universität wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Multifaith Chaplaincy in Austrian Hospitals?
- an Empirical Analysis“

verfasst von / submitted by

Elisa Troyer

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Magistra der Theologie (Mag. theol.)

Wien, 2020 / Vienna, 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	UA 190 344 043
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Lehramtsstudium Unterrichtsfach Englisch Unterrichtsfach Evangelische Religion
Betreut von / Supervisor:	Univ.-Prof. Dr. Wolfram Reiss

Table of Contents

Statutory Declaration i
Acknowledgements ii
Glossary iii
Preliminaries v
Part I. Theoretical Considerations 1
1. Introduction 1
1.1. Literature Review 3
1.2. Research Gap 8
1.3. Research Questions 9
1.4. Study Aim and Outline 9
2. Frame Conditions for Chaplaincy in Hospitals 11
2.1. Forms of Chaplaincy 11
2.2. Legal Framework 12
2.3. Denominational Conceptions 17
Part II. Empirical Research 30
3. Methodology 30
3.1. Conceptualising the Methodological Framework 30
3.2. Methods 38
3.3. Quality Criteria 42
3.4. Procedure 43
3.5. Participants 45
3.5.1. Quantitative Demographic Data 45
3.5.2. Qualitative Demographic Data 47
3.5.3. Summative analysis 48
4. Results 49
4.1. Quantitative Data 49
4.2. Qualitative Data 69
4.2.1. Chaplaincy Interviews 69
4.2.2. Explorative Expert Interview 92
5. Discussion 96
6. Conclusion 102
7. Bibliography 104
8. Appendix 113
8.1. Abstract 113
8.2. Original Interview Frameworks 115
8.3. Original Questionnaire 116

8.4. Interview Consent Form 121
8.5. Standardised Interview Introduction 122
8.6. Interview Transcripts 122

List of Figures

Figure 1 Religious Denominations in Austria (in Percent) 7
Figure 2 Religious Denominations in Vienna (in Percent) 8
Figure 3 Framework for Chaplaincy Interviews 37
Figure 4 Framework for the Explorative Expert Interview 38
Figure 5 Step Model of Inductive Category Development 40
Figure 6 Summary of Procedure 44
Figure 7 Participants across Denominations (Total Number) 45
Figure 8 Time of Activity 46
Figure 9 Gender of Participants 48
Figure 10 Time of Activity 48
Figure 11 Total Number of recognised Religious Communities 54
Figure 12 Occurrence of Religious/Spiritual Rooms (64 Total Counts) 55
Figure 13 Actors regulating Religion (74 Total Counts) 56
Figure 14 Frequency of Contact to other-faith Chaplains 57
Figure 15 Perception of Contact to other-faith Chaplains 58
Figure 16 Contact to Social/Psychological Services 58
Figure 17 Breakdown of Chaplains' Contact to Social/Psychological Services 59
Figure 18 Interfaith/Interdisciplinary Committees 60
Figure 19 Information on Patients in Need of Chaplaincy received from... 62
Figure 20 Ranking of Reasons for Chaplaincy 63
Figure 21 Frequency of Chaplaincy with other-faith Patients 64
Figure 22 Ranking of Duties with other-faith Patients 66
Figure 23 Ranking of Duties with Patients of one's own Faith 67
Figure 24 Reasons for Reservations (Double Codings, 11 Data Sets) 68
Figure 25 Approaches to Chaplaincy 86

List of Tables

Table 1 Quantitative Questions and Variables 32
Table 2 Age Range of Participants 46
Table 3 Qualitative Demographic Data 47
Table 4 Hospital Regulations 50
Table 5 Hospital Policies and their Application 52
Table 6 Influence of Hospital Politics on Religion 52
Table 7 Impact of Religious Communities on Religion in Hospitals 54
Table 8 List of Interfaith/Interdisciplinary Committees 61
Table 9 Information Transfer (Divided by Channels) 62
Table 10 Chaplaincy with other-faith Patients 64
Table 11 Approaches to Spiritual Care with other-faith Patients 65
Table 12 Reservations against Chaplaincy Practise 67
Table 13 Reasons for Reservations ("Other" Section) 68
Table 14 Qualitative Categories 69
Table 15 Organisation and Patient Population of Religious Communities 70
Table 16 Standards of Religious Communities 73
Table 17 Educational Standards of Communities and individual Chaplains 73
Table 18 Hard Facts on Educational Courses 76
Table 19 Prerequisites for Educational Courses 76
Table 20 Modules of Educational Courses 77
Table 21 Interfaith Cooperation 79
Table 22 Interdisciplinary Cooperation (Organised by Reason) 81
Table 23 Chaplains' Workplaces 84
Table 24 Patients' Concerns and Religious Rituals 89
Table 25 Proceedings of Chaplaincy Conversations 90
Table 26 Hospital Premises for Religious/Spiritual Practise 92

Statutory Declaration

Eingelangt am:

universität wien

„Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis" (SL / W1)

Angaben zur Person

Matrikelnummer: **01308555**

Familienname: **Troyer** Vorname: Elisa

Verpflichtungserklärung der Studierenden / des Studierenden

Das Verfassen einer wissenschaftlichen Arbeit ist ein wesentlicher Bestandteil des Studiums und soll die Befähigung zur selbständigen sowie inhaltlich und methodisch korrekten Bearbeitung eines Themas nachweisen.

Über die fachspezifische Terminologie, Methodenwahl, Systematik etc. hinaus sind studienrechtliche Richtlinien und die Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis zu beachten, die im Universitätsgesetz 2002, im studienrechtlichen Teil der Satzung und im Mitteilungsblatt der Universität Wien zu finden sind und bei Nichteinhaltung Konsequenzen nach sich ziehen.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis und nehme die gesetzlichen Grundlagen zur Kenntnis.

02.01.2019
Datum

Unterschrift

Hinweis

Universitätsgesetz 2002

Nichtigerklärung von Beurteilungen

§ 74. (2) Überdies ist die Beurteilung einer Prüfung, einer wissenschaftlichen Arbeit oder einer künstlerischen Master- oder Diplomarbeit mit Bescheid für nichtig zu erklären, wenn diese Beurteilung, insbesondere durch die Verwendung unerlaubter Hilfsmittel, erschlichen wurde.

Widerruf inländischer akademischer Grade

§ 89. Der Verleihungsbescheid ist vom für die studienrechtlichen Angelegenheiten zuständigen Organ aufzuheben und einzuziehen, wenn sich nachträglich ergibt, dass der akademische Grad insbesondere durch gefälschte Zeugnisse erschlichen worden ist.

Studienrechtlicher Teil der Satzung der Universität Wien

Mitteilungsblatt der Universität Wien, Studienjahr 2014/2015, vom 24.06.2015, 26. Stück, Nr.160 § 17 – Sicherung der guten wissenschaftlichen Praxis

Acknowledgements

It was not long after I started writing this thesis that it became obvious how many people I would have to thank for their involvement and support of this project.

First and foremost, I would like to express my deepest gratitude to my supervisor Univ.-Prof. Dr. Wolfram Reiss for his encouragements on delving into this new research field, the constructive suggestions and valuable critique during the planning and writing process as well as his enthusiastic and motivational assistance.

Special thanks go to all the hospital chaplains who kindly took part in the study, either in an interview or the questionnaire. It has been your participation and input that started and enabled me to write this thesis in the first place.

I would like to offer great appreciation to all my friends who have continuously supported me in Vienna or from miles away. Thank you for your encouragements, proofreading capacities, wonderful distractions and lively discussions. The list is endless - but special thanks goes out to Ramona, Anna, Duncan, Alan, Magdalena and Lea-Simona. I am very grateful for all your help.

Last but not least, I wish to thank my family for supporting me in every way possible. Thank you for always being there for me and encouraging me to finish this degree and thesis. Without you, I would not have made it.

Glossary

AKH	the biggest public hospitals in Austria, located in Vienna. Pre-eminence of interreligious conditions for hospital chaplaincy
Anerkennungsgesetz	Law on Legal Recognition of Religious Communities
Barmherzige Schwestern	hospital in Vienna administered by Sisters of Charity
Berufsbild und Mindeststandards: Eine Handreichung der katholischen und der evangelischen Krankenhausseelsorge in Österreich und Pflegeeinrichtungen	joint document for the practise of hospital chaplains of Catholic and Protestant churches in Austria. It prescribes the minimum standards for the work in hospitals.
Bundesgesetz über die Rechtspersönlichkeit von religiösen Bekenntnisgemeinschaften	Act on the Legal Status of Religious Denominational Communities
Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten	Federal Law on Medical Institutions and Convalescent Homes
Bundesgesetz über Vereine	Act on Associations
Campus der Religionen der Seestadt Aspern	Campus of Religions of the township Aspern, interreligious meeting place and educational centre
Conveniat	meeting of all Catholic hospital chaplains, organised by the diocese
Cura animarum generalis	general soul care: caring in a wide sense including all aspects of parish activity
Cura animarum specialis	special soul care: specific encounters with one person
Diakonie	association of the Protestant church in Austria (according to §219 of its constitution) with a welfare purpose
Dialog des Lebens auf gleicher Augenhöhe	brochure on interreligious dialogue at the AKH, called dialogue of life at eye level

Geestelijke verzorging	Spiritual caregivers (Dutch), hospital chaplaincy concept
ECTS	‘‘European Credit Transfer System’’: university credit points, which subsume the total workload of courses
Evangelisches Krankenhaus	Protestant Hospital in Vienna’s 18th district
HPCPH	Hospiz und Palliative Care in Pflegeheimen. concept for hospice and palliative care in nursing homes in Austria
Interreligiöse Meile	‘‘interreligious mile’’: refers to a concept of interreligious cooperation in hospital chaplaincy at the AKH in Vienna. The hospital premises include a Catholic chapel, a Protestant chapel, a synagogue as well as a Muslim prayer room. Hospital chaplaincy is offered by the Catholic, Protestant, Muslim, Jewish, Orthodox, Oriental-Orthodox and Buddhist religious communities. There are interreligious meetings as well as educational training offers (see https://www.akh-seelsorge.at/)
Kardinal König Haus	educational centre operated by the Jesuits and the Caritas
Krankenhaus Nord	hospital in Vienna’s 21st district
Oberkirchenrat	Superior Church Council of the Protestant church
Orthodoxengesetz	Orthodox Law (see section 2.2.)
Orthopädisches Spital Speising	Orthopaedic hospital in Vienna’s 13th district
Psychotherapeutisches Propedeutikum	psychotherapeutic program, part of a two-phase educational programme to become a psychotherapist
Seelsorge	soul care, see religious/pastoral care (section 2.1.)
Seelsorge im AKH Wien	brochure on interreligious cooperation at the AKH, called chaplaincy at the AKH Vienna
Sjukhuskyrkan	Hospital Church (Swedish), hospital chaplaincy concept

Spitalsgesetz	Hospital Act in Vorarlberg
Staatsgrundgesetz	Austrian constitution, entered into effect in 1867
Wiener Krankenanstaltengesetz	Viennese Hospital Act, came into force 1987
Vinzenz Gruppe	hospital management network of five Roman-Catholic religious orders

Preliminaries

This paper follows the APA 6th edition referencing style.

Bible quotes are cited from the New International Version (2011).

Part I. Theoretical Considerations

1. Introduction

For centuries, Europe has been transformed and shaped by immigrational and emigrational processes, which not only influence the political, cultural and religious nature of our countries, but these changes are also deeply engraved in state institutions (Reiss 2015: 149, 153). These institutions have various characteristics in common. Ervin Goffman (1973: 17) describes them as total institutions, in which day-to-day activities are organised in a unified way and patients are all treated the same, along with keeping to a strict dress code and schedule. Therefore, people lose the traits of their civil identity, as well as their autonomy of decision and right to privacy, as, for the time being, they are enclosed in a total institution. Even though a decline in participation in religious activities has been recognised overall, religion is officially practised, and religious activities are still routine in these aforementioned state institutions, among which are prisons, military institutions, hospitals and some residential schools (Beckford 2010: 371). Total institutions constitute a microcosm, which is all-encompassing and reproduces society in a condensed manner (see Goffmann 1973: 15). Therefore, they are models for cohabitation in confined spaces so that questions of freedom of religion and religious needs are much more pressing than in society and institutional responses become necessary.

Challenges of studying Chaplaincy

There are many contentious issues that need to be addressed when studying chaplaincy in state institutions. Among these are the pluralisation of religions, multifaith policies (see Beckford 2015: 37), the view of chaplaincy as alien to the system (Klessmann 2017: 211), the institutionalisation of multifaith prayer rooms (see Gilliat-Ray 2017), a foundation of transcultural competencies (Hofstätter 2009: 150), as well as antinomies in the interreligious dialogue (Weiß 2010: 78-79). All of these issues will be elaborated on to a lesser or greater extent in the following.

Firstly, as Reiss (2015: 155) asserts correctly, chaplains, hospital staff, the institution itself and its policies, as well as the state, are faced with various new challenges in view of the increasing religious diversification. Consequently, frame conditions need to be established to guarantee the patients' freedom to practise religion, as well as state

neutrality concerning these religions. These parameters should be viable not only for the main recognised religions in a country, but rather for all religious denominations. It is often the case that chaplains from main religions are assigned to oversee minority religious groups too, which points to an unequal treatment of established and non-established religious groups in state institutions (Reiss 2015: 158-159).

Secondly, due to the bureaucratic structures as well as the prevailing economic pressure for efficiency in hospitals, chaplaincy and its scope of duties are regarded as alien to the system. This often results in restricted possibilities for chaplaincy in general, such as the allocation of inadequate rooms or the prioritising of ward rounds over chaplaincy (Klessmann 2017: 211).

Thirdly, the consideration of sacred spaces is another problematic issue, as in hospitals, assigned spaces for religion or spirituality are always located within another institution. Consequently, they appear differently than they would outside of these institutions (Gilliat-Ray 2017: 297). Moreover, Reiss (2015: 157-158) depicts, using the example of the public hospital (AKH) in Vienna, how historical reasons are usually decisive when it comes to establishing premises in hospitals, instead of the religious backgrounds of patients. State institutions nowadays should therefore rather consider multifunctional rooms, which can be used by all religious denominations so that sacred spaces can be realigned with religious practises, needs and religious politics in mind.

Furthermore, there is a growing need for transcultural communication and competence in the organisation of chaplaincy, but also concerning the institutional organisation. Often, simplifications and stereotyped patterns are found in literature or educational programmes to describe a patient's cultural or religious background. Rather, patients need to be considered as individuals shaped by their own biographies (Hofstätter 2009: 151-152). It needs to be clear that not all people from one culture or one religion have equal attitudes or express their beliefs in the same way (Michelson-Carr 2010: 372). Reiss (2019: 16-17) asserts that, even within one religious community, chaplains are confronted with a multireligious reality of patients as they possess a myriad of religious, ethnic and linguistic backgrounds and can display a secular, liberal, fundamentalist or radical orientation. Chaplains need to be aware of and adapt to the given contextual situations and therefore must be able to act and react spontaneously to the needs of

whomever they may talk to (Aslan 2015: 68). Accordingly, Hofstätter (2009: 152) justifiably highlights the importance of empathy and openness that needs to be present from both parties in a conversation.

Adding to this argument, Weiß (2010: 78-79) asserts that chaplaincy is often confronted with various views of religions by patients or other chaplains, which can be described in terms of exclusivism, inclusivism and pluralism. These can come across in chaplaincy conversations in various, simplified forms, such as ‘‘we all believe in the same God’’. Invariably, an interreligious dialogue will always presume people's own religious background and point of views. Those are essential for interreligious communication, as they show people's needs, and at the same time they challenge the other person's viewpoints. This antinomy cannot be denied but needs to be accepted for an interreligious dialogue to work (Weiß 2010: 79). However, these dialogues will not only deal with contrasting viewpoints but will also touch upon religious claims of validity. Therefore, it is crucial to establish hermeneutics of questioning, in which the other's but also one's own traditions and claims are being impugned (Weiß 2010: 81). Also, chaplains need to be informed about main features of other religious traditions and practices to be able to overcome stereotyped patters of religions and instead, let the counterpart tell their own stories (see Weiß 2010: 83-84).

Even though these previously outlined issues stem from various contexts, they portray that hospitals are key sites for analysing how the state and the public deal with religious diversity in public institutions.

1.1. Literature Review

Hospital Chaplaincy worldwide

Worldwide, the study of hospital chaplaincy has contributed to a better understanding of religious plurality and needs of patients from various denominations in hospitals. Over the last few years, there has been a growing interest in this topic (Cadge et al. 2017: 228). A predominant tendency towards more pluralistic approaches on religious care are visible. This is also seen in the spike of theoretical works by representatives of non-dominant faith groups. Due to this growing interest into the topic of pastoral care in hospitals, new theoretical developments have come to light that can help further the area of spiritual care and pastoral theology in general (Bueckert & Schipani 2011:

150)[1]. For example, Taylor's (2007: ix) findings show how addressing spiritual needs of patients by hospital staff can have a positive effect and impact on patients.

Various models deal with future developments and competencies regarding the multi-faith context. For example, Schipani and Bueckert (2011: 152) suggest a list of three core competencies necessary for chaplains in interfaith situations. To this purpose, a model was created, which includes the competencies of knowing, being and doing[2]. A prominent multi-perspective model on the typology of Christian chaplaincy concepts was developed by Nauer. She combined a mystagogical-spiritual, pastoralpsychological-ethical and a diaconal-prophetic dimension to describe the entirety and complexity of chaplaincy (Nauer 2014: 281; see Noth 2013:102). Moreover, Mohagheghi (2010: 135) suggests an interreligious educational programme, in which both, professional expertise and awareness of working with people from various religious traditions are taught. It could lead to higher efficiency and understanding in chaplaincy culture as cooperation with other chaplains is indispensable when it comes to the actual experience of working as hospital chaplain (Aslan 2015: 71).

Largely, the focus of empirical research in the area of religion in state institutions has been on single institutions within one country. However, there are vast methodological differences across studies worldwide, and often, they only deal with single aspects of religion, such as structures of Prayer Rooms or functions of chaplains (Cadge et al. 2017: 228). Additionally, only few studies show how these institutions manage, and respond to, religion, or even include working staff of these institutions in their empirical trials. Therefore, Cadge et al. (2017: 228-229) propose a comparative framework to

[1] i.e. Koenig shows how religion has positive effects on various illnesses in general: statistically significant effects on remission from depression in medically ill older patients (Koenig, George & Peterson 1998: 536-542), the relationship between religion and less tendency towards smoking or alcoholism (Koenig et al. 1998; M426-M434; Koenig et al. 1994: 225-231) or religion prolonging the life span (Koenig et al. 1999: M370-M377).

[2] The competence of knowing comprises the ''circles of learning'', which are 1) learning by feeling, meaning caring and being cared for 2) learning by actively seeing and hearing, that is to reflect on someone else's practise 3) learning by thinking in inspecting methods of caring and 4) learning by doing, meaning exploring new methods of caring. Chaplains should engage in this circle as well as participate in supervision and further education to fully grasp issues involved in interfaith spiritual care (Schipani & Bueckert 2011: 153). The second competency of being refers to ''a sense of personal and professional (ministerial) identity'' (Schipani & Bueckert 2011: 155). The authors define it as a dual identity, in which chaplains represent the religious denomination and its traditions as well as healing grace. Lastly, they deem a competency of doing necessary, which is concerned with guiding and accompanying patients in interfaith situations (Schipani & Bueckert 2011: 156) This means helping patients practise their own religion rather than imposing religious rituals on them (Schipani & Bueckert 2011: 153-156).

analyse and combine existing approaches to studying religion in public institutions worldwide.

Furthermore, forms of multifaith and interfaith spiritual care vary greatly amongst various countries – examples of some prominent models are portrayed in the following: in the Netherlands, spiritual care has retained legal status since 1995 and is financed by the national insurance company. The practise of *Geestelijke verzorging* [spiritual caregivers] is therefore considered a responsibility of the hospitals. Here, chaplains are part of a multifaith team to care for all patients, but they retain their religious alignment (see European Network of Health Care Chaplaincy [ENHCC], 2013). In Great Britain, a wide variety of chaplains are employed to practise chaplaincy in hospitals (Reiss 2015: 162). Also, an interreligious approach in form of spiritual care is practised in university hospitals and bigger psychiatric hospitals in Switzerland, however, most chaplains conform to the main Christian religious groups (Ritter 2010: 413, 416). In Sweden, spiritual care is deeply assimilated within all hospitals as a system called *Sjukhuskyrkan* [hospital church], which includes various religious communities. Chaplains belonging to smaller religious communities are partly reimbursed by the state (25%), chaplains from the Church of Sweden are paid in full by their church (Pettersson 2015: 28). These diverging concepts pose the question of who should be responsible for chaplaincy: the state, the institutions or the religious denominations.

Hospital Chaplaincy in Austria

There has been a growing body of university research dealing with the topic of multifaith chaplaincy from various perspectives. Roser (2007: 264), for example, clearly shows that a conception of chaplaincy is not only reliant on the individual right of the patients to receive spiritual care, but rather on an obligation to establish an institutional interest to integrate multifaith chaplaincy at the heart of the institution. The current state of research shows various examinations into the topic of chaplaincy in public institutions. In this field, Reiss has analysed chaplaincy in Austrian's Armed Forces (see Reiss 2018: 93-158) as well as in prisons (see Reiss 2020, The Management of Religious Diversity in Austrian Prisons; as well as Reiss 2019, Religiöse Diversität als Herausforderung in Gefängnissen. Multireligiöse Gefängnisseelsorge in Österreich und Schweden).

The conference book on the topic *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett* [spirituality, religion and culture at the bedside] by Körtner et al. (2009: 1-220) serves as an interdisciplinary guide for the upcoming research project. It presents the first and foremost comprehensive work on spirituality, religion and culture in hospitals with a specific focus on the Austrian context. The authors present groundwork theory for chaplaincy in hospitals, including working conditions, religious rights, organisational issues, as well as provide insights into various perspectives from hospital staff to patients from various religious denominations. Its conceptualisation constitutes a pluralistic and inclusive approach that takes our society's multicultural realities into account. They argue for a concept of integrative medicine, which combines medicine, psychotherapy, philosophy and theology into a multidimensional method. Even though there are some practical resources for chaplains to get accustomed to the pluralistic context, for example in the *AKH* in Vienna, multidimensional and inclusive approaches have mostly not been applied yet, as training for hospital staff and chaplaincy personnel on transcultural and interreligious competencies still remain to be implemented (see Zissler 2017: 12). The authors call attention to the main conflicting institutional and governmental issues, such as the organisation and financing of chaplaincy, as well as to practical accounts of patients or institutions. Even though the titles of some chapters (i.e. 'The Christian Patient') seem overly stereotyped, the scholars elucidate this generalisation and substantiate the importance of professional competencies of acceptance, warmth, appraisal, empathy and congruence in pastoral care with regard to all patients, whichever denomination they come from.

Contrary to literary contributions, empirical research concerning chaplaincy in hospitals is scarce in Austria. Similar to the studies worldwide, they only focus on one aspect, or oftentimes, solely one religious denomination is studied. An example of these studies is Aslan et al.'s (2015) study on Islamic chaplaincy. Nevertheless, there are a few brochures presenting information on an interreligious approach in a specific institution, which is the *AKH* in Vienna, such as the works on religious dialogue and chaplaincy, called *Dialog des Lebens auf gleicher Augenhöhe* [dialogue of life at eye level] or *Seelsorge im AKH Wien* [soul care at the AKH Vienna] (Vock 2009: 24). Additionally, the Protestant church has carried out their own census concerning hospital chaplaincy in 2013. Their data includes numbers on personnel and their working hours, covered hospitals, available resources as well as possibilities of interreligious connections

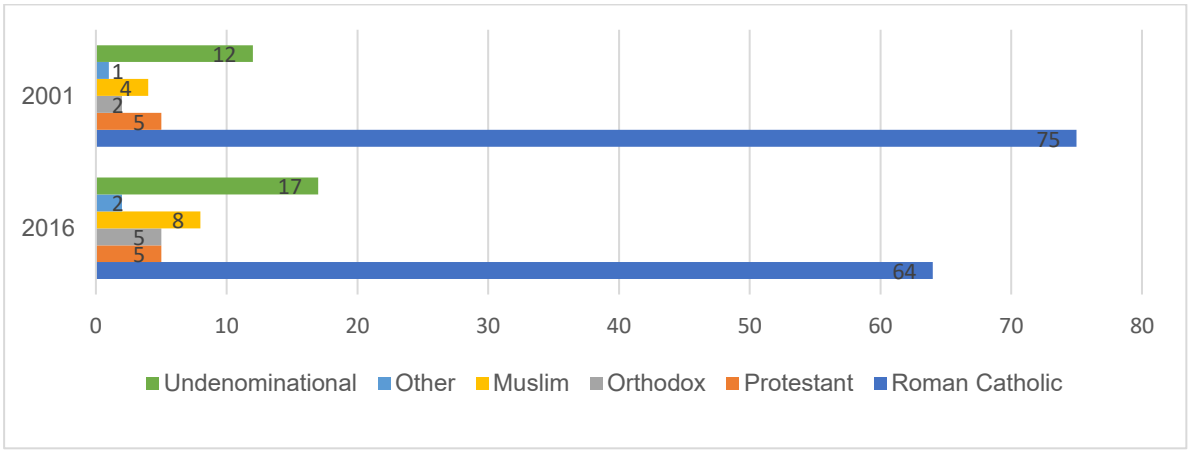
(Leuthold 2014: 202-210). In consequence, the lack of a condensed analysis and the slowly developing research concerning multifaith chaplaincy in Austrian hospitals shows a great need for in-depth empirical research to further the knowledge in the field.

Religious Diversity in Austria

In Austria, data on religious affiliation of the population was last collected in 2001. Therefore, there aren't any recent statistics available on exact numbers of members who are associated with various religious denominations. Figure 1 below displays the demographic figures of 2001 as well as an estimate of its progress in 2016 by the Austrian Integration fund. Figure 2 recounts the distribution of religious denominations in Vienna. The estimated numbers show a growth in religious minorities, especially Muslim and Orthodox as well as a tendency towards secularisation (Goujon, Jurasszovich & Potancoková 2017: 12-13). As main influencing factors on the religious composition, Goujon (2014: 4) mentions secularisation and international migration, along with further driving forces such as differential fertility, growing religious diversity in marriages and partnerships, as well as children's religious affiliations. For further detailed projections and graphs see Goujon (2014: 3-14). Concerning hospitals in Austria, there are no official statistics for religious affiliations on patients available (see Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz [BMASGK], 2019). However, the subsequent data analysis will show that some hospitals have collected such information during patient admissions.

Figure 1

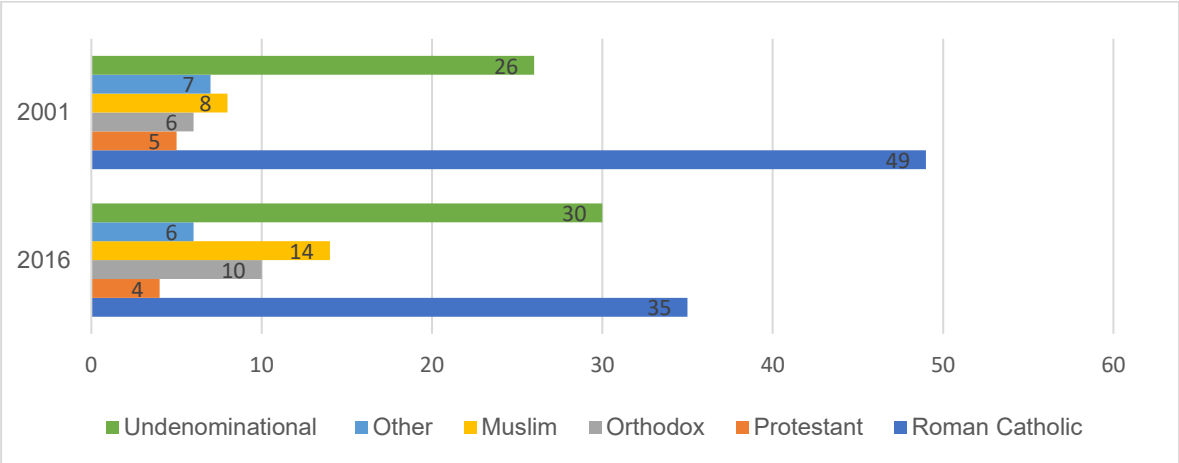
Religious Denominations in Austria (in Percent)



Source: Goujon 2014: 13

Figure 2

Religious Denominations in Vienna (in Percent)



Source: Goujon 2014: 14

1.2. Research Gap

As outlined in the literature review, previous studies worldwide have often only focused on one aspect within state institutions and in Austria, hospital chaplaincy has not been studied yet at all from a multi-religious point of view. This diploma thesis therefore aims to shed new light on the practise of hospital chaplaincy of a variety of religious denominations, no matter their size or legal status. Additionally, it provides first-hand knowledge of the chaplains' backgrounds as well as standards of hospital chaplaincy required by various religious communities. The study also looks at forms of interreligious or interdisciplinary cooperation amongst these religious communities. Furthermore, findings include not only the *AKH* in Vienna but also a variety of state- as well as privately-owned hospitals in Austria, no matter their size. Nonetheless, the *AKH* is still a crucial focal point is due to its foremost interreligious project, summarised in the following: the *AKH*'s construction plans included a Protestant and a Catholic chapel as well as a synagogue and a Muslim prayer room from the beginning. This public hospital also is advanced with regard to the interreligious collaboration as there are interreligious meetings on a regular basis - along with joint training sessions and projects (Vock 2009: 20,22). There is also an interdisciplinary cooperation of chaplains with the nursing staff, doctors, physiotherapists ergo therapists (Vock 2009: 25).

