.

Aus diesem Grund sollte für jedes Haus, in dem die Gesamtkirche eine Seelsorgerein/einen Seelsorger mit Dienstauftrag bestellt, und für jede Superintendentialgemeinde, in der verschiedene Seelsorgereinnen und Seelsorger mit unterschiedlichen Dienstaufträgen zusammenarbeiten sollen, ein **Seelsorgekonzept als Arbeitsgrundlage formuliert werden**.

In diesem Konzept sollten die o. g. Fragen für den Auftrag/die Aufträge beantwortet und aufgrund einer Zielformulierung, einer klaren Organisationsstruktur und konkreter Arbeitsaufträge die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Auftrages sichern.³⁰

Damit ist die Qualitätssicherung durch regelmäßige Evaluation gegeben.

Die Kirchenverfassung schreibt bei Gemeindepfarrämtern einen zeitlich begrenzten Rahmen für kirchliche Dienstaufträge fest. Dieser zeitliche Rahmen sollte auch in der Seelsorge beherzigt werden, ggf. auch mit einer klaren Begrenzung der Gesamtbeauftragung. Ich halte es ebenso für notwendig, gerade im Bereich der Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, sicher zu stellen, dass die Kontinuität der Arbeit durch Dienstübergaben gewährleistet werden kann und bei der Personalauswahl auf die

30 Konzepte liegen bereits vor für das Evangelische Krankenhaus Wien (vgl. Leuthold 2012) und für die Einrichtungen der Diakonie De La Tour (vgl. Hanisch 2014).

besondere Eignung der Fachpersonen für ihren jeweiligen Dienst vor Ort geachtet werden sollte. Denn die Seelsorgearbeit ist ein sensibler, über die kirchlichen Institutionen hinaus öffentlich wahrgenommener Arbeitsbereich.

Seelsorgerinnen und Seelsorger sind immer auch „Repräsentanten“ ihrer Institution in einem ganz anderen – nicht-kirchlichen Umfeld. Positive Erfahrungen werden punktuell wahrgenommen und können bei einer Wiederholung zu Neugierde und zu Einstellungsänderungen gegenüber kirchlichen Diensten führen. Negative Erfahrungen werden jedoch im Vergleich zu den positiven Erfahrungen weit häufiger weitererzählt und wirken in der Institution noch lange nach.

Seelsorgekonzepte, welche gesellschaftliche und gesundheitspolitische Entwicklungen in Betracht ziehen, entwickeln daraus auch eine veränderte Selbstwahrnehmung: Das Konzept von *Spiritual Care* als multikonfessionelles und interreligiös-dialogisches Seelsorgeangebot von speziell geschulten Personen an Patientinnen und Patienten und ihre

Angehörigen und als qualitatives Angebot für alle Mitarbeitenden in einem Gesundheitssystem stellt nicht nur eine organisatorische Erweiterung der konfessionell bezogenen und auf die eigene Klientel orientierte Krankenseelsorge dar. Es ist ein umfassenderes Verständnis des biblischen Auftrags Jesu: „*Ich war krank und ihr habt mich besucht.*“ Denn was Christinnen und Christen als diakonisches Handeln und als Nachfolge verstehen, ist nichts anderes als das, was im Talmud als Gerechtigkeit bekannt ist: „Auf drei Dingen steht die Welt: Auf der Thora, auf dem Gottesdienst und auf dem Erweis von Güte, Zuwendung, Liebeserweis.“³¹ Grundlage aller diakonischen Arbeit sind die biblischen Schriften als Quelle und Stärkung und das Leben selbst, in dem die Zuwendung zum Mitmenschen als Gottesdienst verstanden wird. Die Frage, wer „*mein Nächster*“, die Frage, in wem wir unserem Herren Jesus Christus folgen, wird aus der Notwendigkeit heraus beantwortet und nicht aufgrund einer Pass- oder Konfessionszugehörigkeit. ■

Wien, im Mai 2014

31 Vgl. die Gedanken und homiletischen Überlegungen zum Predigttext Mt. 25, 31–45 (Ende des Kirchenjahres) in: Predigtmeditationen im christlich-jüdischen Kontext/ Plus. Zur Perikopenreihe I. Plus: „Gebotene Opfer, fremdes Feuer, reines Leben“, Leviticus 9–11. Hrsg. von Studium in Israel e.V., Wernsbach 2008

Literatur:

AEKÖ: 1. Protokoll des Treffens der KrankenhausseelsorgerInnen 17.–18. November 1993 in Purkersdorf, www.aekoe.at/intern/Protokolle.

AEKÖ: Ergebnisse der Tagung 2014, www.aekoe.at/intern/Tagungen.

AEKÖ: www.aekoe.at.

Fastenmeier, Heribert/Honsperger, Joschi/Zengerele, Stephan: „Wir im Klinikum. 30 Jahre Klinikum Ingolstadt – In guten Händen“. Ingolstadt 2012.

Gemeinschaft der Europäischen Kirchen in Europa: Orientierungshilfe des Rates zu lebensverkürzenden Maßnahmen und zur Sorge um Sterbende, Wien 2012.

Gotthardt-Lorenz, Angela: Organisationsberatung. Hilfe und Last für Sozialarbeit. Freiburg i. B.: 1989, S. 69.

Hanisch, Helga: Seelsorge im Diakoniekrankenhaus De La Tour, Weiern 2014. <http://acpe.edu/index.html>, vom Mai 2014. www.dioezese-linz.at/redsys/index.php?pagenew=12100.

www.pastoralpsychologie.de/sektion-ksa.html.

Kalb, Herbert/Richard Potz/Brigitte Schinkele, Religionsrecht, Wien 2003.

Klessmann, Michael: Qualität in Seelsorge und Beratung. In: Wege zum Menschen, Zeitschrift für Seelsorge und Beratung, heilendes und soziales Handeln, 61. Jg., Heft 2, März/April 2009, S. 119–132.

Klessmann, Michael: www.ekir.de/krankenhausseelsorge/Downloads/anhang_b.pdf.

Körtner, Ulrich: Seelsorge im Gesundheitswesen, in: Standpunkt. Zeitschrift des Evangelischen Bundes in Österreich. Heft 2020/2001, 4–21.

Leuthold, Margit: Evangelisches Krankenhaus Wien: Seelsorge und Besuchsdienste, Wien 2012.

Lohmer, Matthias: Das Unbewusste im Unternehmen: Konzepte und Praxis psychodynamischer

Organisationsberatung, in: ders.: (Hg.): Psychodynamische Organisationsberatung: Konflikte und Potentiale in Veränderungsprozessen, Stuttgart: 2004, S. 18–39.

Lohmer, Matthias: Lernen im Team. Die Balance zwischen Veränderung und Stabilität in psychosozialen Organisationen, in: Psychotherapeut, 51. Jg. Heft 4, 2006, S. 300–306.

Menorode Statement der 12. ENHCC (European Network of Healthcare Chaplaincy) Consultation 2012 (deutsche Fassung); www.enhcc.eu.

Profil Evangelische Seelsorge in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen der Evangelischen Kirche A. und H. B. in Österreich, angenommen auf der Jahrestagung 2009 der Arbeitsgemeinschaft Evangelischer Krankenhausseelsorge in Österreich (AEKÖ), beschlossen auf der Jahrestagung 2010 der AEKÖ in Salzburg.

Richtlinie für die Krankenhausseelsorge der Evangelischen Kirche A. und H. B. in Österreich (Abl. Nr. 155/2010; amtsw. Korr. ABI. Nr. 207/2010).

Schoene, Katharina: Thesenpapier zu Seelsorge im Alter 2014.

Schwarz, Karl Informationsblatt zur rechtlichen Situation der Evangelischen Krankenhausseelsorge in Österreich, Arbeitsblatt AEKÖ 2011.)

Standards der Krankenhausseelsorge in Europa, Chaplaincy, 7th Consultation, Turku, Finnland, 12.–16. June 2002, Punkt 1 und Punkt 4.

van Scharrel, Friedrich: Übersicht Ausbildung für Ehrenamtliche in der Krankenhausseelsorge, 2014..

Wege zum Menschen, a. a. O., 54. Jg., Heft 7, Oktober 2002, „Qualitätsmanagement für Seelsorge und Beratung, heilendes und soziales Handeln“.

Wiener Krankenanstaltenplan 2020, lt. Verordnung der Wiener Landesregierung (WKAP 2013).

WHO nach http://de.wikipedia.org/wiki/Palliative_Care, vom Mai 2014.

Ablauf des Studientages auf der Generalsynode A. u. H. B. zur Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge



9.00 Uhr	Andacht (1) (Vorstand der AEKÖ: Margit Leuthold, Friedrich van Scharrel, Elisabeth Pilz)
9.30 Uhr	Tagungsanfang durch den Synodenpräsidenten Moderation durch den Vormittag durch Birgit Meindl-Dröthandl und Herwig Hohenberger
9.45 Uhr	Einstieg (Birgit Meindl-Dröthandl)
9.50 – 10.40 Uhr:	Aus der Praxis <ul style="list-style-type: none">▪ Aus der Perspektive eines Patienten (2) (Herwig Hohenberger)▪ Einbeziehen der Synodalen: {3} „Was habe/hätte ich mir als PatientIn / Angehörige/r gewünscht ...?“ (Birgit Meindl-Dröthandl)▪ Eine ehrenamtliche Krankenhauseelsorgerin berichtet aus der Praxis (4) (DGKS Heidemarie Rupp, Graz)▪ Statement aus der Sicht eines Pflegewohnheimträgers (5) – Diakonie (Diakon Günther Wessely, Gallneukirchen)
10.40 – 11.15 Uhr	PAUSE
11.15 – 12.20 Uhr	Reflexion auf die Praxis <ul style="list-style-type: none">▪ Seelsorge in Krankenhäusern (6) (Herwig Hohenberger)▪ Seelsorge in Alten- und Pflegeheimen (7 und 8) (Katharina Schoene, Elisabeth Pilz)▪ Einbeziehen der Synodalen: {9} Was möchte / kann ich als Synodale/r unternehmen, dass das, was ich mir bei der ersten Aktion gewünscht habe, in Erfüllung geht?“ (Herwig Hohenberger)▪ Vorstellung der anwesenden SeelsorgerInnen und▪ Segen (Birgit Meindl-Dröthandl)
12.30 Uhr	Mittagspause
14.00 Uhr	Generalsynode mit Antrag und Beschlussfassung zur Resolution (Hermann Miklas, Theologischer Ausschuss)

Andacht für den Studientag zur Krankenhaus- und Geriatriseesorge¹

Von **Margit Leuthold, Elisabeth Pilz, Friedrich van Scharrel**

Wir beginnen im Namen Gottes

Eine/r (1): Wir beginnen diesen Morgen

Alle: Im Namen der göttlichen Kraft

Eine/r (2): die all die Schönheit unserer Welt geschaffen hat

Alle: Im Namen Jesu von Nazareth

Eine/r (3): der uns die Augen geöffnet hat
für die Liebe
die um uns und in uns ist

Alle: Im Namen der göttlichen Ruach

Eine/r (2): die uns verbindet und beieinander hält

¹ Gehalten im Rahmen des Studientags der Generalsynode A. u. H. B. 2014 zur Evangelischen Krankenhaus- und Geriatriseesorge am 10.12.2014 in St. Pölten.

Lasst uns diesen Morgen feiern in der Freude Gottes!

(Nach Brigitte Enzner-Probst²)

Lied: EG 16, 1.4.5.

Wir gehen einen Psalmweg

Eine/r (1): Auf welchen Säulen steht unsere Welt?

Psalm 24

Alle: Die Erde und alles, was darauf lebt, gehört dem Herrn, der ganze Erdkreis samt seinen Bewohnern.

Eine/r (3): Denn er selbst hat das Fundament der Erde auf dem Grund der Meere befestigt¹, und über den Wassern gab er ihr festen Bestand.

Eine/r (3): Wer darf zum Berg des Herrn hinaufgehen, und wer darf an seiner heiligen Stätte vor ihm stehen?

Alle: Jeder, dessen Herz und Hände frei von Schuld sind, der keine Götzen anbetet und keinen Meineid schwört.

Eine/r (3): Er wird Segen empfangen vom Herrn; Gott, sein Retter, wird ihm in Treue begegnen.

