

DAS PROFIL DER RÖM.-KATH.
**KRANKENHAUS- UND
PFLEGEHEIMSEELSORGE**
IN DER ERZDIÖZESE WIEN



INHALTSVERZEICHNIS

1. MEDIZIN UND PFLEGE AM BEGINN DES 3. JAHRTAUSENDS	3
2. AUFTRAG UND NUTZEN DER KRANKENHAUS- / PFLEGEHEIM-SEELSORGE	4
2.1. AUFTRAG UND SELBSTVERSTÄNDNIS DER RÖM.-KATH. KRANKENHAUS- / PFLEGEHEIM-SEELSORGE.	4
2.2. DER SPEZIFISCHE BEITRAG UND NUTZEN DER KRANKENHAUS- / PFLEGEHEIM-SEELSORGE	5
3. DIE INTEGRATION VON KRANKENHAUS- / PFLEGEHEIM-SEELSORGE IN INSTITUTIONEN DES GESUNDHEITSWESENS	6
4. ANSTELLUNGSVORAUSSETZUNGEN, AUS- UND WEITERBILDUNG SOWIE QUALITÄTSSICHERUNG IN DER RÖM.-KATH. KRANKENHAUS- / PFLEGEHEIM-SEELSORGE	7
4.1. ANSTELLUNGSVORAUSSETZUNGEN, AUSBILDUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG FÜR HAUPTAMTLICHE MITARBEITERINNEN DER RÖM.-KATH. KRANKENHAUS-/PFLEGEHEIM-SEELSORGE	7
a) Anstellungsvoraussetzungen	7
b) Ausbildung.	7
c) Weiterbildung und Qualitätssicherung	7
4.2. AUSWAHL, AUSBILDUNG, BEAUFTRAGUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG FÜR EHRENAMTLICHE MITARBEITERINNEN DER RÖM.-KATH. KRANKENHAUS- / PFLEGEHEIM-SEELSORGE.	8
a) Ausbildungsvoraussetzungen	8
b) Ausbildung.	8
c) Beauftragung.	8
d) Maßnahmen zur Qualitätssicherung	8
ANHANG.	9
LITERATUR	12
BEILAGE.	13
NACHWORT	15

1 MEDIZIN UND PFLEGE AM BEGINN DES 3. JAHRTAUSENDS

Unsere Gesellschaft steht am Beginn dieses Jahrtausends vor enormen Herausforderungen: Die verbesserten Lebensbedingungen und die sich weiterhin rasant entwickelnde Medizin haben unsere Lebenserwartung in der westlichen Welt einerseits drastisch steigern können, andererseits aber dringende Fragen im Bereich der Ethik aufgeworfen. Neben die Frage, ob wir „alles tun dürfen, was wir können“, tritt zunehmend die Herausforderung der Finanzierbarkeit („Können wir uns alles für alle leisten?“), die im Wesentlichen eine Frage nach der Verteilungsgerechtigkeit darstellt. Die Qualität unserer Gesellschaft misst sich elementar daran, welchen Stellenwert wir kranken und alten Menschen geben, und wie es uns gelingt, die Ressourcen (nicht nur im Gesundheitsbereich) gerecht zu verteilen.

Die heutige Kliniklandschaft ist vielfach geprägt von den Möglichkeiten einer technisch-naturwissenschaftlichen Medizin und der immer erfolgreicheren Optimierung der „Gesundheitsleistungen“¹. Krankheit und Leiden können heute besser den je bekämpft und behoben werden. Die Kehrseite ist, dass die „Lebensgeschichte“ der PatientInnen, ihre subjektiven Ängste, Wün-

sche und Bedürfnisse „hinter der Geschichte der Krankheit und der pathologischen Befunde“ vielfach verschwinden². Vor allem kranke „Menschen brauchen Geschichten um zu überleben“ (Peter Bichsel), sie brauchen Deutungen ihrer Lebenssituation³. Mit Konzepten wie „Palliative Care“, „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ oder dem um die „spirituelle Dimension“ erweiterten „biopscho-sozialen Paradigma“ wird seit einigen Jahren versucht, diese Sichtweise der Heilkunst zu ergänzen und zu erweitern.

Medizin und Pflege sind heute ein komplexes Zusammenspiel vielfältig differenzierter und spezialisierter Disziplinen und Professionen, das unvermeidlich in der Spannung zwischen dem intensiven Einsatz modernster Technik („high tech“) und der mehr oder weniger zugelassenen tiefen emotionalen Berührtheit von PatientInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen („high touch“) steht⁴. Zeitgemäße Krankenhaus- / Pflegeheim-Seelsorge versteht sich als ein Teil dieser „multiprofessionellen“ Bemühungen⁵.

