

# Krankenhausseelsorge

mit

## **„Profil“**

-

## **Zwischenbericht**

über die bisherigen Aktivitäten des

**„Arbeitskreises Seelsorgeprofil“**

des Krankenreferates der Erzdiözese Wien

Wien, März 2006

Dieser Zwischenbericht, die Folien von der Präsentation der Umfrage sowie der Entwurf für das Profil der Krankenhauseelsorge stehen im Internet als pdf-Datei zum Download zur Verfügung:

<http://seelsorge-ows.stephanscom.at/archiv.htm> .

## Inhaltsverzeichnis:

Vorwort:.....	2
Was bisher geschehen ist:.....	3
Eine (neue) Untersuchung über Krankenhauseelsorge in Wien:.....	4
Vorüberlegungen und Konstruktion des Fragebogens:.....	4
Die Umfrage:.....	6
Rücklauf und Zusammensetzung der Stichprobe:.....	6
Ausbildungsgänge, Zusatzqualifikationen und Supervision:.....	7
Die geschätzte Arbeitsaufteilung:.....	9
Vorstellungen von „guter Krankenhauseelsorge“:.....	11
Rückmeldungen von der Präsentation der Umfrageergebnisse:.....	13
Wie es weitergehen soll:.....	15

## Vorwort:

Der Arbeitskreis „Seelsorgeprofil“ wurde im September 2005 vom Krankenreferat der Erzdiözese Wien mit dem Ziel, ein „zeitgemäßes Profil“ für die Aktivitäten der Krankenhauseelsorge unserer Diözese zu entwickeln, eingesetzt. Der Text, der am Ende dieses Prozesses vorliegen wird, muss vielen Ansprüchen gerecht werden. Er soll:

- den speziellen und vielfältigen Bedingungen und Anforderungen, mit denen heute Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen konfrontiert ist, gerecht werden.
- so allgemein formuliert sein, dass sich möglichst alle Seelsorger<sup>1</sup> und kirchlichen Verantwortungsträger mit ihm identifizieren können und
- gleichzeitig aber so konkret sein, dass ein klares Profil erkennbar ist, aus dem sich eindeutige Richtlinien für das Handeln in der Krankenhauseelsorge ableiten lassen.
- die Leistungen, die professionelle Seelsorge in Kliniken und Pflegeeinrichtungen einbringt, deutlich machen.
- das Ergebnis eines breiten Reflexionsprozesses sein, an dem sich möglichst alle haupt-

<sup>1</sup> Bei der Formulierung eines Seelsorgeprofils ist es sicher sehr wichtig, sensibel mit dem „Problem unserer männlich dominierten Sprache“ umzugehen, d.h. „**geschlechtsneutrale**“ **Formulierungen** zu finden. Bei der Abfassung dieses „Zwischenberichtes“ wurde aber der besseren Lesbarkeit wegen fast ausschließlich nur die „männliche Schreibweise“ verwendet. Ich bitte alle „LeserInnen“ um Verständnis dafür.

und ehrenamtlichen Seelsorger beteiligt haben. Dadurch sollen einerseits möglichst alle Ideen und Konzepte, die unsere Seelsorger repräsentieren, einbezogen werden und andererseits ein „qualitätsfördernder Nachdenkprozess“ unter allen Mitarbeitern in Gang gesetzt werden.

- Anleihe bei schon vorliegenden einschlägigen Ideen, Konzepten und Dokumenten nehmen (d.h., wir müssen nicht „das Rad neu erfinden“) und
- gleichzeitig aber nicht nur einfach schon Bestehendes reproduzieren, sondern die Formulierung der von uns gewollten und gelebten Identität als „Krankenhausseelsorge der Erzdiözese Wien“ sein.

Dem Arbeitskreis gehören in alphabetischer Reihenfolge folgende Personen an:

Doris Koller, Mag. Alois Mantler, Mag. Peter Maurer, Mag. Ernestine Radlmair-Mischling, Dr. Elisabeth Wlaschütz und Mag. Franz Josef Zessner-Spitzenberg. Dieser Zwischenbericht ist der Versuch, den bisherigen Prozess zu dokumentieren und die vorläufigen Ergebnisse zusammen zu fassen. Er ist als Basis für die weiteren Überlegungen gedacht. Im Sinne einer möglichst breiten Beteiligung freuen wir uns über jede Rückmeldung (Krankenreferat: 01 / 51 552 DW 3369, FAX DW 3118 , [krankenreferat@edw.or.at](mailto:krankenreferat@edw.or.at) )!

*Mag. Peter Maurer*

(Sprecher des Arbeitskreises)

## **Was bisher geschehen ist:**

Es wurde ein Fragebogen entwickelt, der im November 2005 an alle haupt- und ehrenamtlichen Krankenhausseelsorger unserer Diözese versendet wurde. Die Ergebnisse der Umfrage wurden ausgewertet und am „Konveniat der Krankenhausseelsorge“ am 24. Jänner 2006 präsentiert. Dort wurden in Kleingruppen auch Ideen für den Inhalt des Leitbildtextes gesammelt.