1.3. Research Questions

Based on this background, the overall objective of the project is to explore the following main research question: ‘‘what are the underlying concepts and cooperative structures of chaplaincy of various religious denominations in exemplary Austrian hospitals?’’ The following research questions will serve as sub-objects of investigation for this project:

- *Guidelines:* which national, institution-specific and denominational policies exist concerning hospital chaplaincy? How is religion defined in these? Which religious groups are recognised? Are there restrictions on religious rituals or acts? Do politics influence the representation of religion? In how far are the legal framework and the granted rights to various religious communities representative for the internal dynamics in hospitals?
- *The institution:* which actors regulate religion, religious spaces and religious practises? Where within the physical space of this institution is religion visible? In how far is chaplaincy integrated into the hospital systems?
- *Chaplaincy:* which educational standards are considered a basis for hospital chaplaincy? how is chaplaincy understood and which goals are asserted? Which patients are visited? How are nonreligious persons and patients from minority faith groups served? How often is chaplaincy practised?
- *Cooperation:* are there any forms of interreligious and/or interdisciplinary cooperation? How is information distributed (i.e. from nurses to chaplains or from majority faith chaplains to minority faith chaplains)?

1.4. Study Aim and Outline

Rationale

The starting point of the research project is the observation that the religious landscape worldwide is continually changing. Societies are becoming increasingly diverse with regard to the religious as well as the cultural dimension (Zissler 2017: 5). In Europe, this diversity is omnipresent, however, it has often not been recognised on a political level. Public institutions are thus faced with various challenges in accommodating this pluralistic setting, especially concerning practical issues of cohabitation (Mattes, Mourão Permoser & Stoeckl 2016: 2), such as religious care, the consideration of

changes in food preparation or establishment of new sacred spaces (Reiss 2015: 153-154). Despite the awareness of these problematic conditions, empirical research on the accommodation of these transformational processes in public institutions is scarce (see Cadge et al. 2017: 228). This initial position urges for a reassessment of chaplaincy in light of political and legal grounds.

Research Methods

To fully grasp how Austrian hospitals deal with a multifaith context, this thesis uses a mixed method approach to studying chaplaincy. To this purpose, a quantitative questionnaire as well as qualitative expert interviews with chaplains from various denominations were conducted. The questionnaire data was administered with the online survey programme SoScisurvey and analysed with the help of EXCEL. The qualitative data is enquired via expert interviews in two forms: most information is examined through theory-governed expert interviews. Additionally, one explorative expert interview serves as source of general legal and organisational information. These interviews are analysed with Mayring's *Qualitative Content Analysis* approach.

Outlook

The thesis is organised in two main parts. In the first section, the theoretical background of this thesis will be examined in closer detail to crystallise the situation of chaplaincy in an Austrian setting. Hereby, concepts of chaplaincy will be clarified, superseded by the legal framework as well as the various denominational understandings of the soul, illness, chaplaincy and cooperation. This section is therefore mainly based on secondary literature and websites. The second chapter will then establish the methodological scaffold for the empirical research, which is followed by the results of the quantitative and qualitative study. Lastly, the discussion will interlace the results of both data sets and analyse them in light of the theoretical part and research questions formulated at the beginning. The sources for this part include primary data inquired from the questionnaires as well as interviews.

2. Frame Conditions for Chaplaincy in Hospitals

2.1. Forms of Chaplaincy

For the purpose of studying cooperative forms of chaplaincy in hospitals, a clarification of the etymology of chaplaincy as well as a distinction between the various approaches to chaplaincy, which are pastoral care, interfaith and multifaith approaches as well as the concept of spiritual care, needs to be made.

Chaplaincy

The term etymologically stems from *capellanus*, which referred to a Catholic chaplain during the Carolingian dynasty. A *capellanus* had various rights including chaperonage of the king on campaigns or diplomatic service. Due to the papal decretal *Ad Audientiam* under Alexander III, a *capellanus* was reduced solely to his clerical functions. In church law today, it refers to a Catholic priest responsible for chaplaincy or a Protestant vicar. In the Anglo-American tradition, the original notion was extended to religious communities who do not possess ministries. It therefore denotes the performance of religious or spiritual care in institutions in general, i.e. hospitals or Armed Forces (Schmälzle, May & Maxson, 2007).

Religious/Pastoral Care

Linguistically, the term *pastoral care* originated from the ancient philosophy of Plato. This concept was then taken up in the Early Church by Basil the Great as ‘‘care for the souls’’ and thereby obtained a Christian connotation (Ziemer 2011: 583). Today, the idea of religious care is denominationally bound and organised by each of the religious denominations (Ziemer 2015: 19). Generally speaking, religious care can be defined as ‘‘interpersonal assistance through communicative process in religious contexts’’ (Ziemer 2015: 21). However, a distinction needs to be made between a *cura animarum generalis* [general soul care], namely caring in a wide sense during all aspects of parish activity, as well as a *cura animarum specialis* [special soul care], which focuses on specific encounters with one person (see Ziemer 2015: 22).

Interfaith/Multifaith Chaplaincy

Interfaith or multifaith chaplaincy is seen as a ‘‘special form of intercultural care’’ (Bueckert & Schipani 2011: 151) and is defined as an encounter in difference and plurality. It generally refers to the practise of chaplaincy with persons of other-faith traditions (Weiß 2010: 91; 96) and asserts a concept of ‘‘equality of professional status and complementary participation among caregivers representing a plurality of religious and nonreligious […] traditions and perspectives’’ (Bueckert & Schipani 2011:150).

Spiritual Care

Spiritual care is a holistic treatment conception in hospital contexts (Laumer 2018: 159), originally established in palliative care and only later connected to an ecclesiastical tradition (Laumer 2018: 155). There is no all-encompassing definition of spiritual care, however a few key features can be depicted (see Laumer 2018: 157). The concept aims to encompass multicultural and multireligious societal contexts (Roser 2009: 81). Its function is rooted in the joint patient care by a multi-professional team, including various religious and occasional groups (Roser 2017: 229). Spiritual care aspires to the well-being of patients on a physical, psychological, social and spiritual level. Therefore, the concept of spiritual care is more closely incorporated within the public health service itself than the previous conceptions (see Roser 2009: 83-84).

2.2. Legal Framework

Legal Frame Conditions in Hospitals

When considering religion in hospitals, two basic constitutional principles come into place, namely the individual right of patients to practise religion as well as the collective right (see below) of the recognised religious communities to offer pastoral care in this setting. Hospitals need to make certain that both rights are ensured. The individual right for spiritual care is thereby independent of the legal status of the religious community (Potz 2009: 108). It is laid down in the *Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten* [Federal law on medical institutions and convalescent homes]

(KAKuG, 2019), according to which patients' rights concerning chaplaincy are displayed as follows: ''pastoral care is possible by request of a patient''[3]. This is also documented in the Patient Charta. Furthermore, chaplains are to be contacted in case of a patient's deterioration of health. They also retain the right to visit patients outside of visiting hours in these cases (§14.2) (Potz 2009: 113).

Financially, most religious communities do not receive any reimbursement for their services from the state (Reiss 2018: 6). In some cases, the provinces in Austria have made arrangements to fund certain chaplaincies. For example, Upper Austria refunds individual chaplaincy positions. Also, there has been an ongoing contract since 1947 between the Viennese state hospitals and the archiepiscopal chair to fund the Catholic chaplains and to allocate each of them an office with necessary inventory and other organisational responsibilities (Potz 2009: 117). This also differs from other chaplaincy sectors as the only state-paid service of chaplaincy in Austria is found in the Armed Forces, whereby Catholic chaplains receive most funding, followed by the Protestant chaplains. Smaller denominations (Orthodox, Islamic and Alevite military chaplains), on the other hand, only retain a small annual sum (see Reiss 2018: 144).

Formal Status of Religious Communities in Austria

On a legal level, three different groups of religious communities can be distinguished in Austria, which also retain the collective right to practise religious care. These are:

1) religious communities with legal entity under private law on the basis of the general Act on Associations

2) state-registered religious communities with legal entity under private law according to a special law on religious associations

3) legally recognized churches and religious societies with public-law status (Potz & Schinkele 2016: 83)

[3] These provisions have not changed in the 2011 amendment of the document, see: https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/171/Seite.1710384.html (last accessed on 12th Jan 20).

Ad 1) Private Associations

Religious communities with legal entity under private law are subsumed under the *Bundesgesetz über Vereine* [Act on Associations] (VerG, 2002) and can become a private association, like sports or cultural clubs. On the one hand, these refer to non-profit associations which do not confer with the legal provisions of recognition or state-registration (Potz & Schinkele 2007: 54). These associations need at least two members, as well as non-profit intentions. However, they are not considered as religious by the state. On the other hand, any religious community can, nevertheless, found an association with partly religious functions (Potz & Schinkele 2016: 92).

Ad 2) State-Registered Communities

The state-registered communities gain juridical personality under private law. These religious associations can be legitimised as such by proving the requirements of a minimum of 300 followers living in Austria, who cannot be registered with any other community or recognised church. They also need to possess statutes, that is to say organisation of function owners and external representation as well as data showing their religious practise. Moreover, the community's name has to follow a doctrine ethos, however, there can be no ambiguity with other religious groups, this also relates to the doctrine itself (Potz & Schinkele 2016: 89). This regulation has recently led to the resolution by the Higher Administrative Court that the Alevite Confederation, which presented the same doctrine as the recognised Islamic Alevite Community, had to stop its teachings and assemblies (Religion.Orf, 2019). These state-registered communities in Austria are: the Bahá'i Religion, the Christian Community – Movement for Religious Revival in Austria, the Church of Seventh-Day Adventists, the Pentecostal Church - Community of God in Austria, the Hindu Mandir Society, the Schia Islamic Religious Community and the Old-Alevi Religious Community (Potz & Schinkele 2016: 89).

Ad 3) Legally Recognised Churches

To gain legal recognition by the state, a religious community needs to fulfil the following aspects, summarised in paragraph one of the *Anerkennungsgesetz* [Law on Legal Recognition of Religious Communities] (1874). These aspects are the existence of a majority of physical persons, a religious doctrine, church service and a constitution, which cannot contain illegal or morally offensive statutes (Potz & Schinkele 2007: 45). More restrictions are recorded in paragraph eleven of the *Bundesgesetz über die*

Rechtspersönlichkeit von religiösen Bekenntnisgemeinschaften [Act on the Legal Status of Religious Denominational Communities] (BekGG, 1998). The religious association has to have been established for at least twenty years, and it needs to have been a Religious Denominational Community in the sense of a legal personality for a minimum of ten years. Moreover, the members must equal at least two out of 1000 of the Austrian population, measured by the latest census (currently referring to 17 675 persons, Statistik Austria, 2018). The income and monetary property of the religious denominational community can only be directed to religious means. Also, it needs to display an affirmative stance towards the state and society and lastly, there cannot be any unlawful disturbances of the existing relationship with recognised churches as well as other religious communities (Potz & Schinkele 2007: 46-47).

In Austria, the following religious communities are recognised under public law: the Catholic church, the Protestant church (A.B. and H.B.), the Greek-Oriental churches (including Serbian-, Russian-, Rumanian- and Bulgarian-Orthodox churches), the Oriental Orthodox churches (including the Armenian-Orthodox church, the Syrian-Orthodox church and the Coptic-Orthodox church), the Israelite Religious Community, the Islamic Religious Community, the Old-Catholic church, the Evangelic-Methodist church, the Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints, the New-Apostolic church, the Buddhist Religious Community, Jehovah's Witnesses, Free churches in Austria and the Alevi Islamic Religious Community.

As such, article 15 of the *Staatsgrundgesetz* [Austrian constitution, 1867] guarantees each community the following rights: ''Every church and religious society recognized by the law has the right to joint public religious practice, arranges and administers its internal affairs autonomously, and retains possession and enjoyment of its institutions, endowments and funds devoted to worship, instruction and welfare, but is like every society subject to the general laws of the state'' (Potz & Schinkele 2016: 83-84). Potz and Schinkele (2007: 46) mention some drawbacks to these previously outlined laws, such as the necessity of such a high number of members for applicants of the recognised church status, especially considering that some of the already recognised churches do not fulfil this number. Moreover, the fact that religious communities have to first become a state-registered community before applying for recognised status shows an undifferentiated practise.

Legal Relationship between the State and Religious Communities

Six religious communities also hold special laws with the state, which record their relationship in detail (Potz & Schinkele 2016: 84). A short summary will be given on the regulations pertaining to hospital chaplaincy.

- **The Concordat of 1933 between the Holy See and the Austrian Republic[4]:** The Catholic church retains the right to practise hospital chaplaincy. This duty is fulfilled by institutional chaplains at the hospital, and in case these are not present, local clergymen or chaplains are commissioned with the duty (§16). Chaplains are also exempt from testifying in courts due to the official clerical secrecy (§18).
- **The Federal Act of 1961 on the external legal relationship of the Protestant Church in Austria[5]:** Clergymen from the Protestant church are allowed to practise hospital chaplaincy and are given free access, however, there is a need for written authorisation by church officials when pastoral care is being permanently established. Concerning the practice in hospitals, names of protestant patients may be given to the assigned Protestant chaplain upon request (§18). The pastoral care ministers are also given the protection of the obligation of discretion in courts (§11).
- **The Federal Act of 1967 on the external legal relationship of the Greek-Oriental Church in Austria, amended 2011[6]:** §7 lays down regulations concerning pastoral care. These have been created in exact accordance with the statutes laid down in §11 and §17 to §19 of the Federal Act of 1961 with the Protestant church.
- **The Federal Act of 2003 on the external legal relationships of the Oriental-Orthodox Churches in Austria[7]:** §3 specifies the same provisions as the Greek-Orthodox church above, mirrored after the Protestant legal text.

[4] https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009196&FassungVom=2019-12-11 (last accessed on 11th Dec 19).
[5] https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009255&FassungVom=2019-12-11 (last accessed on 11th Dec 19).
[6] https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009290&FassungVom=2019-12-11 (last accessed on 11th Dec 19).
[7] https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20002664&FassungVom=2019-12-11 (last accessed on 11th Dec 19).

- **The Federal Act of 1890 on the external legal relationship of the Israelite Religious Society, amended 2012**[8]**:** §8 ensures the right to pastoral care in hospitals. Rabbis also entail the right to confidentiality, which holds in court (§16). Dietary regulations for patients need to be upheld by the state institutions (§12).
- **The Federal Act on the external legal relationships of Islamic Religious Societies of 1912, renewed 2015**[9]**:** the state guarantees chaplaincy in hospitals. Selected chaplains need to adhere to professional and personal standards: studies in Islamic theology or other relevant training, a minimum of three years of professional work experience, university-level competence in the German language and authorisation from the religious community (§11). In public institutions, dietary restrictions need to be considered (§12). Moreover, chaplains are bound by their seal to secrecy and cannot serve as witnesses in court with regard to the information passed on to them (§26).

A summary of these laws shows that these recognised churches retain the authority to send their chaplains into hospitals. They all inherit the right not to witness in courts due to a pledge of secrecy and lastly, Jews and Muslims are guaranteed the right for dietary considerations. Reiss (2017: II Concepts and organization) sees various problems with these legal texts. Firstly, the texts speak of clergymen, which do not exist in many religious denominations. Moreover, the reference to the pledge of secrecy and the right not to bear witness in court are non-existent in non-Christian religious communities. Lastly, there are only six fixed laws for religious communities, however, these exclude many other recognised communities as well as registered communities.

2.3. Denominational Conceptions

This section aims to portray some crucial issues when considering illness, the foundation of chaplaincy in each of the interviewed religious denominations and their stance on working with other religious groups. Important to note here is the widely used term for chaplaincy in German speaking countries *Seelsorge* [soul care]. Thus, reflections

[8] https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009176&FassungVom=2019-12-11 (last accessed on 11th Dec 19).
[9] https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009124&FassungVom=2019-12-11 (last accessed on 11th Dec 19).

upon the soul will be found for those religious groups where it deemed necessary. Linguistically, the word is therefore closely related to the Christian tradition. However, by now, the term can refer to such practises in other religious traditions as well, such as *Jüdische Seelsorge* [Jewish soul care] (Weiß 2010: 344). This chapter does not aim at a full depiction of denominational understandings, but only aims to outline some crucial issues. Not all aspects are elaborated on in the same degree as this was also incumbent on the available information. Also, the positions cannot be considered as all-encompassing of all traditions within religious groups to the same degree, i.e. Theravada, Mahayana or Vajrajana traditions in Buddhism; Sunnite, Shiite and Sufism in Islam or Liberal and Orthodox traditions in Judaism. Detailed accounts of data collected through the questionnaire and interviews in the areas of structure and educational standards in Austria will follow in the analysis section. They are therefore only mentioned briefly in the subsequent chapter.

Buddhism

In Buddhism, the soul is viewed as an illusion, which needs to be dissolved (Høystad 2017: 359-360). The person does not have an inner self or soul but exists in various acts of occasions (Høystad 2017: 371). This perception of the non-soul is intrinsically connected to the understanding of illness in Buddhism, which is rooted in the central Buddhist principles known as the *Three Jewels*. They are constituted of Buddha, the historical figure, Dharma, the teachings of Buddha, and Sangha, Buddha's monastic community. Buddha described the relationship between those three in terms of a medical treatment, in which he portrayed himself as the doctor, the teachings as medicine and his disciples as nurses. Every human is seen as a patient since suffering is present in everyone's life (Keown 2014: 91).

Another central aspect of how illness is understood in Buddhism becomes apparent in the accounts of Buddha's life. The Four Sights portray Buddha's realisation of human suffering and unwanted facts of human existence, which are age, illness and death. This led to what is known as the *Four Noble Truths*: 1) the truth of suffering, 2) the truth of the origin of suffering, 3) the truth of the cessation of suffering and 4) the truth of the path to the cessation of suffering (Keown 2014: 93). Suffering is seen as integral to human life (Keown 2014: 94) and is created by humans themselves through thirst, which manifests itself in the craving for ‘‘the objects of the senses, for existence and

non-existence'' (Gethin 1998: 70). This thirst is founded on a misunderstanding that people will be happy once they receive what they crave for; so that thirst is always connected to greed, aversion and delusion (Gethin 1998: 74). Illness constitutes physical or biological as well as emotional and psychological factors (Keown 2014: 94). The path to the cessation of suffering is then connected to the notion of the non-soul as its goal equals the rupturing of the transmigration of souls. This is done by fulfilling the *Noble Eightfold Path* toward the *Nirvana* (Høystad 2017: 374-375). Crucial elements in Buddhist understanding of illness and healing are its aim for the well-being of the entire person, not only for an absence of illness. Key elements in treating illnesses are compassion as well as unharmful methods (Keown 2014: 107).

Buddhist chaplaincy in Vienna has established its services in the name of Jivaka, the personal physician of King Bimbisara of Magadha and one of the main patrons of Buddha Shakyamuni. It is offered in hospitals to patients who are interested in the teachings of Buddha. The chaplains come from various Buddhist traditions and work voluntarily, however, the organisation asks for a solid theoretical understanding of the teachings of Buddha and regular religious practise. Members of the chaplaincy team should accompany and help persons with their religious practise according to their Buddhist traditions, if possible. Emphasis is also put on the importance of peacefulness and tolerance in Buddhism, which is portrayed as one religion amongst others to help people find their spiritual way (Österreichische Buddhistische Religionsgemeinschaft, Krankenbegleitung).

Islam

Şahinöz (2018: 185) explains how the term *Seelsorge* does not exist in Islam, but its contents do. He recounts the three historical and theological foundations of pastoral care in Islam. The first refers to the *Irshād (Arabic:* ارشاد*)*, meaning guidance onto the right path. In the Islamic idea of man, humans have been created with the best natural traits by God. However, they will always possess tendencies towards sinful behaviour and are therefore in need of other people's education to do the right thing. This is seen as an individual and collective duty in the Islamic tradition (Şahinöz 2018: 36). To the idea of man, the notion of the soul becomes crucial as well. There is no uniform doctrine of the soul in the Quran (Rudolph 2004). The Quran distinguishes between the spirit (*Arabic:* روح, rūḥ) and the soul (*Arabic:* نفس, nafs) of a person. The body is spirited

by the *rūḥ* through God in creation. In later tradition, it is often understood that and after death, the spirit parts from the body and lives eternally in the afterworld. In resurrection, body and soul are reunited (Rudolph 2004). *Nafs*, on the other hand, encompasses the entire person and is understood as hormic soul in the Islamic tradition, which is divided into seven stages, with one representing a soul only following its physical drives and seven exemplifying the pure soul, in which people live in full accordance with God. These stages symbolise the realisation processes of the self, which leads to happiness (Tittus-Düzcan 2018: 90). Islamic pastoral care therefore needs to cater to a holistic understanding of the person (Cimşit 2013: 21).

The second foundational principle refers to the *Shurā (Arabic:* شورى*),* meaning consultation. Giving advice is seen as crucial in various every-day and problematic issues. This tradition stems from two ideas: prophet Muhammed described giving advice as a duty of every Muslim and, the Quran can be seen as a dialogue between inquiring humans and God's answers (Şahinöz 2018: 38). The third principles of Sabr (*Arabic:* صَبْرٌ, patience) and Tawakkul (*Arabic:* تَوَكُّل , faith in God) play an elementary role for coping with critical situations. In the Islamic tradition, it is assumed that everything happens through God's knowledge and power. Therefore, a Hiob-like patience is expected during illnesses or crisis situations (Sabr) as well as reliance of God (Tawakkul) (Şahinöz 2018: 39). Contrary to Jewish and Christian perception, it is not allowed to question God's will (Reiss 2010: 325; 332). This is also intrinsically connected to the understanding of illness as on the one hand, it is understood as a test to investigate the believer's integrity (Ilkilic 2006: 21; Sachedina 2014: 82). It should lead them to comprehend that God is creator of everything, including peoples' destinies and their well-being (Sachedina 2014: 83, Reiss 2009: 179). On the other hand, illness is considered a possibility for the act of grace and pardon of sins (Ilkilic 2006: 21). If patience and faith in God are shown during a difficult time of illness, it is understood that Muslims are cleared from their sins. Additionally, it is believed that no one is strained with such hardships they would not be able to bear (Şahinöz 2018: 39-40). In the Quran and the Sunnah, an appeal to visit the sick is being made. As these scriptures are seen as main source of Islamic jurisprudence, it is considered a religious duty (Tittus-Düzcan 2018: 89). Therefore, Elibol (2013: 261) highlights that chaplaincy in Islam has been established without any institutional establishments but rather as a collective responsibility constituted of personal visits of family and friends of patients.

The Islamic religious community (IGGiÖ) as corporation under public law asserts the reasons for its establishment as the religious obligation to look after the sick and socially indigent. Moreover, an interprofessional and interreligious approach is put forward by stating that the volunteers keep in contact with hospital, social and health services as well as with other religious groups (IGGiÖ, Islamische Seelsorge). Standards for chaplains are laid down in the chapter three of constitution of the IGGiÖ (article 32), which are (Şahinöz 2018: 114):

- Muslim chaplains are suggested by the religious community and affirmed in writing by the High Council of the IGGiÖ
- an educational course in chaplaincy at a higher Islamic institute, a completed course on Islamic chaplaincy in Austria or another suitable and IGGiÖ-approved practical apprenticeship
- mastering the German language

Judaism

In Judaism, the sense of the word *soul* can be traced back to the biblical term *nefesh* (*Hebrew:* נפש). In its basic meaning, *nefesh* refers to ‘‘neck’’. In the creation account (Genesis 2,7), it is used to refer to the spirit which is breathed into Adam’s body by God. Adam becomes a *spirited soul* (*Hebrew:* נפש חַיָּא, nefesh ḥaja). Soul and body are seen as an entity so that the soul refers to the entire human (Frick 2017: 163). After death, beliefs of transmigration of souls and the resurrection of souls become important (Ben-Chorim 2017: 110; Necker 2004). The notion of soul is essential when it comes to illness as people are considered spirited souls throughout their whole life. Chaplaincy is thereby regarded as caring for the soul (Frick 2017: 170). In Judaism, illness can be interpreted in different ways. It can be seen as mystery, as punishment, as means of liberating a person from their sins, as preparation for rewards in the coming world or as evidence that God’s not almighty (Marx-Stölting 2014: 110).

Visiting the sick, also called *Bikkur Cholim* (*Hebrew:* ביקור חולים), has great significance in Judaism as it is considered a religious commandment (=*Mizwa*). At the same time, it is regarded as an attentive act of care and gratuity and understood as an act of Christian charity to ensure the *Mizwa* (*Hebrew:* מצוה) is obtained in an attentive manner (Probst 2017: 7-8). In Jewish tradition, *Bikkur Cholim* is evidenced in the Thora when

God visits Abraham after his circumcision (Probst 2017: 13). The *Bikkur Cholim* does not only apply to the rabbis but is seen as a collective responsibility for all Jews (Probst 2017: 14). Contrarily, the Jewish chaplaincy in Vienna accentuates aspects concerning the upkeeping of religious life in hospital. The four main functions of their work are improving hospital conditions to accommodate Jewish patients' religious needs, spreading knowledge about Jewish medical ethics, caring for the synagogue in the *AKH* as well as committing to an interreligious dialogue (AKH Seelsorge, Jüdische Patientenbetreuung, 2018).

Traditional Christian Churches (Catholic, Protestant, Orthodox)

The etymology of the word *soul* does not include a doctrine or today's connotation of the term soul as ''body, soul or mind'' present in the Bible (Zumstein & Seebass 2004). In the Old Testament, the word *nefesh* is used, which has trifold meaning: firstly, it refers to a person, secondly to the aliveness of a person or a living animal and lastly, it retains meaning of the soul or the self (Seebass 2004). In the New Testament, psychē (*Ancient Greek:* ψυχή) denotes the soul but is more likely to describe life or a human being. In the Synoptics, the soul resumes the meaning of aliveness from the Old Testament. In Paul's writings, the term connotes the entire person. The Johannine tradition uses the term in a christological way as it describes Jesus' sacrifice as giving his soul for others (Zumstein 2004). In Christian traditions today, the soul is invariably linked to the body. They're both part of an inseparable nature of the person, which is created through God's spirit. The soul then appears as the identity of an individual person. God's spirit and not the soul is regarded as immortal and returns to God after the death of a person (Link 2004). Generally, the German term *Seelsorge* has a secular origin in Plato's writings, however its practise has its origin in the biblical tradition. Pastoral care is based on an understanding of God as a caring comforter and physician in the Old Testament. In the New Testament, pastoral care is found in Jesus' encounters with people and is at its greatest development in Christ's death on the cross (Ziemer 2011: 583-584). Pastoral care is the understanding of caring for the soul (=cura animarum) (Ziemer 2015: 17).

When considering illness in the Hebrew bible, this is linked to demonic work or to a person's sins, so a connection between deeds and sickness is established. However, this notion is rejected by the Christian tradition on the grounds of Christ's dealings with

sickness and his death on the cross (Körtner 2013: 105-106). Theologically speaking, this idea contradicts the central belief that Jesus has relinquished all sins of man upon his own death (Schaupp 2009: 172). Therefore, there is no connection between deeds and illness or well-being (Körtner 2013: 105), but rather, illness originates when a person "is incapable of addressing, enduring and coping with suffering'' (Eibach 1991: 40 as cited in Körtner 2013: 107). Important to note is the idea of salvation in this context – it is the assurance of being accepted irrespective of one's life conditions. Concluding on this matter, Christ's death for the sin of man does not represent ''the end of all illnesses and disabilities, but the end of illness and disability as indicators of worthlessness'' (Körtner 2013: 106-107).

Protestant Church (A.B and H.B.)