Eine/r (3): Daran erkennt man Gottes wahres Volk, Menschen, die nach ihm fragen: es sind die, „Herr“, die deine Nähe suchen und vor dein Angesicht treten. Sie sind die rechten Nachkommen Jakobs.

Alle: Tut euch weit auf, ihr mächtigen Tore, gebt den Weg frei, ihr uralten Pforten, damit der König der Herrlichkeit einziehen kann.

Eine/r (3): Wer ist dieser König der Herrlichkeit? Es ist der Herr, stark und mächtig, der Herr, mächtig im Kampf.

² Siehe www.enzner-probst.de

Alle: Tut euch weit auf, ihr mächtigen Tore, gebt den Weg frei, ihr uralten Pforten, damit der König der Herrlichkeit einziehen kann.

Eine/r (3): Wer ist dieser König der Herrlichkeit? Der allmächtige Herr, er ist der König der Herrlichkeit.

(Nach Neue Genfer Übersetzung, 2011)

Alle singen als Antwort (EG 1,1): Macht hoch die Tür, die Tor macht weit! Es kommt der Herr der Herrlichkeit ...

Wir lesen und hören die Schrift

Eine/r (1): Auf diesen Säulen steht unsere Welt.

Eine/r (2) liest: Mt 25, 31-15 (36)

31 Wenn aber der Menschensohn kommen wird in seiner Herrlichkeit und alle Engel mit ihm, dann wird er sitzen auf dem Thron seiner Herrlichkeit, 32 und alle Völker werden vor ihm versammelt werden. Und er wird sie voneinander scheiden, wie ein Hirt die Schafe von den Böcken scheidet, 33 und wird die Schafe zu seiner Rechten stellen und die Böcke zur Linken. 34 Da wird dann der König sagen zu denen zu seiner Rechten: Kommt her, ihr Gesegneten meines Vaters, ererbt das Reich, das euch bereitet ist von Anbeginn der Welt! 35 Denn ich bin hungrig gewesen und ihr habt mir zu essen gegeben. Ich bin durstig gewesen und ihr habt mir zu trinken gegeben. Ich bin ein Fremder gewesen und ihr habt mich aufgenommen. 36 Ich bin nackt gewesen und ihr habt mich gekleidet. Ich bin krank gewesen und ihr habt mich besucht. Ich bin im Gefängnis gewesen und ihr seid zu mir gekommen. 37 Dann werden ihm die Gerechten antworten und sagen: Herr, wann haben wir dich hungrig gesehen und haben dir zu essen gegeben, oder durstig und haben dir zu trinken gegeben? 38 Wann haben wir dich als Fremden gesehen und haben dich aufgenommen, oder nackt und haben dich gekleidet? 39 Wann haben wir dich krank oder im Gefängnis gesehen und sind zu dir gekommen? 40 Und der König wird antworten und zu ihnen sagen: Wahrlich, ich sage euch: Was ihr getan habt einem von diesen meinen geringsten Brüdern, das habt ihr mir getan.

Worte des Lebens.

Eine/r (1): Unendlich wichtig.
Worauf gründe ich mein Leben?
Worauf gründe ich meine Welt?
Unendlich not-wendend.

Eine/r (2): Damals.
Der Tempel in Jerusalem: zerstört.
Die Überlebenden: politisch und militärisch verfolgt,
vom Grauen gezeichnet.
Momentaufnahmen menschlicher Not: Hunger, nur mehr das nackte
Leben retten können, Flucht, Krankheit, Einsamkeit, Gefängnis,
Verloren unter den Völkern, Abhängigkeiten und Sklaverei.

Heute.
Unsere Welt. Un-heil.
Momentaufnahmen menschlicher Not: Hunger, Zerstörung und Ge-
walt, Flüchtlinge, die keinen Ort finden, wo sie willkommen sind,
Krankheit, Einsamkeit, Gefängnis, Menschenhandel und menschen-
rechtsverletzende Arbeitsbedingungen.
Menschenrechte: ein Fremdwort.
Die Frage: Welches Handeln ist richtig und gerecht? wird durch Ge-
walt beantwortet.

Über viele Generationen zum Himmel schreiende Ungerechtigkeit
und nicht auszuhaltende Not.
Da sagen viele: Ja, auf diesen Säulen steht die Welt.

Eine/r (1): Worauf gründest Du Dein Leben?
Worauf gründest Du Deine Welt?
Unendlich not-wendend.

Eine/r (3): Über zwei Generationen erzählten sich die Menschen eine andere
Geschichte des Lebens.
Von Jesus, dem Nazarener. Der das Buch des Gesetzes von der
Liebe her auslegte.
Der die Liebe als Maßstab der Gerechtigkeit im Zusammenleben
von uns Menschen setzt.

Weisung für gelingendes Leben.
Hoffnung auf das kommende Reich Gottes.
Gott, der König, wird aufrichten.
Gott kommt und die Liebe wendet sich der Welt zu.
Da hoffen viele: Ja, auf diesen Säulen soll die Welt stehen!

Eine/r (1) Gott kommt, wo wir Hungrigen zu essen und zu trinken geben,
Gott kommt, wo wir Fremde aufnehmen,
Gott kommt, wo wir Menschen verhelfen, in Würde zu leben,
Gott kommt, wo wir Kranke besuchen und ins Gefängnis gehen,
die Menschen dort nicht abschreiben, dort begegnen wir dem Menschensohn.
Dort können wir Christus sehen.

Eine/r (2) Und wenn ich leide, hungere, fremd bin, mittellos, krank, gefangen
bin, so bin ich nicht allein. Christus ist bei mir.
Manche, gerade im Krankenhaus, finden darin Trost.
Manche werden dadurch angesprochen.

Eine/r (3) Die biblischen Schriften: Quelle und Stärkung.
Das Evangelium: Grundlage für Handeln in der Welt.
Zeugnis des Gesalbten: Zuwendung zum Mitmenschen.
Unsere jüdischen Brüder und Schwestern nennen es „gemilut Chas-
sadim“, „Tsedaka“ : Gerechtigkeit. Der Talmud legt es Simeon dem
Gerechten in den Mund: „Auf drei Dingen steht die Welt: auf der
Tora, auf dem Gottesdienst und auf Gemilut Chassadim, dem Er-
weis von Güte, Zuwendung, Liebeserweis.“³

Eine/r (2): Gerechtigkeit: Ich wende mich zu verbindlich verlässlich.
Gerechtigkeit: Du Mensch, hast ein Recht auf Zuwendung
Du darfst einfordern. Weil Gott es zusagt fordert Gott Zuwendung
ein: Das Tun des Gerechten heißt im Angesicht Gottes leben.
Das Tun des Gerechten heißt Gott schauen.

Drei: Amen.

³ Vgl. die Gedanken und homiletischen Überlegungen zum Predigttext Mt. 25, 31–45 (Ende des Kirchenjahres) in: Predigtmeditationen im christlich-jüdischen Kontext/Plus. Zur Perikopenreihe I. Plus: „Gebotene Opfer, fremdes Feuer, reines Leben“. Leviticus 9–11. Hrsg. von Studium in Israel e.V., Wernsbach 2008.

Lied: In der Mitte der Nacht liegt der Anfang eines neuen Tages ...

Wir handeln in der Welt

Eine/r (1): Im Tun des Gerechten – im diakonischen Handeln, mit unseren Händen baut Gott die Säulen der Welt.

**Alle: Du Gott
groß stark
allmächtig unbegreiflich
du schenkst
mit deinem Geist
aus Liebe
in Weisheit
durch Kraft
und Macht
du selbst
wirst Mensch
und klein und schwach
ohnmächtig
und begreiflich
du großer Gott
machst dich ganz klein
damit du uns nahe sein kannst
damit du in uns bist
du durchliebtest unsere Mauern
gibst dich uns in unsere Hand
du hast dich in meine Hand gegeben
ich halte dich in meiner Hand
und in mir
ist unsagbar viel
Zärtlichkeit**

Amen.

Agnus Dei⁴

EG 571 – Komm Herr bitte segne uns ...

Eine/r (1): Lasst uns beten für
für uns alle, die wir Gottes Angesicht sind auf Erden
gleich ob jung oder alt, gesund oder krank, stark oder schwach
für alle, die sich mit ihrem diakonischen Handeln Menschen zu-
wenden ...
für alle Seelsorgerinnen und Seelsorger
für alle, die sich im Ehrenamt einbringen
für aufgeschlossene Krankenhäuser, Klinik- und Pflegeheimleitungen.
für alle, die Verantwortung tragen für Ausbildung und Fortbildung
für eine lebendige Ökumene und eine Verständigung zwischen den
Religionen
für alle, die im Tun des Gerechten im Angesicht Gottes leben

Wir bitten um Segen

Zum Reden ... wo es die Sprache verschlägt

Zum Abschied nehmen ... wo Trennen schwer fällt

Um das Leben anzunehmen ... wo Krankheit, Schmerz und Sterben sind

Um Schweigen aushalten ... ohne zu verstummen

Alle: Vater unser im Himmel
Geheiligt werde Dein Name
Dein Reich komme
Dein Wille geschehe
Wie im Himmel, so auch auf Erden
Unser tägliches Brot gib uns heute
Und vergib uns unsere Schuld
Wie auch wir vergeben unseren Schuldigern
Und führe uns nicht in Versuchung
Sondern erlöse uns von dem Bösen
Denn Dein ist das Reich und die Kraft und die Herrlichkeit
In Ewigkeit.
Amen.

⁴ Agnus Dei aus: Schwarz, Andrea: Und jeden Tag mehr Leben. Ein Jahreslesebuch, Herder Freiburg 2003, S. 195.

Alle singen im Stehen:

Lied: EG 171 Bewahre uns Gott ...

Eine/r(1): Der Herr segne Dich und behüte Dich

(2): Der Herr lasse leuchten sein Angesicht
über Dir und sei Dir gnädig.

(3): Der Herr erhebe sein Angesicht auf Dich
Und schenke Dir Frieden.

Amen.

Einstimmung zum Tag der Krankenhaus- sowie Alten- und Pflegeheimseelsorge¹

Empfindungen und Gedanken beruhend auf eigenen Erfahrungen, auf Gesprächen und Aussagen von Patientinnen und Patienten, die der Autor besucht hat, sowie aus der einschlägigen Literatur.

Von **Herwig Hohenberger**

Vor zwei Jahren hatte ich einen Schlaganfall und voriges Jahr einen **schweren epileptischen Anfall**, bei dem 4 Wirbel gebrochen wurden ...

Ich konnte mich an nichts erinnern ...

... und bin plötzlich aufgewacht und hatte keine Ahnung, was passiert war und wo ich mich in diesem Moment befand ...

(... erst nach sieben Stunden in der Notfallambulanz wurde ich auf ein Zimmer in der Neurologie gebracht. Zunächst wollten sie mich heimschicken – war ja eh nur ein epileptischer Anfall, na ja – und die gebrochenen Wirbel sind halt Osteoporose ..., nur meiner Frau kann ich es verdanken, dass ich im Krankenhaus bleiben durfte und weiter untersucht wurde, wobei dann die Wirbelbrüche und -vorfälle genauer diagnostiziert wurden ... ein großes dickes Dankeschön, Gudrun!)

¹ Gehalten während der Generalsynode A. u. H. B. in Österreich in St. Pölten am 10.12.2014. Dieser sehr persönliche Text entspricht nicht 100%ig dem auf der Synode Vorgetragenen. Der Autor hat dort unter Vorlage von Stichworten frei gesprochen. Hier hat er seine Gedanken zu Papier gebracht.

Und dann lag ich da, im Bett, **durfte nicht aufstehen**, sollte mich möglichst nicht bewegen

... dabei wollte ich am nächsten Tag doch noch ... und ich musste ja auch ...

... das Leben geht ja weiter, draußen ... und ich kann nicht krank sein ...

... meine kleine Welt hier im Krankenzimmer schrumpft auf die 4 Wände, eigentlich auf die Bettkannte zusammen, sie ist das letzte Refugium, über das ich noch herrschen kann, das letzte, das „Meins“ ist ... und dann kommt plötzlich ein Arzt, setzt sich zu mir aufs Bett ...

... und ich muss Platz machen ... was hergeben von dem letzten Platz, den ich noch habe ...