Im Arbeitskreis haben wir eine Gliederung für das Leitbild entwickelt und für die einzelnen Punkte Material zusammengetragen. Bis Ostern 2006 soll ein Textentwurf erstellt werden. Dieser wird an alle katholischen Krankenhausseelsorger, an diözesane Verantwortungsträger, Kollegen aus der Evangelischen Seelsorge, die „Arbeitsgemeinschaft der Katholischen Krankenhausseelsorge

Österreichs“, den „Arbeitskreis für Integration“ im Wiener Krankenanstaltenverbund, Experten sowie Interessierte aus anderen Berufsgruppen, die in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen tätig sind, und nicht zuletzt an Patienten, die an Seelsorge interessiert sind, „zur Begutachtung“ versendet. Auf Basis der Rückmeldungen wird der Text noch einmal überarbeitet und der Leitung unserer Diözese zur Approbation vorgelegt.

## **Eine (neue) Untersuchung über Krankenhauseelsorge in Wien:**

Im Frühjahr 1998 hat in Zusammenarbeit mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund und einem ökumenischen Projektteam eine „Exemplarische Leistungsdarstellung der katholischen und evangelischen Krankenhauseelsorge in Wien“ statt gefunden. In einem Beobachtungszeitraum von 12 Wochen wurden von 22 evangelischen und katholischen haupt- und ehrenamtlichen Krankenhauseelsorgern alle von ihnen ausgeübten Tätigkeiten aufgezeichnet und anschließend vom „Wiener Institut für Kirche und Sozialforschung“ ausgewertet. Die gut dokumentierte Studie liefert uns für die Erstellung unseres Leitbildtextes sehr interessante Ergebnisse über die einzelnen Tätigkeiten einzelner Seelsorger und wie viel Zeit sie jeweils dafür aufwenden, die Inhalte und Dauer der von ihnen mit Patienten geführten Gespräche sowie ihre Selbsteinschätzung in Bezug auf die Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und Personal. D.h. sie geht sehr „in die Tiefe“ und ins Detail, kann aber durch den geringen Stichprobenumfang und der vorliegenden großen Unterschiedlichkeit der einzelnen Mitarbeiter der KHS<sup>2</sup> keinen repräsentativen Überblick über die Tätigkeiten der „Wiener KHS“ insgesamt geben. Deswegen haben wir uns entschlossen, eine Umfrage durchzuführen, um in „die Breite zu gehen“, d.h. Informationen von möglichst vielen Mitarbeitern zu erhalten und die Variabilität (haupt- / ehrenamtlich, Geschlecht, Alter, Priester / Laie, Ausbildungsweg, Seelsorgekonzepte, Qualitätskriterien, etc.) innerhalb der Gruppe unserer Krankenhauseelsorger abzubilden.

---

<sup>2</sup> KHS = Krankenhauseelsorge; im weiteren Text wird diese Abkürzung verwendet.

## **Vorüberlegungen und Konstruktion des Fragebogens:**

Die Ziele, die wir mit der Befragung erreichen wollten, waren:

- Einen Überblick über die „Seelsorge-Dienstleistungen“ der Haupt- und Ehrenamtlichen zu erhalten.
- Die konkreten Einstellungen, Ziele, Konzepte und Qualitätskriterien („Was ist gute KHS?“) der Seelsorger abzufragen.
- Die Variabilität innerhalb unserer Stichprobe zu erfassen und Vergleichsmöglichkeiten innerhalb einzelner Teilstichproben zu ermöglichen.
- Eine Reflexion und Auseinandersetzung möglichst aller Mitarbeiter mit den impliziten und expliziten „Leitbildern“ ihrer Arbeit anzustoßen.

Die Teilnahme an der „exemplarischen Leistungsdarstellung“ war sehr zeit- und arbeitsaufwendig, was seinerzeit wahrscheinlich auch ein Grund für den niedrigen Stichprobenumfang (n=22) war. Wir entschlossen uns daher, einen möglichst kurzen Fragebogen (max. 2 A4-Seiten) zu verwenden, um einerseits die Bereitschaft zur Teilnahme und somit die Chance auf einen repräsentativen Stichprobenumfang zu vergrößern und andererseits die Auswertung zu erleichtern und die Kopier- und Versandkosten niedrig zu halten.

Der Fragebogen besteht aus 3 Teilen: Zunächst werden Informationen zur Person (Alter, Geschlecht, Berufsgruppe, Ausbildungshintergrund, Supervision etc.) abgefragt. Der zweite Teil ist eine Tabelle, in die der geschätzte Zeitaufwand in Prozent für einzelne von uns vorgegebene Aufgabenfelder eingetragen werden soll. Wir haben die Aufgabenteilung von der „Voruntersuchung“ übernommen, weil sie uns erstens schlüssig erschienen ist und zweitens ein Vergleich der Selbsteinschätzungen unserer Umfrage mit den tatsächlichen Arbeitsaufzeichnungen der „exemplarischen Leistungsdarstellung“ angestellt werden kann. Der letzte Teil besteht aus „offenen Fragen“ in Form von zu ergänzenden unvollständigen Sätzen (sinngemäß: „Woran erkennt man gute KHS?“, „Welche Aktivitäten braucht es, um eine gute Entwicklung der KHS in Zukunft zu gewährleisten?“, „Welche Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, damit ich meine Seelsorgearbeit gut ausüben kann?“).

Wir sind von folgenden Vorüberlegungen ausgegangen:

- Mit einem „Selbsteinschätzungs-Fragebogen“ können nicht die tatsächlichen Tätigkeiten (Stationsarbeit, Team, Außenkontakte, Fortbildung etc.) und die dafür aufgewendete Zeit

genau abgebildet werden.