Today, the Protestant church in Austria highlights its foundation on Jesus' welfare-oriented mission. Chaplaincy is constituted in light of God's promises and guarantees that God will ''wipe every tear from their eyes'' (revelation 21,4). ''I was sick and you looked after me'' (Matthew 25,36) manifests the background and importance of hospital chaplaincy. Hospital chaplaincy is offered to people in need and their relatives and friends, when faced with difficult personal, religious or cultural issues. Moreover, an all-inclusive approach is postulated as hospital chaplaincy is open to any person, no matter which religious denomination, profession, personality or ideologies they possess. The Protestant church assigns chaplains and intends an oecumenical cooperation. It is also seen as important to connect with other churches and institutions, which offer chaplaincy courses, concerning conceptions of spiritual care and an interreligious dialogue. The Protestant church aims to employ solely highly qualified professionals. Hence, they provide and financially support an educational programme in cooperation with the Catholic church. Also, they require hospital chaplains to take part in further training and supervision during their occupational activity. Voluntary chaplains receive their own chaplaincy course, are accompanied during their practise and take part in further educational courses, but supervision is optional. The Protestant church also aims for a cooperation between all areas of chaplaincy within the church and wishes for all state-recognised churches to agree on the standards for hospital chaplaincy on the basis of their published resolutions (Evangelische Kirche A. und H.B. 2014: 1-3). These concern the professional profile and quality criteria for hospital chaplaincy, the

occupational profile as well as the ethical standards (Evangelische Kirche A. und H.B. 2014: 4).

Catholic Church

The Catholic church in Austria constitutes their understanding of chaplaincy on the basis of the bible. Central to chaplaincy is the understanding of God's revelation as two-fold: firstly, it is present in the history and its perpetuation in the biblical writings, manifesting its peak in Jesus Christ, and secondly, god's revelation today, which is present in each person's own life story. Therefore, they postulate that each person's own accounts and stories are crucial for theology today. Hospital chaplaincy means acting in the name of Jesus Christ, whose pastoral care was central to his activity and is thus regarded as archetype for chaplaincy today. This is based on Matthew 25,36 (see above) and Matthew 10,8: ''heal the sick''. Healing should be understood in a comprehensive sense, not just physically (Pastoralkommission Österreich 2000: 8). Catholic hospital chaplaincy aims to encounter patients in an authentic manner, treat them as human beings and start a dialogue with them. Chaplains are witnesses of Christ's message so that their own personal history is the basis for an authentic interaction with patients' fears, questions, hopes and ideologies (Pastoralkommission Österreich 2000: 9-10). The Catholic church pursues respect for patients' differing religious affiliations and aims for an oecumenical cooperation. As standards for hospital chaplaincy, the Catholic church in Austria requires their voluntary and full-time chaplains to undergo an educational programme as well as continuous supervision and further education. They also aspire to a holistic conception, in which chaplains are included in internal meetings or strategy planning within the hospital (Pastoralkommission Österreich 2000: 14).

Furthermore, Protestant and Catholic heads of both churches have agreed on a common ground for spiritual care in hospitals 2014 based on Jesus' welfare-oriented mission. Hospital chaplaincy is open to patients, visitors and staff in all life and crisis situations. Conditions for employment of hospital chaplains are a relevant theological and chaplaincy education, supervisory as well as further training programmes. Chaplains are bound by the APCE standards by the European Network of Health Care Chaplaincy and need to consider the patient rights in the hospital(s) they work at. Moreover, professionals from both churches work together and are open towards other religious

communities (Arge der Katholischen KrankenhausseelsorgerInnen Österreichs & Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge in Österreich 2014: 4-5, 7-8).

Orthodox Churches

The Orthodox understanding of illness differs from Protestant and Catholic Churches in as far as it is connected to people's sins and thus, humans are to some degree responsible for their own suffering (Sardaryan 2008: 175-176). The origin of all illness is designated as the Fall of Men (Bishop Panteleimon 4). Nevertheless, suffering can have spiritual meaning in that it can lead to the main goal of praising God. Moreover, it also foregrounds the importance of life after death (Joseph 1998: 277-278, see also Sardaryan 2008: 176). Orthodox hospital chaplaincy centres around the Holy Unction as well as the Eucharist as they encompass ''the entire dimension of suffering and healing, wholeness and health, on all levels of existence'' (Kofinas 2003: 40-41). When it comes to cooperating with other churches, the Orthodox Churches have actively taken part in the oecumenical movement since the Reunion Conferences at Bonn (1874/75) (Patutelanu 2016: 282-283).

Christian Free Churches and Special Communities

Baptists

Baptists in Austria form part of the Free Churches Union, a state-registered religious community, consisting of five member churches, which are the Baptist Union, the Mennonites, the Evangelical Union, the Free Christian Municipality and the Elaia Christ Municipality (Freikirchen in Österreich 2017). Baptist Churches usually advocate the concept of *soul competency*, which refers to the ''conviction that the individual soul is competent to deal directly with God, and has the right and the need of this direct dealing'' (Baptist World Alliance declaration 1939 as cited in Holmes 2012: 134), therefore also highlighting a unity of body and soul. Its constitution accentuates that the duty of chaplaincy is to be incumbent on pastors, pastoral assistants and chaplains and offered to members of their churches (§4,3). In its Account of Belief, the Baptist Union in Austria describes this duty further. ''Men and women with special aptitude imparted through the Holy Spirit'' are appointed by the congregation. They have to undergo training offered by the congregation. The goal of chaplaincy is to encourage and enable members of the church to commit to Jesus Christ. ''Carry each other's burdens, and in

this way you will fulfil the law of Christ'' (Gal 6,2) functions as mission statement for chaplaincy and shall include ''rebuke, consolation, confession of sins, expressing God's forgiveness'' and sharing every other aspect of life (Baptist Union Austria 2012: 7). Concerning outside connections, Baptists in Austria emphasise their willingness to actively work with other Christian Churches (Wieser & Graf-Stuhlhofer 2001: 38).

Church of the Seventh-Day Adventists

The Seventh-Day Adventists base their statement of faith on the Bible, however, are also influenced by important persons in the history of the church, i.e. co-founder of the church Ellen Gould Harmon White (Pöhlmann & Jahn 2015: 163). In their official manual, they present chaplaincy to the sick as a duty of the elders and the pastor (Secretariat General Conference 2016: 74), of the deacons (cf. 79) and the deaconesses (cf. 81). The basic model of caring for the sick is Christ as exemplary healer (Communication Department of the General Conference 2010: 268). As the church believes that humans are created in God's image as a unity of body and soul, its teachings of God's grace encompass the entirety of human life as well (cf. 233). Thus, they see a ''moral obligation to preserve human dignity by promoting optimal levels of physical, mental, and spiritual health''. Conforming with that idea, they not only to minister to the ill but also try and prevent disease via health education by promoting a vegetarian diet and proposing other restrictions, which are the to exclude ''tobacco, alcohol, other drugs and unclean foods'' (Secretariat General Conference 2016: 93). For these purposes, the Seventh-Day Adventists have established health ministries as well as healthcare institutions (cf. 93-94).

Concerning relationships with other religious denominations, the church states its recognition of those Christians Churches with an evangelizing mission. Also, they aim to exemplify ''the spirit of Christian courtesy, frankness, and fairness'' in contact with other religious groups (Communication Department of the General Conference 2010: 251). Recently, the Seventh-Day-Adventists have become part of various oecumenical organisations, however, the General Conference has pronounced that the only aim is to get know each other better as other churches are still regarded as corruption of the real religion (Eggenberger 2003: 165).

Jehovah's Witnesses

Jehovah's Witnesses define the notion of the *soul* according to the Old Testament as a mortal entity. It refers to a person, the self and can also mean life (Jehovah's Witnesses 2015: 12-13). Therefore, when a person falls ill, their soul does too (see Jehovah's Witnesses 2014: 4). Jehovah's Witnesses view illness as an unnatural, corrupted state of life. Originally, humans were created to live in an eternal harmony with their creator, however, disharmony with God was established due to the Fall of Mankind, which in turn led to death and illness. This state is seen as a temporary condition, which will in time return to its original premise of a life in accordance with God (Kern 2009: 189). Jehovah's witnesses try to comply with the needs of the ill in four main ways. Firstly, through their publications, secondly, through structured help; thirdly, through hospital chaplaincy and lastly through their organisations called Hospital Information Services and Hospital Liaison Committees (Kern 2009: 194-195). Chaplaincy is conducted by a group called the Elders, the governing body of the Jehovah's Witnesses in each of the assemblies (Kern 2009: 195-196). They are responsible for members of the religious denomination as well as sympathisers of such (Leitner 2014: 194).

Jehovah's Witnesses do not attempt to connect with other religious groups. Russel called all other religions (according to revelations 14: 8) Babylon the Great, which refers to the collective of false religions. In the churche's opinion, only Jehovah's Witnesses can reach salvation and they dismiss all other religions as satanistic. There are no official contacts with other religious communities (Pöhlmann & Jahn 2015: 422).

The Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints (Mormons)

The Mormons regard the soul as a union of the spirit and the physical body, which innately possesses agency (Williams 1992: 1392), meaning the ability to act for themselves as well as the accountability for their actions (Warner 1992: 26). It is viewed as an eternal entity, which can however, undergo spiritual death or destruction through sins (Williams 1992: 1392). This spiritual death can be permanent as Mormons reject the notion of the original sin as well as salvation through grace (Hansen 2002) and believe that every person is responsible for their own salvation (Kluge 2009: 137). The Mormons do not claim a connection between the soul, sins and sickness. Sickness can rather be a sign for ‘‘a lack of spiritual well-being’’ (The Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints 2013). The Mormon Church has its own holistic systems called the

Aaronic and the Melchizedek Priesthood, established on the basis of their scriptures. In which men from 12 years of age will be ordained into the Aaronic Priesthood to fulfil responsibilities in and outside of church, including welfare and social work as well as teaching and preaching (see Pöhlmann & Jahn 2015: 469). This includes (hospital) chaplaincy. The Melchizedek Priesthood describe bearers of higher priesthood. These men are also permitted to ‘‘heal’’ the sick in the name of Jesus Christ (Veterelli 1992: 447-448; Kezerian 1992: 1308).

Concerning other churches and faiths, the Mormons believe that ‘‘after the saviour ascended into heaven […], the true church was no longer on earth’’. Thus, the oecumenical churches are theologically seen in a downgraded manner (Pöhlmann & Jahn 2015: 476) as their doctrines are perceived to not directly come from God (Gospel teachings: 95). The Latter-Day Saints do not show an interest in having oecumenical connections (Kluge 2009: 137). However, they assert that other faith traditions should be treated respectfully since they embody ‘‘much that is inspiring, noble, and worthy of the highest respect’’ (The Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints 2010: 188). People of other faiths may also attend Sunday school classes (The Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints 2010: 96).

Comparative Assessment of Denominational Conceptions

In the previously outlined conceptions of chaplaincy, various traditions and stances come to light. Firstly, when comparing the notion of the soul, a uniform doctrine of the soul cannot be found in any of the religious denominations and can vary even within one religious group. Generally, it is important to note, that the soul is a crucial aspect to the idea of man in the outlined positions. Except for Buddhism, every religious denomination postulates the existence of the soul as part of the person. Interesting aspects arise when considering the question of (im)mortality of the soul. Often, there is a distinction found between the spirit and the soul, whereby the spirit is regarded as the immortal and the soul as the mortal quality. This is not always the case, i.e. in The Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints. A striking exception is also found in Buddhism, where the soul is seen as something that needs to be overcome to reach the ultimate spiritual goal (=Nirvana). Nowadays, there is also a visible tendency of the various outlined positions towards the Jewish idea of the soul, which encompasses the

entirety of the person (Wilke 2005). This is found in Christian religious groups as well as Free Churches, special communities and Islam.

Secondly, the religious denominations offer different interpretive horizons for understandings of illness. Generally, there are three conceptions, in which illness can be seen as man-made through deeds or the original sin; as test from God, or as integral to life. Nevertheless, even within one religion, reasons for illness can overlap, i.e. in Judaism or Islam. Some of the denominations do not present their understanding of illness at all (Baptists, Seventh-Day Adventists). Thirdly, the foundation of hospital chaplaincy varies greatly amongst the outlined communities as it is highly depended on the scriptures and historical developments of each religious community and its central principles. The various religious communities also differ in the personalities and backgrounds of persons who provide hospital chaplaincy: in Islam and Judaism, visiting the sick even has statutory meaning as it is considered a religious duty for the entire religious community. Therefore, it is mostly practised by family and friends, instead of ordained officials. However, the Muslim community in Vienna has also established professional hospital care services in Austria. Educational courses are only required for a few religious communities. These are the Buddhist, Catholic, Protestant as well as Free Churches. For the other communities, either no explicit backgrounds (Orthodox, Jewish) are foregrounded or chaplaincy is incumbent on church-internal officials, i.e. Elders, bearers of Priesthood, pastors (Mormons, Seventh-Day Adventists, Jehovah's Witnesses). Nevertheless, information on the foundation of hospital chaplaincy in Austria is scarce as only three official resolutions are laid down by the Protestant, the Catholic and the Buddhist communities.

Moreover, the cooperative considerations of each of the religious denominations show variable stances towards working and connecting with other religious groups. On the one hand, Islam, the Christian major faith groups, Judaism and Baptists highlight a cooperation with other faith groups; on the other hand, Seventh-Day Adventists, Jehovah's Witnesses as well as the Church of Jesus Christ of the Latter-day Saints are more reluctant to cooperate with other religious groups. Nonetheless, the groups emphasise respect when in contact with people of other faiths.

Part II. Empirical Research

3. Methodology

3.1. Conceptualising the Methodological Framework

Several longitudinal studies have been conducted in analysing religious diversity in hospitals. For example, Griera and Martínez-Ariño's (2014: 1-12) study on Spanish prisons and hospitals constituted of a preliminary analysis of the legal framework, followed by 91 semi-structured interviews held with politicians, institutional staff and chaplains, ranging between 45 and 120 minutes. They also conducted guided observations of religious rituals in these public institutions. Conversely, Pesut et al. (2010: 826-835) have investigated two Canadian hospitals, in which they conducted in-depth interviewing, participant observation, document analysis and observed focus groups over a two-year data collection period. The data was analysed using line-by-line coding and a thematic analysis. For a comparative framework, Cadge et al. (2017: 230-231) consider the following aspects relevant: analysing the institutional environment (internal and external issues); the public institution itself, its policies and goals, and views on religion; the physical space in the institution, meaning the areas used for religion; the actors involved in managing, representing and receiving religious services; as well as religious practices and their regulation. This already provides a valuable starting point for a comparative analysis for this project. Nevertheless, the focus of their model differs from the thesis as it refers to a comparison of hospital chaplaincy across various countries and it also does not offer any concrete methodological or analytical perspectives that could directly be applied to a new study.

Adding to that, Liefbroer et al. (2017: 1776-1793) have systematically analysed recent studies on interfaith spiritual care regarding their methodological quality. Their conclusions on the studies show a relatively high quality of studies in the field of interfaith spiritual care. However, some clusters are visible, as most studies solely focussed on chaplains, whereas only some included hospital staff or patients as well. Studies were also for mostly entirely qualitative, a few were quantitative and only one included a mixed method approach. Furthermore, the studies were almost exclusively based in the United States or Canada (Liefbroer et al. 2017: 1784). As very high-quality studies they marked[10] Taylor et al.'s (2014) qualitative study on ''how the religiosity of Christian

[10] Only studies including a hospital setting are mentioned here, leaving out the five studies examining different contexts Liefbroer et al. (2017) also took into account.

nurses motivates their practice and manifests during patient care, especially spiritual care'', and four other studies, which however studied the practise fields of university, community health or therapy and are therefore irrelevant for this study (see Liefbroer et al. 2017: 1780-1784).

Although these studies are vastly different, they provide different methodological conceptions that help constitute an analytical matrix to examine the situation of hospital chaplaincy in an Austrian context. To fully grasp how specific Austrian hospital chaplaincies deal with a multifaith context, this thesis will use a mixed method approach, including a questionnaire as well as in-depth expert interviews with chaplains from various denominations and one expert on structural issues. A mixed method approach is chosen due to the explorative nature of the research question. Also, it provides a powerful tool by combining aspects of both qualitative and quantitative data (Cresswell 2013: 2135). Employing both approaches can create a more comprehensive picture of the current situation, as qualitative contextual data is conjoined with quantitative more generalisable data. Moreover, triangulation of the findings and thereby a validation of both quantitative as well as qualitative data can occur. It also enhances the credibility of the findings (see Bryman 2006). For the analysis, a case study framework will be used, in which quantitative and qualitative data are collected and merged to create an overall picture and comprehension of the data (Creswell 2013: 2138).

Quantitative Data

The project applies a theory adapted from Cadge et al.'s (2017: 228-229) comparative framework to analyse and combine existing approaches to studying religion in public institutions. The framework is construed by the following main sections: an analysis of the institutional environment, the public institution itself, physical space in the institution, the actors involved in creating and managing chaplaincy in the institution, as well as religious practices and their regulation. A linear setup is used, starting with external issues of the topic and leading to internal factors. For the purpose of this study, some alterations to the framework have been conducted with consultation from my diploma professor, as for this study, it is essential to examine the goals and functions of hospital chaplaincy and the forms of interreligious and interdisciplinary cooperation in the hospitals.

The questionnaire contains closed as well as open questions that can be answered with single choice, multiple choice or short textual answers. It also asks for sequencing options or rating an issue according one's own assessment of the matter. It thereby includes factual, opinionated as well as open questions (see Kirchhoff 2010: 20). For the single-choice or multiple-choice questions, various resources were used to create the possible answers for the online survey. The questions on reasons for chaplaincy (questions numbers *S102, S106, S107* below) were taken from Klessmann (2016: 84), as well as Heimendahl and Buyer (2012: 585). Aspects of cooperation between chaplains and hospital staff were extracted from Klessmann (2013: 21). The answers to the questions on how chaplains are informed about patients in need (question nr. *S101*) and on reservations of some religious groups concerning pastoral care (question nr. *S108*) were elicited from the practise interview as well as the input from my professor during preparation of the interview questions. The closed question on recognition of religious denominations of the hospital (question nr. *DI01*) follows the three different legal entities for religious denominations in Austria (see legal section). The question on the actors (question nr. *DI03*) within the institution mentions possible internal and external personnel, who are involved in the institution. Questions with ranking, multiple selection or selection formatting usually include a separate option for other concerns as the lists might not apply to all chaplains. The questions, their formatting and variables can be discerned from the table below:

Table 1

Quantitative Questions and Variables

Rubrics	**Questions**	**Question format**	**Variables**
AZ – personal data	AZ01 *Age*	open text input	
	AZ02 *Religious Denomination*	open text input	
	AZ03 *Field of Activity*	open entry	
	AZ04 *Function* In which function do you practise hospital chaplaincy?	choice	1 = full-time 2 = voluntary 3 = intern
EF – external factors	EF01 *Guidelines* Which policies do/es ''your'' institution/s have about chaplaincy?	open entry	
	EF02 *Guidelines*	dropdown selection	1 = yes 2 = no

	In your opinion, are these policies mostly enacted within the institution?		
	EF03 *Guidelines* What are your reasons for this assessment?	open entry	
	EF04 *Representation of Religion* Do the hospital politics influence the representation of religion?	dropdown selection	1 = yes 2 = no
	EF05 *Representation of Religion* If so, how do they influence the representation?	open entry	
	EF06 *Restrictions* Does the hospital impose restrictions on religious rituals and acts?	dropdown selection	1 = yes 2 = no
	EF07 *Restrictions* If so, which religious rituals/acts are restricted and how?	open entry	
	EF08 *Influence of Religious Communities* In your opinion, do religious communities impact how religion is represented in hospitals?	dropdown selection	1 = yes 2 = no
	EF09 *Influence of Religious Communities* If so, in which ways?	open entry	
DI – Institution	DI01 *Recognition of Religious Communities* Which religious communities does the public institution recognise?	multiple selection	1 = recognised religious communities 2 = state-registered religious communities 3 = religious communities with legal entity under private law on the basis of the general Act on Associations 4 = recognition of religious communities independent of their recognition or state registration (open entry)
	DI02 *Premises* Which premises do/es the hospital/s offer for spiritual or religious practice?	multiple selection	1 = Jewish prayer room 2 = Protestant chapel 3 = Catholic chapel 4 = Orthodox chapel 5 = Muslim prayer room 6 = Buddhist prayer room 7 = Kindgom Hall 8 = other (open entry)

	DI03 *Actors* Within the public institution/s, which actors regulate religion, religious spaces and religious practises?	multiple selection	1 = head of hospital 2 = the state 3 = the hospital owner 4 = the religious community 5 = other (open entry)
AU – actors and co-operation	AU01 *Chaplains* Do you know any of the voluntary/full-time chaplains or interns of your own and other religious denominations in the hospital?	dropdown selection	1 = yes 2 = no
	AU02 *Chaplains* How frequently do you encounter other chaplains?	selection	1 = a few times per week 2 = once a week 3 = a few times per month 4 = once a month 5 = a few times per year 6 = never
	AU03 *Chaplains* How do you perceive the contact with other full-time and voluntary chaplains in the hospital?	polarity profile	1 = in need of improvement 4 = very good
	AU04 *Social and Psychological Services* Are you in contact with social and psychological services?	selection	1 = yes, with both 2 = no, with none 3 = yes, one with one of them (open entry)
	AU05 *Committee*s Are you part of interfaith or interdisciplinary panels within the hospital?	selection	1 = yes, both, 2 = no, none of them 3 = yes, one of them
	AU06 *Committees* If so, which parties are involved and how often do they take place?	open entry	
S1 – chaplaincy	S101 *Patients* How are you informed about patients needing your help?	multiple selection	1 = hospital staff 2 = full-time chaplains 3 = voluntary chaplains 4 = patients 5 = family/friends of patients 6 = other (open entry)
	S102 *Reasons for Chaplaincy* In your experience, what are the reasons patients make use of chaplaincy?	ranking	1 = accompanying people through vicissitudes of life (pain, sorrow, joy, hope) 2 = assistance in constructing meaning of life 3 = allaying physical and social situations 4 = (re)constructing identity in light of current circumstances 5 = religious rituals (prayer, meditation, etc.) 6 = official functions (baptism, funeral, …)

			7 = support of personal belief 8 = other
	S103 *Care for Patients of other Faiths* Do you also provide spiritual care to patients of other religious denominations?	selection	1 = yes 2 = no
	S104 *Care for Patients of other Faiths* If so, how frequently do patients of other religions ask for spiritual care?	horizontal selection	1 = a few times per week, 2 = once a week, 3 = a few times per month, 4 = once a month, 5 = a few times per year 6 = never
	S105 *Care for Patients of other Faiths* If so, how does spiritual care look like with patients of other denominations?	open entry	
	S106 *Care for Patients of other Faiths* If so, which duties/functions are most common when you talk to patients of other religious communities?	ranking	1 = accompanying people through vicissitudes of life (pain, sorrow, joy, hope) 2 = assistance in constructing meaning of life 3 = allaying physical and social situations 4 = (re)constructing identity in light of current circumstances 5 = Religious rituals (prayer, meditation, etc) 6 = official functions (baptism, funeral, …) 7 = other
	S107 *Scope of Duties* Which duties/functions are most common in spiritual care with patients of your own faith?	ranking	Same as S106
	S108 *Reservations of other Religious Groups* Have you encountered reservations concerning your own occupational practice from patients of other religious groups?	selection	1 = yes 2 = no
	S109 *Reservations of other Religious Groups* If so, which reasons are mentioned?	multiple selection	1 = missionary activity 2 = religious rituals cannot be executed appropriately 3 = impossibility of pastoral secrecy 4 = other (open entry)

Qualitative Data

The object of investigation will be inquired with a guided interview design. This type of interview is considered a semi-open method of verbal data collection. The main characteristic of this type of interview is a guideline, which is formulated prior to the interview and functions as structural element during the interview. As such, it subsumes various interview forms (see Misoch 2015: 65). Important principles of the guided interview are openness, which means no prior hypotheses are generated and the interviewer is open to new information in the design of the guide and arranges questions flexibly. The two other principles are processuality so that meaning is constructed in conversation, and communication, through which questions are made comprehensible and mimic everyday conversations (Misoch 2015: 66-67).

For the study, two types of guided expert interviews will be used. Expert interviews in general are characterised not by the content of the interview but by the interviewee, that is the expert. Experts in these cases possess special knowledge in an area through their occupation and functions or their educational background (Misoch 2015: 120). The first and main type of expert interview used in the pilot study is the theory-governed expert interview with chaplains from various religious denominations. It enquires subjective data concerning the interviewees' practises, routines and interreligious or interdisciplinary connections in hospitals in their function as chaplains (see Bogner, Littig & Menz 2014: 25). Henceforth, this type will be called ''Chaplaincy interviews''. In addition, one interview is executed in form of an explorative expert interview. It will be used as a complementary source to inquire data about general structural and legally relevant aspects concerning forms of church cooperation in Austria as well as concerning a chaplaincy project, called ''Seelsorge 2020''. For this purpose, the religious affiliation of the expert is considered irrelevant (see Bogner, Littig & Menz 2014: 23). Both interview frameworks were created on the basis of Cadge et al.'s (2017) theoretical schemata as well as initial talks with one expert for each of the interview types[11].

[11] The interview questions were asked in German. The original interview frameworks will be found in the appendix.

Figure 3

Framework for Chaplaincy Interviews

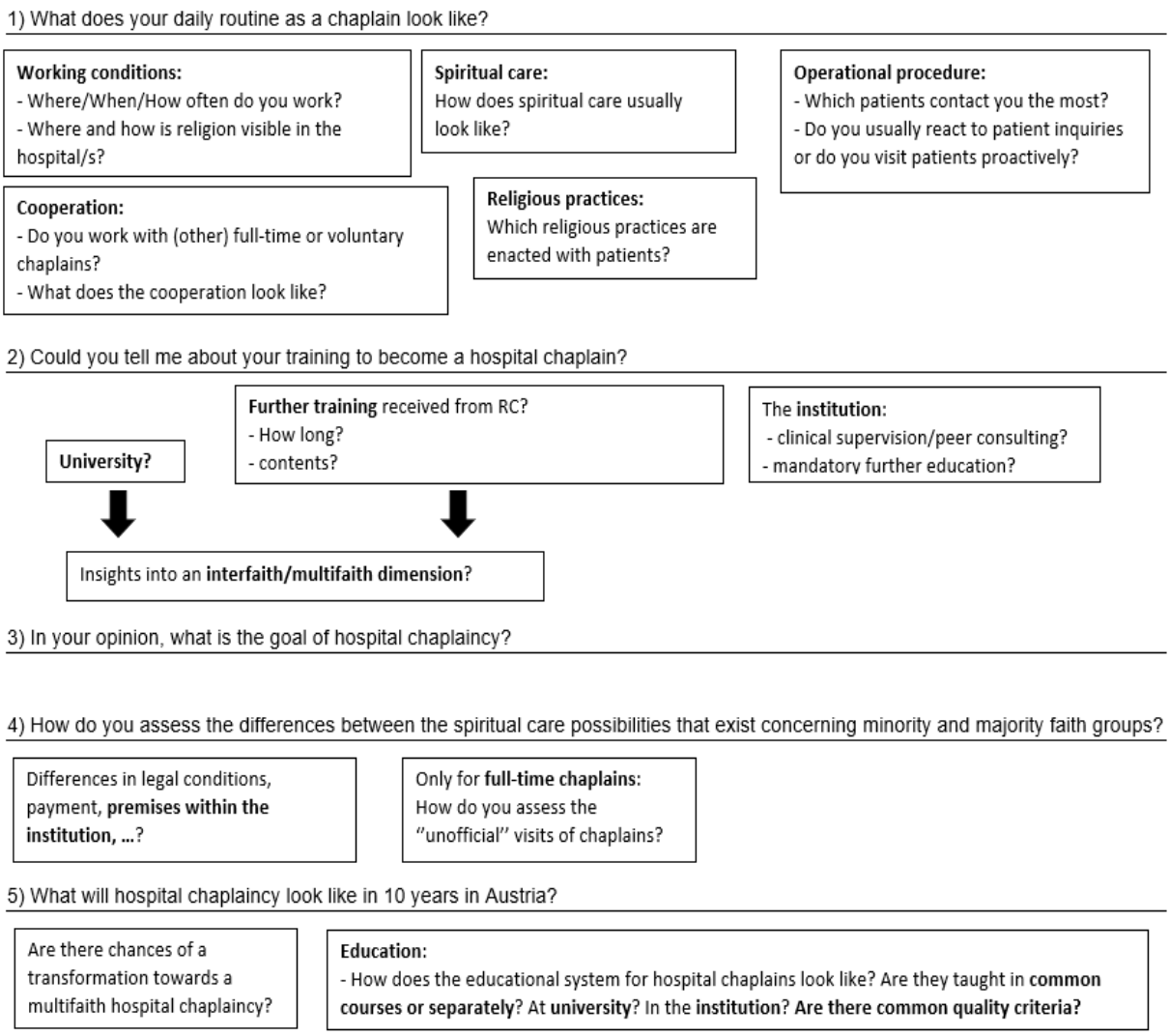
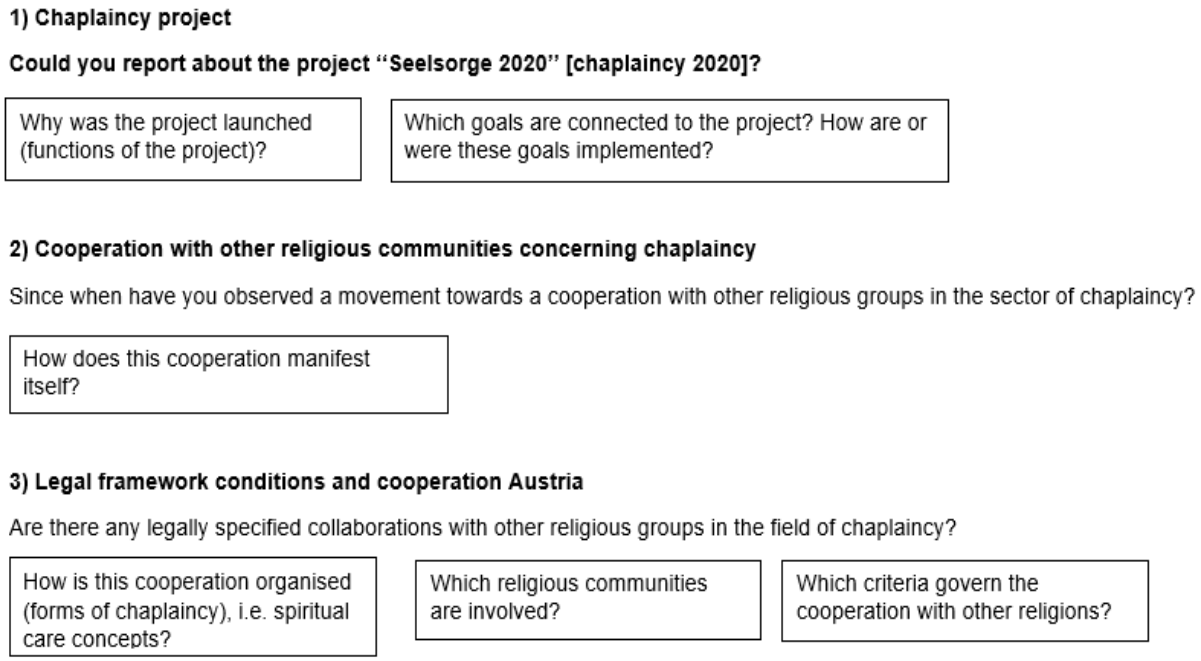


Figure 4

Framework for the Explorative Expert Interview



3.2. Methods

Method for analysing Qualitative Data

As the inquiry works as a pilot study, a qualitative content analysis approach will be applied (see Mayring 2015: 23). As its focus is generating new information, the qualitative content analysis approach fits this aim best (Bogner, Littig & Menz 2014: 72). This method has been developed by Mayring, Ulrich and Hausser over the course of a longitudinal study with extensive amounts of qualitative data (Mayring 2000: 1). It is an empirical method used to conduct a ''methodological controlled analysis of texts within their context of communication, following content analytical rules and step by step models, without rash quantification'' (Mayring 2000: 2). Communication is thereby defined as any documented discourse; content as primary content, latent content as well as formal aspects of the text (Mayring 2000: 2). The explorative expert interview will be analysed separately, nevertheless the same method will be applied.