¹ zitiert nach Weiher: Mehr als Begleiten – Ein neues Profil für die Seelsorge im Raum von Medizin und Pflege, Grünewald 2001

² zitiert nach Gmelch: Gesundheit – ein Modethema in der Gesellschaft, ein Randthema in Medizin und Theologie? – Referat bei Österreichischer Krankenhausesseorsorgetagung 1998, Wien – Lainz, vgl. auch *Leben in Fülle – Leitlinien für katholische Einrichtungen im Dienst der Gesundheitsfürsorge* (2005) der Österreichischen Bischofskonferenz Punkt 1.2. (der Wortlaut der zitierten Stelle ist im Anhang nachzulesen)

³ Die moderne (medizinische) Wissenschaft ist nicht zuletzt durch ihre „Deutungsabstinenz“ gekennzeichnet. Diese Abstinenz „produziert insofern ein neues Problem, als der Einzelne mit seiner Krankheit und den daraus resultierenden Erfahrungen faktisch allein gelassen wird.“ (R. Jacob, W. Eirnbter, A. Hahn, Laienvorstellungen von Krankheit und Therapie. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung, in: Z. f. Gesundheitspsychologie 7 (1999) 105-119, besonders 107).

⁴ zitiert nach Scala / Grossmann: Supervision in Organisationen, Juventa Verlag, Weinheim 1997

⁵ *Standards der Krankenhaus-Seelsorge in Europa* (2002) Punkt 2.3. – Text siehe Beilage



2 AUFTRAG UND NUTZEN DER KRANKENHAUS- / PFLERGEHEIM-SEELSORGE:

2.1. AUFTRAG UND SELBSTVERSTÄNDNIS DER RÖM.-KATH. KRANKENHAUS- / PFLERGEHEIM-SEELSORGE:

Der Auftrag der Krankenhaus- / Pflegeheim-Seelsorge (= KH/PHS) hat seine Wurzel im Auftrag und Beispiel Jesu^{6,7}: Im Leben Jesu hatten die Kranken zentrale Bedeutung. In dem Wort: „Ich war krank und ihr habt mich besucht!“ (Mt 25,36) identifiziert sich Jesus mit allen kranken Menschen. Die Heilung an Leib und Seele, die Kranke in der Begegnung mit ihm erfahren, wurde für viele zum Zeichen des Wirkens Gottes. Jesus gab den Auftrag: „Heilt die Kranken!“ (Lk 10,9)⁸. Heutige KH/PHS konkretisiert diesen Auftrag, indem sie eingeht auf die „Bedürfnisse jener, die leiden, und jener, die Sorge für sie tragen. Dabei werden persönliche, religiöse, kulturelle und gesellschaftliche Ressourcen berücksichtigt.“⁹

Die ökumenische Ausrichtung, die sich insbesondere in einer intensiven Kooperation mit der Evangelischen Krankenhauseelsorge ausdrückt, sowie die Bereitschaft zu solider interreligiöser Zusammenarbeit sind wesentliche Merkmale des Selbstverständnisses der römisch-katholischen KH/PHS.

KH/PHS nimmt teil am Auftrag des Krankenhauses / Pflegeheimes (= KH/PH) für die umfassend verstandene Gesundheit der PatientInnen / BewohnerInnen und MitarbeiterInnen, indem sie insbesondere ihre spezialisierte Qualifikation im Bereich der Religiosität und Spiritualität einbringt (= bio-psycho-soziales Paradigma wird durch die spirituelle Dimension erweitert). Dies ist umso notwendiger, als die Bedeutung der Religiosität von der Forschung im Bereich der Psychologie, aber auch der Medizin und Soziologie, bisher unterschätzt (wurde).

Wir sind davon überzeugt, dass bei vielen Menschen der Heilungsprozess durch eine tragende Spiritualität gefördert wird, denn

- Patienten mit spiritueller Sensibilität können gerade in belastenden Situationen in ihrem Glauben einen Halt finden, der hilfreich ist, mit der schwierigen Situation umzugehen.
- Menschen mit spiritueller Sensibilität haben eine zusätzliche Motivation, zu hoffen und zu vertrauen.
- Patienten mit spiritueller Sensibilität stehen auf Grund der Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft oft in einem guten, sozialen Netz.^{10,11}

⁶ vgl. Kompendium zum Katechismus der Katholischen Kirche, 2005, 2. Teil, 2. Abschnitt, 2. Kapitel, P. 314 und 315 – Text siehe Anhang

⁷ vgl. Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen, Päpstlicher Rat für die Seelsorge im Krankendienst, Vatikanstadt, 1995, Teil 2, Kap. Krankenseelsorge, P. 108 und 110 – Text siehe Anhang

⁸ vgl. Text der Pastorkommission Österreichs „Seelsorge im Krankenhaus“ S. 16 ff., Hg. Österreichisches Pastoralinstitut 2000

⁹ Standards der Krankenhaus-Seelsorge in Europa, Punkt 1

¹⁰ Deister Tonja, Krankheitsverarbeitung und religiöse Einstellungen. Ein Vergleich zwischen onkologischen, kardiologischen und HIV-Patienten. Mainz: Grünewald 2000, 16. Auf der Grundlage religionssoziologischer Studien kann davon ausgegangen werden, dass religiöse und spirituelle Themen für ca. 2/3 der PatientInnen relevant sind (vgl. Zulehner P.M., Polak R., Kehrt die Religion wieder? Ostfildern 2001).

¹¹ vgl. Interreligiöse Ärzteplattform der Ärztekammer für Wien: Seelsorge und Spiritualität, Österreichische Ärztezeitung Nr. 15/16 vom 15.8.2007, Seiten 28-29.