... wohl: auf dem Nachtkasterl – zwischen Glas und Medikamenten – liegen noch persönliche Dinge: Brille, Uhr, später ein Buch, die Zeitung ...

Der Lebensrhythmus gerät aus dem Takt ...

... die Essenszeiten verschieben sich – das Abendessen kommt sehr früh, der Abend wird lang, endlos lang ...

... die Nacht: kaum Erholung, manchmal fürchte ich sie ...

... der Morgen: nicht ein neuer Tag, der hoffnungsvoll beginnt, sondern eine offene Frage ...

... bleibt das Bett meine Zukunft? ...

... Werde ich wieder gesund? Bleibt was zurück?

... Kommen die Schmerzen zurück? ...

Ich beginne, anders zu empfinden, höre mehr auf meinen Körper, höre das Herz klopfen, den Atem rasseln ... bin das ich? ...

... ich höre, spüre, sehe, rieche anders ...

... mein Körper, auf den ich mich bisher immer verlassen konnte, hat mich im Stich gelassen

... ich werde gepflegt, gewaschen ... kann es nicht selber ...

... ich muss aufs WC, darf nicht ... bekomme eine Flasche, es geht nicht ...

... es ist mir peinlich, ich bin hilflos, die Verantwortung für fast alles wird mir aus meinen Händen genommen...

Ich mache mir Sorgen, was denn „draußen“ los ist...

... wie geht es meiner Frau, meinen Kindern? ...

... ich höre, dass sich „eh andere um alles kümmern“ ...

... aber genau das beunruhigt mich: Wo ist dann MEIN Platz? ...

... zuerst habe ich gedacht: „Etwas an mir versagt“ – im Lauf der Zeit merke ich: „Ich selber versage!“

Ich kann nichts (mehr) leisten:

... Was bin ich noch wert? – Leistung wird beachtet ...
... ich versage, das heißt, ich werde nicht mehr beachtet ... das ist wie Liebesentzug ... ich bin in einer Sackgasse ... abgestellt ... am Rande ...
... mögen mich die anderen noch?

Fragen kommen – ich ziehe Bilanz:

... Wovon lebe ich eigentlich ...?
... Warum ... ?
... Warum ich? Was habe ich getan? Womit habe ich das verdient? Was bleibt von mir?
... Werde ich sterben – was dann? Wo bleibt Gott? ... und überhaupt?

Ich bekomme Besuch: Es kommen die Ärzte: Sie kämpfen gegen meine Krankheit.

... Erklären mir – manchmal zu kompliziert – denn ich hänge noch den Sätzen von vorher nach ...
... Sie geben Hoffnung ... erklären, dass es noch viele Möglichkeiten gibt, mich zu behandeln, sie aber jetzt das machen wollten ...
... Auch sie sind oft überfordert – denn eine schwere Krankheit, die sie nicht besiegen können, ist eine Niederlage ...

Die Schwestern und Pfleger: Mit ihnen habe ich den meisten Kontakt

... sie helfen, pflegen, haben ein gutes Wort ... aber wenig Zeit!
... oft muss eine Geste, ein Wort, ein Satz ausreichen – das macht auch sie hilflos ...

Die Freunde und Angehörigen kommen ... Ich freue mich! ...

... aber sie gehen wieder ... ich muss bleiben ...
... sie geben mir Halt ... aber sie sind oft selbst sehr verunsichert ...
... sie wissen auch nicht, was werden wird ...
... haben die Situation intensiver erlebt als ich, der ich nichts mitbekommen habe ...
... haben das selber noch nicht verarbeitet ...
... glauben aber manchmal, Hoffnung geben zu müssen „Es wird schon werden!? ...
... aber: „was wird werden und wann und wie? ...

Dazwischen bin ich ...

... hin- und hergerissen ...
... hoffend und zweifelnd ...
... voller Fragen und Gedanken ...

... und dann kommt die Seelsorge, und hat Zeit für mich ...

„Ich habe/hätte mir gewünscht als ich selber krank war bzw. als Angehörige/r von Kranken bzw. Pflegebedürftigen ...“

1. Kärtchenaktion¹ zur Einbeziehung der Synodalen auf dem Studientag der Generalsynode A. u. H. B. zur Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge. Die Anwesenden wurden gebeten, den Satz zu vervollständigen.

Auswertung von **Herwig Hohenberger**

¹ Von den Aktionskärtchen zusammengeschrieben und nach Bereichen geordnet von Herwig Hohenberger, 29.12.2014

Kommunikation, Gespräch, Kontakt

Allgemein

- Einen fröhlichen Menschen, der Zeit für mich hat
- **Menschen**, die sich **ZEIT** für mich nehmen; die mir **VERTRAUEN** schenken.
- Geteilte Zeit, in der es Raum gibt, Raum, in dem meine Gefühle gut aufgehoben sind
- Das Wissen, dass da ein Netz ist
- Gesprächsmöglichkeiten
- Zeit bei Bedarf
- Ein Stück Zeit
- Zeit haben – Zeit nehmen
- Jemanden, der Zeit hat
- Zeit, damit nicht der Eindruck entsteht, ich bin auf einer langen Liste

Atmosphärisches, Empathie

- Freundlichkeit
- Ernst genommen werden in meiner Angst
- Wärme
- Unaufdringlichkeit
- Vertrauenswürdigkeit
- Verständnis, Zuwendung
- Ich suche jemanden, der/die die Zeit für mich hat, mir zuhören kann
... jemanden, der/die die Geborgenheit vertritt ...
... ich möchte mich zu Hause fühlen, Wärme spüren
- Menschen geben mir die Möglichkeit, mich zu öffnen und gehen auf meine persönliche Situation ein
- Peinlichkeit, Angst, Zukunftsangst aussprechen dürfen
- Ernst genommen werden
- Hoffnung und Begleitung
- Freundlichkeit, Zuspruch, Berührung, Vermittlung eines Gefühls Hoffnungslosigkeit – in jedem Fall
- Hoffnung stärken
- Angst nehmen
- Atmosphäre schaffen, in der Heilung möglich ist
- Auf Augenhöhe wahrgenommen werden
- Begegnung auf Augenhöhe
- Gefühl vermitteln, dass der/die PatientIn ernst genommen und angenommen wird

Wertschätzung

- Respekt
- Als Partner **ernst** genommen zu werden
- **Freiwilligkeit** in der Betreuung
- Auch mal in **Ruhe** gelassen werden
- Begegnung auf Augenhöhe
- Besuche – die ich haben möchte
- Ernst nehmen meines Zustandes, möchte mich verstanden fühlen, auch schweigen können
- Mir das Gefühl geben, dass sie aus ehrlichem Interesse und Mitgefühl zu mir kommen (und nicht aus Pflichtgefühl, Neugier, Routine ...)
- Aufmerksamkeit
- Ursprüngliche Vertrautheit ist Hindernis für letzte Vertrautheit vor Tod!
- Präsenz
- Ernst genommen werden, nicht wie ein kleines Kind behandelt werden, ein Lächeln, das nicht **nur** professionell ist!

Fertigkeiten der SeelsorgerInnen

- Menschen, die auf die jeweilige Situation und Stimmung eingehen können
- Jemanden, der/die meine Angst aushält
- Ich wünsche mir von der Seelsorge (als Patient): Zeit – Zuhören – Mitfreude (bei guten Nachrichten)
- Ein Stück Hoffnung bringen ohne unwahrhaftig zu werden ...
- Begleitung in der fremden „medizinischen“ Welt mit Fachausdrücken und unbekannten Abläufen
- Hoffnung
- Ermutigung
- Einfühlung
- Wohlwollendes Verständnis
- Interesse, Zeit
- Bereitschaft ohne „Zwangsbeglückung“
- Jemanden, der sich auf meine (Gefühls-)Welt einlassen kann
- Einen Menschen, der mich wahrnimmt, zuhört, nicht Ratschläge erteilt – Gedanken / Ängste ordnen hilft – Klärende, offene Gespräche
- Empathie – als Mensch wahrgenommen werden
- Kein Mitleidsgesicht!
- Kein: „Bist eh so tapfer!“
- Spüren, ob jemand die Fähigkeit hat, sich zu öffnen

Hören (als SeelsorgerIn)

- ZUHÖREN
- Zuwendung – Zuhören – Offenheit – Zeit zum Zuhören
- Über meine Probleme (auch als Angehöriger) reden dürfen
- Geduldige Zuhörer haben
- Ein offenes Ohr – ein Ohr, das mir zuhört
- Mensch, der da ist!
- Zeit!
- Fragen mit mir aushalten – nicht gleich antworten
- Zuhören!
- Zeit, Zuhören
- Jemanden, der mehr zuhören kann als er selber redet
- Einen Menschen, der mich wahrnimmt, zuhört, nicht Ratschläge erteilt
- Gemeinsame Stille, wo es passt ...
- Fragen entgegennehmen, nicht stellen ...
- Trost
- Geborgenheit
- Zeit zum Reden
- Zuhören ohne zu „verniedlichen“

Reden (als SeelsorgerIn)

- Gespräche ohne medizinisches Pseudowissen
- Hoffnung und Mut machende Worte
- Mut zur Wahrheit
- Fragen und Antworten, die sonst keine/r stellt oder gibt
- Dass es wirklich gelingt, ehrlich ins Gespräch zu kommen.
- Zuspruch
- Keine „billigen“ Trostworte
- Über Fragen/Themen reden, die mich dann gerade beschäftigen
- Ansprache, Zuwendung, Wahr-Nehmung, Versöhnung und Hoffnung zur Sprache bringen
- In Ruhe gelassen werden! Ja nicht angesprochen werden! Ich habe Schmerzen!
Und überrascht werden: reden, Dasein tut gut!
- Einen Menschen, der mich wahrnimmt, zuhört, nicht Ratschläge erteilt
- Einen Menschen, der Gedanken und Ängste ordnen hilft
- Jemanden, der/die auch meine/n PartnerIn mit einbezieht in ein Gespräch über unser Leben

- Ich möchte mit Seelsorgerin/Seelsorger ungezwungen und offen sprechen ... über mich und über die, die mir nahe stehen ... über meine Sorgen und Probleme ... über meine unerledigten Angelegenheiten
- Als Angehörige wünsche ich mir jemanden, der zuhört, wenn ich mit der zunehmenden Demenz nicht zu Rande komme, nicht weiß, was reden, sagen, wenn ich merke, dass die Freundin reden will ... und die/der mich auch tröstet und wieder aufrichtet
- Frage nach Befinden, aber Krankengeschichte beiseitelassen
- Hilfe, die eigene Erfahrung, Ängste, Hoffnungen zu ordnen, auf den Begriff bringen, überhaupt artikulieren zu können
- Ich will gefragt werden, was ich will und brauche, ohne bevormundet zu werden und zu sehr mit Samthandschuhen angegriffen zu werden
- Ich habe bisher keinen Besuch von der Seelsorge bekommen, aber was ich mir wünschen würde: Zeit für ein Gespräch, Zeit für ein Gebet, evtl. einen Segen

Tun (als SeelsorgerIn)

- Berührung
- Begleitung
- Rituale
- Händedruck
- Lächeln
- Lebensmut
- Fröhlichkeit ☺
- Richtige Distanz und abfragbare Nähe
- Mit mir still sein zu können
- Vielleicht auch gemeinsame Stille

Ich selbst (als PatientIn)

- Allein sein, Ruhe, Denken
- Am liebsten hätte ich, wenn meine Frau bei mir sein könnte. Ansonsten wäre ich am liebsten allein.
- Ich möchte meine/n Seelsorger(in) selbst wählen
- Respekt

Spirituelles/Rituale

- Gottesdienst/Andacht
- Mitbeten
- Krankenhausseelsorge: Im Wissen darum, umbetet zu sein, wächst trotz schwieriger Situation ein Geborgenheitsgefühl und die Hoffnung ...