Principles of a Qualitative Content Analysis

The first principle is the use of a model of communication. It clarifies which aspects of communication need to be analysed in the first place. The second maxim is the exam-

ination of the material by the rules of a step-by-step analysis, through which the material is divided into content analytical units. A third principle, and the main focus of the method, is the creation of categories that are carefully devised through feedback trials. Lastly, the analysis is checked for reliability and validity by means of triangulation of results (Mayring 2000: 3).

Procedures of Qualitative Content Analysis

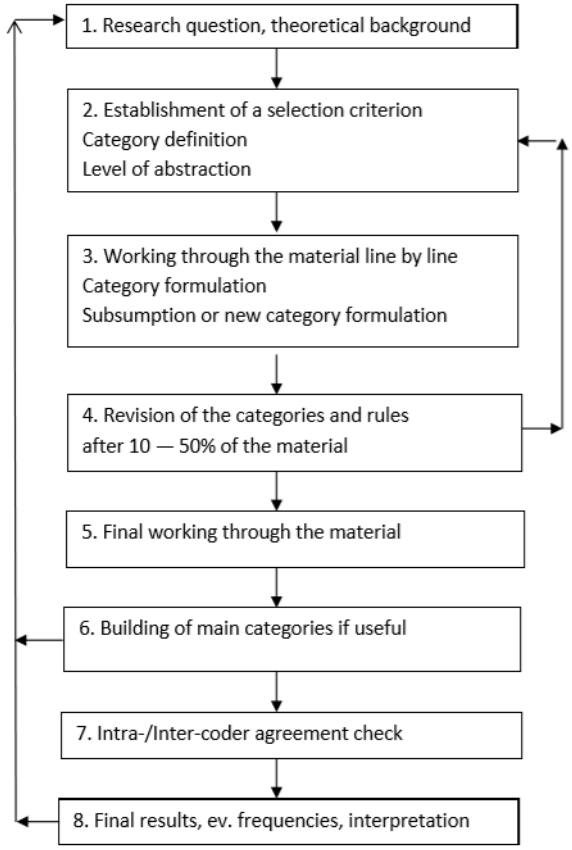
Within Qualitative Content Analysis, two procedural aspects, which are an inductive category development as well as a deductive category application, are crucial. The former means using reductive strategies to gradually create various contingent categories, which directly relate to the material and research background. In the process of further analysis of the communicative material, the categories are revised and refined. After having analysed the entire material, the categories are subsumed into the main aspects and then examined in terms of their validity (Mayring 2000: 3-4). The deductive category application, on the other hand, works with previously formulated hypotheses, which are then correlated with the text. Each deductive category is inscribed into a coding agenda, which lists the category, its definition, examples as well as the coding rules. These four aspects are created and revised in a gradual analysis (Mayring 2000: 5-7).

For the research project, the means of a pilot study are explorative so that it works best with an inductive approach (see Mayring 2014: 82). All categories will be determined on the basis of the interviews and therefore aim at a ‘‘true description without bias owing to the preconceptions of the researcher, an understanding of the material in terms of the material’’ (Mayring 2014: 79). For this method, only relevant material from the interviews is taken. Therefore, a rule of selection needs to be formulated (Mayring 2014: 79). A category definition, meaning a theme of categories needs to be established as well, based on the theoretical insights into the topic. This serves as the only deductive element within the model. (Mayring 2014:80-81). In line with this definition, a level of abstraction has to be devised prior to this process so that categories correspond to the research question (Mayring 2014: 79, 81). Moreover, intersubjectivity needs to be guaranteed by creating three different units of analysis before coding. These are the coding unit, the smallest possible text passage that can create a category; the context unit, the largest possible text passage to make up a category and the

recording unit, which passages the category system applies to. As inductive category development devises categories from the entire text, the system needs to include all material (Mayring 2014: 51-52). After these initial considerations, the interview transcripts can be analysed, whereby passages fitting within the previously defined theme of categories can be codified as a category. Other passages can then be incorporated by previous categories or new categories will be formulated. Once ten to fifty percent of the material have been analysed, ideally no new categories can be found, and the category definitions will then be re-examined in light of the material and either revised or kept in their original form (Mayring 2014: 79). The steps of the inductive model are outlined in the figure below.

Figure 5

Step Model of Inductive Category Development



Source: Mayring 2014: 79

The considerations for the inductive model concerning category formulation for this project have been defined as follows:

- rule of selection: relating to the background and education of chaplains, understanding and goal of chaplaincy, religious practise within hospitals, relating to cooperation/ interfaith/multifaith dimension, relating to differences between majority and minority faith groups, organisational support forms for chaplains provided by the hospital or religious denomination, hospital premises and guidelines, referring to future developments in chaplaincy
- category definition: experiences of an interfaith/multifaith dimension in education, experiences with positive/negative national guidelines or hospital regulations for one's own or other religious denominations, description of hospital setting/premises, descriptions of one's own understanding of chaplaincy, description of one's pastoral/spiritual care with patients, experiences of differentiation between minor and major faith groups, experiences relating to cooperation with chaplains of other faith groups, suggestions for further developments in hospital chaplaincy
- level of abstraction: concrete experiences with/of…
  … (accommodating/alienating) hospital guidelines,
  … hospital premises,
  … organisational support forms in the hospitals/from one's own denomination,
  … one's own understanding of chaplaincy,
  … one's own pastoral/spiritual care with patients,
  … cooperation with other faith groups,
  … differences between minor and major faith groups
  suggestions for future changes in hospital chaplaincy
- coding unit: clear meaning component in the text
- context unit: the entire interview
- recording unit: all interview transcripts

3.3. Quality Criteria

Administration of the Questionnaire and Pre-Test

The questionnaire was administered with the online survey programme SoScisurvey[12]. This programme allows for various designs concerning question types and offers an easy access design. For a scientific purpose, it is also essential to test a survey before it is conducted (see Kirchhoff 2010: 24). Therefore, a pre-test was carried out between the 25th and the 26th of March, in which family, friends, two theology students and one voluntary protestant chaplain participated. They remarked upon structural points, design-related issues as well as vague questions, which were then changed.

Criteria for the questionnaire analysis

The questionnaire was coded with variables on SoScisurvey for each of the five rubrics as well as the questions within the rubrics. Every code (question) then entails various variables. The variables vary depending on the question type. SoSciSurvey provides data for each of the question types used, which can then be downloaded as EXCEL data (SoSciSurvey, Help, Results), through which it will be analysed.

Criteria for Interview Transcription

The interviews were formulated as a clean read verbatim transcript, a transcript system in which the wording is taken down ipsissimis verbis. Dialectal words, however, are standardised and hesitation marks are left out to create a legible transcript (see Mayring 2014: 45). Smaller details are adapted from the transcription rules put forward by Dresing and Pehl (2015: 21-22). For the clean read verbatim transcript, the syntax is kept. Also, turn taking during the interview is realised by starting off with a new line. The interviewer is marked by an *I*, the interviewee by the letter *B*, which stands for the German *Befragte Person* [interviewed person]. After each turn, the duration of the turn is indicated by noting the start and end time of the turn. If sentences are terminated abruptly, they are left out. If a sentence is stopped about halfway but has semantic meaning, the end is indicated by a slash (/). If a word is repeated, it is only transcribed if it has been used for emphasis. Interpunction is used to mark coherent units. Contracted words are used in their standard forms, unintelligible words are marked with

[12] Link to the resource: https://www.soscisurvey.de/ (last accessed on 20th Jan. 20).

(unv.) for the German term *unverständlich* [incomprehensible]. Prominent non-verbal behaviours such as laughing or sighing are noted down in brackets.

Criteria for Interview Analysis

All interview data gathered was analysed using the QCAmap software, a tool provided by Philipp Mayring et al. (Qualitative Content Analysis Programme, 2014), to ensure that the transcribed data can be analysed and processed systematically. The exclusion criteria for the questionnaires defined that no more than 60% of answers could be missing on the questionnaire. To ensure objectivity, reliability and validity, a verification of the inter-rater-reliability serves as a minimum standard for content analyses (Mayring 2015: 53). With view to the time constraints for this diploma project, the inter-rater-reliability will be conducted in form of consent validity. This consent validity was carried out on the 16th of November with another master student, who is familiar with proceedings of qualitative interviews and category formation.

3.4. Procedure

The first contact to a hospital chaplain was established with the help of my professor, who referred me to a full-time hospital chaplain at the Viennese hospital *Barmherzige Schwestern [Sisters of Charity]*. In an initial meeting with her, some interview questions were tested and later altered. In March 2019, a total of eleven religious groups, namely the Orthodox Church, the Islamic community of faith, the Jewish religious community, Jehovah's Witnesses, the Protestant Church, the Catholic Church, the Buddhist denomination, the Baptists, the Seventh-Day Adventists, the Sikh religious community and the Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints, were contacted via email provided on their websites. The return rate of the denominations was 91 percent. Interview participants included eleven chaplains as well as the former head of the Working Committee of hospital chaplaincy and geriatrics and part-time chaplain for the second type of expert interview.

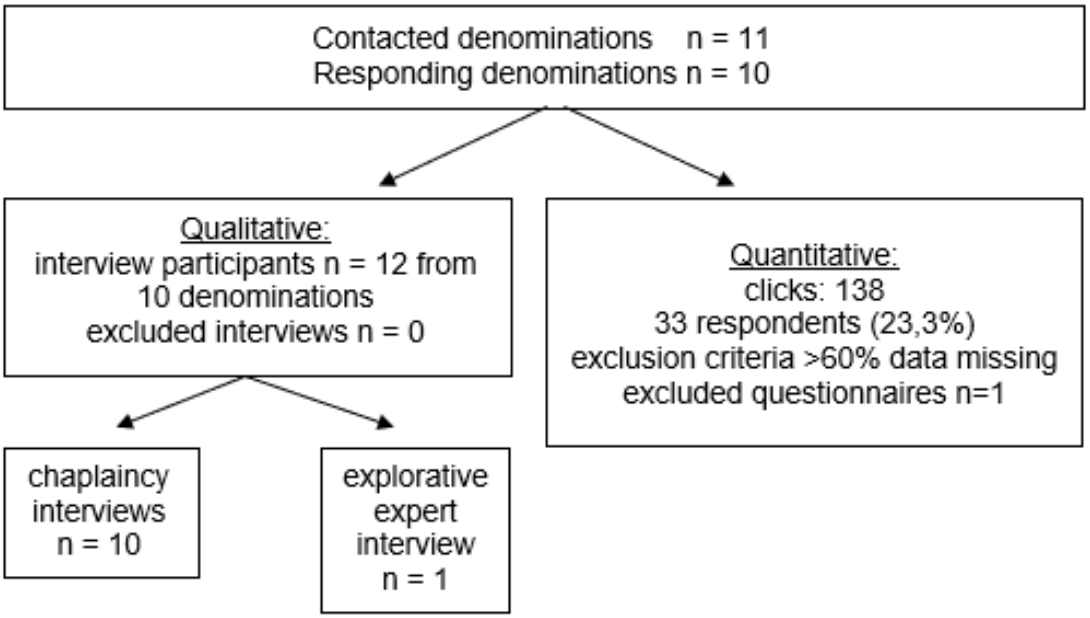
After initial contact, appointments for the interviews were made. Ten interviews were held in person, one was conducted via Skype. The participants were usually provided with the link to the questionnaire after the interview, unless they specifically asked for material before the interview. All interviewees have also signed a consent form for

taking part in the study and for the data gathered from the interviews being used anonymously. This consent form was signed after the interview so that the participants could decide if what they disclosed during the interview can be used as part of the study[13]. They were also told that parts of the interview could be omitted in transcription if the content were too personal. The consent form used for this study can be found in the appendix.

Additionally, the questionnaire was sent out to the interviewed chaplains and various religious denominations seeking to complete as well as to distribute the link to other known chaplains. The interviews were held between the 27th of March and 25th of July 2019 and lasted between 22 and 54 minutes. All interviews were audio recorded and later transcribed. The questionnaire was online from the 20th of March 2019 until the 15th of August 2019. A summary of procedure can be found in Figure 6:

Figure 6

Summary of Procedure



[13] One interviewee withdrew their consent of publishing the transcript as part of the thesis via email afterwards, however, consent for data analysis was given. This transcript can therefore not be found in the appendix.

3.5. Participants

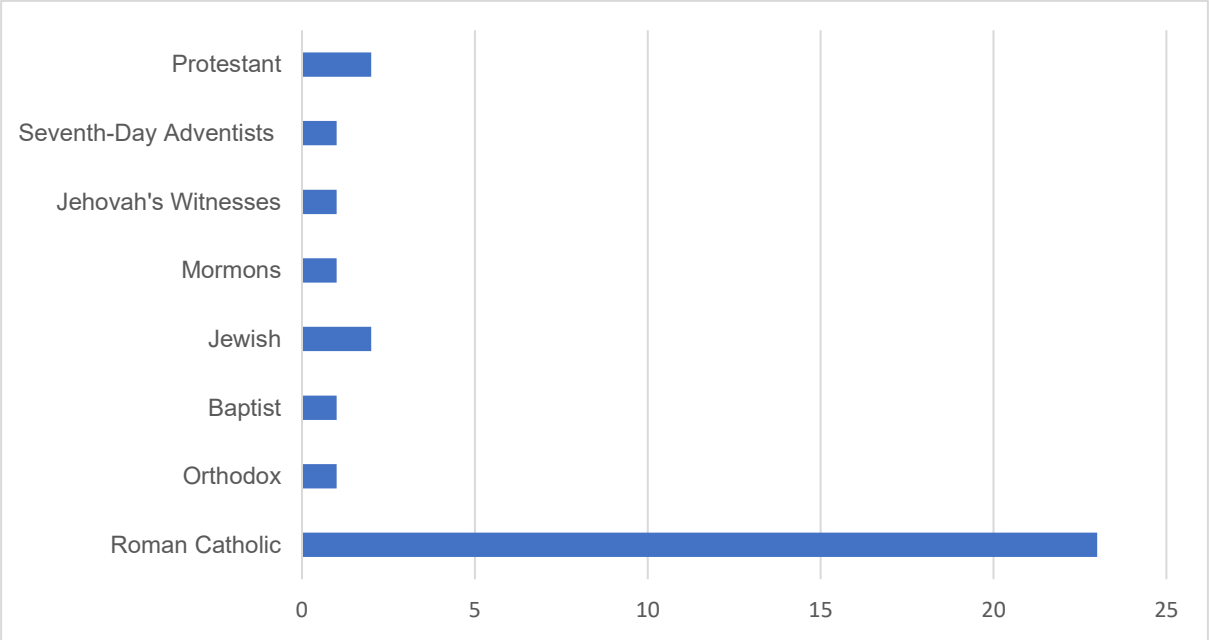
Data was collected from voluntary, full-time and intern chaplains working as chaplains in hospitals. A total number of the study participants cannot be determined as the anonymous data cannot confirm how many chaplains from the interview study took part in the questionnaire as well. The participant demographics for both qualitative and quantitative data will be presented and analysed below.

3.5.1. Quantitative Demographic Data

Referring to the quantitative data, participant demographics concerning denomination show participants were almost entirely Roman Catholic (71,9%, see Figure 7). All the other denominations are represented with either one person (3,1%), which were Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints, Jehovah's Witnesses and Seventh-Day Adventists, or two persons (6,3%), these refer to Jewish and Protestant respondents.

Figure 7

Participants across Denominations (Total Number)



The ages of the participants range from 24 to 79 years. The mean age of the quantitative study population amounts to about 52 years. Table 2 illustrates the number of participants within the various age ranges.

Table 2

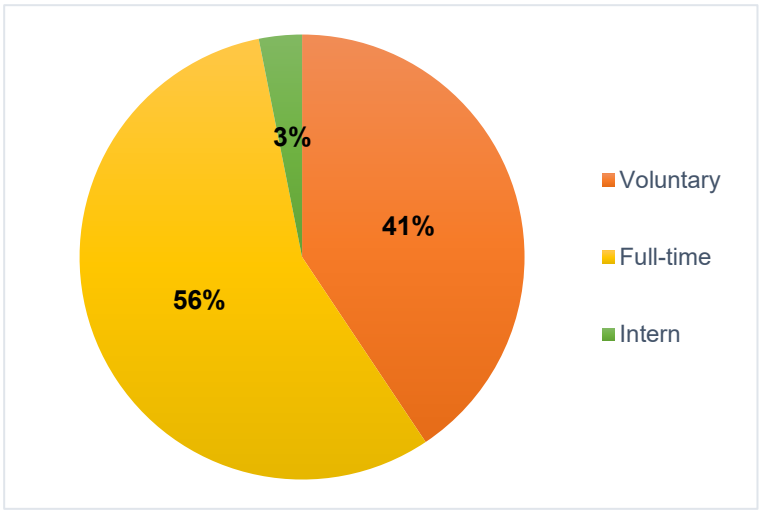
Age Range of Participants

Age Range	Number of Participants
20-29	2
30-39	3
40-49	7
50-59	13
60-69	3
70-79	4

Figure 8 below delineates that most chaplains hold a full-time position (56,3%), 40,6 percent work voluntarily and 3,2 percent were interns. The voluntary population includes all smaller-denominational chaplains as well as about one fifth of the Catholic chaplains.

Figure 8

Time of Activity



The personal data exhibits that about half of the chaplains (53,1%) work in Vienna. This is followed by Lower Austria (18,8%), Styria and Burgenland (6,3%) and lastly Carinthia (3,1%). In this data set, however, five people could not be assigned to an Austrian federal state as they either did not answer this question or the answer was not viable (i.e. ‘‘Ordensspital’’). Double codings were found in this section as four chaplains have worked in two federal states, not just one. These combined working locales

included three times Lower Austria in combination with Vienna and once Upper Austria and Carinthia.

3.5.2. Qualitative Demographic Data

Table 3

Qualitative Demographic Data

Partici-pants	Gender	Denomination	Status	Field of Activity
1	Female	Catholic	Ordained*[14] + trained	Vienna
2	Male	Greek-Orthodox	Ordained	Vienna
3	Female	Buddhist	Trained*[15]	Vienna
4	Female	Baptist	Trained	Vienna/ Lower Austria
5	Male	Jehovah's Witnesses	Layperson	Vienna
6	Male and Female	Jewish	1) Layperson 2) Layperson	Vienna
7	Male	Mormons	Ordained	Vienna
8	Male	Seventh-Day Adventists	Ordained	Upper Austria/ Carinthia
9	Female	Protestant	Ordained + trained	Vienna
10	Female	Islam	Trained	Vienna
11	*Female*	*Protestant*	*Ordained + trained*	*Vienna*

For the qualitative study, a wide variety of chaplains agreed to participate in an interview. In total, twelve chaplains from ten denominations took part. Four of them are members of the same denomination. In the case of the Protestant participants, one of the interviews does not factor into the chaplaincy interviews but was held separately to deduce information about legal providences concerning hospital chaplaincy in Austria (Interview 11 in italics, former head of the Protestant Working Committee of Hospitals and Geriatrics). Concerning the educational background, about half of the chaplains (54,4%) are ordained. In total, 50 percent of the participants received formal training in hospital chaplaincy. Three participants (27,3%) can be considered as laypersons meaning they have not received formal education in hospital chaplaincy. With regards to the field of activity, with one exception, all chaplains work in Vienna.

[14] Received formal education in theology at university level.
[15] Received formal instruction in hospital chaplaincy (course-based).

Figure 9

Gender of Participants

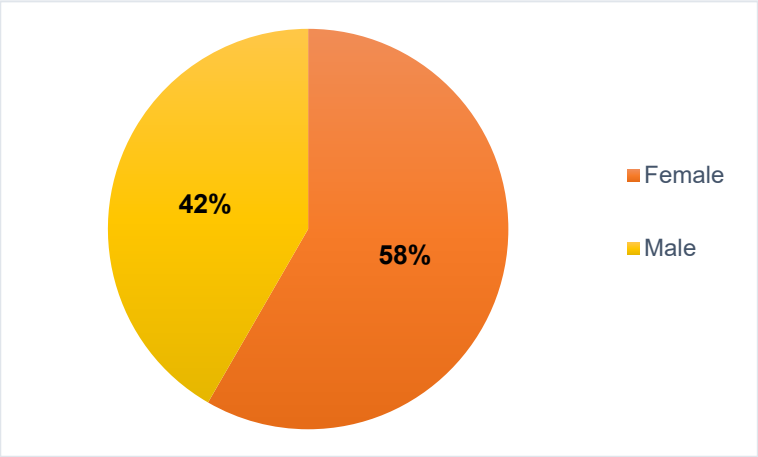
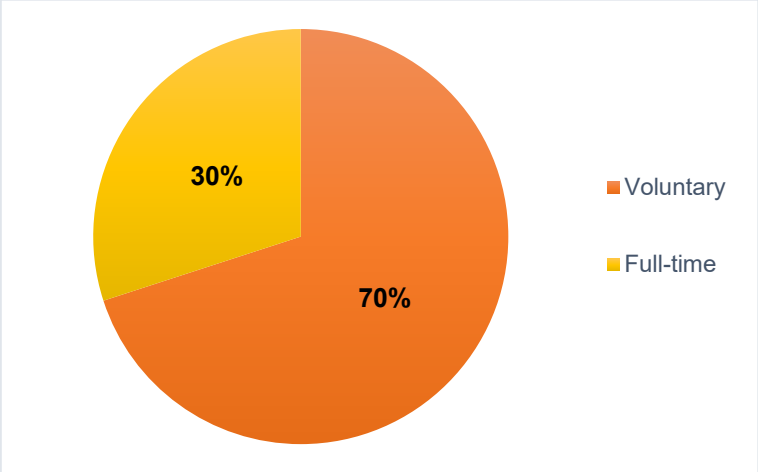


Figure 10

Time of Activity



As can be determined from table 9 above, the distribution amongst genders in the interview study is relatively balanced (7 women versus 5 men). It is striking however, when considering time of activity in hospitals that more than two thirds of chaplains are not employed full-time but rather work voluntarily (figure 10). Another interesting factor is that the full-time positions are only occupied by the Catholic, Muslim and Protestant chaplains. This will be evaluated further in the results of the study.

3.5.3. Summative analysis

The two data sets on qualitative and quantitative data differ in various regards. Most obvious is the number of participants from various denominations as the questionnaire was consistently dominated by Roman Catholics. The sets are quite heterogeneous

regarding time of activity. Most chaplains in the qualitative set work voluntarily however, in the quantitative set, more than half of the chaplains retain full-time positions. Primarily, chaplains in the qualitative study work in Vienna (91,7%), whereas in the quantitative data about half of the participants work elsewhere in Austria.

4. Results

4.1. Quantitative Data

The collected data from the quantitative set will be evaluated in the order of their appearance on the questionnaire.

External Factors

A) Which policies do/es "your" institution/s have about chaplaincy?

The policies mentioned by the chaplains can be grouped into three categories. These are: 1) overall policies in the Austrian counties, 2) policies laid down by the religious groups and 3) policies of specific hospitals.

1) Overall Policies of Austrian Counties

State hospitals are administered by the Austrian counties. Some of their overall policies were named by the chaplains. These were the *Spitalsgesetz* [Hospital Law] in Voralberg and the *Wiener Krankenanstaltengesetz* [Viennese Hospital Law]. For the Burgenland, it was stated that no complete policies exist as structures have emerged but have not (yet) been written down.

2) Policies laid down by the Religious Groups

In this category, various policies were mentioned. For the Protestant and Catholic Churches, the joint document on *Berufsbild und Mindeststandards: Eine Handreichung der katholischen und der evangelischen Krankenhausseelsorge in Österreich* [occupational profile and minimum standards for hospital chaplaincy] was mentioned. This also works as a recommendation for the Orthodox Church (C1). It is also bound by paragraph 7 of the *Orthodoxengesetz* [Orthodox law]. For the Catholic Church, the Concordat, the above-mentioned standards in conjunction with the Protestant Church, as well as the *Conveniat* for hospital chaplaincy of the archdiocese Vienna are considered guidelines for hospital chaplaincy.

3) Policies of Specific Hospitals

The policies of specific hospitals mentioned by the chaplains are collected in table 4 underneath. Here, five of the chaplains from smaller denominations could not give information about specific hospitals as they only visit patients they know or go to various hospitals. Also, some comments showed that a few hospitals do not have explicit policies (i.e. LKH Salzburg, Krankenhaus Güssing). Often, chaplains also mentioned the standards set forward by the churches for the training of hospital chaplains, which are: the completion of the clinical chaplaincy education course for both Protestant and Catholic chaplains, a relevant theological education, two-year hospital chaplaincy training, supervision and further education. There is also a special training course for volunteers. The chaplains are also bound by pastoral secrecy. Specific to Catholic chaplains is also the *Conveniat*. It can be discerned from the table below that commonly mentioned were hygienic regulations/trainings, church services, interdisciplinary teams as well as further education.