Aktuelle Forschungen zur „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“¹² benennen drei wesentliche Gründe für die Einbeziehung religiöser und spiritueller Dimensionen:

1. Religiosität und Spiritualität wird von den PatientInnen selbst als wichtiger Aspekt ihrer Lebensqualität benannt.
2. Der religiös/spirituelle Bereich stellt eine bedeutsame Ressource zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse dar, seine Erhebung ist daher klinisch nützlich.
3. Die Erhebung von Religiosität/Spiritualität erbringt zusätzliche Informationen, die sich mit anderen – z. B. psychischen oder sozialen – Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht überlappen.

2.2. DER SPEZIFISCHE BEITRAG UND NUTZEN DER KRANKENHAUS- / PFLEGEHEIM-SEELSORGE:¹³

- Römisch-katholische KH/PHS bietet Menschen, die in der religiös-spirituellen Tradition des Christentums verwurzelt sind, ihre tröstenden, stärkenden und heilenden Sakramente¹⁴, Sakramentalien und Rituale an.
- Darüber hinaus begleitet die KH/PHS alle Menschen, die sich an sie wenden, um in ihrer Situation menschlichen Halt und Kontakt zu erfahren, spirituelle Bedürfnisse zur Sprache bringen bzw. um sich dabei helfen zu lassen, die spirituellen Ressourcen für die Bewältigung ihrer Krankheitssituation zu nutzen.
- Wenn es gewünscht wird, werden auch Vertreter anderer Religionsgemeinschaften vermittelt. Die KH/PHS begegnet Menschen anderer Glaubensrichtungen oder ohne religiöse Bindung mit aufrichtigem Respekt vor der persönlichen Einstellung und ist daran interessiert, sich mit anderen religiösen Traditionen und Weltanschauungen zu verständigen und in einen Dialog zu treten.
- Eine wesentliche Kernkompetenz der KH/PHS liegt in der Mitarbeit in der Sterbe- und Trauerbegleitung.
- KH/PHS bringt ihre ethische Kompetenz in die interdisziplinäre Auseinandersetzung mit ethischen Fragen im KH/PH ein.
- KH/PHS arbeitet in der Aus- und Weiterbildung der unterschiedlichen im KH/PH tätigen Berufsgruppen mit, indem sie ihren spezifischen Kompetenzen entsprechende Angebote setzt.¹⁵
- KH/PHS versteht sich als Vermittler und Anwalt „derer, die im Gesundheitswesen sonst nicht gehört werden“ und fördert „das gesellschaftliche Bewusstsein für die Nöte und Bedürfnisse der Menschen, die sie begleitet, der Betreuenden und des Gesundheitswesens“.¹⁶
- Ein Spezifikum der KH/PHS ist es, Zeit zu haben, um Menschen Raum geben zu können, für sie relevante Erfahrungen zu erzählen, zu verstehen und in ihrer Bedeutung für das eigene Leben zu begreifen.
- *In Pflegeheimen* und anderen Einrichtungen, die für längere Zeit der ständige Lebensraum der BewohnerInnen / PatientInnen sind, bemüht sich KH/PHS die Weiterführung von lebenslang gewohnten religiösen Bedürfnissen und Aktivitäten zu ermöglichen. Sie wirkt in der Gestaltung des Wochen- und Jahreskreises mit (z. B. Gestaltung von Festen, Feiern, Gottesdiensten, Besinnungsrunden, etc.).

¹² vgl. Zwingmann C., Spiritualität/Religiosität als Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?, in: WzM 57(2005)1, 68-80.

¹³ vgl. Standards der Krankenhaus-Seelsorge in Europa, Punkt 3

¹⁴ vgl. Katechismus der Katholischen Kirche (KKK), 1993, 2. Teil, 2. Abschnitt, 2. Kapitel, Kurztexzte zu Artikel 5 – Text siehe Anhang

¹⁵ Standards der Krankenhaus-Seelsorge in Europa, Punkt 3.9.

¹⁶ Standards der Krankenhaus-Seelsorge in Europa, Punkte 3.10. und 3.13.



3 DIE INTEGRATION VON KRANKENHAUS- / PFLEGEHEIM-SEELSORGE IN INSTITUTIONEN DES GESUNDHEITSWESENS

Innerhalb der Einrichtungen des Gesundheitswesens muss die KH/PHS einerseits organisatorisch wie inhaltlich ihre Eigenständigkeit gestalten und andererseits sich um die Integration in die Organisationsstrukturen und Aufgaben des komplexen multiprofessionellen Systems KH/PH bemühen. Sie tut dies auf der Basis von (zwischen-) staatlichen Bestimmungen und Regelungen¹⁷ sowie von Vereinbarungen, die zwischen der Führung der jeweiligen Einrichtung, dem Fachbereich „Krankenhaus- und Pflegeheimseelsorge“ der Kategorialen Seelsorge der Erzdiözese Wien (= Fachbereich KH/PHS) und den vor Ort tätigen SeelsorgerInnen getroffen werden. Dabei geht es um konkrete Kooperationsvereinbarungen für den Einsatz auf den einzelnen Stationen, um Regelungen der örtlichen und interprofessionellen Integration der Seelsorge in den KH-Betrieb und um Fragen der Infrastruktur und der Ausstattung der Arbeitsplätze (z. B. Bereitstellung von geeigneten Räumen, Möbeln, PC-Arbeitsplätzen, Intranet-, Internet- und E-Mail-Zugang, Material- und Personalkosten, etc.).