- Segen (Segensangebot)
- Vielleicht ein gemeinsames Lied, einen Psalm
- Keine frommen Sprüche
- Als Patient: Vertrauen auf „überirdische“ Hilfe stärken
- Bei Verabschiedung. Segen zusprechen
- Jemand, der mir freundlich zuhört, was mich bewegt, mir Sorgen macht, ohne mir Ratschläge zu geben, mich trösten zu wollen, mir die Bibel und sonstige Schriften aufdrängen zu wollen
- Worte der Hl. Schrift, die in die Wirklichkeit des mächtigen und liebenden Gottes führen und Gebet und Segen. So wird Geborgenheit vermittelt.
- Ein offenes Angebot (gute Worte zum Lesen)
- Ein Bibelwort
- Gebet und Segnung
- Für mich/ mit mir beten!
- Hand auflegen + Segen
- Spirituelle Kompetenz
- Beten und Abendmahl feiern
- Zusage
- Segen
- Stärkung
- Bisher keinen Besuch von der Seelsorge bekommen, aber was ich mir wünschen würde: Zeit für ein Gespräch, Zeit für ein Gebet – evtl. einen Segen

System Krankenhaus

- Danach so schnell wie möglich wieder arbeiten dürfen und nicht meinen Job verlieren
- Baldige Entlassung
- Dass alles gut ausgeht
- Hoffen auf bessere Tage
- Klare Diagnosestellung
- Weniger „Hierarchie“

System Seelsorge/Kirche

- Vielleicht ... (?) eine/n SeelsorgerIn, den/die ich nicht kenne. Besuch eines bekannten Pfarrers war mir unangenehm
- Zusage, sich um die Angehörigen zu kümmern und auch deren Vertrauen zu stärken
- Als Angehöriger: Wie oben auf den Patienten bezogen
- Nicht mit „Lesestoff“ versorgt werden
- Echter Besuch (mit Zeit und Einlassen auf mich)

- Wenn das nicht geht: lieber kein Besuch (Pflichtbesuch, Seelsorge zeigt nur Gesicht)
- Weniger „Hierarchie“
- Erreichbarkeit von Pfarrer und Pfarrerinnen
- Jemanden, der/ die meine körperlichen und seelsorgerlichen Bedürfnisse hört und ernst nimmt. Jemand, der/ die sich Zeit nimmt, nicht gleich wieder geht zum/zur nächsten PatientIn. Jemand, der/ die widerkommt. Jemanden, der/ die die Krankenhausstruktur und Hierarchie kennt und mich unterstützt, zu „meinen“ Entscheidungen zu kommen
- Das richtige für den Kranken in der Situation tun

Seelsorge am Krankenbett

Statement einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin in der Krankenhausseelsorge am Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz.

Von **Heidemarie Rupp**

Mein Name ist Heidemarie Rupp und ich bin seit einem Jahr als ehrenamtlicher Besuchsdienst für die evangelische Krankenhausseelsorge tätig.

Ich bin diplomierte Krankenschwester und seit zwei Jahren in Pension. Ich war 38 Jahre im Universitätsklinikum Graz auf der Urologie tätig und 20 Jahre davon als Stationsleitung.

Die Seelsorge am Krankenbett war immer ein Teil meines Berufes. Es gehörte zu meinen Aufgaben, eng mit der Krankenhausseelsorge zusammenzuarbeiten. Dem Wunsch der Patienten entsprechend waren Kommunionssfeiern, Stationsgottesdienste, Krankensalbungen, Abend-

mahlfeiern zu organisieren, und den Patienten verschiedener Religionen wurde die Möglichkeit gegeben, mit Vertretern ihrer Glaubensgemeinschaft, Gespräche zu führen.

Bevor ich ins Pensionsdasein wechselte, war für mich klar, dass ich mich in irgendeiner Weise ehrenamtlich betätigen werde.

Der evangelische ehrenamtliche Krankenhausseelsorger erzählte mir bei einem seiner Besuche, dass er schon 82 Jahre alt sei und schön langsam ans Aufhören denke.

Ich sagte spontan: „Wenn sie aufhören, werde ich ihre Tätigkeit weiterführen.“

Ich hatte das Glück, dass ein ökumenischer Ausbildungslehrgang für ehrenamtliche Besuchsdienste in der Krankenhaus- und Pflegeheimseelsorge für 2014 geplant war und ich in diesen Lehrgang aufgenommen wurde.

Der Kurs umfasste 7 Module mit folgendem Inhalt:

- Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebens- und Glaubensweg sowie mit der persönlichen Motivation für die ehrenamtliche Tätigkeit.
- Vermittlung von Grundlagen der Gesprächsführung mit kranken, alten, demen- tierten und sterbenden Menschen.
- Einführung in die anthropologischen und theologischen Grundlagen von Religiosität und Spiritualität in Krankheit und Alter sowie in das katholische und evangelische Sakramentsverständnis.
- Kritische Auseinandersetzung mit der Rolle ehrenamtlicher Mitarbeiter in der Einrichtung Krankenhaus und Pflegeheim.
- Gleichzeitig mussten auch mindestens 50 Praktikumsstunden am Krankenbett absolviert werden. Mein Praktikumsbegleiter war Pfarrer Mag. Herwig Hohenberger, welcher auch in der Kursleitung saß.

Der Lehrgang wurde nach einem Jahr mit einer Zertifikatsverleihung beendet.

Durch meine Erfahrung als Stationschwester bin ich mit den Strukturen im Krankenhaus sehr gut vertraut und mir ist

klar, welche Voraussetzungen ein Seelsorger/eine Seelsorgerin mitbringen muss.

- Ich muss mit mir im REINEN sein, das heißt, ECHT sein, zu MIR und meinem GLAUBEN stehen.
- Ich muss ZEIT haben.
- Ich muss die ALLTAGSHEKTIK vor der Krankenzimmertür abstreifen.
- Ich muss auf Menschen ohne VORURTEILE zugehen können, damit ich ihre Sorgen und Nöte spüren und begreifen kann.

Manchmal sind es kurze Gespräche, aber manches Mal sind es sehr lange, intensive Gespräche, die den Patienten helfen können.

Denn es ist oft leichter, einem Seelsorger/einer Seelsorgerin, Ängste und Befürchtungen anzuvertrauen, die sie weder mit – der FAMILIE – dem ARZT – oder den PFLEGEPERSONEN besprechen möchten.

Ich als Seelsorgerin gebe keine Ratschläge, sondern höre aufmerksam zu, lenke das Gespräch in die eine oder andere Richtung, manchmal halte ich die Hand, und manchmal frage ich: „WAS MÖCHTEN SIE, DASS ICH FÜR SIE TUE?“

Die Antworten können recht unterschiedlich sein. ... Ein gemeinsames Gebet ... eine Abendmahlfeier mit dem Pfarrer ... eine Nachfrage im Schwesternstützpunkt, ob eine Betreuung für zu Hause schon organisiert ist ... weil sich die Patienten Sorgen machen, ... wie es weitergehen soll.

Viele Menschen schließen diese Gefühle in ihrem Inneren ein, um ihren Angehörigen keinen Kummer zu bereiten.

Da kann ein Gespräch mit einer Seelsorgerin oft hilfreich sein, um diese innere Last ein wenig zu erleichtern.

Von einem Besuch möchte ich ihnen erzählen:

Ich gehe zu einer Patientin auf die Frauenklinik. Sie sitzt am Gang – sie ist angezogen – sie wartet auf ihren Mann – sie geht nach Hause. Sie erzählt mir von ihrer schweren Operation, es wurde ihr ein Tumor entfernt. Jetzt muss sie einige Tage warten, dann erfährt sie, wie die Behandlung weitergeht.

Nach einer Woche treffe ich diese Frau wieder. Sie muss sich einer Chemotherapie unterziehen, die ein halbes Jahr dauern wird. Ich setze mich zu ihr ... und sie beginnt zu erzählen – von ihrer Ehe – von ihren Kindern – von ihren Enkelkindern – von ihrer kleinen Landwirtschaft – den Schafen – den Hühnern – den Katzen und den Tauben – und von der Freude am Leben. Ich höre zu – sie hat Angst. – Wird die Chemotherapie den Krebs besiegen? – Wird sie die Chemotherapie aushalten können? Tränen rinnen ihr über die Wangen – ich nehme ihre Hand – und drücke

sie leicht. – Ich lese ihr ein Gebet vor – sie hört aufmerksam zu – und nickt immer wieder mit dem Kopf.

Wir halten uns noch an den Händen und ich verspreche ihr, sie im nächsten halben Jahr, immer wieder zu besuchen. Wir werden reden, zusammen beten und fest daran glauben, dass die Chemotherapie die Krankheit besiegt.

Ganz wichtig ist für mich als Seelsorgerin, immer einen Ansprechpartner zu haben, um schwierige Situationen zu besprechen, um die eigene Last, die ich von Patientengesprächen mitbringe, wieder loszuwerden.

In regelmäßigen Abständen kommt es zu Zusammenkünften, mit Pfarrer Mag. Herwig Hohenberger und den ehrenamtlichen KrankenhauseelsorgerInnen.

Es werden Themen besprochen, welche die evangelische Kirche betreffen und wo auch Supervision stattfindet.

Ich hoffe, es gibt noch viele motivierte Kirchenmitglieder, die sich für die Krankenhaus und Pflegeheimseelsorge entscheiden, denn eines ist ganz deutlich zu spüren, die meisten Menschen freuen sich, über einen Besuch und über einen Gruß von der evangelischen Kirche. ■

Seelsorge in Altenheimen

Statement aus Sicht eines Pflegewohnheimträgers. Stellung von Seelsorge im Diakoniewerk Gallneukirchen. Auszüge aus dem neuen Leitbild 2014.

Von **Günther Wesely**

Was ist unser Auftrag?

Unser Auftrag zur Diakonie gründet in der biblischen Tradition der Nächstenliebe, wie Jesus sie gelebt hat, wenn er sich für Menschen in sozialen Notlagen eingesetzt hat. Unser diakonisches Handeln hat deshalb die sozial ungerechten Verhältnisse im Blick und trägt zur Behebung der Ursachen bei. Dementsprechend achten wir bei unserem Dienst am Menschen auf den Schutz der Würde, das Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe. ...

Daher engagieren wir uns für ein solidarisches Miteinander, das sozialen Frie-

den sicherstellen hilft, Menschen Hoffnung schenkt und Zukunft eröffnet.

Ein Satz aus dem neuen Leitbild:

5. Hohe fachliche Qualität, Spiritualität und Ethik geben unserem Wirken Profil.

Das christliche Kirchenjahr mit seinen Festen und Feiern bildet einen Rahmen für die Alltagsgestaltung in unseren Tätigkeitsfeldern. Seelsorge und ethischer Diskurs sind Kennzeichen unseres diakonischen Handelns.

Wie organisieren wir Altenhilfe?

Hausgemeinschaften

Das Diakoniewerk betreibt seit 2005 Hausgemeinschaften. Die überwiegende Mehrzahl des stationären Angebotes – sechs Häuser mit 379 Plätzen – werden nach diesem Konzept betrieben, damit ist das Diakoniewerk der größte Anbieter von „Wohnen und Pflege in Hausgemeinschaften“.

Die Standorte der innovativen Wohnform liegen in Gallneukirchen, Linz, Mauerkirchen, Wels, Graz und Wien.

Ein Zuhause zum Wohlfühlen Überschaubarkeit, Geborgenheit und Gemeinschaft sind grundlegende Prinzipien der Hausgemeinschaft. Sie sind ein Wohn- und Betreuungskonzept für Menschen im Alter mit hohem Unterstützungs- und Pflegebedarf.

Die Architektur und Organisation kommen vor allem auch den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz entgegen und orientieren sich an den Alltagsabläufen eines „normalen Lebenszuhause“.

In jeder Hausgemeinschaft leben zehn bis zwölf Menschen. Jede/r BewohnerIn verfügt über ein Zimmer.

Die Orientierung an den Aktivitäten des täglichen Lebens ist wichtig. Pflege, Wohnen und Alltagsgestaltung stehen in den Hausgemeinschaften des Diakoniewerks gleichberechtigt nebeneinander.

Seelsorge

ist im Leitbild als wichtiges, profilgebendes Element der Arbeit festgelegt. Zwei hauptamtliche Dienstposten gibt es für die Seelsorge – weil sie uns wichtig ist. 90% der konfessionell zuordenbaren Bewohnerinnen sind katholisch. Ökumenische Ausrichtung der Seelsorge – Qualität ist uns wichtig. Das Diakoniewerk koordiniert die Seelsorge. Mitarbeiterinnen im Diakoniewerk sind auch seelsorgerlich tätig – bei Verabschiedungen, Begleitung in und durch Krisen, Begleitung von Übergängen und Umbrüchen. – Dazu gibt es Schulungen im Rahmen der Diakoniewerk Akademie.