Table 4

Hospital Regulations

AKH Vienna	hygienic regulations, supervision, offers in further education
Sozialmedizinisches Zentrum Ost, Vienna	oecumenical chaplaincy team (all decisions are made together), visiting patients, church services in the hospital as well as the nursing home, completing the clinical chaplaincy education (KSA), taking part in further education in the hospital, supervision, *Conveniat* as well as a working committee. nursing home: taking part in interdisciplinary meetings, mandatory education for *HPCPH*, accompanying volunteers
St. Josefs Krankenhaus, Vienna	internal handbook on hospital chaplaincy: guidelines on still births, *MPKD*, handling death, statutes of clinical ethical activity; job specifications
Wilhelminenspital, Vienna	wearing a white work overall, instruction in hygienic issues
Rudolfstiftung, Vienna	oecumenical cooperation, visiting every patient, Christian chapel is open to anyone (was sanctified by the Catholic, Protestant and Orthodox representatives).
Landesklinikum Wiener Neustadt, Lower Austria	pastoral supervision of patients, relatives and staff; crisis intervention if necessary, religious rituals (sacraments), coaching volunteers, interreligious/interconfessional contacts
Landesklinikum Baden, Lower Austria	pastoral care offers help to all people in the hospital independent of their religious belief; pastoral care offers help but does not impose upon patients. pastoral care with patients and relatives; crisis intervention (terminal care, religious rituals if needed); interdisciplinary

	cooperation, participating in ethical commissions; active participation in the planning of religious spaces; teaching activity
LKH Klosterneuburg, Lower Austria	work overall desired, offer of talks, provisioning sacraments, Holy Mass; taking part in regular further education trainings
Landesklinikum Neunkirchen, Lower Austria	contract with the hospital owner
Landesklinikum Hollabrunn, Lower Austria	ascertain which rooms need to be steered clear of due to risk of infection, no fixed rules for hospital chaplaincy
Krankenhaus Oberpullendorf, Burgenland	hygienic regulations
im LKH Steiermark, Styria	visiting all patients; in the rehab facility, only patients with an appointment are visited; in both: weekly church service, no regulations for fixed cooperation with other staff/chaplains (only if needed)
LKH Rottenmann, Styria	contract between diocese (employer) and the hospital
Klinik Diakonissen Schladming (Diakoniewerk)	concept of chaplaincy, guideline for a Christian corporate culture
Hospital (unidentified)	handbook of hospital chaplaincy
Hospital (unidentified)	chaplaincy concept lays down duties and work regulations: responsibility of chaplains for specific wards, quantitative and qualitative goals, interdisciplinary teams

B) In your opinion, are these policies mostly enacted within the institution? What are your reasons for this assessment?

When asked the above question, about 85% were of the opinion that the guidelines were enacted within the hospitals. Comments on the reasons for their assessment mentioned were:

- guidelines are reasonable and closely linked to everyday work reality and therefore accepted practise
- the importance of personal spirituality and therefore importance of chaplaincy
- chaplaincy teams are motivated and are employed to comply with the guidelines
- pastoral practice exemplifies that guidelines are being enacted
- integration of chaplaincy team in the hospitals
- team leader and management ensure guidelines are enacted

Therefore, there appears to be a high correlation between state, church and hospital-specific guidelines and their practical application.

Table 5

Hospital Policies and their Application

Variable	Number of Participants	Percentage
Yes	27	84,4%
No	0	0%
No answer	5	15,6%

C) Do the hospital politics influence the representation of religion? If so, how?

The question of the influence of hospital politics on the representation of religion generated a more divided response from the chaplains, which is almost equally branched to either agreement or disagreement with an influence as such (see table below). Reasons for an influence were:

- the *Interreligiöse Meile* [interreligious mile] and lectures on ethics in clinical hospital chaplaincy at the *AKH*,
- discussions concerning the cross as a Christian symbol in patient rooms,
- various degrees of acceptance of chaplaincy in hospitals (from hospital staff, hospital board, etc.),
- acceptance of chaplains depends on their religious background (some chaplains from non-dominant religious groups are less accepted than others),
- various degrees of integration in communication processes (interdisciplinary teams, design of chapel, visible on website, official celebrations etc.),
- enabling of rooms/spaces and
- in the special cases of church-owned hospitals, spirituality is being advertised as a quality characteristic to the outside and value orientation is key.

Table 6

Influence of Hospital Politics on Religion

Variable	Number of Participants	Percentage
Yes	15	46,9%
No	16	50%
No answer	1	3,1%

D) Does the hospital impose restrictions on religious rituals and acts? If so, which religious rituals/acts are restricted and how?

On this issue, most chaplains agreed that they were no restrictions posed on religious rituals and acts (90,6%). Two chaplains (6,3%) have encountered restrictions and stated:

(1) when patients are in a critical state, chaplaincy has to recede to medical interventions. There are also a few people in managing staff who are critical of pastoral care and can marginalise it.

(2) in official opening ceremonies with political participation, religious parts are temporally being restricted.

E) In your opinion, do religious communities impact how religion is represented in hospitals? If so, in which ways?

About four fifths of the chaplains concur on an impact of religious communities on religion in hospitals. This can be seen in various ways:

- visibility of chaplaincy and religious activities in the hospital (i.e. showcases, ward notices, religious symbols)
- premises (chapels, prayer rooms, offices, etc.)
- presence and participation in various ceremonies, activities, committees
- professional exchange and cooperation with other occupational groups in the hospital
- participation in state councils (i.e. religious advisory council in Upper Austria)
- self-portrayal: the personalities, actions and spiritual presence of each chaplain, their understanding of chaplaincy, openness & inviting character, effect on patients, authenticity
- in church hospitals: religious symbols, visible in religious habit
- enabling other religious groups to practise chaplaincy

Table 7

Impact of Religious Communities on Religion in Hospitals

Variable	Number of Participants	Percentage
Yes	26	81,3%
No	4	12,5%
No answer	2	6,3%

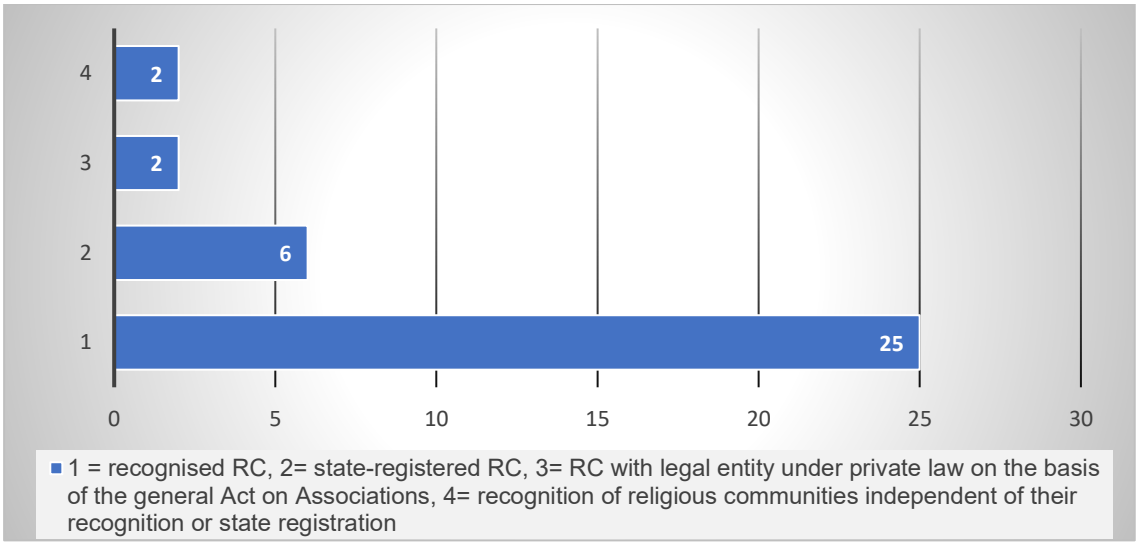
The Institution

F) Which religious communities does the public institution recognise?

In this section, the bar chart below sketches, which religious communities are recognised by the mentioned hospitals in Austria. In total, four answers could not be coded as the comments showed these chaplains either did not know or would not be able to answer the question. It demonstrates that by a great majority (71,4%), only state-recognised religious communities are recognised in hospitals. In a few cases, both registered as well as recognised communities are included as well. Only very few hospitals seem to include religious communities with legal entity under private law. However, this question generated various enquiries, showing ambiguities in this section so that the relevance of the answers is to be questioned.

Figure 11

Total Number of recognised Religious Communities

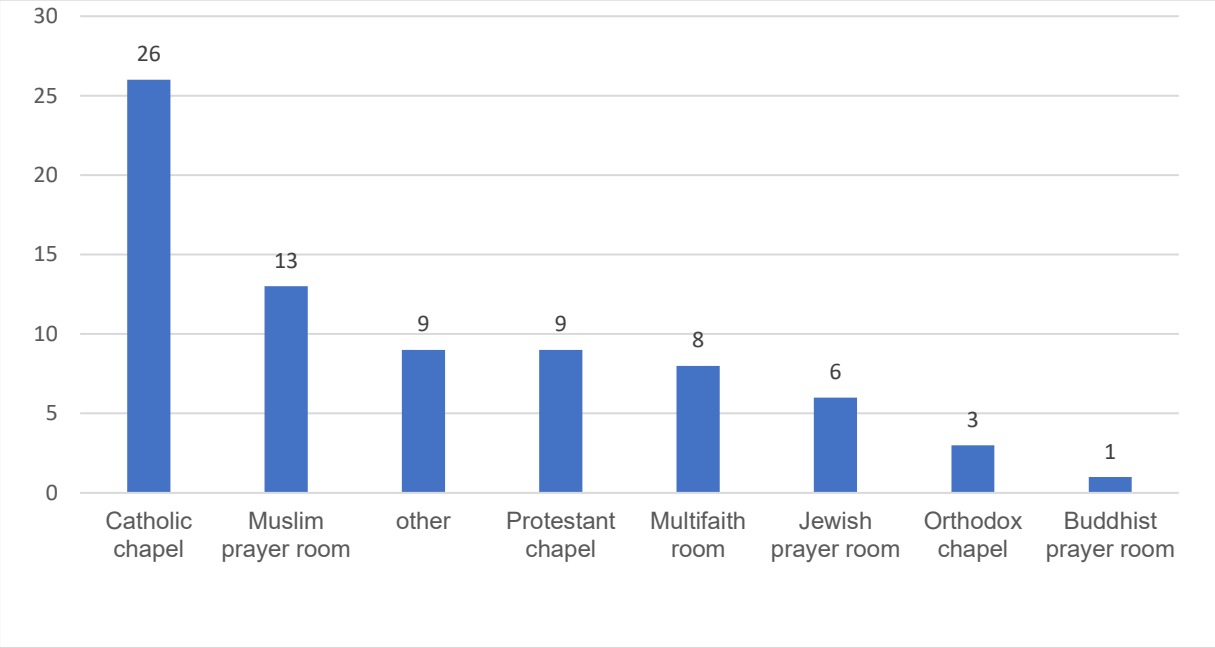


G) Which premises do/es the hospital/s offer for spiritual or religious practice?

Two fifths of hospitals only offer one room for religious or spiritual practise. The other three fifths are almost equally spilt between two designated areas (31%) and various designated areas (28%).

Figure 12

Occurrence of Religious/Spiritual Rooms (64 Total Counts)



It can be discerned from table 12 above that most often, Catholic chapels are installed in hospitals, followed by the Muslim prayer room, then the ‘‘other’’ section as well as the Protestant chapel. A breakdown of the ‘‘other’’ section shows the following religious premises: Christian chapels/prayer rooms (3), oecumenical chapel (1), bereavement rooms (1), staff meditation room functioning as Muslim prayer room (1) and an interreligious prayer room (1). Here, three counts were disregarded as two comments were explanations (Catholic chaplain: no demand for premises from other religious groups; small denomination chaplain: based in various hospitals, no use of special rooms) and there was also mention of a Muslim prayer room, so that this count was added to the statistics on Muslim prayer rooms and discounted from the ‘‘other’’ section. The multifaith rooms form 12,5% of the total counts. Two specifications were uttered here: one multifaith room is a Christian prayer room, the other a bereavement room. Not very often found in hospitals are Jewish (9,4%) or Orthodox (4,7%) chapels as well as Buddhist prayer rooms (1,6%). It needs to be kept in mind, however, that the counts can

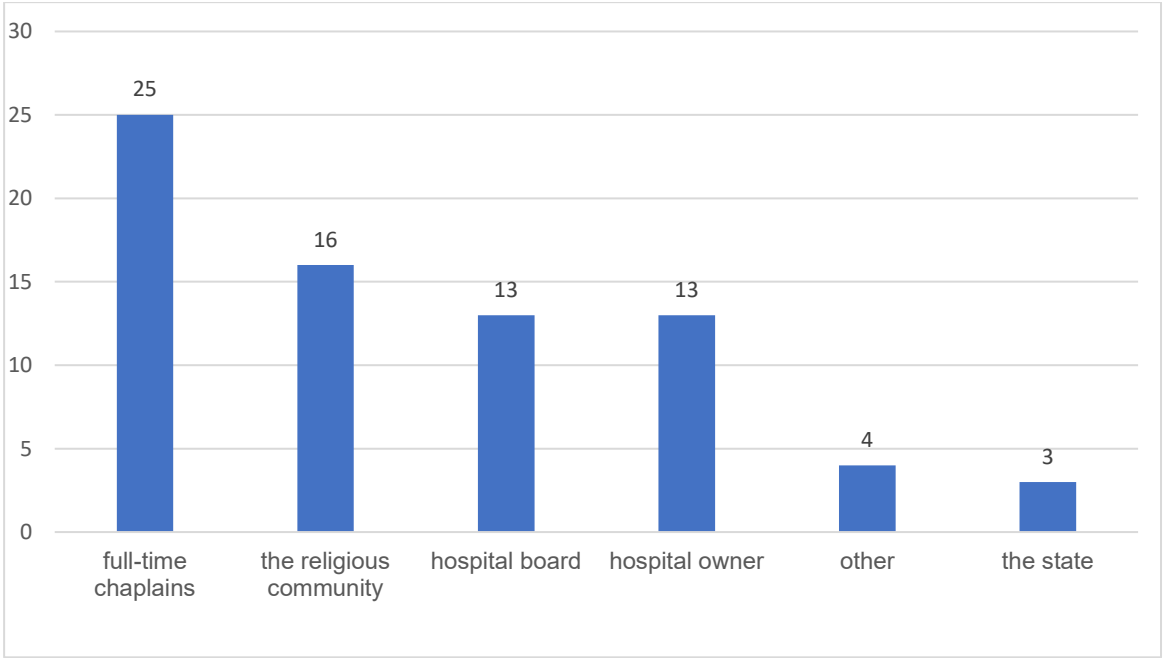
refer to the same hospitals. Nevertheless, a tendency is visible that premises are given to the traditionally established religious communities (Catholic, Christian in general), but also to the Muslim community, the latter of which somewhat reflects current societal distributions of religious affiliations.

H) Within the public institution/s, which actors regulate religion, religious spaces and religious practises?

In the hospitals mentioned by the chaplains, most of the time two or more actors are involved in regulating religion (64%), whereas in 36 percent there is only one actor involved. Concerning the type of actors, over half of all counts (55,4%) referred to full-time chaplains and the religious communities, whereas about a third (35,1%) mentioned the involvement of institution-specific parties and only 4,1% indicated the state. Therefore, a trend towards self-determined activity of chaplains and religious communities in regulating religion in hospitals can be identified. Comments in the other section also mentioned the governor, voluntary chaplains, the palliative team(s), as well as oecumenical cooperation of religious communities concerning the administration of rooms and religious content.

Figure 13

Actors regulating Religion (74 Total Counts)



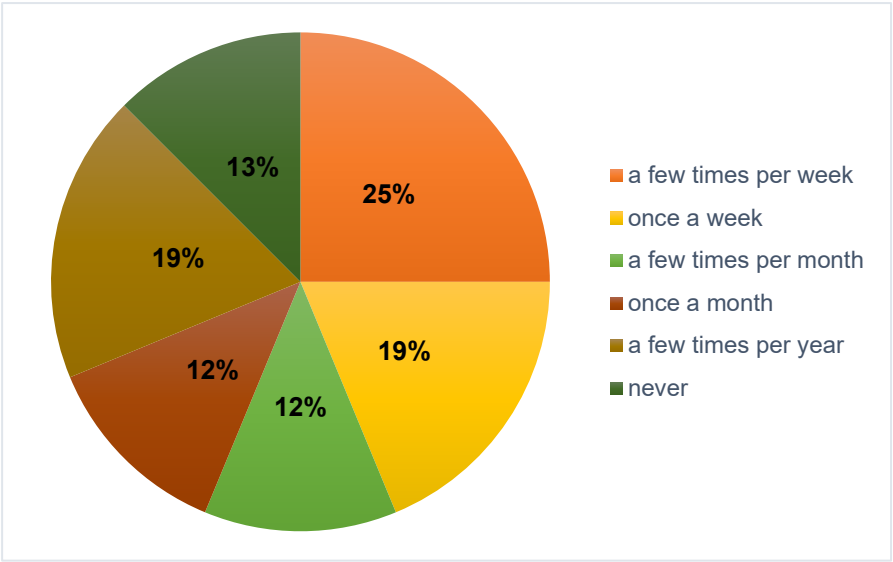
Actors and cooperation

I) Do you know any of the voluntary/full-time chaplains or interns of your own and other religious denominations in the hospital? If so, how frequently do you encounter other chaplains?

Circa three fifths of chaplains (81,3%) know other chaplains working full-time or voluntarily in hospitals, whereas the other two fifths did not know any (15,6%) or did not answer (3,1%). When it comes to encounters with other chaplains, 43,8% of the above mentioned majority chaplain population (‘‘yes, we know other chaplains’’) encountered other chaplains very often (one or various times per week), a fourth on regular intervals (one or a few times per month), almost a fifth of chaplains seldom (a few times per year) and 12,5% never.

Figure 14

Frequency of Contact to other-faith Chaplains

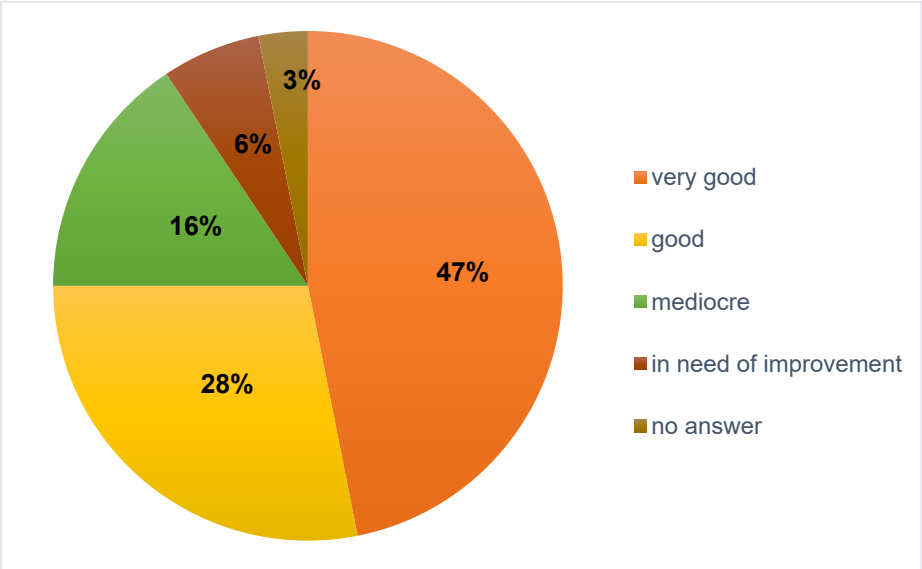


J) How do you perceive the contact with other full-time and voluntary chaplains in the hospital?

Overall, the contact to chaplains from other faiths is perceived in a positive light (75% = very good, good). About a sixth of chaplains consider it mediocre, about a tenth as in need of improvement (see figure 15).

Figure 15

Perception of Contact to other-faith Chaplains

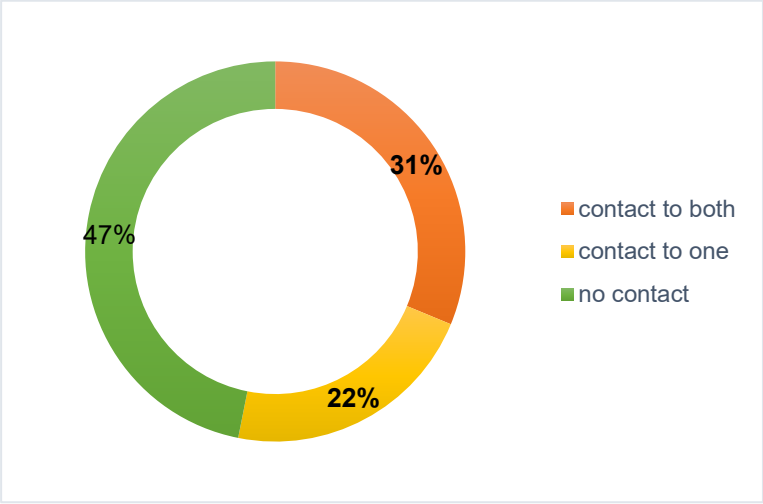


K) Are you in contact with social and psychological services?

More of half the chaplains of the questionnaire population (53,1%) are in contact with at least one or both social and psychological services, whereas the others (46,8%) are not. When contact to one of the services was chosen, the remarks show the following allocations: psychological services (2 times), discharge management as part of social services (1 time) as well as contact to the social psychiatry, which is not totally identical to psychological services.

Figure 16

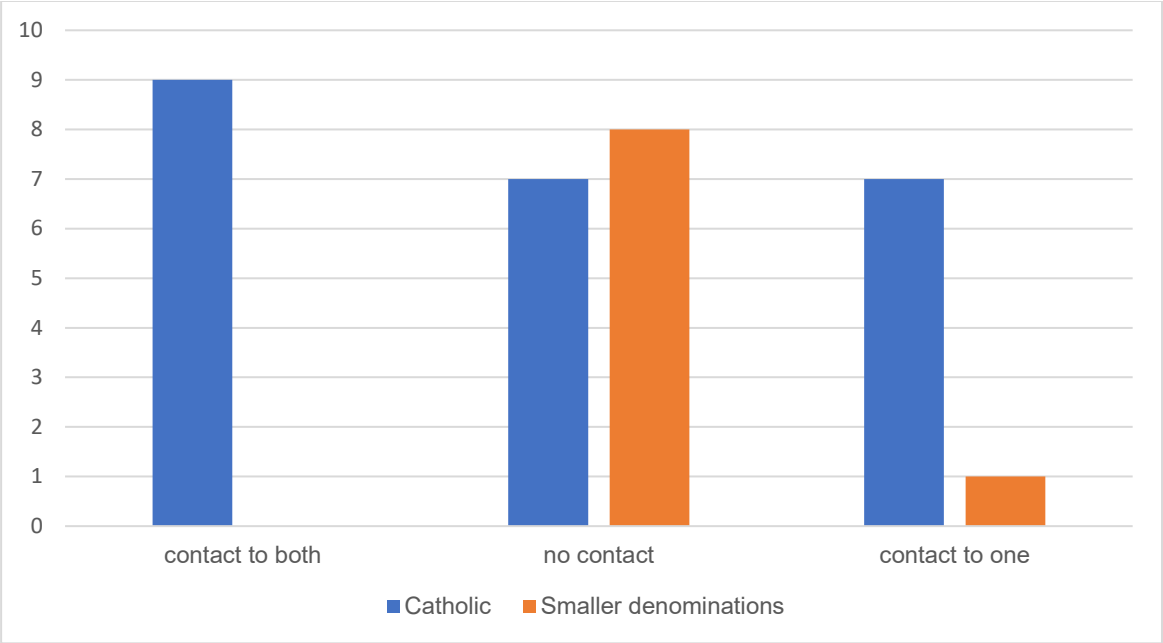
Contact to Social/Psychological Services



Within the study population, mostly Catholic chaplains are shown to be in contact with both or social and psychological services or one of the two (16 out of 23 = 69,6%). Contrastingly, only one chaplain from a smaller denomination (Orthodox) indicated contact to psychological services when needed, the other eight people in this group (out of 9 = 88,9%) are not affiliated with either social or psychological services.

Figure 17

Breakdown of Chaplains' Contact to Social/Psychological Services

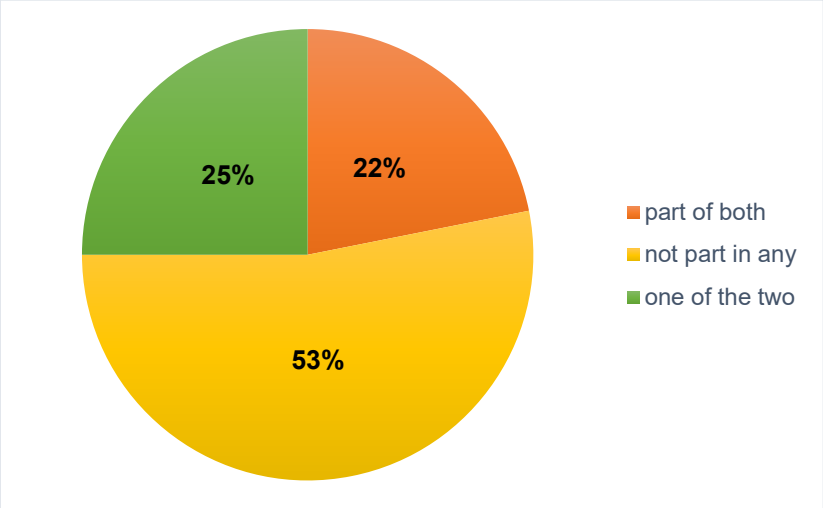


L) Are you part of interfaith or interdisciplinary panels within the hospital and if so, which parties are involved and how often do they take place?

More than half of the chaplains do not participate in either interdisciplinary or interfaith committees, whereas the other half is almost evenly split concerning the attendance in either one or both committees. The comments of those participants who are part of one panel reveal they mostly refer to interdisciplinary ones. Other chaplains remarked that interreligious contacts happened only selectively or that the chaplaincy team was the only interreligious panel in the hospital (oecumenical). Another specified that their team were the initiators of panels and therefore also integrate other personnel themselves.

Figure 18

Interfaith/Interdisciplinary Committees



The following table lists the various panels mentioned by the chaplains, the parties involved and how often they take part. Except for three, these meetings are interdisciplinary and include staff from various sectors – mentioned here were (specialised) doctors, nursing staff, ward physicians, dietologists, emergency assistance personnel, therapists (play, music, physio, ergo), administration, discharge management, social services, social workers, psychologists, the hospice society and the nursing home director. Most of the time lapses are unknown, the few mentioned usually happen frequently, however, they do not paint a clear picture of the actual meeting situation. Some chaplains only mentioned which teams they were part of but did not include the participants or timings. These were: palliative team meeting (3 times), clinical ethics committee, daily briefing and an interdisciplinary meeting (all mentioned once).

Table 8

List of Interfaith/Interdisciplinary Committees

Committee	Parties involved	Frequency
Ökuteam	Christian Churches	every three months
Psycho-social meeting	ward physician, station management, psychological services, social services, hospital chaplains, music therapist, play therapist, resident school	
Interdisciplinary meeting	doctors, chaplains, psychotherapists, dietologist, physiotherapist, social services, nursing staff, hospice society	weekly
Interdisciplinary team	nursing staff, doctors, chaplains	infrequently
Interreligious team	Christian and Muslim chaplains	sometimes weekly
1) Interreligious team 2) Interdisciplinary team	1) meeting of chaplains from all the present denominations 2) chaplains, doctors, carers, administrators	
Interdisciplinary team	doctors, social worker, psychologists, graduate and staff nurses	Once every month
1) MPKD (Multiprofessional palliative conciliar services) 2) KEK (clinical ethics committee) 3) Daily briefing 4) Ward round meeting	1) specialised doctors, nursing staff, psychologists, psychotherapists, chaplains, dietologist, physiotherapy, discharge management 2) doctors, nursing staff, chaplains, ergo therapists, discharge management 3) doctors, nursing staff, chaplains, psychologists 4) doctors, nursing staff, physiotherapy, psychology, chaplains, emergency assistance personnel	 daily
Interdisciplinary meeting	director of nursing home, doctors, nursing staff, chaplains, therapists (ergo, physio) and others	

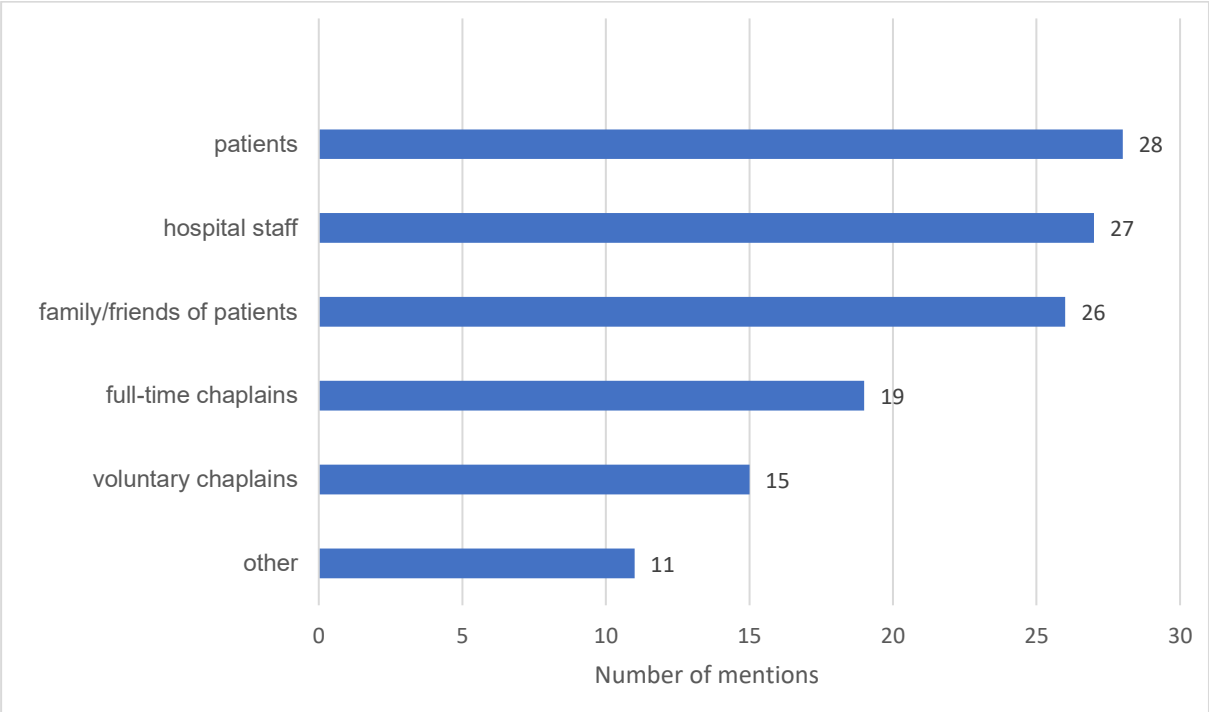
Chaplaincy

M) How are you informed about patients needing your help?