Der Fachbereich KH/PHS hat nach Maßgabe seiner Möglichkeiten für die Auswahl von geeigneten SeelsorgerInnen zu sorgen. Er bemüht sich, eine für die KH/PHS spezielle, qualitativ hochwertige Ausbildung seiner haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, die den Anforderungen der jeweils konkret übertragenen Aufgaben in der jeweiligen Einrichtung entspricht, zu gewähren.¹⁸ Bei SeelsorgerInnen, die in spezialisierten Sparten des Gesundheitswesens (z. B. Psychiatrie, Onkologie, Hospiz, Palliative Care, Rehabilitation, Kinderheilkunde, Pflegeheim, etc.) eingesetzt werden, wird darauf geachtet, dass sie neben der allgemeinen Krankenhauseelsorge-Ausbildung auch entsprechende spezielle Kompetenzen erhalten und nach Möglichkeit einschlägige Vorerfahrungen mitbringen. Der Fachbereich KH/PHS setzt Maßnahmen für die Sicherung der Qualität der Angebote seiner MitarbeiterInnen (siehe Punkt 4.). Weitere Aufgaben des Fachbereiches KH/PHS sind die Evaluation der Effizienz der „Seelsorgeleistungen“ sowie die Unterstützung und Durchführung von Forschungsprogrammen zur KH/PHS.¹⁹

¹⁷ vgl. Konkordat 1933, Art. XVI., § 5 Krankenanstaltengesetz 1993

¹⁸ vgl. Benedikt XVI., *Deus Caritas est*, P. 31a, Text siehe Anhang

¹⁹ Standards der Krankenhaus-Seelsorge in Europa, Punkte 11 und 12



4 ANSTELLUNGSVORAUSSETZUNGEN, AUS- UND WEITERBILDUNG SOWIE QUALITÄTSSICHERUNG IN DER RÖM.- KATH. KRANKENHAUS-/PFLEGEHEIM-SEELSORGE:

4.1. ANSTELLUNGSVORAUSSETZUNGEN, AUSBILDUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG FÜR HAUPTAMTLICHE MITARBEITERINNEN DER RÖM.-KATH. KRANKENHAUS-/PFLEGEHEIM-SEELSORGE:

a) Anstellungsvoraussetzungen:

- Priesterweihe oder
- Diakonenweihe (bei ständigen Diakonen)
- abgeschlossene PastoralassistentInnen-Ausbildung
- danach mindestens 3 Jahre pastorale Praxis
- Absolvierung eines Praktikums (mind. 75 Stunden) in einem Krankenhaus unter Begleitung hauptamtlicher Krankenhaus-SeelsorgerInnen;
- Bereitschaft zur Absolvierung einer Krankenhaus-Seelsorge-Ausbildung zum frühestmöglichen Zeitpunkt;
- Bereitschaft zur fachlichen, religiös-spirituellen und ethischen Weiterbildung.

b) Ausbildung:

- Berufsbegleitende allgemeine Krankenhaus-seelsorge-Ausbildung in Österreich oder nach Vereinbarung entsprechende Ausbildung in Deutschland

c) Weiterbildung und Qualitätssicherung:

verpflichtend:

- spezielle fachliche Weiterbildung je nach Verwendung (Psychiatrie, Pflegeheim, Onkologie etc.)
- strukturierte Mitarbeitergespräche,
- regelmäßiger Besuch der Arbeitskreise des Fachbereichs KH/PHS,
- Treffen der Krankenhaus-SeelsorgerInnen (Konveniat)

empfohlen:

- Supervision,
- Besuch der 2-jährig stattfindenden Tagung der „ARGE der Katholischen Krankenhaus-seelsorge Österreichs“ bzw. von Veranstaltungen der „ARGE Altenpastoral der österreichischen Diözesen und Südtirols“
- Geistliche Begleitung und Exerzitien



4.2. AUSWAHL, AUSBILDUNG, BEAUFTRAGUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG FÜR EHRENAMTLICHE MITARBEITERIN-NEN DER RÖM.-KATH. KRANKENHAUS- / PFLEGEHEIM-SEELSORGE:

a) Ausbildungsvoraussetzungen:

- Praktizierende Verankerung in der katholischen Kirche (Pfarre, Gemeinschaft)
- Absolvierung des 2-jährigen Theologischen Kurses der ED Wien oder einer vergleichbaren theologischen Ausbildung
- Auswahlgespräch mit der Leitung des Fachbereichs KH/PHS

b) Ausbildung:

- regelmäßiger Besuch des Blockseminars für ehrenamtliche Mitarbeit mit
- Praktikum und Supervision
- Probejahr unter Begleitung hauptamtlicher KH/PH-SeelsorgerInnen

c) Beauftragung:

als ehrenamtliche/r MitarbeiterIn der röm.-kath. Krankenhaus-/ Pflegeheim-Seelsorge

d) Maßnahmen zur Qualitätssicherung:

verpflichtend:

- Kooperationsvereinbarung für den konkreten Einsatz
- Begleitung durch hauptamtliche/n KH/PH-SeelsorgerIn (KoordinatorIn an der Einsatzstelle)

empfohlen:

- Weiterbildung (Treffen der Krankenhaus-SeelsorgerInnen)
- Supervision
- Geistliche Begleitung und Exerzitien



ANHANG:

1. Katechismus der Katholischen Kirche (KKK), 1993, 2. Teil, 2. Abschnitt, 2. Kapitel, Kurztexzte zu Artikel 5: „Die Krankensalbung“

- 1526 „Ist einer von euch krank? Dann rufe er die Presbyter der Kirche zu sich; sie sollen Gebete über ihn sprechen und ihn im Namen des Herrn mit Öl salben. Das gläubige Gebet wird den Kranken retten, und der Herr wird ihn aufrichten; wenn er Sünden begangen hat, werden sie ihm vergeben.“ (Jak 5,14-15).
- 1527 Das Sakrament der Krankensalbung verleiht dem Christen, der die mit schwerer Krankheit oder mit dem Alter gegebenen Schwierigkeiten durchmacht, eine besondere Gnade.
- 1528 Der Zeitpunkt, an dem man die heilige Salbung empfangen soll, ist spätestens dann gekommen, wenn man sich wegen Krankheit oder Altersschwäche in Todesgefahr befindet.
- 1529 Ein Christ darf die heilige Salbung jedes Mal empfangen, wenn er schwer krank wird, und jedes Mal, wenn sich die Krankheit wieder verschlimmert.
- 1530 Nur Priester (Presbyter und Bischöfe) können die Krankensalbung spenden; sie verwenden dazu Öl, das vom Bischof oder im Notfall vom Zelebranten selbst geweiht worden ist.
- 1531 Die Feier der Krankensalbung besteht im Wesentlichen in der Salbung der Stirn und der Hände des Kranken (im römischen Ritus) oder weiterer Körperstellen (in den ostkirchlichen Riten). Diese Salbung wird durch das liturgische Gebet des Zelebranten begleitet, das um die besondere Gnade dieses Sakramentes bittet.
- 1532 Wirkungen der besonderen Gnade des Sakramentes der Krankensalbung sind:
- Die Vereinigung des Kranken mit dem Leiden Christi für sein eigenes Heil und das der ganzen Kirche;
 - Trost, Friede und Mut, um die Leiden der Krankheit oder des Alters christlich zu ertragen;
 - die Vergebung der Sünden, falls der Kranke sie nicht durch das Bußsakrament erlangen konnte;
 - die Genesung, falls dies dem Heil der Seele zuträglich ist;
 - die Vorbereitung auf den Hinübergang in das ewige Leben.

2. Katechismus der Katholischen Kirche – Kompendium, 2005, 2. Teil, 2. Abschnitt, 2. Kapitel:

314. Welche Bedeutung hat das Mitleid Jesu mit den Kranken? (zu 1503-1505 KKK)
Das Mitleid Jesu mit den Kranken und seine zahlreichen Heilungen von Krankheiten sind ein offensichtliches Zeichen dafür, dass mit ihm das Reich Gottes und folglich der Sieg über Sünde, Leiden und Tod gekommen ist. Durch sein Leiden und seinen Tod gibt er dem Leiden einen neuen Sinn: Vereint mit seinem Leiden, kann es zu einem Mittel der Läuterung und des Heils für uns und die anderen werden.



315. Wie verhält sich die Kirche gegenüber den Kranken? (zu 1506-1513, 1526-1527 KKK)
Die Kirche hat vom Herrn den Auftrag erhalten, die Kranken zu heilen. Darum bemüht sie sich, die Kranken zu pflegen und mit ihrer Fürbitte zu begleiten. Vor allem besitzt sie ein besonderes Sakrament für die Kranken, das von Christus selbst eingesetzt und vom heiligen Jakobus bezeugt ist: „Ist einer von euch krank? Dann rufe der die Presbyter der Kirche zu sich; sie sollen Gebete über ihn sprechen und ihn im Namen des Herrn mit Öl salben“ (Jak 5,14).

3. Benedikt XVI.: Enzyklika „Deus Caritas est“, 2005, Zweiter Teil / 31. Das spezifische Profil der kirchlichen Liebestätigkeit

a) „ ... Was nun den Dienst der Menschen an den Leidenden betrifft, so ist zunächst berufliche Kompetenz nötig: Die Helfer müssen so ausgebildet sein, dass sie das Rechte auf rechte Weise tun und dann für die weitere Betreuung Sorge tragen können. Berufliche Kompetenz ist eine erste, grundlegende Notwendigkeit, aber sie allein genügt nicht. Es geht ja um Menschen, und Menschen brauchen immer mehr als eine bloß technisch richtige Behandlung. Sie brauchen Menschlichkeit. Sie brauchen die Zuwendung des Herzens. Für alle, die in den karitativen Organisationen der Kirche tätig sind, muss es kennzeichnend sein, dass sie nicht bloß auf gekonnte Weise das jetzt Anstehende tun, sondern sich dem andern mit dem Herzen zuwenden, so dass dieser ihre menschliche Güte zu spüren bekommt. Deswegen brauchen diese Helfer neben und mit der beruflichen Bildung vor allem Herzensbildung: Sie müssen zu jener Begegnung mit Gott in Christus geführt werden, die in ihnen die Liebe weckt und ihnen das Herz für den Nächsten öffnet, so dass Nächstenliebe für sie nicht mehr ein sozusagen von außen auferlegtes Gebot ist, sondern Folge ihres Glaubens, der in der Liebe wirksam wird (vgl. Gal 5, 6).“

4. Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen (Päpstlicher Rat für die Seelsorge im Krankendienst, Vatikanstadt 1995),

Teil 2, Kapitel: Krankenseelsorge und Sakrament der Krankensalbung.