Gestaltung von Alltagsspiritualität, Tischgebeten, Andachten, Feiern spielen eine große Rolle.

Die Wünsche von Hausleitungen an die Seelsorge

Spontane Rückmeldungen von drei Hausleitungen

Willi Obermeir, Mauerkirchen:

- Zeit
- Empathie – Hinhorchen
- Einlassen auf das System (z. B. Stören beim Geburtstagscafe?)
- Privatheit (wahrnehmen ob er/sie fehlt am Platz ist)
- Hausgemeinschaft = Ich gehe zu den Leuten nach Hause = Hausbesuch
- Wahrnehmen was los ist, was Sache ist = was es braucht
- Hausgemeinschaft ist keine Bettenburg
- Vertrauen aufbauen

Alexander Neuhold,

Wien – Erdbergstraße

- Evangelisches Haus in einer Großstadt
- Team von ehrenamtlichen Seelsorge-
rinnen aus der katholischen Pfarre alt
Simmering
- Überkonfessionell – nicht missionieren
– begleiten
- Spannungsbreite von Bewohnern mit
gefestigtem katholischen Glauben –
bewusst evangelischen – Dementen
Menschen die auf der Suche sind
- Man spürt was sie brauchen wenn sie
hin greifen, festhalten, ...
- Andachten, Segenshandlungen, unter
der Woche z. B. Adventkranzweihe –
Adventkränze binden die Schülerin-
nen mit Bewohnerinnen – gemeinsame
Weihe am Nachmittag
- Seelsorgegespräche/Besuche am Wo-
chenende
- Etikett (was drauf steht) ist gleich –
wichtig ist, was drin ist

Manfred Schmidhuber, Wels

- Bedürfnisse wahrnehmen und die An-
gebote darauf abstimmen
- Biographie, Krankheitsbilder = sich
damit auseinandersetzen
- Klare Sprache, einfache Bilder
- Aufnehmen was Bedeutung hat =
Liedgut, Bilder, Gebete die Grundlage
sind/waren
- 60%–70% demente Bewohnerinnen
- Mit ihren Lebensäußerungen begegnen
(z. B. auf dem Boden liegen und
auf dem Boden durch die Wohnung
kriechen)
- Gespräche mit Angehörigen ■

Evangelische Seelsorge für Menschen im Alter und in Pflegeeinrichtungen

Aufgrund der demographischen Entwicklung nimmt der Bedarf an Seelsorge und an ehrenamtlicher Mitarbeit für Menschen im Alter deutlich zu.¹

Von **Katharina Schoene** und **Elisabeth Pilz**

Den Menschen im Blick

Unsere Lebenserwartung steigt. Diese demographische Entwicklung stellt die Gesellschaft und damit auch die Evangelische Kirche A. u. H. B. vor neue Herausforderungen. Pflegeeinrichtungen etablieren sich immer mehr, und der Bedarf an Plätzen in einer solchen Einrichtung steigt.

Ziel ist es, dass Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung leben können, wenn nötig, mit Unterstützung. Seelsorge in ihrer selbstverständlichen, wohlwollenden ökumenischen Ausrichtung und Überzeugung, setzt genau an den Bruchlinien des Lebens an: bei einem Einzug und dem neuen Leben in einer Betreuungseinrichtung für ältere Menschen, in Krisensituationen oder bei Abschieden. Menschen in pflegerischen Betreuungseinrichtungen dürfen nicht aus dem Blickfeld geraten.

¹ Beitrag nachzulesen auch unter www.aekoe.at

Seelsorge für Menschen im Alter

Seelsorge stiftet Beziehung, gibt Stabilität, ist Lebens- und Krisenbegleitung sowie Lebensdeutung. Seelsorge für Menschen im Alter und bei Menschen mit Demenz zeigt dabei oft neue Dimensionen und Herausforderungen auf: Die Kommunikation und der Austausch miteinander sowie die Beziehungsgestaltung benötigen einen besonders sensiblen und geschulten Umgang. Lebensthemen wie Einsamkeit, Angst, Schuld, dem Wunsch „nach Hause zu gehen“ oder auch Aggression sind im seelsorgerlichen Kontext immer wieder zu finden. Seelsorge an Menschen im Alter bedeutet neben der Hilfe zum Leben v. a. auch Hilfe, Begleitung und Unterstützung im Glauben.

Dem Gottesbild älterer Menschen mit Wertschätzung und Ernst begegnen, gemeinsam Antworten auf ungelöste Fragen und Ängste zu suchen – das alles sind wesentliche Kernpunkte in der Seelsorge mit älteren Menschen. Es gilt, den liebenden Gott den Menschen näher zu bringen.

SeelsorgerInnen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen begleiten Menschen in der letzten Phase ihres Lebens, wenden sich auf sensible Art und Weise Brüchen und Aufbrüchen in Biographien zu und arbeiten diese wenn nötig mit dem Menschen auf. Dadurch entsteht oft eine Beziehung, die über mehrere Monate oder Jahre bestehen kann. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zur Seelsorge an kranken Menschen. SeelsorgerInnen sind häufig eine Klagemauer oder eine Projektionsfläche für aufbrechende Emotionen. Sie stellen sich den

Menschen in diesen Situationen voll und ganz zur Verfügung. Bei seelsorgerlichem Zuspruch ist weniger oft mehr. Oft bleibt das Dasein und Aushalten der Gefühle.

Rituale, Besuche, liebevoller Umgang sowie regelmäßige liturgische Angebote und kirchenjahreszeitliche Andachten und Rituale helfen, dass sich Menschen im Alter und mit einer Demenzerkrankung orientieren und sicher fühlen können. Viele engagierte Menschen nehmen Menschen im Alter in ihre Mitte. Durch speziell vorbereitete Gottesdienste, besonders auch für Menschen mit Demenz und deren Angehörige, kann Zuversicht, Hoffnung, Freude und Geborgenheit im Glauben vermittelt werden. Seelsorgerliches Engagement in der palliativen Pflege wird in Betreuungseinrichtungen als große Ressource geschätzt. Die Begleitung von Angehörigen in Zeiten des Abschiednehmens, der Trauer und des Gedenkens sind ein wichtiger Teil der Seelsorge.

SeelsorgerInnen werden immer mehr bei im Pflegealltag auftretenden ethischen Fragestellungen zu Rate gezogen und um Positionierung gebeten.

Es geht nicht darum, Kirche für Menschen im Alter lebbar zu machen, sondern Kirche mit ihnen zu leben. Hauptamtliche Krankenhaus- und Pflegeheim-SeelsorgerInnen stellen Erstkontakte her, bieten Beziehung an, koordinieren Besuche, bieten liturgische Angebote und begleiten Menschen seelsorgerlich.

Fazit: Aufgrund der demographischen Entwicklung wächst der Bedarf an Seelsorge und ehrenamtlicher Mitarbeit.

Biblische Grundlagen

Jeder Mensch ist einzigartig. Alle Menschen sind Ebenbilder Gottes (nach 1.Mose 1,27). Darin gründet sich die unantastbare Würde und Einzigartigkeit eines jeden Menschen.

In der Seelsorge ist es wichtig, diese Botschaft den Besuchten immer wieder neu zuzusprechen. Nur so wird die christliche Nächstenliebe erlebbar, glaubhaft und überzeugend befreiend. Wesentlich ist neben absolutem Respekt der Gefühle und Gedanken der Menschen, dass ihnen Hoffnung und Trost vermittelt und auch Raum für Klage und Zweifel geschaffen wird.

Gott steht auf der Seite der Schwachen und Hilflosen und stellt diese in den Mittelpunkt seines Handelns (nach Mt.18,2). Jesus wendet sich denen zu, die am Rande der Gesellschaft stehen.

Einsamkeit und das Gefühl der Verlassenheit sind häufige Themen bei Menschen im Alter. Durch das Dasein eines anderen kann immer wieder die Liebe und Nähe Gottes spürbar werden, im Sinne des biblischen Zuspruchs: „Ich bin bei euch alle Tage, bis an der Welt Ende“ (Mt 28,20)

Seelsorge im Alter heißt ...

Menschen im Alter erleben evangelische Kirche besonders in Pflege- und Wohn-einrichtungen greifbar und präsent.

Kirche „kommt“ zu den Besuchten: durch liturgische Angebote in den Einrichtungen und Besuche durch Ehrenamtliche, Hauptamtliche und Mitglieder der Pfarr-gemeinde. Die Sehnsucht nach christlicher Gemeinde und nach Gottesdiensten bleibt in den Menschen jeden Alters.

Ein Ziel der Seelsorge für ältere Menschen ist es, sie auf dem Weg des Altwerdens mit Würde, unbedingtem Respekt, Präsenz und Kompetenz seelsorgerlich zu begleiten. Seelsorge orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen jedes Einzelnen.

Ziel ist ebenso, dass die SeelsorgerInnen sich in den Institutionen einbringen, sich im Rahmen von multiprofessionellen Teams einbringen und damit den Wert seelsorgerlicher Begleitung an Menschen im Alter sichtbar, erlebbar und spürbar werden lassen.

SeelsorgerInnen beziehen zu ethischen Fragestellungen Position. Sie gestalten damit ethische Entscheidungsprozesse im institutionellen Betreuungsbereich mit und vertreten das christliche Menschenbild. Sie arbeiten dabei aktiv in einem multiprofessionellen Team mit und bilden dabei eine wichtige Konstante.

Seelsorge geht sensibel mit anderen Glaubensüberzeugungen um. Dabei ist es wichtig, als wesentliche Grundlage für qualitative Seelsorge die ökumenische Zusammenarbeit und Vernetzung zu sehen.

Österreichweite Vernetzung sowie inhaltliche strategische Vereinheitlichung im Bereich Seelsorge für Menschen im Alter ist ein wünschenswertes Ziel.

Für Menschen im Alter soll Nächstenliebe und Präsenz spürbar sein. Durch seelsorgerliche Arbeit, Besuche, Veranstaltungen, Gottesdienste und kirchen-jahrspezifische Veranstaltungen und vor allen in Begegnungen kann ein Gefühl von Heimat, Geborgenheit und gelebtem Glauben vermittelt werden.

Seelsorge für Menschen im Alter braucht ...

- flächendeckenden Einsatz von haupt- und ehrenamtlichen SeelsorgerInnen, um Seelsorge an Menschen im Alter zu gewährleisten
- gewinnende Öffentlichkeitsarbeit: Gestaltung ansprechender und informativer Folder und Tätigkeitsprofile, um seelsorgerliche Arbeit mit Menschen im Alter ins Blickfeld zu rücken und auf den Wert dieser Arbeit hinzuweisen
- Vernetzung der Seelsorge für Menschen im Alter und in Betreuungseinrichtungen mit anderen Arbeitsbereichen: Nachbarschafts- und Stadtteilarbeit, ökumenische Seniorenarbeit und anderen Arbeitsbereichen der Kirchgemeinden
- Ausbildung, Begleitung und laufende Fortbildung ehrenamtlicher MitarbeiterInnen, auch in ökumenischer Zusammenarbeit und Qualitätssicherung

Seelsorger und Seelsorgerinnen sollen mitbringen ...

- Christlicher Glaube und eigene Reflexionsfähigkeit
- Theologische Grundausbildung und liturgische Kompetenz
- Willen und Bereitschaft zur ökumenischen Zusammenarbeit
- Bereitschaft zur Selbstreflexion
- Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen
- Seelsorgeausbildung und Bereitschaft zu laufender Fortbildung
- Kenntnisse im Bereich Gerontologie und Geriatrie

- Kompetenzen im Bereich Palliative Care, in der Begleitung trauernder und sterbender Menschen, in Validation und Biographiearbeit
- Qualitätsstandards aufbauen und Qualität sichern
- Bereitschaft zu Supervision

Was erleben Ehrenamtliche in der Seelsorge für Menschen im Alter?

- Seelsorge kann Begegnung, Freude und Beziehung schenken.
- Immer wieder erzählen Menschen in diesem Dienst davon, dass sie durch ihre ehrenamtliche Tätigkeit eigene Lebensthemen und Brüche in einen anderen Kontext stellen lernen. Dabei kann Reflexion im professionellen und kollegialen Umfeld ebenso wie der eigene persönliche und stärkende Glaube helfen.
- Jeder Mensch kennt Situationen der Krankheit, der Einsamkeit, der Angst und des Schmerzes. Im gemeinsamen Miteinandergehen und durch den Zuspruch Gottes wird vieles leichter.
- Seelsorge schenkt Begleiteten und Begleitenden Sinn.
- Seelsorge erweitert den eigenen Erlebnis-, Denk-, Glaubens- und Wissenshorizont.