- Es kann aber zumindest ein Überblick über das „Seelsorgekonzept“, das die Mitarbeiter haben, gewonnen werden. Es sind also Informationen im Sinne von: „Ich finde, die Arbeit sollte zeitmäßig so verteilt sein“ oder „Ich glaube, meine Arbeitszeit ist so verteilt“ zu erwarten und nicht eine genaue Wiedergabe dessen, was wirklich in welchem Ausmaß geleistet wird.
- Allenfalls werden die Ergebnisse breiter und repräsentativer für die Tätigkeit der Katholischen KHS unserer Diözese sein als in der Untersuchung aus dem Jahr 1998 und Schätzungen über die aufgewendeten Einsatzstunden für beispielsweise „Sakramentspendung“ oder „Patientenbesuche“ zulassen.

### **Die Umfrage:**

Die Umfrage wurde im November 2005 durchgeführt. Alle haupt- und ehrenamtlichen Seelsorger haben mit der Post den Fragebogen (siehe Anhang) und ein neutrales Kuvert zugeschickt bekommen. In diesem wurden die ausgefüllten Bögen entweder bei einem „Konveniat der KHS“ Ende November in eine Box eingeworfen oder in einem weiteren Kuvert mit der Post an das Krankenreferat retourniert. Die gesammelten Rückmeldungen wurden von Alois Mantler und Peter Maurer sortiert und ausgewertet. Auf diese Weise wurde eine anonyme Teilnahme an der Umfrage ermöglicht.

### **Rücklauf und Zusammensetzung der Stichprobe:**

Insgesamt sind 96 verwertbare Bögen zurückgekommen. 58 von ehrenamtlichen und 38 von hauptamtlichen Mitarbeitern, was in beiden Gruppen einer Beteiligung von ca. 50 % entspricht. Die Stichprobe besteht aus 74 Frauen und 22 Männern. Es haben sich 9 Ordensfrauen, 8 Priester, 1 Diakon und 25 Pastoralassistenten (davon 16 mit akademischer Ausbildung) beteiligt. Bei einem Rücklauf von 50% kann man grundsätzlich von einer sehr guten Beteiligung sprechen. Da die Teilnahme freiwillig war, ist anzunehmen, dass sich eher die Kollegen, die im ganzen Leitbildprozess einen Sinn sehen und sich auch sonst gerne an Veranstaltungen und Aktivitäten des Krankenreferates beteiligen, teilgenommen haben. Deswegen können wir davon ausgehen, dass die

Ergebnisse zwar nicht repräsentativ für die Gesamtgruppe der KHS unserer Diözese sind, aber die Einstellungen der „engagierteren“ und „interessierteren“ Mitarbeiter widerspiegeln.

Der **Altersdurchschnitt** der Umfrageteilnehmer ist 59 Jahre. Den niedrigsten Altersdurchschnitt weist die Teilstichprobe der Pastoralassistenten mit 41 Jahren auf, den höchsten finden wir bei den Ordensfrauen mit 65 Jahren.

gesamt	59
ha	52
ea	64
Frauen	60
Männer	59
Kleriker	63
Ordensfrauen	65
aPAss	46
PAAss	41

Abb. 1: Altersdurchschnitt der Teilnehmer

## **Ausbildungsgänge, Zusatzqualifikationen und Supervision:**

Die Gruppe der **Ehrenamtlichen** hat zu 90% das „Blockseminar für Ehrenamtliche“ und zu 5% eine KSA<sup>3</sup> absolviert. D. h., dass nur 5% keine Ausbildung haben und somit die Ehrenamtlichen innerhalb unserer Stichprobe nach den Ordensfrauen den zweithöchsten Ausbildungsgrad haben. (Erwähnt sei noch, dass ein Grunderfordernis für zukünftige Ehrenamtliche die Absolvierung des zweijährigen Theologischen Kurses darstellt.) Mehr als ein Viertel (29 %) besuchen regelmäßig Supervision. Je eine Person bringt eine der folgenden Aus- und Weiterbildungen in die Seelsorgearbeit ein: Psychotherapie, Lebens- und Sozialberatung, Gesprächsführung, Palliative Care, Gesundheitspsychologie, LIMA, Glaube im Alter, Exerzitienbegleiter, geistliche Begleitung, Trauerbegleitung, Validation, Gestalttherapie.

Von den **akademischen Pastoralassistentinnen und Pastoralassistenten** haben 81 % eine KSA absolviert. Mit 88% weist diese Gruppe die höchste Beteiligung an Supervision auf, wobei mehr Frauen (91%) als Männer (80%) teilnehmen. 44% bringen eine Zusatzqualifikation in ihre seelsorgliche Tätigkeit ein: 2 Personen Psychotherapie, 2 Personen psychotherapeutisches Propädeutikum, je 1 Person Telefonseelsorge, Palliative Care, Validation und Lehrgang

<sup>3</sup> KSA = Krankenhausseelsorgeausbildung

gerontopsychiatrische Begleitung. Aus der Gruppe der **Pastoralassistentinnen und Pastoralassistenten** haben sich ausschließlich Frauen beteiligt. 78% davon haben an einer KSA teilgenommen, 67% besuchen regelmäßig Supervision und 33 % bringen eine Zusatzqualifikation ein (3 Personen Notfallseelsorge, je 1 Person Lehrgang Spiritualität und Palliative Care, Validation, Sozial- und Lebensberatung, geistliche Begleitung, pastorale Beratung und Psychotherapie).