Daraus Punkt

108. „Die seelsorgliche Betreuung der Kranken besteht im geistlichen und religiösen Beistand. Sie ist ein Grundrecht des Kranken und eine Pflicht der Kirche (vgl. Mt 10,8; Lk 9,2; 10,9). Wird sie nicht sichergestellt, nur nach Belieben gewährt, nicht gefördert oder gar behindert, so stellt das eine Verletzung dieses Rechts und eine Untreue gegenüber dieser Verpflichtung dar ...“

110. „Der religiöse Beistand für die Kranken gehört in den größeren Rahmen der Krankenpastoral, das heißt der Anwesenheit und Tätigkeit der Kirche, um den Leidenden, um die sie sich kümmern, das Wort und die Gnade des Herrn zu bringen.

Im Dienst der Priester, Ordensleute und Laien, die sich, einzeln oder gemeinsam, der pastoralen Sorge an den Kranken annehmen, wird die Barmherzigkeit Gottes, der sich in Christus über das menschliche Leid gebeugt hat, wieder lebendig und erfüllt sich in einzigartiger, bevorzugter Weise die vom Herrn der Kirche übertragene Aufgabe der *Evangelisierung*, Heiligung und Nächstenliebe. Das bedeutet, dass die Krankenpastoral ihre Schwerpunkte in der Katechese, in der Liturgie und in der Nächstenliebe hat. Es handelt sich um die Evangelisierung der Krankheit dadurch, dass man dem Kranken hilft, die erlösende Bedeutung des in Gemeinschaft mit Christus gelebten Leidens



zu entdecken; um die Feier der Sakramente als wirksame Zeichen der erquickenden und lebendig machenden Gnade Gottes; um das Zeugnisgeben von der therapeutischen Kraft der Liebe durch *diakonia* (Dienst) und *koinonia* (Gemeinschaft).“

5. Die österreichischen Bischöfe: Leben in Fülle – Leitlinien für katholische Einrichtungen im Dienst der Gesundheitsfürsorge, 2005

Punkt 1.2:

„ (...) Der Krankenhausbetrieb in seiner Gesamtheit muss auf die Wiederherstellung des ganzen Menschen ausgerichtet sein, der Mensch muss in seiner leiblich-seelischen Gesamtverfassung und mit allen seinen sozialen und spirituellen Bedürfnissen gesehen werden; dies ist eine Sichtweise, die den Kern der Humanisierung der Medizin ausmacht.

Von daher ergibt sich ein besonderer Stellenwert für die Krankenhaus-Seelsorge. Diese sollte in Krankenhäusern und Heimen nicht ein vom übrigen Geschehen isoliertes Dasein führen, sondern stärker in die allgemeine Heilbehandlung, Betreuung und Pflege integriert werden. Die klare Profilierung der christlichen Identität muss sich dabei in Ehrfurcht vor den authentischen Überzeugungen Andersgläubiger und Nichtgläubender verbinden. Auf religiös-weltanschauliche Sensibilitäten einzelner Patienten sollte respektvoll eingegangen werden, besonders wenn diese im Rahmen der ärztlichen Behandlung von Bedeutung sind.“

6. „Standards der Krankenhaus-Seelsorge in Europa“:

Diese wurden im Juni 2002 bei der „Chaplaincy 7th Consultation“ in Turku, Finnland, vom European Network of Health Care Chaplaincy erstellt.

Siehe „Beilage“ (Seite 13)



LITERATUR:

A. KIRCHLICHE DOKUMENTE:

- Katechismus der Katholischen Kirche, 1993.
- Katechismus der Katholischen Kirche – Kompendium, 2005.
- Benedikt XVI.: Deus Caritas est (Enzyklika), 2005.
- Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen, Hrsg. Päpstlicher Rat für die Seelsorge im Krankendienst, Vatikanstadt, 1995.
- Leben in Fülle – Leitlinien für katholische Einrichtungen im Dienst der Gesundheits-Fürsorge, Broschüre 6 der Österreichischen Bischofskonferenz, 2005.
- Seelsorge im Krankenhaus, Text der Pastoralkommission Österreichs, zusammengestellt vom Arbeitskreis „Kirche im Krankenhaus“ (1998-2000), herausgegeben vom Österreichischen Pastoralinstitut, Wien 2000.