Oft erleben wir als haupt- oder ehrenamtliche Seelsorger und Seelsorgerinnen die Begegnungen mit Menschen im Alter und in Betreuungseinrichtungen als Geschenk. ■

„Was kann, möchte, werde ich als Synodale/r, PresbyterIn, GemeindevertreterIn tun, damit das, was ich mir gewünscht hätte/habe, besser erfüllt werden kann?“

2. Kärtchenaktion¹ zur Einbeziehung der Synodalen auf dem Studientag der Generalsynode A. u. H. B. zur Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge. Die Anwesenden wurden gebeten, die Frage zu beantworten.

Auswertung von **Herwig Hohenberger**

¹ Von den Aktionskärtchen zusammengeschrieben und nach Bereichen geordnet von Herwig Hohenberger, 29.12.2014

In der Gemeinde

- Seelsorge in der Gemeinde thematisieren und immer wieder ins Bewusstsein rufen
- Presbyter- und Gemeindevertretersitzung ... Themen vorstellen und präsentieren (Mitarbeitersuche) (Vortragende Fr. K. Schoene)
- Glauben bereits bei Kindern stärken
- PfarrerInnen aus gremialer wirtschaftlicher Organisation heraushalten
- Krankenhauseelsorge in der Gemeinde präsenter machen, mit Ehrenamtlichen und finanziell unterstützen
- Was/wer wird wo/wie gebraucht?
- In der Gemeindezeitung Anliegen veröffentlichen
- Gespräch mit SeelsorgerInnen aufnehmen
- Als GemeindepfarrerIn die Seelsorge in Institutionen wahrnehmen und unterstützen
- Bessere Betreuung und regelmäßige Begleitung des Besuchsdienstkreises
- Mit den MitarbeiterInnen im Besuchskreis/Diakoniekreis darüber reden
- KH- und GeriatrieseelsorgemitarbeiterInnen ermutigen und bestärken – von diesem Studientag berichten – Aufmerksam sein und „bewusst“ machen!
- Engagement in den Gemeinden unterstützen und ausbauen
- Pfarrgemeinde-Diakonie ausbauen, fördern
- Gemeindeglieder motivieren, seelsorgerliche Ausbildung zu absolvieren
- Begleitung ehrenamtlicher MitarbeiterInnen
- Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten konkret weitergeben/veröffentlichen (Folder), wo kann man sich (frau sich) hinwenden – in Gemeindezeitung geben, auf Homepage der Gemeinde stellen
- KrankenhauseelsorgerInnen in GV/PB einladen
- Ehrenamtliche MitarbeiterInnen in der Gemeinde ein Forum geben, in dem sie gehört und wahrgenommen werden – Sie unterstützen mit dem, was sie brauchen – Neue MitarbeiterInnen suchen und finden
- Ehrenamtliche, hauptamtliche MA suchen, motivieren, begleiten
- Versuchen, Strukturen zu schaffen, anzuregen für besseren Kommunikationsfluss
- Voraussetzungen für „intime“ Räume schaffen
- Ehrenamtliche vor Ort ausbilden und beauftragen
- Bewusstsein für Notwendigkeit in Gemeinden schaffen

In der Superintendenz/ auf Gesamtkirchenebene

- Gemeinden in den Einrichtungen sichtbar machen
- Informieren – informiert werden
- Bewusstmachen der Aufgaben der Krankenhauseelsorge
- Seelsorge besser sichtbar machen
- Den Mut zum Schwerpunktsetzen fördern

- Haupt-, Neben- und Ehrenamtliche SeelsorgerInnen fördern
- Erreichbarkeit organisieren, Notfallhandy
- In allen Diözesen Pfarrstellen schaffen, die ausschließlich mit Krankenhausseelsorge zu tun haben. Die Anzahl der Planstellen ist von der Seelenzahl/Diözese abhängig
- Verbreitung/Bekanntmachen helfen, dass Seelsorge genug Platz und Aufmerksamkeit findet bei Prioritätensetzung
- Als SI: Regelmäßige Treffen mit den Seelsorger/inn/en aus der kategorialen Seelsorge
- Menschen gewinnen, die sich für ehrenamtliche/hauptamtliche Seelsorge einsetzen und mitarbeiten.
- Der Krankenhaus- und Heimseelsorge Aufmerksamkeit geben, auf Anforderungen und Zuwendung achten, die Möglichkeiten zur Realisierung wahrnehmen
- Wertschätzung aller Mitarbeitenden
- Stellenplan in Wien
- Für genügend Stellen, Ausbildungen, Schwerpunkte sorgen
- Systeme von innen verändern
- Seelsorge als Thema wachhalten
- Rahmenbedingungen weiterhin schaffen, auch Ausbildungen finanzieren
- PR-Arbeit, sichtbar sein
- Einladung und Ermutigung zu diakonischem Handeln
- Einen kirchlichen Arbeitskreis ins Leben rufen, der sich der Unterstützung von Menschen, die aufgrund längerer Krankheit von Arbeitslosigkeit betroffen sind, widmet
- AEKÖ unterstützen
- Krankenhausseelsorge in jeder Weise unterstützen und eigene Verantwortung gegenüber Kranken im Umfeld wahrnehmen
- Evangelische Seelsorge(n) vernetzen – „Projekt Krankenhaus 2020“ und miteinander in der Öffentlichkeit präsentieren

Finanzielles

- Finanzielle Unterstützung
- Mich für die dafür notwendige finanzielle Ausstattung einsetzen
- Fremdfinanzierungen suchen
- Ehrenamtlichen-Ausbildung von Kirche zahlen!
- Sich dafür einsetzen, dass finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden
- Finanzierung sichern! (Wien)
- Die finanziellen Ressourcen, soweit wie möglich stabil halten bzw. vergrößern
- Motivieren (finanzieren) und selbst Zeit nehmen (auch für's SeelsorgerInnen-Begleiten)

- Finanziell absichern, dass evang. Seelsorge erweitert wird und gute Ausbildung möglich wird!
- Ausreichen Ressourcen zur Verfügung stellen

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen

- Menschen ermutigen, SeelsorgerIn zu werden
- Im Gespräch bleiben – regelmäßige Treffen mit Haupt- und Nebenamtlichen
- PfarrerInnen und Ehrenamtliche motivieren, Menschen zu gewinnen, die sich ausbilden lassen
- Kennenlernen der MitarbeiterInnen und ihrer Anliegen
- Unterstützung und Bedankung der MA (ehrenamtl.)
- Menschen in meiner Umgebung motivieren, Mitarbeiter (Seelsorge) zu werden und diese Menschen in ihrer Arbeit zu unterstützen
- Bekannter machen, dass es diese Art von Seelsorge gibt
- Hoffentlich vermitteln zwischen Interessierten/Engagierten und „Ausbildung“, Betreuung
- Menschen für die Krankenhaus- und Pflegeheim-Seelsorge motivieren, die ausreichend Sensibilität für die eigene Rolle haben und sich selbst zurücknehmen können
- Motivieren (finanzieren) und Zeit nehmen (auch für's SeelsorgerInnenbegleiten)
- Ehrenamtliche zu Besuchsdiensten motivieren
- Ehrenamtliche Supervision/Begleitung anbieten
- Wertschätzung
- MitarbeiterInnen gewinnen, für ihre Ausbildung sorgen, sie begleiten und unterstützen für die Seelsorge in Krankenhaus, in den Altenheimen und bei Pflegebedürftigen, die zu Hause sind
- Zuhören, Freude und Probleme wahrnehmen und dann Dank und Ermutigung aussprechen

Aus- und Fortbildungen, Begleitung

- Fortbildung fördern
- (Noch mehr) geeignete Menschen finden, sie motivieren und sie ausbilden
- Gute Ausbildung der Mitarbeiter
- Immer wieder die Wichtigkeit von Weiterbildung und Supervision betonen und mich für die dafür notwendige finanzielle Ausstattung einsetzen
- Ausbildung und Supervision für all in Seelsorge Tätigen
- Werbung für Ehrenamtliche MA-Schulungen für EA
- Die Ausbildung und Begleitung der Seelsorgenden stärken und ausweiten
- Ehrenamtliche ausbilden
- Noch mehr EA Ausbildung

- Fort- und Weiterbildung verstärken
- Begleitung und Angebot der Qualifizierung
- Mehr Freiräume für Reflexion schaffen
- KGH-Seelsorge-Aus- und Fortbildung fördern
- Gute Begleitung und Fortbildung für SeelsorgerInnen

Selbst (in der Seelsorge) tätig sein

- Selbst aktiv werden
- Mir mehr Zeit nehmen
- Das Herz auf der Zunge tragen
- Selber handeln ... Gottesdienst-Gestaltung übernehmen, Besuche machen
- Mich fortbilden lassen, um Fragen auszuhalten, um damit verantwortlich umzugehen
- Zuhören, Gespräche
- Kontakte/Berührungen (Hand geben)
- Besuche machen
- Zuhören – mit großer Empathie
- Aufmerksam auf Menschen zugehen
- Einlassen auf Besonderheiten
- Geduld, Geduld, Geduld ...
- Zuhören
- Eigene Erfahrungen weitersagen und Besuche fördern
- Vorbild sein, darüber reden
- Mit offenen AUGEN, OHREN HERZEN durchs Leben gehen; + INNEHALTEN
+ DABEI BLEIBEN, WO ERWÜNSCHT
- Patienten nicht als Seelsorgeklientel, sondern als Menschen zu sehen
- Zeit und Ressourcen zur Verfügung stellen
- Zeit nehmen zum Zuhören
- Zeit
- Mir Zeit für Seelsorge nehmen
- Selbst tätig sein
- Anliegen vermitteln
- Freude an der Musik vergrößern
- Freundliches Lächeln
- Besuche machen
- Da sein, hören, wahrnehmen, flexibel sein, da sein usf.

Spirituelles

- Gottesdienste elementar feiern
- Gottesdienste liebevoll vorbereiten, gestalten und feiern
- Ehrenamtliche vor Ort ausbilden und beauftragen

Kirche und Institutionen und Gesellschaft

- Noch viel mehr Vernetzung Kirche – Institutionen – Politik – weltliche Institutionen
- Was kann helfen, dass mehr Menschen länger daheim bleiben können? ... betreut werden können?
- Welche Lösungen gibt es für demografische Herausforderungen?
- Für Einbindung der Angehörigen sorgen
- Hospizbewegung beschreiben
- Tabuthema Tod bei Kindern ansprechen:
- Evang. Seelsorge vorstellen
- Vielleicht auch konkrete, persönliche Kontakte ermöglichen
- Christliches Menschenbild vermitteln

Ökumene

- Ökumenische Zusammenarbeit ausbauen = Reichtum und Stärke
- Mich weiterhin für die ökumenische KSA-Ausbildung einsetzen
- Ökumenisch vor Ort zusammenarbeiten
- Erfahrungen austauschen

Resolution zum Schwerpunkt „Evangelische Krankenhaus- und Geriatriseeelsorge in Österreich“

Die XIV. Generalsynode hat auf ihrer 4. Session am 10. Dezember 2014 folgende Resolution zum Schwerpunkt „Evangelische Krankenhaus- und Geriatriseeelsorge in Österreich“ **einstimmig** beschlossen¹:

*„Ich war krank und ihr
habt mich besucht.“*

(Mt. 25, 36)

Evangelische Seelsorge erfolgt im diakonischen Auftrag Jesu Christi (Mt. 25, 35-40). Sie ist Zeugnis des Evangeliums und beteiligt durch den Dienst am Nächsten in der Welt am Heilungsauftrag in der Nachfolge Jesu Christi (Jak. 5,14). Sie geschieht im Horizont der Ver-

heißungen Gottes und lebt von der Zusage, dass Gott alle Tränen abwischen wird (Offb. 21,4).