Von den **Priestern** haben 25% eine KSA und 13% das „Blockseminar für Ehrenamtliche“ absolviert. Ein Fünftel (22%) nimmt an Supervision teil. Ein Priester gibt eine Ausbildung in Lebens- und Sozialberatung an, ein weiterer eine Exerzitienleiterausstellung (was bei dem geringen Teilstichprobenumfang von n = 8 je 13% ausmacht). Von den **Ordensfrauen** besuchten 44% eine KSA und 56% das „Blockseminar für Ehrenamtliche“, ca. ein Drittel (33%) besuchen regelmäßig Supervision und 2 Personen (22%, n = 9) bringen als Zusatzqualifikation eine Sterbebegleitungs-ausbildung mit.

Innerhalb unserer Stichprobe haben die Priester mit 38% deutlich den niedrigsten und die Ordensfrauen mit 100% den höchsten Ausbildungsgrad. Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick:

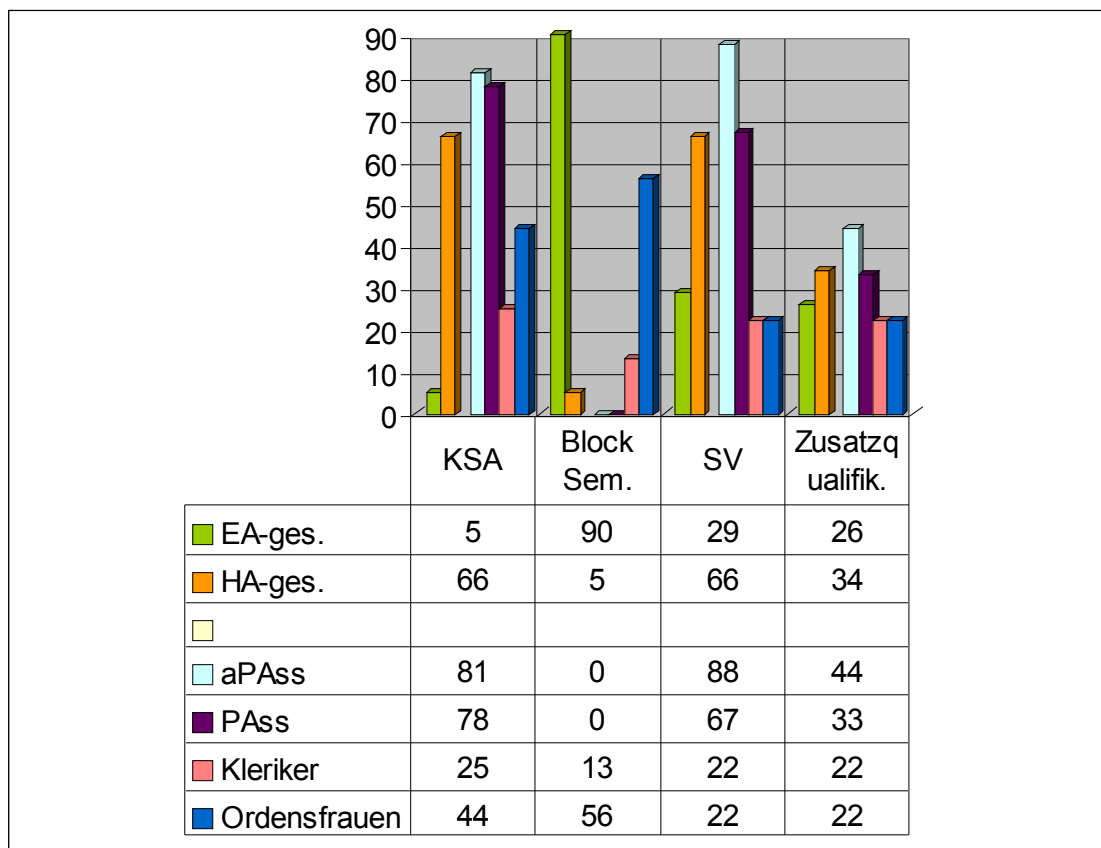


Abb. 2: Ausbildung und SV im Überblick in Prozent

Es besuchen mehr Hauptamtliche und in Summe mehr Frauen Supervision:

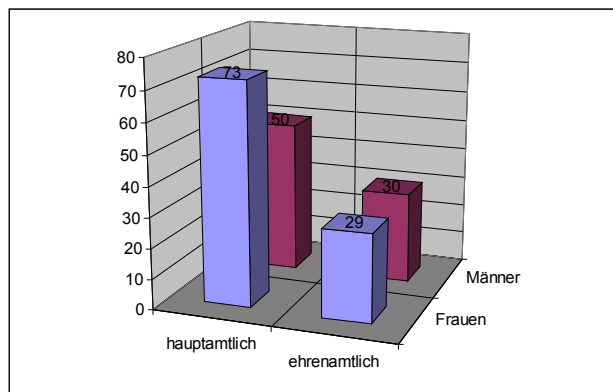


Abb. 3: Supervision im Überblick in Prozent

### Die geschätzte Aufteilung:

Insgesamt schätzen die Umfrageteilnehmer, dass die Krankenhauseelsorge Zeit und Ressourcen wie folgt in die einzelnen Aufgabenbereiche investiert: 69% Stationsarbeit, 11% Liturgie, 2% priesterlicher Dienst, 7% Team, 3% Verwaltung und Organisation, 5% Außenkontakte und 2% sonstiges. Vergleicht man die Werte zwischen haupt- und ehrenamtlichen Seelsorgern sowie diese mit den Ergebnisse aus der „Exemplarischen Leistungsdarstellung“ werden insbesondere beim Wert für die Stationsarbeit deutliche Unterschiede sichtbar: Die Ehrenamtlichen schätzen, dass sie 79% ihrer Zeit auf Stationen verbringen. Die Hauptamtlichen kommen auf einen Wert von „nur“ 55%. Die Studie aus dem Jahr 1999 zeigt einen noch niedrigeren Wert, nämlich 36%:

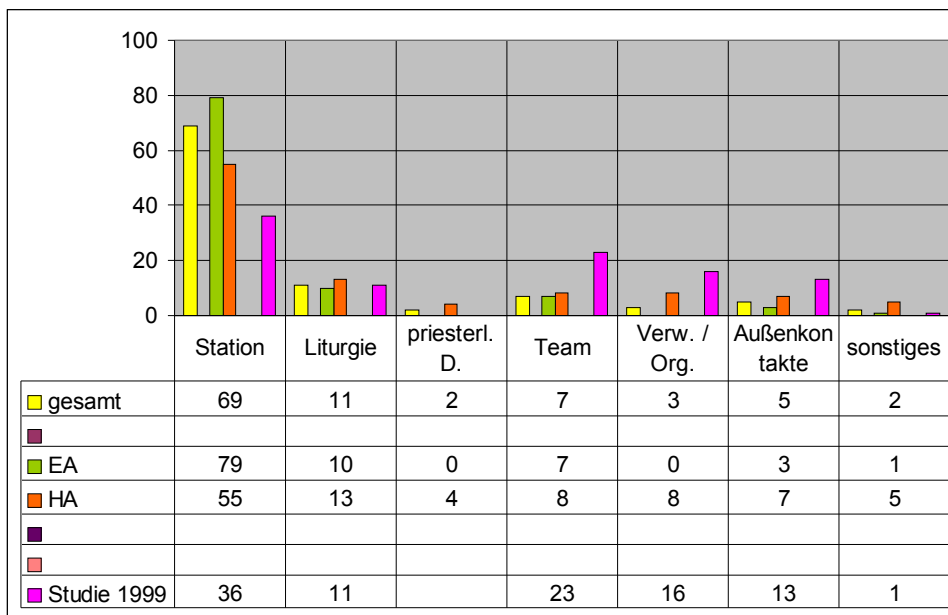


Abb. 4: Vergleich „Arbeitsaufteilung allgemein“ in Prozent der Arbeitszeit

Dass Außenkontakte, Verwaltung und Organisation stärker von Hauptamtlichen wahrgenommen werden und sie deswegen „mehr ihrer Zeit“ außerhalb der Station investieren, scheint plausibel. Sehr deutlich zeigt sich aber, dass die Schätzwerte unserer Erhebung weit höher liegen als die durch Zeitaufzeichnungen ermittelten Werte der „Exemplarischen Leistungsdarstellung“, was natürlich einige Fragen aufwirft: Zeigt sich hier a) ein Auseinanderklaffen zwischen der Vorstellung, wie viel Zeit Seelsorge für Stationsarbeit aufbringen sollte (Schätzwerte 2005) und dem Zeitausmaß, das aus verschiedenen Gründen schließlich tatsächlich aufgewendet werden kann (Zeitaufzeichnungen 1999)? Oder unterscheiden sich b) die Stichproben der beiden Untersuchungen so erheblich, dass andere Werte herauskommen? D. h., kommen wir in unserer Untersuchung zu „genaueren Angaben“, weil unsere Stichprobe „repräsentativer“ ist für die Grundgesamtheit der Krankenhauseelsorger (= eher die Gruppe aller Krankenhauseelsorger widerspiegelt) als die der „Exemplarischen Leistungsdarstellung“? Für a) spricht, dass der Durchschnitt der Zeitaufzeichnungen für die Stationsarbeit deutlich unter 40% liegt. Für b), dass die Schätzwerte sehr stark variieren: Insgesamt geben unsere Umfrageteilnehmer an, dass sie 69% ihrer Zeit für Stationsarbeit aufwenden. Die Angaben schwanken aber zwischen 10 und 100 %! (Hauptamtliche: 55%, Streuung 10 – 80%; Ehrenamtliche: 79%, Streuung 40 – 100%).

Die weitere Aufteilung der Stationsarbeit in Arbeit mit Patienten, Angehörigen und Stationspersonal differiert zwischen den beiden Untersuchungen nicht so stark. Die Ergebnisse der Zeitaufzeichnungen (1999) sind gegenüber den Schätzwerten (2005) für die Arbeit mit den Patienten etwas höher, für Arbeit mit Angehörigen niedriger und beim Stationspersonal ungefähr gleich.