Chaplains are mostly informed about patients in need from patients themselves, hospital staff, or family and friends of patients, all of which were mentioned by about one fifth of chaplains. Less important were other chaplains as a source of information (full-time chaplains 15,1%, voluntary chaplains 11,9%). Two chaplains further designated that they were informed though Christian full-time chaplains.

Figure 19

Information on Patients in Need of Chaplaincy received from...



In the ‘‘other’’ section, chaplains remarked various other methods of getting information about patients in need. Except for one comment (often not informed at all), they can be grouped into two sections:

Table 9

Information Transfer (Divided by Channels)

‘‘intra-hospital’’ channels:	**‘‘intra-church’’ channels:**
- supervisor - SAP (=healthcare software programme) - admittance - list of patients of one’s religious community received from the hospital - every patient is being visited - other patients (not often)	- from one’s own parish (2x) - parish area - responsible authority of the religious community in other Austrian federal states - chaplains from other hospitals

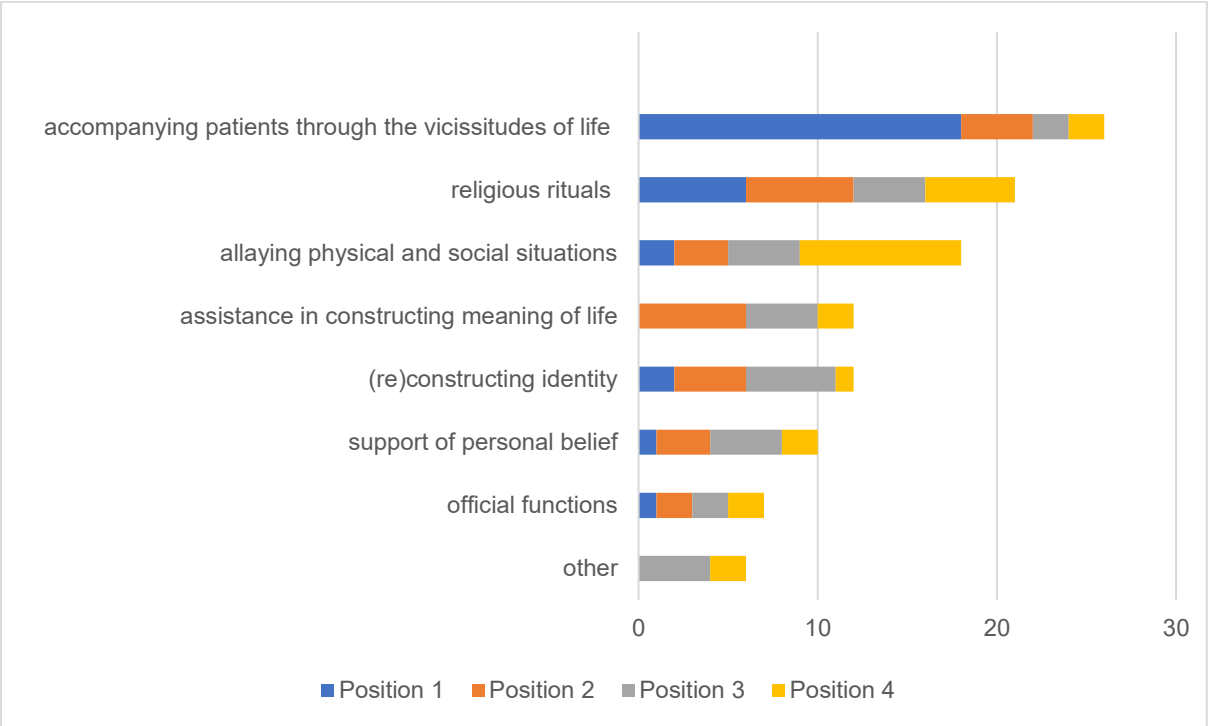
N) In your experience, what are the reasons patients make use of chaplaincy?

In the ranking of patients’ reasons for chaplaincy, it becomes apparent that a majority of chaplains have assigned ‘‘accompanying people through vicissitudes of life’’ as most important reason overall (58,1%). In position two, the highest ranked reasons are ‘‘assistance on constructing meaning of life’’ as well as ‘‘official functions’’. In position

three, ‘‘(re)constructing identity in light of current circumstances’’ is rated as principal motive, closely followed by various others (numbers 2, 3, 5, 7 and 8, all with four counts). Lastly, nine out of 25 data sets rank ‘‘allaying physical and social situations’’ topmost reason in position four (36%).

Figure 20

Ranking of Reasons for Chaplaincy



O) Do you also provide spiritual care to patients of other religious denominations? If so, how frequently do patients of other religions ask for spiritual care?

Table 10 illustrates that most of the chaplains in the questionnaire study also provide spiritual care to patients of other religious denominations. Except for one Catholic participant, the data set ‘‘No’’ exclusively consists of smaller denominational chaplains (Orthodox, Jehovah’s Witnesses, Jewish, Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints). A few of the chaplains from smaller denominations (11,1% = Jewish, Church of the Seventh-Day Adventists, Baptist), however, also provide spiritual care to patients from other religious denominations.

Table 10

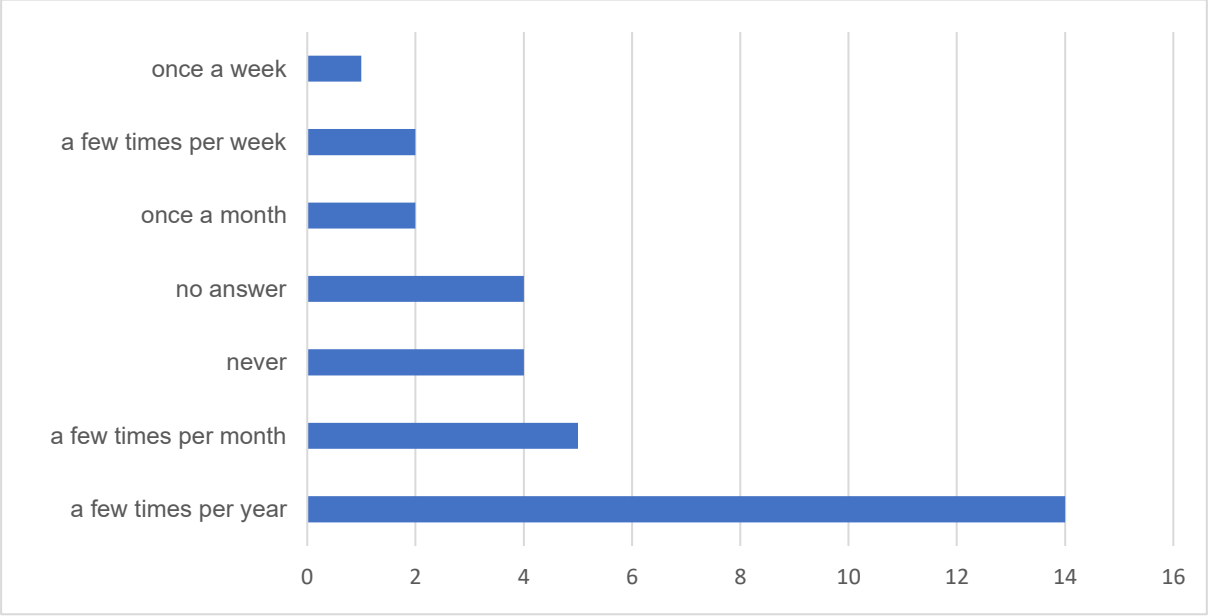
Chaplaincy with other-faith Patients

Variable	Number of Participants	Percentage
Yes	27	84,4%
No	5	15,6%

About half of the chaplains who provide spiritual care to other faith patients (51,9%), do so very infrequently a few times per year. Whereas a quarter of those chaplains care for patients of other faiths once or a few times per month and only 11,1% are involved once or various times per week. The responses ‘‘no answer’’ and ‘‘never’’ in this section correlate with the chaplains who specified in the previous question that they were not providing spiritual care to other religious denominations (+3 others).

Figure 21

Frequency of Chaplaincy with other-faith Patients



P) How does spiritual care with patients of other denominations look like? Which duties/functions are most common when you talk to patients of other religious communities?

This section includes explanations of chaplains on how they approach spiritual care with patients of other faiths. Five people did not answer or remarked they did not have enough opportunities to respond to this question. Four of these correlate with those

chaplains who do not provide spiritual care to patients of other faiths, the other one gave a general remark of how they would approach this situation. Within the remaining data set, three main themes can be recognised, which are:

1) openness, respect, on a level playing field
2) it's about the person and their needs, their current situation is important
3) chaplaincy is irrespective of religious denominations

These three themes were mentioned by 63,0 percent of the remaining chaplaincy population, mostly in conjunction. These motifs were also coded when they were paraphrased, such as in: ''Patienten sprechen von ihrem Glauben, wie es ihnen geht usw.'' (C26, Roman-Catholic). The other recurring topics and approaches remarked upon can be found in the following list:

Table 11

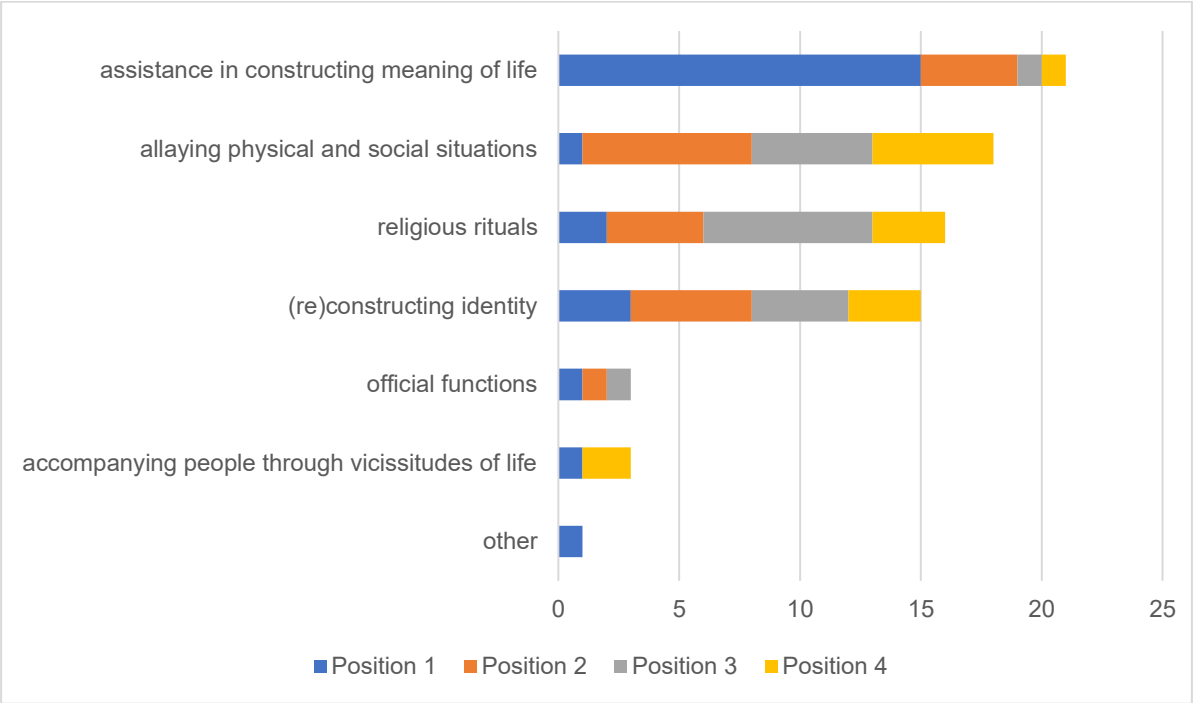
Approaches to Spiritual Care with other-faith Patients

- Differences/Similarities of religions (5) - There is no (big) difference of approaching spiritual care with other-faith patients (3) - Encounter mostly when correspondence with other faith chaplains is necessary (3) - Religious topics are only cautiously talked about or are avoided (2) - Religion of patients is irrelevant and not asked for as all patients are visited (2)

When concerned with aligning the duties in caring for patients of other faiths, three fourths of chaplains answered this question. Of the missing answers, again, a correlation was found with four of the five chaplains who do not cater to patients of other faiths (same as in the question before). The graph below clearly illustrates that ''assistance in constructing meaning of life'' is considered the foremost duty overall (62,5%). In position two, the most selected role with a third of the indications is ''allaying physical and social situations''. Further, religious rituals (38,9%) and again ''allaying physical and social situations'' (35,7%) are considered third and fourth most performed function, however only by a small margin.

Figure 22

Ranking of Duties with other-faith Patients

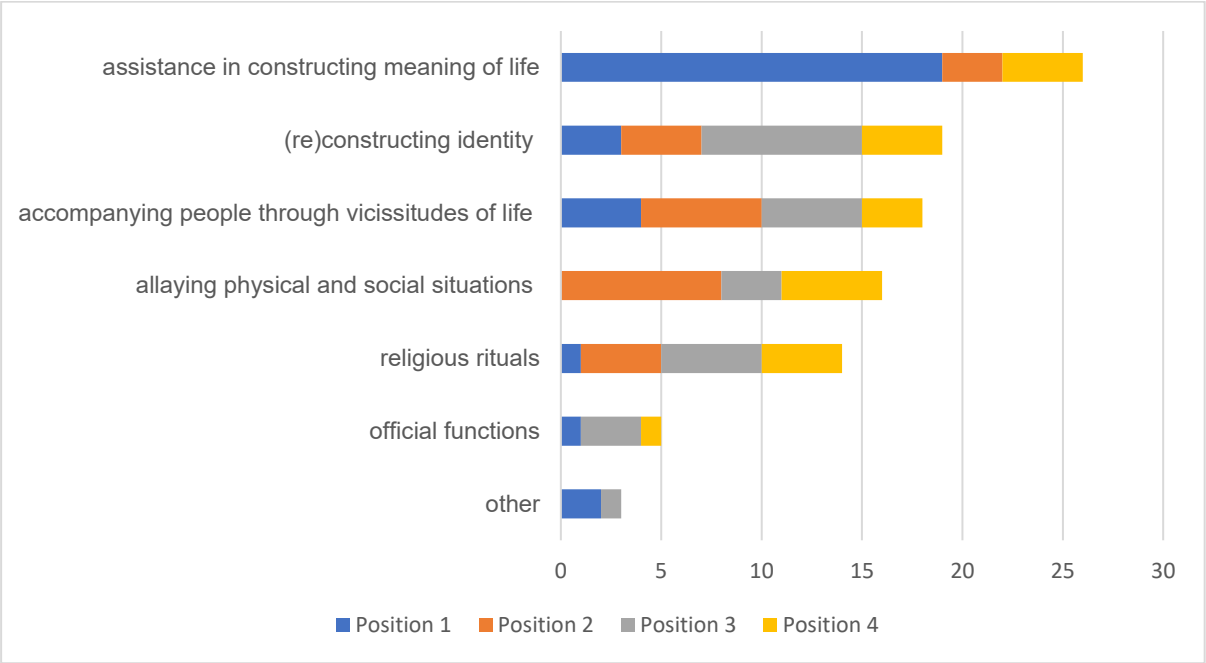


Q) Which duties/functions are most common in spiritual care with patients of your own faith?

Concerning duties of chaplains with patients from their own faith (30 data sets), a high complementation can be found with the data found in P (duties with patients of other faiths). In this case, position one is also dominated by the function ‘‘assistance in constructing meaning of life’’ (63,3% compared to 62,5% in the previous data set). The same is true for position two and position four, where ‘‘allaying physical and social situations’’ is also the most selected role (2= 32% vs 33,3% and 4= 23,8% vs. 35,7%), however by a smaller margin in position four. The only significant difference occurs in position three, which is prevailed by ‘‘(re)constructing identity’’ (32%).

Figure 23

Ranking of Duties with Patients of one's own Faith



R) Have you encountered reservations concerning your own occupational practice from patients of other religious groups? If so, which reasons are mentioned?

Two thirds of chaplains in the data set have never encountered reservations against their own occupational practice from patients of other religious groups, whereas about one third has.

Table 12

Reservations against Chaplaincy Practise

Variable	Number of Participants	Percentage
Yes	10	31,3%
No	22	68,9%

Out of the ten chaplains who supplied information on reasons of reservations against chaplaincy, two answers were further explanations why reservations had not been encountered: C2 describes that they had not been informed about any reservations so far, C7 that they rather experienced ignorant patients who did not know that this kind of spiritual care existed for all religious communities. Therefore, those are not included in the statistics below. The pie chart underneath highlights the ‘‘other’’ function as most common. This is closely followed by the reason of missionary activity. The impossibility

of pastoral secrecy as well as the inability to execute religious rituals appropriately were insignificant compared to the previous two reasons. The comments in the ‘‘other’’ section, however, were very varied (table 13 below) so that missionary activity can be considered the most important reason for reservations.

Figure 24

Reasons for Reservations (Double Codings, 11 Data Sets)

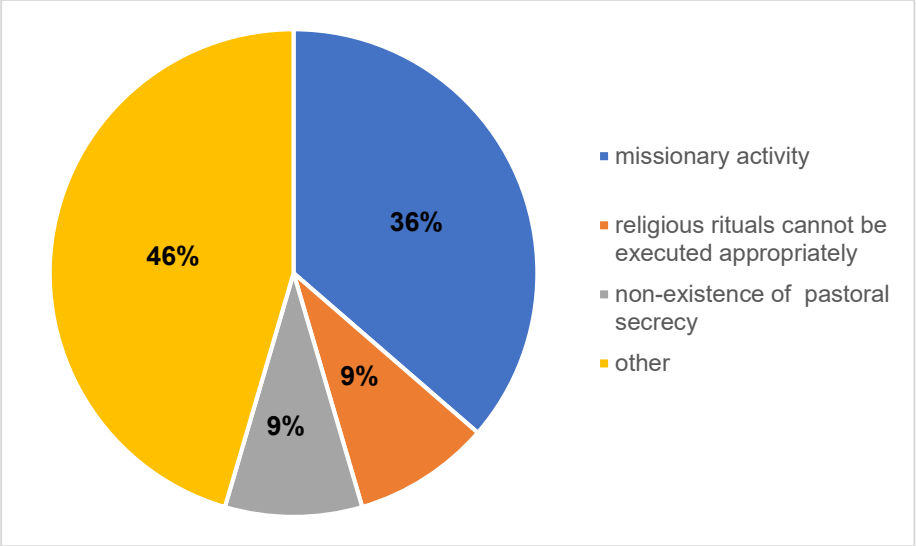


Table 13

Reasons for Reservations ("Other" Section)

- the language barrier (2x), - atheists and people who have withdrawn from their church membership often decline chaplaincy (2x), - low standards of education, - reasons are not mentioned, - testing knowledge of faith (seldom), - not enough trust in the effects of spiritual care, - injuries, - irritating, - insecurities, - needing rest

4.2. Qualitative Data

4.2.1. Chaplaincy Interviews

In the qualitative data set, 13 codes were found in total. These were again subsumed under three main categories, portrayed in table 14:

Table 14

Qualitative Categories

Main categories	Sub-categories
1) chaplaincy as a system	- development and organisation of hospital chaplaincy - standards of hospital chaplaincy - interdisciplinary cooperation - interreligious cooperation - differences in minor and major faith religious communities - future development of chaplaincy and religious communities
2) chaplaincy profession	- workplace - understanding and personal goal of chaplaincy - tasks - chaplaincy conversations - professional struggles
3) the hospital	- hospital guidelines - premises

1) Chaplaincy as a System

Development and Organisation of Hospital Chaplaincy

This sub-category describes an important factor in the analysis as it has been coded most often and has been found in each of the ten expert interviews. The code was catalogued when interviewees described how their practise in hospital chaplaincy came to existence and how it is structured (when, how often, who participates, distribution, which patients are visited, etc.).

For smaller denominations, three ways could be found by which hospital chaplaincy was established. In the first case, the analysis paints a picture of informal contact to other chaplains leading to more formalised structures in hospital chaplaincy (for Orthodox, Jewish and Buddhist chaplains). For two chaplains (Jewish and Buddhist), this informal contact was established through an occupation at the hospital. The second way is connected to structures and information channels within religious communities (Jehovah's Witnesses, Seventh-Day Adventists, Church of Jesus Christ of Latter-Day

Saints). In one case, hospital chaplaincy developed due to the own stay at a hospital (Baptist). Concerning the bigger religious groups, the Catholic as well as the Protestant interviewees are full-time hospital chaplains, the Islamic chaplain decided to go into the field as she saw the need for hospital chaplaincy and wanted to enable people receive professional help.

The organisational structures of hospital chaplaincies will be delineated in the following table. Their examination leads to a crucial distinction between voluntary and full-time chaplains. The Catholic and Protestant chaplains are the only ones working full-time. The Muslim chaplain works full-time but is not paid for her work. Three chaplains (Orthodox, Seventh-Day Adventist, Mormons) do hospital chaplaincy as part of their pastoral workload. The others work voluntarily and only visit hospitals on request. Except for the Catholic chaplain, only patients from one's own denomination are visited. Usually, chaplaincy is inclusive of relatives and friends of patients as well.

Table 15

Organisation and Patient Population of Religious Communities

Buddhist: - established about six years ago as part of the *Mobiles Hospiz* [mobile hospice], a sub-organisation of the Buddhist religious community. - original goals: accompanying Buddhists when they are ill; representation of various traditions; - today: 2 voluntary chaplains - web-presence; flyer describing duties *patients:* persons interested in the religion (i.e. through illness); mostly not practising Buddhists
Greek-Orthodox: - oversees chaplaincy for all Orthodox patients and distributes patients to responsible chaplains or visits patients himself - contacted through phone number found on ward poster at the AKH - sick prayer (1x week): responsibility split between Greek-, Russian-, Rumanian- and Serbian-Orthodox chaplains - all voluntary chaplains receive a chaplaincy identification card, which is organised by the Catholic chaplains at the AKH. These chaplains also need to be affirmed by their own churches. *patients:* 1) parishioners from the Greek-Orthodox church; 2) Orthodox patients: main target audience are patients from Greece, who come to Vienna for a lung transplant; 3) Chaplaincy request usually come from Serbian patients

Catholic:
- full-time position
- works in a team of 5 Catholic chaplains
- has a focal ward

patients: all patients, except Protestants (catered to by the voluntary Protestant): mostly atheists but also a big Catholic population as it is a private religious hospital; few patients of smaller denominations: out of the non-Christian religious groups, Muslims are encountered most often. Noticeable differences between Christian and non-Christian patients, i.e. in expressing shock, mourning and social groups, traced back to cultural, not religious differences.

Jehovah's Witnesses:
- works voluntarily at regular intervals (about 3x per week)
- about 15 voluntary chaplains in Vienna, to whom he has good connections.
- information on patients through intra-church channels and lists of patients at the hospital.

patients: parishioners from the Austrian counties

Baptist:
- chaplaincy identification card
- only available on request through phone number provided on the noticeboard at the hospital.

patients: Mostly people from her own parish, sometimes other Baptist municipalities in Vienna

Jewish:
- visit patients only by request (informed by other chaplains, external sources, lists)
- brochure available to patients with information on chaplaincy services and contact numbers

patients: 1) known parishioners; 2) unknown patients; Most patients do not need much help as the family usually takes over most responsibilities. Patients are usually those without families (close-by)

Seventh-Day Adventist:
- no full-time hospital chaplains in Austria
- church system of *Laiendiakonie* [laymen welfare]: usually deacons are responsible for specific persons, also when they are ill.
- pastor only visits patients with more severe injuries.
- practice at intervals (15-30 x per year)

patients: parishioners, their guests and friends, relatives of patients (usually existent relationship with the patients)

Mormon Church:
- church care service known as ministering brothers and sisters, where boys from 14-years old visit specific families in all life situations, including times of illness.
- family services: can be contacted when questions concerning special situations arise
- no profession of a hospital chaplain as it goes against their understanding of a separation of profession and clerical service.

patients: Church members and their relatives

Protestant: - full-time position - responsible for focal ward - spiritual care concept with an Islamic and Catholic chaplain. *patients:* all Protestant patients in the AKH (about 55 a day). Children are not registered on lists and are visited as part of a spiritual care concept. Here, the main target group are parents.
Islam: - voluntary chaplain (mon-fri) - works with lists of patients - organised by a main establishment [the IGGiÖ], but dependent on the legal regulations of each county. Each county has a coordinator - AKH as centre of hospital chaplaincy activity - new volunteers: integrated into chaplaincy system after having completed the educational course *patients:* Muslim patients and their families from a variety of cultural and linguistic backgrounds

Standards of Hospital Chaplaincy and Personal Education of Chaplains

The standards refer to the educational bases for hospital chaplaincy that are set forth by the religious communities. These are very varied in the interview data set: 10 percent do not have any fixed standards for hospital chaplaincy, 50 percent have to fulfil one standard, which mostly refer to a (hospital) chaplaincy course. The other 40 percent are equally split between fulfilling two standards (as part of the pastoral workload) or four standards, the latter of which refers to the two full-time chaplains. This means that 60 percent in total have to complete a relevant (hospital) chaplaincy course training. Nevertheless, the personal education of the interviewed chaplains usually displays a greater diversity than the standards alone (listed in the *extra* section).

Table 16

Standards of Religious Communities

Religious community	Theological education	(hospital) chaplaincy training	Further education	Supervision/ peer-consultation
Buddhist		✓		
Greek-Orthodox		✓		
Catholic	✓	✓	✓	✓
Jehovah's Witnesses				✓
Baptist		✓		
Jewish				
Seventh-Day Adventist	✓			✓
Mormons	✓			✓
Protestant	✓	✓	✓	✓
Islam	✓			

Table 17

Educational Standards of Communities and individual Chaplains

Buddhist:

- ✓ apprenticeship: *Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung* [supervision of life, death and mourning]
- ✓ optional further educational trainings by their own and other religious communities
- ✓ possibility of receiving supervision or peer consultation
- ✓ need to be practising Buddhists

extra: voluntary and confession-independent terminal care service at the AKH (palliative ward); workshops or conferences with other chaplains

Orthodox Church:

- ✓ new volunteers are sent to the clinical chaplaincy course
- ✓ non-formalised supervision: supervising chaplain functions as contact person for all Orthodox voluntary chaplains; The chaplain himself can contact his personal clerical companion and the Bishop

extra: doctorate in Catholic theology, priest in the Greek-Orthodox church, voluntary hospital chaplain since 2016; full-time job at the University of Vienna, teaches at the hospital chaplaincy course (KSA); lectures/panel discussions on hospital chaplaincy

Catholic Church:

- ✓ studies in theology

- ✓ a few years of pastoral practice
- ✓ clinical chaplaincy course
- ✓ supervision
- ✓ partaking in *Conveniat* (minimum of two times a year)
- ✓ min. participation in four workshops a year (topics are chosen by chaplains)
- ✓ optional offers in further education from the church, the diocese or the hospital.
- ✓ various further educational trainings (esp. conferences on ethics); two-year training

extra: course on world religions, one-year course on psychiatric chaplaincy; now: training course with *Trauma Pastoral* in Germany

Jehovah's Witnesses:
- ✓ supervision for all chaplains (2x year)
- ✓ optional: take part in further educational courses (i.e at the hospital)
- ✓ non-formalised system of peer-consultation

extra: training in bible studies at the religious masses (2-3 times a week); personal education in specialist literature, further educational courses at the hospital

Baptists:
- ✓ laymen chaplaincy course offered by the Free Churches
- ✓ supervision is not mandatory but *CLS*[16]- educated supervisors can be contacted.

extra: helps organise the laymen chaplaincy course

Jewish:
- ✓ no standards such as an educational course, supervision or peer consultation available due to the small size of the church

extra: 1) worked at the medical university and the AKH (medical training); Both: personal education through literature and conferences, 2) in-depth interest and knowledge in Jewish medical ethics, participated in conferences and expert talks

Seventh-Day Adventist:
- ✓ pastoral education requires studies in theology (including 2 courses on chaplaincy, 3 months each) + 2 years practical experience
- ✓ supervision (1x per year), as mentor 2x per year

extra: mentored two theology students

Mormons:
- ✓ system of *Aaronic Priesthood* is organised as councils, whose duty it is to educate. From 14-years onwards, boys and girls shadow a mentor (in-service training). The training focuses on the practical aspects of doing (how to listen, etc).
- ✓ peer-consultation every two weeks
- ✓ optional further education courses

extra: personal education on illnesses

Protestant:
- ✓ studies in theology
- ✓ vicariate
- ✓ clinical chaplaincy course
- ✓ monthly church briefing
- ✓ supervision (1x per month)

[16] https://www.cls-austria.at/ (last accessed on 30th Nov 19).