B. STAATSVETRAG / GESETZE:

- Konkordat zwischen dem Heiligen Stuhl und der Republik Österreich vom 5.6.1933, Artikel XVI - BGBl II, Nr. 2/1934
- Krankenanstaltengesetz 1993, § 5a (Patientenrechte), BGBl. 1993/801, so auch:
- Wiener Krankenanstaltengesetz § 17a (Patientenrechte) und
- Patientencharta für NÖ, 2001, Artikel 12

C. FACHSPEZIFISCHE LITERATUR:

- KLESSMANN MICHAEL (Hg.): Handbuch der Krankenhauseelsorge, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1996
- DEISTER, TONJA: Krankheitsverarbeitung und religiöse Einstellungen. Ein Vergleich zwischen onkologischen, kardiologischen und HIV-Patienten. Matthias-Grünewald / BRO, Mainz 2000.
- GMELCH, MICHAEL: „Gesundheit – ein Modethema in der Gesellschaft, ein Randthema in Medizin und Theologie?“
Referat am 10.3.1998 bei: Österreichische Krankenhauseelsorgetagung 1998, (Thema: „Hauptsache gesund bleiben ...“), Wien – Lainz.
- INTERRELIGIÖSE ÄRZTEPLATTFORM DER ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN: Seelsorge und Spiritualität, Österreichische Ärztezeitung Nr. 15/16 vom 15.8.2007.
- JACOB R., EIRMBTER W., HAHN A.: Laienvorstellungen von Krankheit und Therapie. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung, in: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 7 (1999) 105-119, besonders 107.
- SCALA KLAUS, GROSSMANN RALPH: Supervision in Organisationen – Veränderungen bewältigen – Qualität sichern – Entwicklung fördern. Juventa Verlag, Weinheim 1997.
- STANDARDS DER KRANKENHAUS-SEELSORGE IN EUROPA, siehe Beilage
- WEIHER, ERHARD: Mehr als Begleiten – Ein neues Profil für die Seelsorge im Raum von Medizin und Pflege,
Matthias Grünewald / BRO, 2. Auflage 2001.
- ZULEHNER, P.M., POLAK R.: Kehrt die Religion wieder? Ostfildern 2001.
- ZWINGMANN C.: Spiritualität / Religiosität als Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?, in: WzM 57 (2005)1, 68-80.



BEILAGE:



Chaplaincy 7TH Consultation,
Turku, Finland, 12-16 June 2002
Standards für Krankenhausseelsorge in Europa

EINFÜHRUNG

Die europäischen Standards für Krankenhausseelsorge sind eine gemeinsame Erklärung, die das seelsorgliche Wirken der Glaubensgemeinschaften im Bereich der Krankenhausseelsorge in Europa zum Ausdruck bringt. Sie sind als Empfehlung und Richtlinie für alle Religionsgruppen und Konfessionen zu verstehen, die Seelsorge im Gesundheitswesen anbieten. Die Berufsbezeichnung für diejenigen, die Seelsorge anbieten, ist in den Glaubensgemeinschaften und Konfessionen ebenso wie in den verschiedenen Traditionen und Nationen unterschiedlich. In diesem Dokument sind die Begriffe „Seelsorger/in“ und „seelsorglich“ als allgemein anerkannte Begriffe anzusehen, sie sind jedoch nicht bindend.¹

Dieses Dokument ist das Ergebnis der 7. Konferenz des Europäischen Netzwerkes für Krankenhausseelsorge, die in Turku, Finnland, stattfand. 40 Vertreter/innen verschiedener Kirchen und Organisationen, die gleichzeitig 21 europäische Länder repräsentieren, nahmen daran teil. Das Dokument basiert auf den Erfahrungen der unterschiedlichen vertretenen Traditionen und vereint Standards der Krankenhausseelsorge in Europa und darüber hinaus.

1. KRANKENHAUSSELSORGE

Krankenhausseelsorge bietet ihre Dienste in den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens an. Sie geht ein auf die existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnisse jener, die leiden und jener, die Sorge für sie tragen. Dabei werden persönliche, religiöse, kulturelle und ge-

sellschaftliche Ressourcen berücksichtigt.

2. ORGANISATIONSSTRUKTUR UND ENTWICKLUNG DER KRANKENHAUSSELSORGE

1. Krankenhausseelsorge wird in den verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich organisiert. Dabei spielen eine Rolle:
 - a. Die Leitungsorgane der Glaubens- und Religionsgemeinschaften
 - b. die Einrichtungen im Gesundheitswesen
 - c. staatliche Bestimmungen und Regelungen im Gesundheitswesen
 - d. die Vereinigungen der Krankenhausseelsorge
2. Krankenhausseelsorge wird von Ordinierten und Laien angeboten, die eine professionelle Ausbildung in diesem Bereich der Seelsorge erhalten haben. Sie sind von ihrer Glaubensgemeinschaft beauftragt und im Gesundheitswesen anerkannt.
3. Krankenhausseelsorge ist als Teil des multidisziplinären Teams tätig.

3. AUFGABENFELDER DER KRANKENHAUSSELSORGE

Krankenhausseelsorger/innen sind für Patienten, deren Angehörige und andere ihnen Nahestehende, für Besucher und für das Personal da, um

1. für den unendlichen Wert und die Würde jedes Menschen einzutreten und sie zu schützen,
2. an die existenzielle und spirituelle Dimension von Leiden, Krankheit und Tod zu erinnern,
3. die heilende, stützende, leitende u. versöhnende Kraft des Glaubens zu vergegenwärtigen,

¹ Als Hintergrund für diese Aussage sind die Gegebenheiten in den Niederlanden und in England zu sehen, wo neben den christlichen Krankenhausseelsorger/innen auch Moslems, Juden und Humanisten zum Team der „hospital chaplains“ gehören. Deshalb heißen in den Niederlanden die Krankenhausseelsorger „spiritual care givers“.