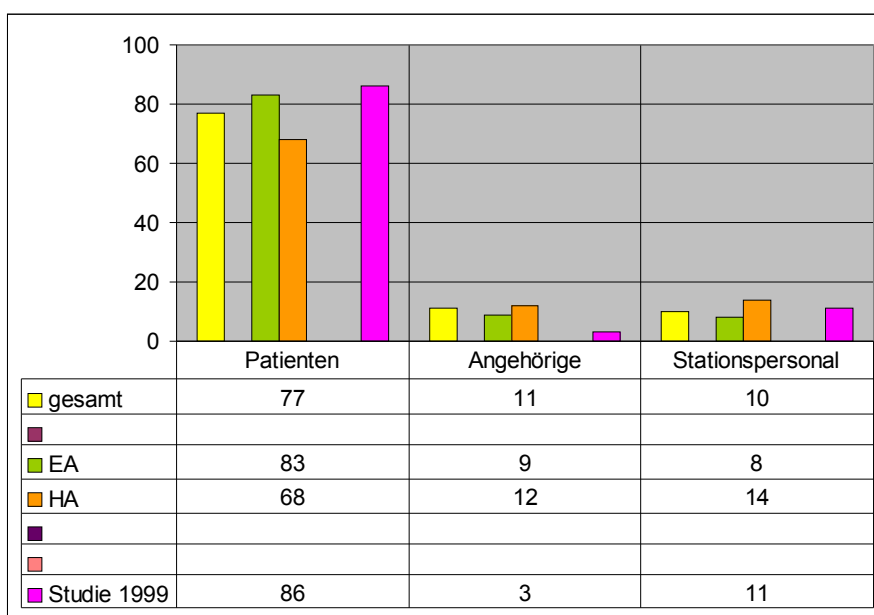


Abb. 5: Vergleich Arbeitsaufteilung auf der Station in Prozent des Zeitaufwandes auf Stationen

## Vorstellungen von „guter Krankenhauseelsorge“:

Mit den offenen Fragen im dritten Teil unseres Fragebogens versuchten wir die „Einstellungen“ und „Vorstellungen“ der Umfrageteilnehmer zu „guter KHS“ sowie ihre Meinungen bezüglich der notwendigen Rahmenbedingungen und Maßnahmen zur Sicherung von KHS zu erfassen, um herauszufinden, welche „handlungsleitenden Konzepte“ für sie wirksam sind. Im folgenden wird auf die Antworten auf die Frage: „Meiner Meinung nach erkennt man gute Krankenhauseelsorge daran, dass ...“ eingegangen<sup>4</sup>. Die Antworten lassen sich **8 „Konzeptgruppen“** (= Clustern) zuordnen, wobei natürlich manche Antworten nicht eindeutig oder mehreren Gruppen zugeordnet werden können. Es wurden Antworten gegeben zu(r):

1. **Person des Seelsorgers** (z. B. der Seelsorger soll „authentisch sein“, „ein Gefühl und Gespür für Menschen haben“ oder „belastbar sein“)
2. **Interaktionsgestaltung mit Patienten** (z.B. „man zuhören kann – sich selbst zurücknehmen“ oder „alle Anliegen der Patienten ernst genommen werden“)
3. **Verankerung im System Krankenhaus** (z.B. dass „Seelsorge in der Station präsent und bekannt ist“ oder „Seelsorge im multiprofessionellen Team mitarbeitet“)
4. **„Spiritualität“ - Verkündigung - „religiöse Handlungen“** (z. B. „die SeelsorgerInnen spirituell offen, aber gefestigt sind“, „die Hoffnung auf einen liebenden Gott vermitteln“, „Verlangen nach Gebet und Sakramenten leben“ oder „die „spirituellen Ressourcen des Kranken unterstützt werden“)
5. **Klima und Atmosphäre** (z. B. dass „Patienten und Personal Vertrauen zeigen“ oder „Seelsorge menschliche Wärme spendet“)
6. **Qualitätssicherung und Psychohygiene** (z.B. „Seelsorger ausgeglichen sind und eine Krafttankstelle haben“ oder „Interesse für Fortbildung“)
7. **Präsenz und Erreichbarkeit** (z.B. „wir immer erreichbar sind“, „Seelsorger viel Zeit am Krankenbett verbringen“ oder „regelmäßig jeder Kranke besucht wird“)
8. **„plurale Gesellschaft“** (wird in der nachfolgenden Tabelle als „Ökumene“ bezeichnet – Antwortbeispiele: „Toleranz gegenüber Andersdenkenden und Andersgläubigen“ oder „für alle Menschen aller religiösen Anschauungen offen sein“)

---

<sup>4</sup> Die Auswertung der Antworten aller „qualitativen Fragen“ unserer Umfrage findet sich in der detaillierten Dokumentation der Umfrage: <http://seelsorge-ows.stephanscom.at/archiv.htm>

In der folgenden Grafik ist dargestellt, wie viel Prozent der Umfrageteilnehmer Antworten innerhalb der einzelnen Cluster gegeben haben:

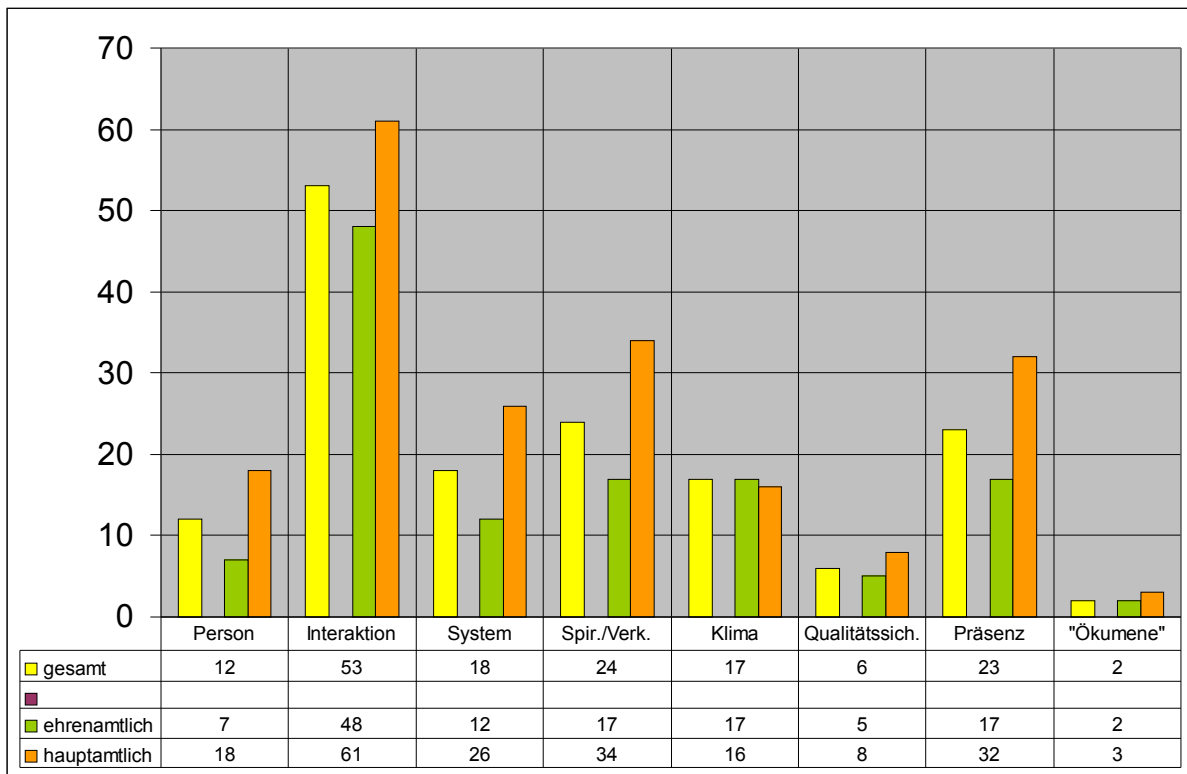


Abb. 6: Häufigkeiten der Antworten innerhalb der Cluster in Prozent auf die Frage nach „guter KHS“

Am häufigsten wurden mit 53% Antworten zur Beziehungsgestaltung („Interaktion“) gegeben, wobei die Hauptamtlichen mit 61% höher liegen als die Ehrenamtlichen mit 48%. Am zweithäufigsten kamen Antworten zu „Spiritualität und Verkündigung“ (24%), wobei die Hauptamtlichen mit 34% doppelt so oft Antworten aus diesem Cluster gegeben haben als die Ehrenamtlichen mit 17%. Am dritthäufigsten folgen für die Gesamtstichprobe mit 23% und die Hauptamtlichen mit 32% „Präsenz und Erreichbarkeit“. Bei den Ehrenamtlichen werden für die Cluster „Spiritualität / Verkündigung“, „Erreichbarkeit“ und „Klima“ gleich häufig Antworten gegeben (17%). Insgesamt zeigt sich, dass Ehrenamtliche auf die Frage nach Merkmalen „guter KHS“ eher nur eine Antwort gegeben haben. Hauptamtliche geben mehrere und verschiedene Kriterien für gute KHS an, was zu höheren Prozentwerten in allen Clustern führt. Die Reihung der Cluster nach Häufigkeiten ist aber in beiden Gruppen etwa gleich.

Für ca. ein Viertel (23%) der Umfrageteilnehmer ist gute KHS daran zu erkennen, dass sie „immer rund um die Uhr verfügbar ist“. Sehr häufig findet sich auch die Vorstellung, dass „alle Bedürfnisse der Patienten sofort und umfassend“ durch die KHS zu befriedigen seien. Qualitätssicherung und

Psychohygiene spielen für deutlich weniger Seelsorger eine Rolle (6%), dafür ist das „Bedürfnis nach gutem Klima im Team und auf der Station“ für 17% ein Qualitätsmerkmal. Das sind Sichtweisen, die in der einschlägigen Literatur (z.B. Jörg FENGLER: Helfen macht müde – Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation, 1998) als Risikofaktoren für Burnout benannt werden. Für die Formulierung unseres Seelsorgeprofils scheint es daher sinnvoll, klare und realistische Ziele für die Arbeit mit Patienten zu formulieren und auf Maßnahmen der Qualitätssicherung und der Psychohygiene explizit hinzuweisen.

### ***Rückmeldungen von der Präsentation der Umfrageergebnisse:***

Beim Konveniat der Krankenhauseelsorge im Jänner 2006 wurden die Ergebnisse der Umfrage präsentiert und diskutiert. In der anschließenden Kleingruppenphase wurden Kernaussagen aus dem Text des Leitbildes der Krankenhauseelsorge der Diözese Linz besprochen und mittels „Punkt-Klebe-Methode“ in Hinblick auf die Positionierung der KHS gewichtet. Am meisten Zustimmung bekamen die Textpassagen zu „Begleiter in belastenden Lebensphasen“ und „Wahrnehmung der Lebensgeschichte“ (je 143 Gesamtpunkte) gefolgt von „offen für Begegnung“ (133 Gesamtpunkte). Deutlich weniger, nämlich 97,5 Gesamtpunkte wurden für „Aufgabe der Kirche: Heilt die Kranken!“ vergeben. Mit 73,5 erhielt die Passage „interdisziplinäre Zusammenarbeit“ am wenigsten Gesamtpunkte. Außerdem wurde danach gefragt, was in der vorliegenden Auswahl von zentralen Aussagen des Textes der Diözese Linz fehlt und auf jeden Fall in unser zu formulierendes Leitbild aufgenommen werden sollte. Die eingebrachten Vorschläge sind in der folgenden Tabelle aufgelistet:

Gr. 1	bedarfsorientiertes Vorgehen (stationsabhängig bzw. je nach Eigenart des KH); ganzheitlicher Heilungsauftrag bei gleichzeitiger Wahrung des Selbstwertes und -bewusstseins
Gr. 2	Beschäftigung mit dem eigenen Leben versöhnt mich, erleichtert mein Leben / Sterben; menschliche Zuwendung / Wertschätzung (alltgl. Fragen beantworten, Spannungen in Beruf / Familie besprechen) Wir verkaufen uns unter unserem Wert! Wir arbeiten ohne Zeitdruck: So lange wie notwendig, so kurz wie möglich
Gr. 3	Den Menschen zu nehmen, wie er ist, sensibel für seine Bedürfnisse und darauf eingehen; Motto: Was ihr dem geringsten meiner Brüder getan habt, habt ihr mir getan.
Gr. 4	Seelsorge soll den Menschen ihre spirituellen Ressourcen zugänglich machen und dabei den „Schatz der Kirche“ zur Verfügung stellen (Riten, Gebete, Hl. Schrift, Tradition, ...).

Gr. 5	<p>Großes Einfühlungsvermögen, Wertschätzung, Zeit schenken;  So lange wie nötig, so kurz wie möglich (patientenorientiert)  Authentizität der eigenen religiösen Überzeugung bei gleichzeitiger Akzeptanz einer anderen Meinung („bekenkende Toleranz“)</p>
Gr. 6	<p>Der Mensch im Krankenhaus unterscheidet sich vom alten Menschen auf der Bettenstation nur im Alter, die seelische Not ist überall die gleiche, die wir wahrnehmen müssen und der Rechnung zu tragen ist.  Krankenhauseelsorger sind kompetente Begleiter kranker und sterbender Menschen sowie deren Angehörigen unabhängig von Nationalität und Religionszugehörigkeit. Sie arbeiten im Auftrag der Kirche und in Zusammenarbeit mit den anderen Disziplinen des Krankenhauses zur Unterstützung der Patienten und Angehörigen (in kritischen Lebensphasen).</p>
Gr. 8	<p>Begegnung und Wertschätzung;  Begegnung im Namen Gottes;  Rituale als verdichteter Ausdruck der Seelsorge in verschiedenen Lebensphasen;</p>
Gr. 9	<p>Seelsorge hat Zeit (?) für menschliche Begegnung und evtl. sogar Beziehung und schöpft aus der Hl. Schrift und aus den Sakramenten.</p>
Gr. 10	<p>Begleitung von Menschen, die nicht mehr präsent erscheinen (Sterbebegleitung, Demente; = Brückenbauer zu den Ausgegrenzten und „Danebenstehenden“ wie Schwestern, Ärzte, Angehörige)  Gottesbegegnung ermöglichen und unterstützen (Gebet, Liturgie)  Gespür für die Situation des Patienten: Sie / ihn abholen, wo sie / er steht</p>
Gr. 11	<p>SeelsorgerInnen sind theologisch und psychosozial ausgebildet, spezialisiert auf ihr jeweiliges Arbeitsgebiet im KH oder Pflegeheim durch Weiterbildung.</p>
Gr. 12	<p>Zeit haben, Zweckfreiheit, Rituale, Zuhören, wertfrei, in einer Haltung des Respektes</p>
Gr. 13	<p>Zuhören, Zeit haben, Zeugnis geben, Zuwendung, liebend, Ressourcen aktivieren, Katechese nachholen;</p>
Gr. 14	<p>Zum Aufgabengebiet der Seelsorge gehört auch die Begleitung der Angehörigen der Patienten und des Krankenhauspersonals.</p>
Gr. 15	<p>Seelsorge nicht nur durch kirchlichen Auftrag, sondern auch theologisch begründen: Seelsorge repräsentiert die christliche Auffassung von der besonderen Zuwendung (Option) Gottes für die Armen, Schwachen, Ausgegrenzten, Kranken, Sterbenden und Vergessenen.</p>
Gr. 16	<p>Der / die Seelsorger/in soll die Kirche als barmherzig und verständnisvoll erlebbar machen; Anwalt der Kranken, Zeit haben und Zeit lassen;</p>
Gr. 17	<p>In Liturgie, in Symbolen, in Ritualen wird die Gegenwart Gottes verdichtet, die Seele des Menschen wird angesprochen. Sätze 1 – 5 sind zu verkopft, es fehlt: Mitmenschlichkeit, Zuwendung, Dasein, Zuhören können, Zeithaben; regelmäßige Präsenz – v.a. für's Personal:</p>

## Wie es weitergehen soll:

Folgende Schritte sind als weitere Vorgehensweise geplant:

- Ein erster Entwurf für das Leitbild wird bis Ostern erstellt und wie schon eingangs beschrieben zur Begutachtung ausgesendet.
- Die Rückmeldungen werden gesammelt und in den Text eingearbeitet. Der neue Text wird an die Diözesanleitung zur Approbation weitergegeben.
- Das bestätigte Leitbild wird offiziell veröffentlicht.
- Parallel dazu werden auf politischer Ebene und in Zusammenarbeit mit der Evangelischen Krankenhauseelsorge Schritte unternommen, Krankenhauseelsorge noch stärker in den Institutionen zu verankern und Kooperationen mit Trägerorganisationen von Krankenhäusern und Pflegeheimen in Richtung von Mitfinanzierung der Personalkosten für hauptamtliche Seelsorger anzubahnen.