- ✓ for interns: need to do a foundational seminar, follow their mentors, peer-consultation/supervision

extra: was trained by other chaplains at the AKH once a week during her vicariate; spent half of pastoral candidate year at the AKH; 2 years as part of meeting of hospital chaplains on children's wards; various further education programmes

Islamic religious community:
- ✓ hospital chaplaincy course (certificate): based on the Protestant and Catholic chaplaincy course and is continually being updated in exchange with the feedback from practising chaplains.
- ✓ non-formalised peer-consultation
- ✓ optional further education courses at the hospital

extra: further training courses at the hospital

The subsequent figures and table delineate the four existent apprenticeships mentioned by the chaplains and their content. The comparison of the four courses show numerous discrepancies, especially considering the prerequisites and the content. Most requirements need to be fulfilled for the clinical chaplaincy course, which necessitates a solid theological background (studies in theology) as well as practical experiences in a chaplaincy field. Muslim chaplains also have to have completed a basic course in chaplaincy. The other two courses do not require any qualifications. The Buddhist course only requires personal qualities. Concerning the content, one of the courses is specialised on hospital care (Muslim), the clinical chaplaincy course and the laymen course offered by the Free Churches are concerning chaplaincy in general, the Buddhist course focuses on life situations. The clinical chaplaincy course as well as the Buddhist course both expect their participants to complete chaplaincy practise, whereas the other two do not. However, practical experience and reflection in the amount of 150 hours is required for the Muslim chaplaincy course that needs to be completed before the hospital chaplaincy course. Both of the former mentioned courses concentrate on self-reflection and perception. The Free Church modules mostly address biblical or belief issues as well as clinical pictures; the Muslim training course serves as an introduction to various topics. Clinical pictures are also dealt with in the Buddhist course. Except for the Free Church course, all other three courses cover ethical issues. The only curriculum comprising a multireligious perspective is the Buddhist course.

Courses:

1: Muslim[17]: *Zertifikatskurs – Fachgebiet Spitalseelsorge* [certificate course – specialist area hospital chaplaincy]

2: Catholic/Protestant[18]: *Klinische Seelsorgeausbildung* [clinical chaplaincy course]

3: Free Churches in Austria[19]: *Laienseelsorge -Schulung* [laymen chaplaincy course]

4: Buddhism[20]: *Einführung in die Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung* [introduction to the supervision of life, death and mourning]

Table 18

Hard Facts on Educational Courses

1) 15 *ECTS*	2) 12 weeks (2x6-week courses), 216 hours of group work, 126 hours of chaplaincy practise, 90 hours of personal work, 12 supervision sessions à 50 minutes
3) 9 weekend courses	4) 13 evenings, 5 weekends, 130 hours of teaching à 45 minutes, peer group meetings, 40 hours of mandatory practical experience

Table 19

Prerequisites for Educational Courses

1: completed certificate course on basics of Muslim chaplaincy, or, completion of postgraduate course on ‘‘Muslims in Europe’’. If this course is not completed, evidence of 30 ECTS has to be submitted 2: studies in theology/theological course; current employment in a chaplaincy-related field; clarifying with employer if one can take part in the course; continuous participation; mental resilience; willing to deal with one’s own personality and development; willing to reflect on chaplaincy practice 3: - 4: mentally stable; open to new things

[17] https://www.postgraduatecenter.at/fileadmin/user_upload/pgc/1_Weiterbildungsprogramme/Muslime_in_Europa/Downloads/Genehmigter_Antrag_SA_ZKMIE_final_201705.pdf (last accessed on 28th Nov 19).
[18] http://www.klinische-seelsorgeausbildung.at/institution/9900/information (last accessed on 28th Nov 19).
[19] https://www.praxis-karin-ebert.de/themeninhalte/laienseelsorge-schulung/ (last accessed on 28th Nov 19).
[20] https://www.hospiz-oebr.at/mitarbeit/; https://www.hospiz-oebr.at/lehrgang-24/ (last accessed on 28th Nov 19).

Table 20

Modules of Educational Courses

Islam: certificate course – specialist area hospital chaplaincy	**Catholic/Protestant: clinical chaplaincy course**
1) dimensions of Muslim hospital chaplaincy: in-depth introduction to hospital chaplaincy, especially considering practical aspects 2) theology of Muslim hospital chaplaincy: reflection and development of theological basics in hospital chaplaincy 3) examples of Muslim hospital chaplaincy in Europe: introduction to European practise 4) applied Muslim ethics: reflection of bio- and medical ethics from a Muslim viewpoint 5) family and illness: Muslim family foundation	1) theological and spiritual competence: spiritual traditions, experiences in belief and their interpretation, dealing with the fragmentary nature of one's own life, developing, presenting and justifying one's own chaplaincy concept 2) competence in encounters: tenor in negotiation, practising active listening, recognising power and relationship connections, noticing one's own feelings, demarcation, emotional, social and cultural history and its communication 3) systemic competence: premises and subjects of pastoral agency; seeing, thinking and acting roles, functions and positions; understanding dynamics of structures and organisations; identity (men, women), ethical questions

Free Churches in Austria: laymen chaplaincy course	**Buddhism: introduction to the supervision of life, death and mourning**
1) basics of chaplaincy: what is chaplaincy, characteristics of a chaplain, boundaries and frame conditions, healing the relationship with God, distorted self-perception, old person – new person 2) Basics of chaplaincy II: five cornerstones of every chaplaincy, forgiveness, the seven phases of the chaplaincy talk, situation analysis, model dialogue 3) System of the old self: creation and sin, world views, area of conflict: old person – new person, gratitude as lifestyle, negative attitudes 4) family systems, boundaries: boundaries and demarcation, family systems, shame, ''shame-fear'', treating ''shame-fear'', rehearsing new boundaries, excurses on various parasitic images, 5) anxiety disorder: What is fear?, normal fear – pathological fear, fear and the body, impact of fear, cause and reasons for fears, possibilities of reacting to fear, coping with fear in counselling, help for counsellors 6) identity, sexuality, marriage (in a biblical sense)	1) self-awareness: where do I come from?, what drives me?, boundaries, I experience myself in you, circle of life 2) negotiation and role play 3) knowledge transfer: Christian, Buddhist, Jewish and Muslim understandings of death/end of life; ethics, dementia, burial, legal aspects, pain therapy and palliative care, children/teenager with terminal illness, relatives as focus of hospice work 4) practical exercises concerning custodial basic rules

7) crises and crisis intervention: crises and cause of crises, crisis intervention, supervising crises in everyday parish situations 8) Depression and prevention 9) mental illnesses, prayer: overview of frequent mental illnesses, prayer in chaplaincy	

Interreligious Cooperation

This code subsumes joint projects, lectures, conferences, concepts or educational programmes of numerous religious communities as well as the attitudes chaplains have expressed concerning interreligious cooperation. The chaplaincy interviewee population is almost spilt in this regard: 60 percent possess interreligious contacts, the other 40 percent do not. Interfaith contacts are usually on an informal basis and not formally structured - they are also person-dependent. For some smaller religious denominations, these contacts are connected to practical issues, such as receiving identification cards or information on patients through other-faith chaplains. These issues can be delineated from table 21 as well as the assessment of these forms of contact as follows: Often, problems are reported by the chaplains. For example, the Buddhist chaplain recounts that possibilities for interreligious connections are very much hindered by her voluntary working conditions as both Buddhist chaplains in Vienna have a full-time job and family. Therefore, the main issue is timing, as meetings with other chaplains only take place during the working hours of full-time chaplains. She describes the work with other chaplains as a cooperation, however not a combination. It is a construct which is dependent on specific persons and therefore an instable and non-affixed structure. The Greek-Orthodox as well as the Seventh-Day Adventist both depict difficulties of timings as they hold a full-time job and cater to various hospitals. The Catholic chaplain illustrates the difficulty to reach other-faith chaplains or if reached, they do not always come to visit the patients. The Baptist chaplain also recounts the problematic issue of finding other-faith chaplains who are open to design interreligious parts of their educational programme. The Jehovah's Witness on the other hand, describes that interconfessionalism is not aimed for due to significant differences in doctrines. Nevertheless, he will greet and would be open to chat with chaplains if encountered. The Jewish, Muslim and Protestant chaplains describe positive and regular contacts to other-faith chaplains: so far, everyone was always willing to share or offer structural

help (i.e. rooms, contact person) and commence an interreligious dialogue (Muslim). Interreligious collaborations have formed due to an informal meeting, which makes it easy to contact someone if patients ask for spiritual care in their own religious traditions. The *interreligious mile* is seen as a showcase project and is often visited by educational programmes, chaplains or prominent persons from churches. There is also a spiritual care project at the AKH. Hereby, the Protestant, Catholic and Muslim chaplains visit the staging posts in the wards to find out about chaplaincy needs and then network depending on which religion is asked for. They are working on an official concept (Protestant).

Table 21

Interfaith Cooperation

RC	With whom?	In which form?
Buddhist	interfaith	workshops and conferences at the *Kardinal König Haus* [cardinal king house]; used to meet other-faith chaplains on a monthly basis, now: about three to four informal get-togethers per year (i.e. for festivities at the AKH).
Greek-Orthodox	mainly oecumenical contacts; only one project with non-Christian religious communities	- mainly established with help of Protestant and Catholic chaplains at AKH - receive chaplaincy ID through Catholic chaplains - oecumenical prayers at the start of the year (AKH) - Catholic telephone emergency services ask for advice - Öku-Team [oecumenical team]: meeting of all Christian Churches - commission for oecumenical questions (arch diocese Vienna) - leading the oecumenical expert committee (vicariate Vienna) - various lectures with referents from all three Christian Churches - non-Christian Churches: *Campus der Religionen der Seestadt Aspern* [campus of religions of the township Aspern]
Catholic	interfaith contacts	mainly contacting imams, pastors, etc. of other-faith groups for patients (list of telephone numbers); Oecumenical model of educational programme for voluntary chaplains; one Muslim chaplain completed Catholic chaplaincy course
Jehovah's Witnesses	-	-
Baptist	-	only available on request, therefore no other-faith chaplains are encountered
Jewish	interfaith	informal gathering (1x week); joint events; conferences with referents from various religious groups; often informed about patients in need through other-faith chaplains

Seventh-Day Adventist	interfaith	cooperation with church hospitals works well; interreligious council in Upper Austria, no contact to other chaplains
Mormons	-	some contacts have been established in other fields, such as prison chaplaincy.
Protestant	oecumenical, interfaith	oecumenical: - church service (4x year) - advent activity - staff excursion (1x year) - team meetings (every two months) - midday prayer (split between Catholics, Copts and Protestants) interreligious: - informal meeting (1x week) - foundational seminar for interns - *interreligiöse Meile*: includes various chapels, a chaplaincy poster presenting the various religious and spiritual care offers, as well as an interdenominational place for remembrance for parents who have lost their children. - smaller denominations can use the Protestant office (they have a key) or the chapel upon request - spiritual care concept in children's ward
Islam	interfaith	- great assistance from Protestant and Catholic colleagues in daily work proceedings - informal gathering (1x week) - joint further training programmes - joint tours for people from abroad - spiritual care concept in children's ward - activities (i.e. for Mother's Day) - Muslim colleague completed the catholic educational course

Interdisciplinary Cooperation

Interdisciplinary cooperation refers to the integration of chaplains into the hospital system (meetings, lectures, educational programmes, projects) as well as cooperation with hospital staff and/or management concerning patient needs. Seventy percent of the interviewed chaplains possess interdisciplinary contacts in some form. Table 22 organises the forms of cooperation according to their reason. This segmentation clearly illustrates that only Catholic and Protestant chaplains are included in hospital systems and meetings, the other chaplains do not have any (Baptist, Seventh-Day Adventist, Buddhist) or only punctual contacts due to arising issues or religious needs. For two smaller denominations, the lack of cooperation has also caused some problematic issues:

Table 22

Interdisciplinary Cooperation (Organised by Reason)

Reason	Comment
religious necessities	- Jehovah's Witnesses: blood-free treatment (doctors/nursing staff) - Jewish: post-death measures; organ donation (doctors/nursing staff); organising food in line with Jewish food laws (hospital management); receiving instruction on medical- or bioethics for patients (authorities)
Special issues	- Greek-Orthodox: sometimes asks doctors about the condition of a patient before commencing a ritual for terminally ill patients - Muslim: translating between staff and patients
Systematic contacts	- Catholic: daily meetings with doctors, nursing staff and therapists in her focal ward; ethics committee - Protestant: offering help to other staff, part of various apprenticeships (paediatric nursing; midwife); training courses with staff; network with social/psychological services and MA11; The Protestant church is also the only officially recognised religious community to offer an apprenticeship training position for the *Psychotherapeutisches Propedeutikum* [psychotherapist program]; intermediate between staff and patients; writing an annual report for the hospital management to inform them about the work chaplains do; part of victim protection team (meetings 4x year); Protestant colleague: takes part in daily ward rounds of his focal area; gives a lecture at the medical university on ethics; jour de fixe with a professor at medical university
Problems	- Jehovah's Witnesses: some hospitals do not want him to visit apart from visiting hours and he has to assert his right to do so - Mormons: sometimes, they do not receive information on deceased patients, which hinders the possibility for a church funeral.

Differences in Minor and Major Faith Religious Communities

Various aspects were named concerning the disparities occurring in minor and major faith religious communities. Half of the chaplains mentioned the long-established tradition of a dominant major religion in Austria. This is shown by the fact that Catholic chaplains visit all patients, while other religious communities do not. Therefore, even the second or third biggest religious groups lead a somewhat exotic existence, as they are not culturally anchored in society. A contingent factor of these dominant church structures, namely the differences in resources, was reported most often over all (80% of times). These include personnel resources, payment of chaplains as well as premises (offices, rooms for religious practise). Except for the Catholic and Protestant chaplains, neither of the interviewed chaplains is reimbursed for their work. Therefore, professional standards and organisational structures can oftentimes not be fulfilled or are only starting to evolve (30%).

Future Development of Chaplaincy and Religious Communities

The interviewed chaplains mentioned numerous future developments with regard to religious communities and chaplaincy. Half of the chaplains do not see many changes in the practise of hospital chaplaincy as well as their own religious communities in the near future. Their reasons for this assessment are diverse: The Buddhist chaplain emphasises that the deeply engraved church structures in Austria will remain present in next few decades so that the Buddhist community will continue to be a minor, exotic religious community. Concerning cooperation with other churches, she believes an amalgam will not be possible for a while. Adding to that, the Orthodox priests delineates that their churches will most likely not be able to employ any full-time chaplains over the next few decades. Rather, they will probably develop their hospital practise further but with their own emphases. A cooperation with hospitals, medicine and the various religious communities is seen as positive, however, it will be important to consider that every person is rooted in a specific tradition, which also needs to be catered for. Moreover, the Jewish chaplains outline how the Jewish community in Vienna has seen stable members for the last few years and will probably stay consistent over the next few decades so that changes in hospital chaplaincy are unlikely. Similarly, the Seventh-Day Adventist pastor claims that even in a postmodern and digitalised world, hospital chaplaincy with an Adventist background will most likely stay the same as people will still need someone to be present at their hospital bed and will long for contact to other people. The concept of spiritual care is seen critically by the pastor: there are various common aspects with other religions but a person with a specific religious background will still need someone from their own religious community to talk to, especially when it comes to difficult topics such as forgiveness of sins or the notion of God. It is unlikely that the church will have its own hospital chaplain in the future as there are not enough pastors. There might however be changes in the church setting in so far that specialised jobs might be possible, such as pastors focussing on hospital chaplaincy. Concerning cooperating with other chaplains, he suggests organising interreligious meetings across hospital-boundaries so that smaller-denomination chaplains can also take part. The Mormon chaplain also believes the church system itself will probably be left unchanged. According to him, there might be a possibility to make the system available to others, too.

Two of the chaplains uttered opposing views on the importance of chaplaincy in the future. Whereas the Jehovah's Witnesses chaplain sees a possibility for chaplaincy to grow in importance due to its positive effects on the healing process, the Baptist chaplain thinks it might decrease as people are very focused on themselves. The Muslim chaplain hopes for a professionally structured and organised hospital chaplaincy for Austria with educational courses for hospital chaplaincy in every county. She is of the opinion that it cannot be determined for sure what hospital chaplaincy will look like or if a concept of spiritual care will assert itself. It should, however, be crucial to keep working on a professional chaplaincy, to involve more people and connect to other people. She would also greatly welcome if chaplains were paid for their work as it could solve the personnel problematic.

Both the Catholic and Protestant chaplains discuss the question of spiritual care, with the Catholic chaplain seeming more reluctant than the Protestant chaplain, who endorses the concept. The Catholic chaplain delineates how churches will probably have less and less money to ensure a professional hospital chaplaincy in the future. This raises the topic of spiritual care, however, the intent as well as the quality of practise need to be reflected upon. In her opinion, the question remains in how far people will be professionally equipped for the job. If hospitals were to take over payment of hospital chaplaincy, there might be a tendency to take less qualified but cheaper staff. This will likely lower quality standards as educational programmes will be shorter. It would also be questionable if people who are not religiously affiliated were able to provide spiritual care. She sees a problematic issue if this system were to replace the current professional system. Adversely, the Protestant chaplain believes that, in the future, it will be necessary to renegotiate laws and provisions to enable all religious communities to enter every hospital room. Due to secularisation, she thinks it would be best to organise chaplaincy in form of spiritual care, in which one person works as contact person and will then connect with other religious groups when needed so that every patient can be accommodated. However, she expects it would need much more education within the church structures to make sure a spiritual care concept can be in working order. The question of payment is also crucial, which should be dealt with conjointly by all the churches as well as the hospital association.

In general, most chaplains consider the organisation of a joint educational course for hospital chaplaincy possible. Nevertheless, it is often accentuated that it would need to include medical and hospital-related expertise and need to offer religion-specific modules as well.

2) Chaplaincy Profession

Workplace

The subsequent table exhibits how most of the interviewed chaplains (60%) maintain their centre of work at the AKH, even if other hospitals are visited too. Out of the smaller-denominational chaplains, three are not AKH-oriented (Baptist, Seventh-Day Adventist, Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints). Two chaplains are full-time employees (Catholic, Protestant), one at the *Barmherzige Schwestern*, the other at the *AKH*.

Table 23

Chaplains' Workplaces

Buddhist	mostly AKH-oriented, cooperation with the Protestant hospital in Vienna, sometimes SMZ Ost, Baumgartner Höhe
Greek-orthodox	mostly AKH, sometimes in the SMZ Ost, Baumgartner Höhe; other hospitals in all of Vienna
Catholic	full-time chaplain at the *Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern* in Vienna
Jehovah's Witnesses	mostly AKH as it has a lot of doctors who are willing to operate blood-free, sometimes somewhere else.
Baptist	mostly *Orthopädisches Spital Speising [orthopaedic hospital]*, sometimes Tulln
Jewish	mostly two hospitals with Jewish patients: *Barmherzige Brüder* and the *AKH,* but kosher food is organised for as many hospitals as possible
Seventh-Day Adventists	various hospitals in Carinthia and Upper Austria (Wels, Schlierbach, Kirchdorf, Steyr, Linz: Barmherzige Brüder Linz, Universitätsklinikum Linz)
Mormons	depends on the person, no fixed hospital
Protestant	full-time chaplain at the AKH
Islam	centre of activity at the AKH but also other hospitals in Vienna

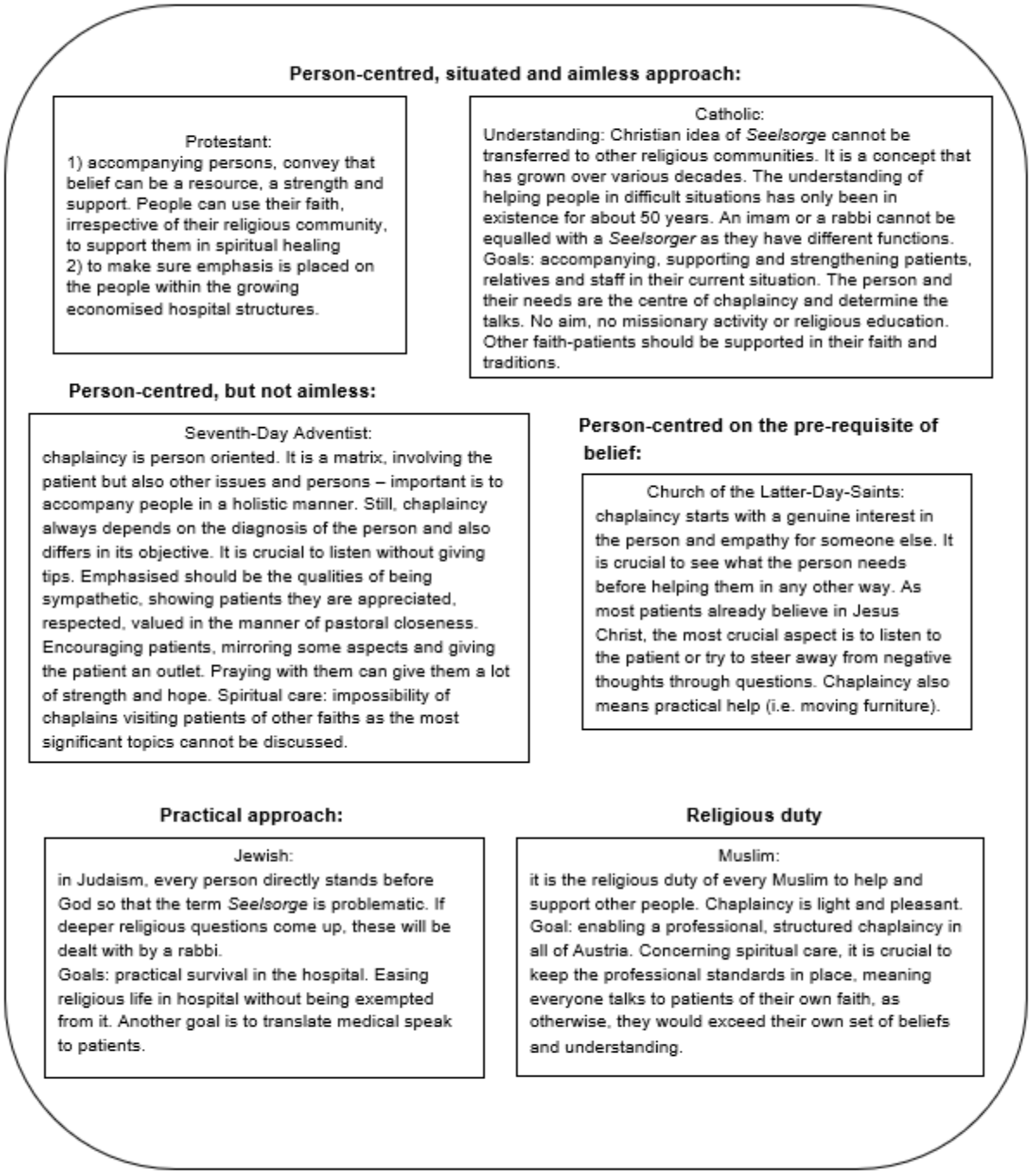
Personal Understanding and Goal of Hospital Chaplaincy

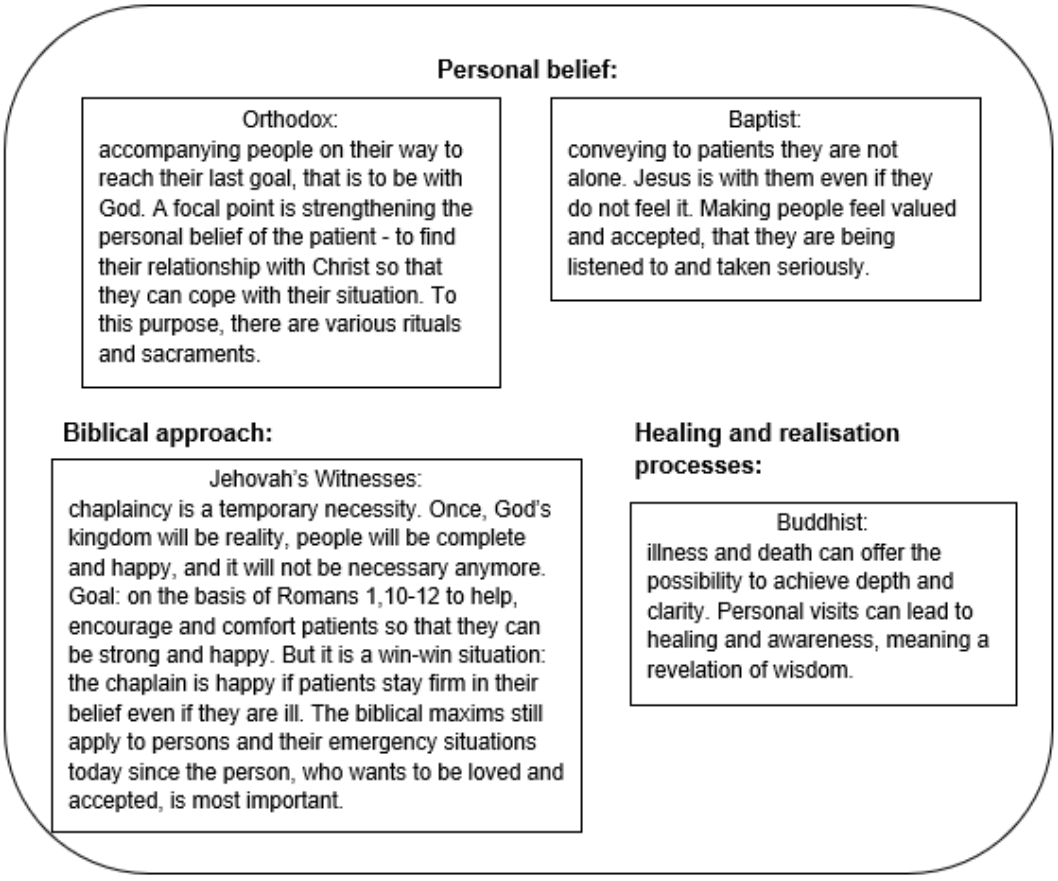
The following section encompasses how chaplains define hospital chaplaincy and its goals. The graphs below exemplify differing understandings and goals of hospital chaplaincy. The Catholic and Protestant chaplains represent a person-centred, situated and aimless approach. This is similarly affirmed by the Seventh-Day Adventist

pastor: his approach is person-centred, and listening is key, however, it is not aimless. The Mormon priest also formulates his understanding of chaplaincy as listening to patients' needs and offering practical help, nevertheless, this is on the basis that people believe in Jesus Christ. The Jewish understanding considers the practical issues and religious necessities in hospital. For the Muslim chaplain, chaplaincy is considered a religious duty. The Orthodox and Baptist understandings are closely linked to personal belief. The Jehovah's Witness asserts a biblical approach and the Buddhist expresses an understanding of chaplaincy as offering healing and realisation processes.

Figure 25

Approaches to Chaplaincy





Tasks

The interviews depict diversified duties of chaplains. Other than visiting patients, tasks mentioned are:

- administrative and networking responsibilities (Buddhist),
- sick prayer, organising chaplains for requests from other Orthodox patients (i.e. Serbian), answering calls by the Catholic emergency services concerning orthodox patients (Greek-Orthodox),
- communicating necessities of Jewish religious life, organising kosher food and getting information on medicine/bioethics (Jewish),
- organising practical help, i.e. re-decorating the patients house (Mormons),
- answering questions from staff (Islam).

The full-time chaplains chart many other duties:

- In the morning, there is a handover between on-duty chaplains, whereby chaplains are updated about new patients and duties. One of the chaplains is responsible for the main land line, meaning for urgent calls and visits. At the centre of work is visiting the patients; other duties involve preparing liturgies as well as taking part in

various meetings. Every full-time chaplain is responsible for their own ward, where they take part in interdisciplinary team meetings. The chaplain is involved in an ethics committee, where she has to take part in meetings (Catholic).

- The full-time chaplains have a focal ward, which they visit regularly. Every week, the chaplains hold church services Sunday evenings as well as a midday prayer. There is an informal interreligious meeting after the prayer. There are oecumenical church services four times a year as well as a few activities with other chaplains, i.e. an Advent activity. The chaplains also go to regional pastoral conferences. Another focal point is networking with other staff, social and psychological service and the MA11, and conflict resolution. The chaplains partake in various apprenticeships (i.e. children's nursing), teams (i.e. victim protection) and offer an apprenticeship training position for the *Psychotherapeutisches Propedeutikum*. Another main duty is accompanying intern and voluntary chaplains. The chaplain is also involved in a spiritual care project at the children's ward. Public relations are also important, i.e. designing and arranging display cases, offering themselves as resource for other staff, making parishioners aware of their work (Protestant).