4. dafür Sorge zu tragen, dass auf die spirituellen Bedürfnisse der Menschen unterschiedlicher religiöser und kultureller Herkunft eingegangen und der Glaube eines jeden Menschen respektiert wird,
5. Patienten vor unerwünschter spiritueller Einflussnahme und vor Bekehrungsversuchen möglichst zu schützen,
6. eine unterstützende Seelsorge durch empathisches Zuhören anzubieten, indem Verständnis für die Notleidenden aufgebracht wird,
7. Gottesdienste, Rituale und Sakramente entsprechend der eigenen Glaubenstradition anzubieten,
8. als Mitglieder des multidisziplinären Teams tätig zu sein,
9. Fortbildungen für Berufsgruppen im Gesundheitswesen anzubieten und an ihnen teilzunehmen,
10. als Vermittler/innen und Versöhner/innen zu wirken und als Anwälte derer, die im Gesundheitswesen sonst nicht gehört werden,
11. Forschungsprogramme zur Seelsorge zu unterstützen und sich daran zu beteiligen,
12. die Effizienz von Seelsorge zu evaluieren,
13. das gesellschaftliche Bewusstsein für die Nöte und Bedürfnisse der Menschen, die sie begleiten, der Betreuenden und des Gesundheitswesens zu fördern

4. THEOLOGIE, SEELSORGE UND ETHIK

Krankenhausseelsorge hat eine theologische, seelsorgliche und ethische Kompetenz. Sie ist involviert in Projekte und Diskussionen zu den Themenbereichen

- a. Theologie und Seelsorge
- b. spirituelle/existenzielle Bedürfnisse u. Werte
- c. Ethik (einschließlich Bioethik)
- d. Optimierung der Krankenhausseelsorge

5. AUS- UND WEITERBILDUNG, SUPERVISION

Diejenigen, die in der Krankenhausseelsorge tätig sind, erhalten ihrer Beauftragung entsprechend professionelle Aus- und stetige Weiterbildung mit folgenden Inhalten:

- a. Theologische und seelsorgliche Ausbildung und Reflexion
- b. Bewusstsein für relevante Themen der Patientenbetreuung
- c. Praktische/klinische Supervision
- d. Geistliche Begleitung



NACHWORT

Das vorliegende Profil der röm.-kath. Krankenhaus- und Pflegeheimseelsorge in der Erzdiözese Wien wurde in der Sitzung vom 8. Februar 2008 vom Bischofsrat der Erzdiözese Wien genehmigt.

Als Leiterin des Fachbereichs Krankenhaus- und Pflegeheimseelsorge / Kategoriale Seelsorge der Erzdiözese Wien danke ich an dieser Stelle aufrichtig

- den Mitgliedern des Arbeitskreises „Seelsorgeprofil“, nämlich Doris Koller, Mag. Alois Mantler, Mag. Peter Maurer, Mag. Erni Radlmair-Mischling und Mag. Franz Josef Zessner-Spitzenberg, die mir mit ihrem fachlich fundierten Wissen von den grundlegenden Überlegungen bis zum ersten Textentwurf mit Rat und mit Tat zur Seite gestanden sind,
- allen haupt- und ehrenamtlichen Krankenhaus- und Pflegeheimseelsorger/innen in der Erzdiözese Wien, die durch ihre engagierte Mitarbeit bei Befragungen und in drei Konveniens wesentliche Vorarbeit geleistet haben,
- den Experten, die den Textentwurf mit Fachkenntnis durchgesehen und bestätigt bzw. ergänzt haben,
- Herrn Weihbischof Mag. Dr. Franz Scharl, der mir in seiner Funktion als Bischofsvikar für die Kategoriale Seelsorge wertvolle Ergänzungshinweise gegeben hat,
- dem Bischofsrat der Erzdiözese Wien unter der Leitung seines Vorsitzenden, Kardinal Dr. Christoph Schönborn, Erzbischof von Wien, für die wohlwollende Prüfung und die Genehmigung dieses Dokuments als Zeichen der Wertschätzung der Arbeit der Krankenhaus- und Pflegeheimseelsorge in der Erzdiözese Wien.

Möge dieses Dokument mithelfen, die Arbeit der röm.-kath. Krankenhaus- und Pflegeheimseelsorge in den Krankenanstalten und Pflegeheimen vor Ort für alle, die ihr dort begegnen, besser verständlich und nachvollziehbar zu machen.

Dr. Elisabeth Wlaschütz

Juli 2008

Impressum

Herausgeber: FB Krankenhaus- und Pflegeheimseelsorge / Kategoriale Seelsorge der Erzdiözese Wien,

Leiterin und für den Inhalt verantwortlich: Dr. Elisabeth Wlaschütz, alle: 1010 Wien, Stephansplatz 6/6/634.

Layout: Clemens-G. Göller, Druck: Hannes Schmitz

Zitierung nur unter Quellenangabe erlaubt. Veröffentlichungen (auch auszugsweise) und Vervielfältigungen nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Herausgebers.