Evangelische Seelsorge im Krankenhaus ist Angebot zur Begleitung, zur Begegnung und zur Lebensdeutung im Horizont christlichen Glaubens. Sie bezieht sich auf die persönlichen, religiösen und kulturellen Ressourcen jener, die Hilfe bedürfen, und jener, die Sorge für sie tragen. Sie geschieht im Respekt vor der Persönlichkeit, dem Glauben, der Spiritu-

¹ Siehe auch das Amtsblatt 2014 für die Evangelische Kirche in Österreich vom 23.12.2014, SYN 11; 2367/2014 vom 15. Dezember 2014.

alität und der Weltanschauung jeder/jedes Einzelnen. Sie steht auch jenen offen, die keiner Glaubensgemeinschaft angehören. Sie arbeitet mit allen Berufsgruppen zum Wohl der Patientinnen und Patienten zusammen und nimmt den Menschen in seiner vielgestaltigen Einheit von Geist, Leib und Seele wahr und unterstützt die seelische Gesundung von Patientinnen und Patienten.

Evangelische Seelsorge in Pflegeeinrichtungen ist ein Angebot in der Begleitung von Menschen in Pflegeeinrichtungen und von Menschen im Alter, das respektvoll auf die persönlichen, religiösen und spirituellen Bedürfnisse eingeht. Sie setzt in ihrer ökumenischen Ausrichtung und Überzeugung an den Bruchlinien des Lebens an und stiftet Beziehung durch uneingeschränkte Wertschätzung, schenkt Stabilität, ist Lebensbegleitung sowie Lebensdeutung – orientiert am Prinzip der Nächstenliebe. Sie ist besonders auf die wertschätzende und individuelle Begleitung von Menschen mit Demenz fokussiert. Sie schenkt Zeit, Gemeinschaft und macht Kirche mit und für Menschen im Alter und in Pflegeeinrichtungen erlebbar.

Evangelische Seelsorge im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen ist rechtlich durch das „Bundesgesetz über äußere Rechtsverhältnisse der Evangelischen Kirche“ vom 6. Juli 1961, BGBl Nr. 182/61 geregelt. Deshalb beauftragt die Evangelische Kirche Seelsorgerinnen und Seelsorger zu diesem Dienst und wünscht, dass dieser in ökumenischer Verantwortung geschehen möge.

Die Generalsynode dankt allen Seelsorgerinnen und Seelsorgern in haupt- und ehrenamtlichen Dienst und ermutigt alle Pfarrgemeinden und Superintendentenzen, den seelsorglichen Dienst in Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen nach Kräften als ihre Aufgabe wahrzunehmen, zu fördern und zu unterstützen.

1. Die Evangelischen Kirchen verantworten und finanzieren in speziellen Krankenhäusern sowie Alten- und Pflegeheimen eine nach internationalen Standards qualifizierte Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge mit hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mithilfe von Stellenplänen und Schwerpunktkonzepten. Die Generalsynode empfiehlt allen Superintendentenzen, verstärkt auf eine qualitätsvolle Aus-, Fort- und Weiterbildung der haupt- und ehrenamtlichen Seelsorgerinnen und Seelsorger in Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen zu achten. Die evangelischen, von diakonischen Werken getragenen Krankenhäuser sorgen selbst für Krankenhauseelsorge und übernehmen eine Vorreiterrolle für die Trägerschaft und Umsetzung des Profils von Evangelischer Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge in ihren Häusern und Einrichtungen durch refundierte Klinische Seelsorge-Stellen.
2. Evangelische Kirche trägt und finanziert eine ökumenisch getragene Klinische Seelsorgeausbildung in Österreich (KSA Österreich) mit. Evangelische Superintendentenzen verantworten eine qualitätsvolle Ausbildung für ehren-

- amtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge und/oder eine Basisausbildung für Ehrenamtliche im Besuchsdienst von Pfarrgemeinden, sowie zum Besuch in Alten- und Pflegeheimen. Die Generalsynode ermutigt, die genannten Angebote zu nutzen und die Teilnahme zu fördern.
3. Evangelische Gemeindegeseelsorge lebt und gestaltet Krankenseelsorge. Sie arbeitet dazu eng mit der Krankenhausseelsorge zusammen. Die Generalsynode ruft zu einem geschwisterlichen Miteinander von Gemeindegeseelsorge, Krankenseelsorge, Geriatrieseelsorge und diakonischer Seelsorge in Pflegeeinrichtungen auf. Die Ausbildungsangebote für ehrenamtlich Mitarbeitende, insbesondere im Bereich Menschen im Alter, sollen breit und offen gestaltet und/oder in ökumenischer Verantwortung durchgeführt werden.
 4. Die Generalsynode empfiehlt den Gemeinden und Superintendenzen, die Themen „Seelsorge im Alter“ sowie „Demenz“ als neue Lernfelder in die Gesellschaft einzubringen. Dazu werden Angebote der Beziehungsgestaltung entwickelt, die auf Teilhabe, Nähe und Einbeziehung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen in Gemeinden, in Gottesdiensten und in die Gesellschaft abzielen. Die Generalsynode regt an, sich mit dem demographischen Wandel zu beschäftigen und das Gespräch mit anderen Ausbildungsträgern in Österreich im Bereich „spiritual care“ sowie im Rahmen des Interreligiösen Dialoges zu führen.
 5. Die Generalsynode begrüßt verschiedene Kooperationen der Superintendenzen mit unterschiedlichen Partnern aus der Ökumene und öffentlichen Stellen und ersucht, diese weiterhin zu fördern und auszubauen.
 6. Als Ziel für zukünftige Entwicklungen formuliert die Generalsynode, dass evangelische Krankenseelsorge und Seelsorge im Alter gut vernetzt mit der Gemeindegeseelsorge und anderen Seelsorgeangeboten auch partnerschaftlich in einem interdisziplinären Team für ambulante und mobile Betreuung von Menschen zu Hause arbeiten kann. Dazu sollen Gespräche mit den relevanten Ausbildungsinstitutionen zur Klinischen Seelsorge, Gerontologie, Geragogik und anderen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die Tätigkeit in Pflege- und Betreuungseinrichtungen und im Dialog mit der Medizin im Bereich Palliative Care und Intensivmedizin stattfinden. Dazu initiiert die Generalsynode ein Projekt: „Krankenseelsorge und Seelsorge im Alter 2020“.
 7. Die Generalsynode befürwortet ein Übereinkommen aller gesetzlich anerkannten und im ÖRKÖ verbundenen christlichen Kirchen in Österreich über Standards zur Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Dazu dienen als Basis folgende Grundsatzpapiere:

- Das Profil zur Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge (Anlage 1)
- Die Richtlinien für die Krankenhausseelsorge der Evangelischen Kirche A. und H. B. in Österreich (vgl. ABl. Nr. 66/2005, 53/2006, 104/2006, 155/2010 und 207/2010), geltend für

- haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Das Berufsbild zur Krankenhausseelsorge (Anlage 2)
- Die Ethikstandards zur Seelsorge in Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen (Anlage 3). ■

Anlage 1

Profil Evangelische Seelsorge in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen Evangelische Kirche A. und H. B. in Österreich

Präambel

Evangelische Seelsorge im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen geschieht im diakonischen Auftrag Jesu Christi und folgt dem Grundprinzip der Barmherzigkeit. Sie erfolgt im Auftrag der Evangelischen Kirche in Österreich in ökumenischer Verantwortung.

Seelsorge bezieht sich auf die persönlichen, religiösen, kulturellen und gesellschaftlichen Ressourcen jener, die Hilfe bedürfen, und jener, die Sorge für sie tragen. Sie geschieht im Respekt vor der Persönlichkeit und dem Glauben jeder/jedes Einzelnen.

Seelsorge antwortet auf das Recht einer Patientin/eines Patienten auf seelsorgerische Begleitung¹. Evangelische Seelsorge im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen ist rechtlich durch das „Bundesgesetz über äußere Rechtsverhältnisse der Evangelischen Kirche“ vom 6. Juli 1961, BGBl. Nr. 182/61 geregelt, welche durch die Stellungnahme des Kultusamtes zur datenschutzrechtlichen Beurteilung der Krankenhausseelsorge vom 12. Oktober 2000, GZ 7.830/6-KA/b/2000 ergänzt wurde.

¹ Vgl. dazu: die Kärntner Krankenanstaltenordnung, § 23i; das Oberösterreichische Krankenanstaltsgesetz 1997, § 28.5; das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz 1999, § 6q (2) h), das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, § 21.4.; das Tiroler Krankenanstaltengesetz, § 9a sowie das Wiener Krankenanstaltengesetz vom 24.3.1987, § 17a.

Zielgruppen

Seelsorge im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen richtet sich an Menschen, die wegen der Schwere ihrer Krankheit oder ihrer Pflegebedürftigkeit in einer öffentlichen Institution betreut werden müssen. Herausgerissen aus ihren gewohnten Lebenssituationen werden bisherige Lebensgrundlagen und Lebensinhalte in Frage gestellt. Seelsorge richtet sich auch an die Mitbetroffenen, an jene, die in der Einrichtung arbeiten sowie an die Institution und ihre innere Struktur.

Aufgabenbereiche & Dienstleistungen

Seelsorge versteht sich als Angebot zur Begleitung, zur Begegnung und zur Lebensdeutung im Horizont christlichen Glaubens. Sie erfolgt einerseits auf Anforderung durch Patientinnen und Patienten, Personal oder Mitbetroffene und geht andererseits den Mitgliedern der eigenen Konfession nach.

Diese Aufgaben werden in unterschiedlichen Diensten erfüllt:

- Einmalige Kontakte in Krisensituationen. Ziel: Stabilisierung und spiritueller Beistand.
- Kurz- und mittelfristige Begleitung. Ziel: Unterstützung in eigenen psychischen und spirituellen Ressourcen.
- Regelmäßige Begleitung über längeren Zeitraum. Ziel: Mitarbeit bei der Beheimatung und sozialen Einbettung im neuen Umfeld.
- Geprägte religiöse Handlungen und Rituale wie Gottesdienste, Abendmahlsfeiern und Abschiedsriten. Ziel: Stärkung und Ermutigung, Strukturierung der Situation.
- Sterbebegleitung und Trauerarbeit. Ziel: Stützung und spiritueller Beistand in Übergangssituationen.

Vom Beitrag der Seelsorge zur Betreuungs- und Lebensqualität von Patientinnen/Patienten profitiert die jeweilige Institution:

- an den Grenzen der Medizin und menschlicher Machbarkeit – dort tritt der besondere Beitrag der Seelsorge am stärksten hervor,
- indem Seelsorgerinnen/Seelsorger in einem von Zeitdruck geprägten Umfeld in der Lage sind, sich und ihre Zeit zur Verfügung zu stellen,
- indem Seelsorge im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung auf spirituelle Bedürfnisse der Menschen eingeht,
- indem Seelsorge in Bereichen des Alltages der Institution wirken kann, die andere Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter aus unterschiedlichen Gründen nicht nutzen können.

Seelsorge beteiligt sich an der heilenden und stützenden Arbeit der jeweiligen Institution insbesondere durch:

- Mitwirkung im Krankenpflegeunterricht bzw. der Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Projekten sowie bei ethischen Fragestellungen.
- Gewinnung und Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter
- Herstellen von Kontakten zu anderen Konfessionen und Religionsgemeinschaften.
- Kooperation mit öffentlichen und kirchlichen Sozialeinrichtungen.
- Öffentlichkeitsarbeit, die u. a. die gesellschaftliche Verdrängung von Krankheit und Sterben in der Gesellschaft thematisiert.

Qualifikation

Seelsorge im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen geschieht in einem besonders belastenden Umfeld. Evangelische Seelsorgerinnen/Seelsorger haben daher auch besondere persönliche und fachliche Qualifikationen zu erfüllen, die in der „Richtlinie für die Krankenhauseelsorge der Evangelischen Kirche A. u. H. B. in Österreich“ (Amtsblatt der Evangelischen Kirche in Österreich, Abl. Nr. 155/2010; amtsw. Korr. ABl. Nr. 207/2010) festgelegt sind. Dazu gehören:

- persönliche Voraussetzungen,
- theologische Qualifikation und
- Seelsorgeausbildung.

Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung Evangelischer Seelsorge im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen erfolgt prozessorientiert:

- regelmäßige Evaluation und Reflexion unter Berücksichtigung der beteiligten Interessensgruppen,
- Supervision,
- qualifizierte Fort- und Weiterbildung der ehren- und hauptamtlichen Seelsorgerinnen/Seelsorger und
- österreichische und internationale Vernetzung.
- Grundlage der Qualitätssicherung wird durch §§ 3 und 5 der „Richtlinie für die Krankenhauseelsorge der Evangelischen Kirche A. u. H. B. in Österreich“ (Abl. Nr. 155/2010; amtsw. Korr. ABl. Nr. 207/2010) sichergestellt.

Diesem Text liegen Textbausteine verschiedener Veröffentlichungen und Arbeitspapiere zur Evangelischen Krankenhausseelsorge zugrunde.

Textgrundlagen u. a.:

Altenheimseelsorge in Seelsorgeeinheiten und Pfarrgemeinden. Vorläufiger Leitfaden für die Erzdiözese Freiburg. Arbeitspapier. Freiburg, 2004.

Evangelische Kirche in Deutschland (Hg.): Die Kraft zum Menschsein stärken. Leitlinien für die evangelische Krankenhausseelsorge. Eine Orientierungshilfe. Download unter: ekd.de/download/leitlinien_krankenhausseelsorge_ekd_2004.pdf, vom 06.09.2010.

Frank-Schlamberger, Ulrike/Leuthold, Margit/Uljas-Lutz, Johanna: Krankenhausseelsorge – Prophetisches Handeln im beschädigten Leben. Arbeitspapier. Allgemeines Krankenhaus Wien, 1994.

Frank-Schlamberger, Ulrike/Leuthold, Margit/Uljas-Lutz, Johanna: „Seelsorge im Krankenhaus ist ...“ Unveröffentlichtes Arbeitspapier. Allgemeines Krankenhaus Wien, o. J.

Glasson, David: Prisoners of the Mind. Spiritual care in a high secure hospital. Mersey Care NHS Trust, Merseyside, UK, o. J.

Klessmann, Michael (Hg.): Handbuch der Krankenhausseelsorge. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht 1996.

Klessmann, Michael: Qualität in Seelsorge und Beratung, in: Wege zum Menschen, Göttingen 2009/61,2, S. 119–132.

Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD (Hg.): Konzeption und Standards in der Krankenhausseelsorge. Beschlossen auf der Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD in Bethel 1994.

Konzept des Klinikseelsorgeteams der Universitätsklinik Innsbruck. Innsbruck, 1996.

Konzept Krankenhauspastoral. Arbeitspapier. Publikation Erzdiözese Linz, o. O., o. J.

Körtner, Ulrich H.J./Müller, Siegrid/Kletecka-Pulker, Maria/Inthorn, Julia (Hg.): Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Wien und New York: Springer 2009.

Krankenhausseelsorge, SMZ Baumgartner Höhe OWS, Arbeitspapier. Wien, o. J.

Müller-Lange, Joachim (Hg.): Handbuch Notfallseelsorge. Wien: Stumpf und Kossendey 2001.

Neugebauer, Johannes: Thesenpapier zur Altenseelsorge. Unveröffentlichtes Arbeitspapier. Hof 2006.

Stecker, Julia/Riedel-Pfäfflin, Ursula: Frauen begleiten – Konzepte und Methoden feministischer Seelsorge und Beratung. Arbeitspapier. Köln und Dresden, 2003.

Berufsbild „Krankenhausseelsorger/in“ (Stand: 4. November 2014, Graz¹)

Selbstverständnis

- Krankenhausseelsorge, in Österreich derzeit überwiegend von der Römisch-Katholischen und der Evangelischen Kirche A. B. und H. B. getragen, geschieht im diakonischen Auftrag Jesu Christi und berücksichtigt damit die in öffentlichen Krankenanstalten geltenden Patientenrechte.
- In Kooperation mit den verschiedenen KrankenhausträgerInnen wird die Seelsorge in den einzelnen Krankenanstalten von den zuständigen Kirchen im Rahmen der geltenden Gesetze organisiert und finanziert. Sie beauftragen für den konkreten Dienst Frauen und Männer und tragen Sorge für deren Qualifizierung.
- Krankenhausseelsorge geschieht in ökumenischer Zusammenarbeit und in Offenheit für andere in Österreich anerkannten Kirchen und Religionsgemeinschaften sowie gegenüber weiteren Weltanschauungen.²
- Krankenhausseelsorge versteht sich als Angebot einer Dienstleistung für alle Menschen (PatientInnen, deren Angehörige und MitarbeiterInnen des Krankenhauses) in den vielfältigen Situationen und Grenzerfahrungen des Krankenhausaufenthaltes und der Behandlungsabläufe.

Ziele

Krankenhausseelsorge leistet ihren Beitrag im System Krankenhaus:

- zur Achtung der Würde jeden Lebens
- zum Zuspruch der Nähe und Zuwendung Gottes
- zur ethischen Entscheidungsfindung
- zur Heilung und Gesundheit von Menschen
- zur (Neu-)Gestaltung des Lebens mit einer Krankheit und/oder Behinderung
- zur Sterbe- und Trauerbegleitung

1 Das folgende Papier wurde durch die Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge (AEKÖ) am 26. März 2014, durch die Arbeitsgemeinschaft der Katholischen Pastoralamtsleiter/innen (15. Oktober 2014) sowie durch die Arbeitsgemeinschaft der Diözesanreferent/innen für katholische Krankenhausseelsorge (4. November 2014) einstimmig als ökumenisch verfasstes Berufsbild zur Krankenhausseelsorge angenommen und zur Vorlage empfohlen in alle weiteren relevanten Gremien der katholischen und evangelischen Kirchen in Österreich zur Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

2 Gemäß den APCE-Standards (revised 2010) des European Network of Health Care Chaplaincy, vgl. www.enhcc.eu/turku_standards.htm, download vom März 2014.

Aufgaben

- Seelsorgliche Begleitung von Menschen (PatientInnen, Angehörige, Begleitende, Personal) im Gespräch und anderen Formen der Kommunikation
- Situationsgemäße Gestaltung von Riten und religiösen Feiern
- Aktive Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus und mit externen Kooperationspartner/innen, Mitarbeit in diversen Gremien sowie Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeitenden.

Qualifikation

KrankensauseelsorgerInnen haben eine den Standards der jeweiligen Kirche entsprechende theologische Ausbildung sowie eine auf humanwissenschaftlichen Grundlagen basierende Seelsorgeausbildung (Klinische Seelsorgeausbildung oder Vergleichbares). Weitere qualitätssichernde Maßnahmen sind: Fort- und Weiterbildungen, Supervision und Intervention.

Anlage 3

Mindeststandards für die Seelsorge in Krankenanstalten- und Pflegeeinrichtungen

Präambel

Die Römisch-katholische Kirche in Österreich und die Evangelische Kirche (A. u. H. B.) in Österreich verpflichten sich zu einer Krankenhaus- und Pflegeheimseelsorge nach europäischen Standards. Die vorliegenden Grundsätze zur Berufsethik wurden in Anlehnung an die APCE Standards (revised 2010) in ökumenischer Verantwortung erarbeitet. Sie werden den Trägern der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen als Orientierung angeboten.

Verbindliche Verhaltensgrundsätze

- Die Würde des Menschen wahren
- Verschwiegenheitspflicht einhalten
- Datenschutzbestimmungen einhalten
- Sich auf erarbeitete Ethikstandards verpflichten
- Andere Religions- und Glaubensgemeinschaften respektieren im Sinne der Bereitschaft zur Zusammenarbeit
- Religiöse und weltanschauliche Überzeugungen der Einzelnen achten und respektieren

- Sich einem Missbrauch von Position und Macht in der eigenen Tätigkeit enthalten
- Sich der ethisch-prophetischen Dimension der eigenen Tätigkeit bewusst sein

Verbindliche Qualifizierung und Beauftragung

- Eine von der jeweiligen Kirche bzw. der anerkannten Religionsgemeinschaft vorgesehene theologische Ausbildung¹
- Eine Seelsorgeausbildung nach humanwissenschaftlichen Grundlagen (Klinische Seelsorge Ausbildung oder vergleichbare Ausbildung)²
- Eine Beauftragung durch die jeweilige Kirche bzw. durch die jeweils anerkannte Religionsgemeinschaft

Verbindliche Qualitätssicherung

- Weiterbildung und begleitete Reflexion (z. B. Supervision)
- Reflexion der Ethikstandards im europäischen Berufskontext
- Kontinuierliche Reflexion der eigenen spirituellen Praxis und der Glaubensbiographie

-
- 1 Derzeit in der katholischen Kirche: Theologiestudium oder Ausbildung zur/zum diplomierten Pastoralassistenten/in. In der evangelischen Kirche vgl. § 2 und § 3 der Richtlinie für die Krankenhausseelsorge in der Evangelischen Kirche A. und H. B. in Österreich (Abl. Nr. 66/2005, 53/2006, 104/2006 und 207/2010) zur theologischen und seelsorglichen Qualifikation.
 - 2 Mit der KSA vergleichbare Ausbildungen müssen folgende Kompetenzen stärken: Selbstreflexion, Gesprächsführung, praktische theologische Kompetenzen, institutionell strukturelle Kompetenzen, personale und Beziehungskompetenzen in Gruppen, Riten-Kompetenzen, psychologisch-medizinische Grundkenntnisse.

AutorInnen

Pfr. Mag. Herwig Hohenberger, Pastoraltherapeut, Psychotherapeut, Supervisor, Dipl. Sozial- und Lebensberater, Bibliodramaausbilder, evang. Krankenhausseelsorger.

Dipl.päd. Mag. Dr. Margit Leuthold, Sozialwissenschaftlerin, evang. Theologin, Krankenhausseelsorgerin und Vorsitzende der AEKÖ Österreich: www.aekoe.at

Diakonin Elisabeth Pilz M.Ed., evang. Krankenhausseelsorgerin, akad. Gerontologin. DGKS Heidemarie Rupp, diplomierte Krankenschwester, ist seit ihrer Pensionierung ehrenamtlich im Besuchsdienst für die evang. Krankenhausseelsorge in Graz tätig.

Pfr. Mag. Friedrich van Scharrel, evang. Krankenhausseelsorger, Leiter der Schulung Spiritual Care, Vorstand in der AEKÖ Österreich.

Mag. Katharina Schoene M.Ed., Sonderpädagogin, evang. Krankenhaus- und Geriatrieseelsorgerin.

Diakon Günther Wesely, Geschäftsführer der Diakonie-Akademie (DiAk): www.diakonie-akademie.at

Impressum: Impressum und Offenlegung gem. §25 Mediengesetz: Medieninhaber: Evangelische Kirche A.B. in Österreich. **Herausgeber:** Bischof Dr. Michael Bünker. **Redaktionsteam:** Mag. Charlotte Matthias, Dr. Robert Schelander, DDr. Karl W. Schwarz. **Zusammenstellung dieses Bandes und Lektorat:** Mag. Charlotte Matthias. **Bildnachweis:** Cover: absolut/fotolia. **Druck:** Evangelischer Presseverband in Österreich, Ungargasse 9, 1030 Wien. **E-Mail:** aundg@evang.at. Erscheint mind. 4 × jährlich. Jahresbezugspreis: € 19,-. Einzelheft: € 6,-. Postscheckkonto: Evangelischer Oberkirchenrat, Amt und Gemeinde, Nr. 1159.895, ISSN 1680-4015.

Blattlinie: „Amt und Gemeinde“ versteht sich als theologische Zeitschrift, die PfarrerInnen, LehrerInnen und alle Interessierte über den neuesten Stand theologischer Forschung und Praxis in den Evangelischen Kirchen in Österreich und in anderen christlichen Kirchen informieren will.

Bestellungen werden unter aundg@evang.at oder telefonisch unter +43 1 7125461 entgegengenommen.

Im Mittelpunkt ist der Mensch

Unsere Profis für Ihre Gesundheit

Primarius

Dr. *Günther
Mostbeck*

Leiter der II. Internen
Abteilung
(Gastroenterologie)

**Evangelisches
Krankenhaus**
Hans-Sachs-G. 10 – 12
A-1180 Wien
Tel: +43 (1) 404 22-0



Evangelische Kirche A. B.
in Österreich

Severin-Schreiber-Gasse 3
1180 Wien

Österreichische Post AG
Info.Mail Entgelt bezahlt
Retouren an Postfach 555, 1008 Wien