Chaplaincy Conversations

As can be discerned from tables 24 and 25, proceedings, patients' concerns as well as religious rituals of chaplaincy conversations can differ greatly. Apart from Jewish and Greek-Orthodox chaplaincy, discussing the well-being of the patient is one of the basic motifs of most chaplaincy talks. For the Jewish chaplains, proceedings of chaplaincy conversations are congruent with their daily tasks mentioned before, which concern practical help. The Greek-Orthodox chaplaincy proceedings usually consider religious rituals. Sixty percent of chaplains also mention that conversations are very individual and person-dependent. Also, needs of patients are very different: sometimes they refer to religious needs (Jewish, Jehovah's Witness, Muslim, Seventh-Day Adventist), to religious rituals, to practical needs (i.e. feeding, re-decorating), theological questions (i.e. notion of God) or situational concerns and needs (i.e. attention, care).

Table 24

Patients' Concerns and Religious Rituals

RC	Patient Concerns	Religious Rituals
Buddhist	wish for spiritual care (no specific tradition)	accompanying people in their meditation practice (with reference to illness)
Greek-Orthodox	questions on reasons of illness	sick prayers (asking for God's shelter and forgiveness of sins); terminal ritual
Catholic	religious-cultural needs when it comes to dying; discussing current needs and how to face them, attention and care, rooms for religious practise/religious needs	classic Catholic needs (communion, mass); to enact anointings of the sick or confessions a priest is organised; only Christian rituals are executed – for special religious needs of other-faith patients, contact to other-faith chaplain is established
Jehovah's witnesses	blood-free treatment; listening to church service	reading bible passages, prayer
Baptist	-	-
Jewish	after-death religious needs (i.e. not dissecting patients unless necessary; burial as soon as possible); need to be fed; enquiries for religious holidays (i.e. sound of shofar on Rosch Ha-Schana)	-
Seventh-Day Adventist	existential questions: notion of God, meaning of illness, question of guilt; religious needs: no pork, Sabbath on Saturdays.	anointing of the sick (incl. prayer of belief)
Mormons	-	anointing and blessing of the sick (before going into hospital); rituals after death; communion
Protestant	depends on the patient's current situation: aggression due to pain or wrongdoing (i.e. in the parishes); dealing with death or ineffective treatment; being recognised and accepted.	-
Islam	religious need: rapid burial after death; needs are very different and culturally dependent – can be religious questions, fears, educational needs, questions on meaning of illness.	reading the Quran; petitionary prayers

Table 25

Proceedings of Chaplaincy Conversations

RC	Proceedings
Buddhist	patients on the list are visited and told about Buddhist chaplaincy (with a flyer). This often comes as a surprise. If a person wants to talk, the chaplain stays with them. The talks mostly evolve around the person's well-being, their fears and concerns and about what Buddhism can bring to the table on these topics.
Greek-Orthodox	small talk at the beginning, mainly sacraments/rituals
Catholic	person-dependent: intervention in urgent cases; terminal care, caring for relatives. Very rarely, a patient does not want a cross in his/her room for religious reasons. In this case, it can be safely stored in the chaplain's office for the time being. If patients want to do religious rituals in the hospital, the chaplain organises a room for them and can borrow religious objects. Supporting religious needs, i.e. if a Muslim patient wants to go out for midday prayer on a Friday.
Jehovah's Witnesses	Receives lists of patients, most of which are unknown, so he visits patients in their rooms and looks for their name or indicators to identify the person. Introduces himself to the patient, asking what can be done to make the patient feel content at this moment. Discussing well-being of patient, continuing with a thought from the bible, which fits to the person's situation. The talk usually ends with a prayer. The patients also have the possibility to listen to church services (online/via telephone).
Baptist	greeting patients, introducing herself. The actual talk then depends on the person and in how far they are open to talk.
Jewish	differs from patient to patient. Organising kosher food. Clarifying religious conditions in hospitals for families. Updating doctors/staff about religious needs of Jewish patients. Enquiring on issues concerning bioethics or medical ethics with authorities. Translating between medical-speak and patients. Feeding patients that cannot eat by themselves.
Seventh-Day Adventist	visit takes about an hour, depending on the health condition of the patients. Sitting down at the same level as patient, their hand can be held. It starts with questions about the well-being - it depends on the person how much they want to say. Oftentimes, existential topics come up. Important is: listening to the patient, no tips, treating questions in a sensitive manner and to steering away from the ''why''-questions, summarising the patient's thoughts, asking if they have been understood properly. Questions help navigate the talks. Some statements can be left unchallenged, i.e. ''I am angry at God''. If someone is lying on their death bed, questions concerning personal belief are proactively asked and help to mitigate with people whom the patients might be at odds with is offered.
Mormons	the visit involves talking, laying hands on the sick person, organising practical help (i.e. re-decorating a house to fit the person's needs) or a small communion at the hospital bed.
Protestant	talks are individual, depend on the patients: Chaplains might be rejected: sometimes, this is credible, other times not. In those cases, the chaplain might come back and a talk evolves at a later point. Most of the talks surround superficial topics about the parish. Sometimes, deeper talks evolve. There are also some very difficult cases, where the chaplain accompanies a patient very intensely. It is important to listen, not to assess the patient's situation and sometimes, showing one's own emotions. Crucial is to stay

	with the patient, to withstand various situations and make patients feel understood.
Islam	talks are very different and depend on the person: only very few standard formulations can be used as every situation is different and cannot be prepared for. It is important for patients to understand they are facing a test. The Quran and the Hadiths are a big support for the patients. Sometimes, telling patients about the prophets' suffering can ease their own pain. It is difficult to accompany children because there are so many people that need to be taken care of. Oftentimes, children need least chaplaincy help. A smile can help to appease suffering or to relax the patient a little.

Professional Struggles

This category appears as a by-product of the interviews and provides interesting insights into some professional struggles of the chaplains. The Buddhist chaplain emphasises the importance of keeping a clear Buddhist identity. Oftentimes, Buddhist practises are being used eclectically or only some aspects and symbols are used to refer to an entire religious community. A similar issue is being reported by the Muslim chaplain. She illustrates how, many times, Islam is intermingled with cultural aspects so that misunderstandings happen. It should be understood that Islam has clear rules, so that, if religion were considered the only common ground, people could understand each other. The Greek-Orthodox priest utters the difficulty of limited time resources for hospital chaplaincy, next to having a family, a full-time job and his work as a priest. The Jewish chaplains see a problematic issue with the fact that many Jewish patients do not specify their religious affiliation during admission and are therefore not included in the patient lists. The Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints chaplain has the feeling that chaplaincy is often not embraced or offered by hospitals and rather, therapists are recommended in difficult situations. The Muslim chaplain describes a hostility and belittlement of the field of hospital chaplaincy. The Seventh-Day Adventist depicts a theory – practise dilemma that he encountered especially at the beginning of his practise when being confronted with existential questions.

3) The Hospital

Hospital Guidelines

This section includes some guidelines of hospitals considering religious and spiritual care. The Buddhist chaplain has no knowledge of any official directives concerning interreligious dialogue from the hospital boards. There are however some practical

structures that have been established: At the AKH, lists of patients exist for minor religions. There is also a guideline proposing to work together as well as the *Interreligiöse Meile*. The *Evangelisches Krankenhaus* [Protestant Hospital] has instituted a cooperation with other confessions and the *Krankenhaus Nord* [North Hospital] also has broader structures for an interreligious dialogue. The Orthodox priest describes further functional measures at the AKH as their chaplains receive their identification card through the Catholic chaplaincy. The *Barmherzige Schwestern* avows itself to be a Christian hospital.

Premises

This segment describes which premises are available to chaplains from various religious communities in specific hospitals. The small selection portrays that the Catholic Church possess most resources concerning premises. Nevertheless, there are various other rooms for religious practise for smaller communities at the AKH and two multi-confessional rooms are also found elsewhere:

Table 26

Hospital Premises for Religious/Spiritual Practise

AKH	Catholic: a night room, two offices, a big chapel with a vestry, a conference room and a confession room. Muslims: an office and a prayer room; Jewish: prayer room; Protestant: chapel, vestry, office, 2 small storage rooms, night room; there is a multi-confessional space for remembrance; Orthodox: there are two icons for orthodox patients in the catholic chapel; no rooms/spiritual premises for any other religious communities
Barmherzige Schwestern	Christian hospital (*Vinzenz Gruppe – St Vincent management group*): Driveway and foyer both include a statute of the holy Vincent, a cross in every room, two bereavement rooms with a cross but there is a possibility to cover it with a curtain
Orthopädisches Spital Speising	Christian hospital (*Vinzenz Gruppe*): Catholic church, multi-confessional room of silence

4.2.2. Explorative Expert Interview

The information for this interview will, on the one hand, shed light on a chaplaincy project by the Protestant Church. This is an exemplary project, which deals with reforming chaplaincy and its structures. On the other hand, the interview data will elucidate the legal provisions concerning cooperation of churches in Austria and illustrate

issues of chaplaincy at the AKH as well as identify the current discourse of spiritual care in Austria.

Seelsorgeprojekt 2020

The project has been commissioned by the *Oberkirchenrat* [Superior High Council] of the Protestant Church from the 1st of September 2016 to the 30th August 2018, which has been introduced following the resolution on hospital chaplaincy in 2014. This project set out three goals:

1. During the reformation year 2017, the first goal was to provide impulses aimed at raising awareness. This included the realisation of the act of soul care as intrinsically reformative by placing the person at the centre of the dialogue. This was implemented in two ways, namely through the first all-inclusive chaplaincy conference, whereby the three heads of church (A.B., H.B. and Methodist) gave a lecture on Luther, Calvin and Zwingli as soul carers, portraying *soul care* in a Protestant understanding. Secondly, the chaplains themselves introduced four focal points for the project:

   a) an increase of spiritual retreats in further education programmes
   b) support in conceptual work. This helped establish a new sector of chaplaincy (chaplaincy in schools) as well as confirm a new main topic, namely chaplaincy for people in advanced years
   c) spiritual care
   d) reforming educational programmes: this also included stimuli on dealing with the new *General Data Protection Regulation* and its effects on chaplaincy, whereby a new logo for chaplaincy was established.
2. The presentation of various chaplaincy sectors at the reformation festival at the town hall square 2017 exemplified the practical proportions of the work in the Protestant Church: as Protestantism is a minor religion, chaplaincy is person-dependent so that entire sectors of chaplaincy will collapse if people leave.
3. The next point referred to conceptual work in chaplaincy, in which job positions and frame conditions were sought to be strengthened. Therefore, the *Diakonie* [welfare association of the Protestant Church] and the church decided on a joint workforce and on combining resources to further the work in hospital chaplaincy. They were

also trying to reinforce all chaplaincy sectors, i.e. through joint projects. Future areas of focus for chaplaincy were affirmed, including age, dementia and spiritual care. For the second focal point, a prayer book for chaplaincy in advanced years was published. With regards to spiritual care, an aim to connect the oecumenical and interreligious dialogue was asserted, and future projects, further educational projects as well as a chaplaincy law, were discussed.

Cooperation

The employment contracts for chaplains in the Protestant Church lay down the willingness to work in oecumenical cooperation. Without cooperation, a minor church like the Protestant Church cannot accomplish its work appropriately, as it would neither be able to meet quality standards nor be recognised by the systems or people in the institutions. Oecumenical competence is therefore crucial. This also raises practical issues: do chaplains have their own keys, office, access to a computer, etc.? Due to the new *General Data Protection Regulation* it has become even more important to demand access to the institution and emphasise the quality standards of Protestant chaplains. On this issue, the results of a data collection instigated by the Protestant Church showed that, in its self-conception, Protestant chaplaincy is present in specific situations.

Legal Basis of Oecumenical/Interreligious Cooperation in Austria

According to the Austrian constitution, every patient has the right to receive religious care. This right is also documented in every hospital charter. The recognised churches are then responsible for religious care. There are various ways by which recognised churches acquire information on patients. One way is that patients notify staff about their religious needs. The institution will then contact the Catholic chaplains, who are present in every hospital due to the *Concordat*. In their self-conception, the Catholic chaplains will then try to comply with those needs but, if they cannot fulfil them themselves, they will pass it onto other religious communities. The Protestant Church is guaranteed the right to receive patient lists of Protestant patients due to the *Protestantengesetz*. Since 1982, there have however been problematic issues with the information transfer due existing data protection acts; these have been exacerbated by the new General Data Protection Act. It is therefore becoming increasingly difficult to obtain this kind of sensitive data.

Concerning cooperation, only one county in Austria has a legal basis for an oecumenical cooperation, Tyrol. Today, written contracts are being worked on in Vienna and Lower Austria. Otherwise, these are only guidelines on an oecumenical cooperation or joint papers brought forward by Protestant and Catholic chaplains. There are no such laws, documents or guidelines for an interreligious cooperation anywhere in Austria. Only interreligious practical projects exist. These projects are always person dependent. Oftentimes, a problematic difference is made between financially rewarded and voluntary-based chaplaincies.

AKH

The *AKH* embodies a special case concerning interreligious cooperation in Austria as it possesses three different religious premises and chaplains from various religious communities are represented. Due to the interreligious platform at the AKH, the chaplains have come to understand the differences between the various religious communities and how they approach hospital chaplaincy. These are characterised by the expert in hospital chaplaincy as follows: A special case occurs when contacting Serbian-Orthodox priests as their church is organised by districts in Vienna so that one has to know where the patient lives, otherwise no one will come to visit. For Orthodox Churches in general, sacraments are crucial in hospital chaplaincy. There are only two Jewish chaplains responsible for patients in all of Vienna. Their priority is to help patients live by Jewish law in hospital. This is also key for Muslim chaplains, but they also focus on communication. Protestants generally concentrate on communication, but they also offer communion, church services, etc. This interreligious platform includes joint lectures, for example, concerning questions on medical ethics and death. This project has also had an impact on the doctors at the AKH concerning the discussions and awareness of chaplaincy.

Spiritual care

Today, spiritual care is a very high-profile subject and there are diverging developments of the concept that can be recognised: The Catholic Church has offered spiritual care training in Vienna, focussing on spiritual care as a wide devotional process. A systematics professor at the University of Vienna concentrates on spiritual care as

Christus Medicus, a Christian-coined concept that focuses on Christian chaplains tending to all patients; a Protestant systematics professor portrays it as an institutional-ethical concept. The Protestant understanding of spiritual care is a stance of openness, reacting to individual circumstances rather than with a specific road map for the intervention. These developments show that a discourse on what spiritual care means in general has not been finalised yet.

5. Discussion

The fieldwork study reveals several important results with view to the theoretical foundation as well as the main research focus, that is to carve out the underlying concepts and cooperative structures of chaplaincy of various religious denominations in exemplary Austrian hospitals. These will be exemplified as the sub-sections; legal framework and guidelines, the institution, chaplaincy and cooperation. This section will also highlight limitations of the study as well as mention implications for future practise.

Legal Framework and Guidelines

The various national-, county- or institution-specific, and denominational policies frame the practise of hospital chaplaincy in Austria. The national and county-specific guidelines provide a major skeletal structure, which implement the selectivity of recognised religious communities. All other guidelines are inevitably bound by these processes. The research revealed that, on the whole, state-, church- and hospital-specific guidelines concerning religious communities and their rights were practically enacted in hospitals. However, the findings have also highlighted a few key concerns, in which legal provisions or guidelines are either restricted or even ignored.

An implementation gap between the legal framework and its practical application was reported by a small-denominational chaplain who has had experiences with hospitals trying to deny them the right to visit patients outside of visiting hours. Two other limits placed on hospital chaplaincy practice were addressed, namely that chaplaincy has to yield to medical interventions when it comes to critical patients, and that religious participation is restricted in official hospital ceremonies. Moreover, during the time of the study, some problems have arisen with the lists of patients that minor religious denominations have received in order to visit patients. Due to the new European *General Data Protection Regulation,* hospitals and clinics have decided, on the one hand, not

to ask for religious affiliations of patients and, on the other, to refuse to hand information on patients to chaplains anymore so that chaplaincy services have come to a halt for many smaller religious communities all over Austria. The Protestant Church, for example, has urged their chaplains and pastors to communicate to parishioners that patients should ask to be seen by a Protestant chaplain during admissions, which has so far been conveyed as the only possibility by legal entities and hospitals (see Synodenbüro Evangelische Kirche Österreich 2019: 2). The question still remains whether the guaranteed rights of religious communities or the protection of patient's sensitive data will take precedence in the future.

The Institution

Based on the results of the survey, a tendency is visible that full-time chaplains are most likely involved in regulating religion, religious spaces and religious practises, which usually refer to Catholic chaplains. Of particular interest are religious premises in this regard as the study reports an unequal reflection of societal distributions. Even though the Catholic population has seen a large decline in projections between 2001 to 2016, it still retains most spiritual premises by a significant amount. In Austria, specifically Orthodox and Muslim communities have increased largely in the same time frame – nevertheless Orthodox communities hardly possess any religious premises, whereas Muslims hold the second most religious grounds (see Goujon 2014: 13,14). These results also conform to Reiss's (2015: 157-158) observation that mainly historical reasons are used for establishing religious premises in hospitals instead of the actual religious background of patients.

Generally, the role of chaplaincy within hospitals is portrayed disparately by the chaplains: on the one hand, some religious communities are integrated within the hospitals – these are mostly Catholic, although this sometimes includes other communities as well, especially Protestants. It has been described how chaplains try to work within the hospital structures (Catholic, Protestant) or that hospital staff are showing interest in the work of hospital chaplains (Protestant, Muslim). On the other hand, a conflicting intersection of hospital chaplaincy and the institutional establishment can also be observed. It has been mentioned that chaplaincy is not always fully accepted by hospitals, and that hospital staff usually recommend therapists over chaplains. Another comment

shows how the prevailing economic structures of hospitals illustrate a movement that steers away from patients. These latter statements to some degree also reflect Klessmann's (2017: 211) description of chaplaincy as alien to the system.

Chaplaincy

In Austria, religious care is usually delivered by members of religious communities and centres around practises and belief systems of those communities. An exception to this type of care has been found in the practise of Catholic hospital chaplaincy. It becomes clear in the empirical trials that spiritual care of other-faith patients is done almost solely by Catholic chaplains. The other chaplains predominantly only cater to patients from their own religious communities. These results are consistent with Reiss's theoretical groundwork (2015: 158-159) in that oftentimes, major-faith chaplains provide religious care to all patients. It is also crucial to note that all hospital chaplains in Austria are assigned directly by their own religious communities. These also set the standards for the educational basis of their chaplains, which vary greatly amongst the religious communities. In total, four educational courses exist concerning the practise of chaplaincy, which are diversified in regard to content as well as extent of time and duties. Concerning the individual chaplaincies in the interview study, half of the religious communities expect one standard to be fulfilled, which mostly refers to a (hospital) chaplaincy course. The other half do not have any fixed standards (10%), require two standards as part of the pastoral workload (20%) or four standards (20%), referring to the Catholic and Protestant chaplains. Nonetheless, the qualitative results exhibit a high correlation between the organisational principles and educational standards of hospital chaplaincies in Austria (section 2.2) and the statements of chaplains in this regard. This exemplifies an eminent practical application of structures and standards of the various interviewed religious communities in Austria.

On the question of the distribution of working conditions and opportunities among religious communities in hospitals, a wide range of inequalities were found in hospital chaplaincy practises between the Catholic Church and all other religious communities in Austria. The research exhibits that all smaller-denominational chaplains work voluntarily, except for one Protestant chaplain, and are therefore unpaid. These either work with lists of patients or only visit known persons in form of social voluntarism, which also exemplify the methods of access to hospitals for smaller religious communities.

Catholic chaplaincy, on the other hand, is permanently established and connected to the hospitals, and all patients are visited.

A crucial result of the empirical trials is delineated by the major disparities in the understanding and tasks of chaplaincy. The understandings vary from person-centred, situated and aimless approaches (Protestant, Catholic), to person-centred (Seventh-Day Adventist) with view of an existing relationship with God (Mormons), to a practical approach of helping to fulfil religious necessities in hospitals (Jewish), the foundation being the religious duty of chaplaincy (Islam) or a biblical approach (Jehovah's Witnesses), offering healing and realisation processes (Buddhist), or centre around the personal belief of patients (Orthodox, Baptist). Tasks of chaplains show a similar trend as they can include administrative capacities, networking or telephone duties, organising religious necessities, church services, interdisciplinary or interreligious meetings, educational duties, and several others (see p. 89-90). These findings exhibit well how the understanding of chaplaincy differs from one religious denomination to the other, which also makes a comparison or standardisation difficult. Some of those results are identical or similar to the conceptions of chaplaincy portrayed in section 2.3., as well as the characterisations asserted by the expert. These similarities refer to the following understandings of chaplaincy:

- Islam: religious duty of visiting the sick;
- Orthodox: strengthening personal belief and importance of sacraments;
- Catholic: authentic and person-centred dialogue;
- Jewish: supporting patients in living by Jewish law in hospital;
- Jehovah's Witnesses: temporary necessity of chaplaincy and
- Protestant: all-inclusive approach

This indicates that the approaches to chaplaincy found in this study are not only valid for the individual interviewed chaplains but can also be considered to stand for the religious groups in Austria.

Cooperation

Chaplaincy activities in the form of cooperation can take a variety of guises. The main

distinction to be made here is between interreligious as well as interdisciplinary connections. With regards to interfaith contacts, a high correlation of the findings and the statements considering cooperation with other-faith communities in section 2.3. could be found. Those religious communities who maintain a willingness to an oecumenical or interreligious collaboration, are also affirmed by the individual chaplains in the study. Correspondingly, this is also true for those who are more reluctant in establishing interfaith contacts. With regards to the empirical study, the quantitative and qualitative results differ. Most chaplains in the questionnaire study do possess interfaith contacts (81,3%), whereas only 60 percent in the interview study do. Interreligious contacts appear in various ways and can refer to meetings, joint church services, lectures, workshops, educational programmes, activities, committees and/or councils, contacting religious communities for patients, receiving chaplaincy IDs, using each other's resources or a spiritual care concept (*AKH*). Often, information on patients of smaller denominational chaplains is also received through other full-time chaplains. On a legal basis, only one oecumenical cooperation is found in Tyrol. Written contracts are in the works for Vienna and Lower Austria at the moment. Otherwise, only guidelines or joint papers on an oecumenical cooperation exist. There are no such documents or guidelines for an interreligious cooperation in Austria. Instead, there are only interreligious practical projects, for example the *Interreligiöse Meile* at the *AKH*. Some hospitals in Austria possess guidelines on an oecumenical cooperation, i.e. the *Rudolfsstiftung* Vienna. Overall, it is shown that these contacts are usually on an irregular, person-dependent and non-fixated structural basis.

Concerning interdisciplinary connections, less than half the chaplains of the questionnaire population are part of interdisciplinary committees. These refer to fixated meetings with hospital staff members from various sectors. More than half of the chaplains in the questionnaire study are also in contact with social or psychological services. These are mostly Catholic chaplains. On the other hand, seventy percent of the interviewed chaplains possess interdisciplinary contacts in some form. Contrary to the questionnaire study, these refer, except for the Protestant and Catholic chaplains, to punctual encounters, which are usually related to issues that need to be clarified.

Overall, a tendency towards interdisciplinary contacts has been observed, which usually happen more frequently as they are often integrated into the hospital systems,

whereas interfaith contacts adopt a very informal, person-dependent structure in Austria. Compared to the various models of hospital chaplaincy in the Netherlands, England, Sweden and Switzerland mentioned in the theoretical part (p. 7-8), the empirical trials have also shed light on the fact that Austria does not possess a fixed structural basis for an interfaith dialogue. Most chaplains, however, see a possibility to organise a joint educational course for chaplaincy with other-faith communities in the future. This would need to concern medical and hospital-related expertise and need to offer religion-specific modules (see p. 85).

Limitations

First of all, the study exhibits limitations in the size of the project as only one person per religious group was interviewed and mainly one person of the smaller religious communities' chaplains has filled out the online questionnaire. These numbers are too small to fully encompass the indisputable heterogeneities of religious communities. Also, both data sets are subject to selection bias as the study included those persons who responded to the request. This can be well illustrated as the quantitative data mostly consists of respondents from a Catholic background. Interviews were also restricted locally as, except for one case, they were only held in Vienna. Interviews are also always contingent on the individual differences of interview conduction, i.e. time and place, sympathies of interviewer and interviewee or different sequence of questions. Another limitation is shown by feedback received from chaplains of the quantitative study. Some chaplains have reported that the questionnaire was too extensive so that only a restricted number of clicks lead to responses from chaplains (23,9%). Another person noted that the ranking exercises concerning duties of chaplains were difficult to fill out for Catholic chaplains as official functions, such as baptisms, are only reserved for priests, which possibly have led to a deferral of statistics in questions *S102 reasons for chaplaincy* as well as *S106 care of patients of other faiths*. Lastly, empirical data is always reliant on the interpretation of the researcher, which is encompassed well in a quote by Denzin (2010: 271): "Objective reality will never be captured. In depth understanding, the use of multiple validities, not a single validity, a commitment to dialogue is sought in any interpretive study". With view to these limitations, it can be concluded that the results of the study are only indicative. A further, more in-depth empirical study will be required to provide more extensive results, which should also include the perspective of patients and hospital staff on the issue.

Implications for Future Practise

The results of the empirical study imply a number of important issues and questions for future practise. First and foremost, it needs to be understood that legal and institutional inequalities exist in the practise of chaplaincy of various religious communities in Austria, which create many obstacles especially for smaller religious communities. A re-evaluation of these provisions in light of the changing religious landscape of Austria's contemporary society would be a crucial step towards conceptualising new forms of hospital chaplaincy, which could benefit various religious communities. A second step should involve the question of financing hospital chaplaincy as the ever-growing religious diversification and secularisation will most likely lead to financial changes, even of the more established churches so that new ways of funding will constitute a key factor in further discussions. A third question concerns the understanding as well as educational basis of chaplaincy. The study has reported a wide range of interpretations and practical differentiations of hospital chaplaincy. In the future, joint projects or educational courses could be a possibility to standardise hospital chaplaincy across religious denominations.

6. Conclusion

The data presented in this thesis indicate substantial differences in legal provisions as well as working conditions and resources with regards to the Catholic Church and smaller denominations in Austria. Even though transformations at the legal level towards a wider recognition of smaller religious communities have been detected, i.e. the state-recognition of Free Churches or Jehovah's Witnesses, the legal framework remains unequal as only a few fixed laws exists, and profoundly undifferentiated restrictions for recognition of communities remain standard practise. Comparative disadvantages have also been found at the institutional level with view to chaplaincy personnel resources, voluntary and full-time status or access to space for worship. Most minority religious communities do not have the monetary budget to finance a full-time position or provide in-depth educational courses and are also bound by a voluntary status so that cooperation with other-faith chaplains is oftentimes hindered by time constraints. Nevertheless, cooperation is not aimed for by all interviewed religious

communities. Furthermore, the results shed light on the diversified conceptions, understandings and educational standards of the religious communities in the study, which add to the existing legal and institutional differences. These findings raise questions on the future development and conception of religious or spiritual care in Austria.

7. Bibliography

AKH Seelsorge. (2018). *Jüdische Patientenbetreuung*. Retrieved from http://akh-seelsorge.at/jüdisch/jüdische-patientenbetreuung (last accessed on 17th December 19).

AKH-Seelsorge (Eds.). (2003). *Seelsorge im AKH Wien.* Vienna, Austria: Gemeinsame Botschaft der jüdischen, der christlichen und der muslimischen Seelsorge am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätskliniken.

Arge der katholischen KrankenhausseelsorgerInnen Österreichs; Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen Krankenhaus- und Geriatrieseelsorge in Österreich (Eds.). (2014). *Berufsbild und Mindeststandards der Krankenhausseelsorge. Eine Handreichung der katholischen und der evangelischen Krankenhausseelsorge in Österreich.* Graz, Austria: Diözesanreferat für Krankenpastoral und Notfallseelsorge der Erzdiözese Salzburg.

Aslan, Ednan; Modler-ElAbdaoui, Magdalena; Charkasi, Dana. (2015). *Islamische Seelsorge: Eine empirische Studie am Beispiel von Österreich.* Wiesbaden, Germany: Springer.

Beckford, James. (2010). Doing Time: Space, Time Religious Diversity and the Sacred in Prisons. *International Review of Sociology* 11(3), 371-382.

Beckford, James; Cairns, Ilona. (2015). Muslim prison chaplains in Canada and Britain. *The Sociological Review* 63(1), 36–56.

Ben-Chorin, Tovia. (2017). Der Glaube an die Seelenwanderung im Judentum. In Probst, Stephan (Ed.), *Die Begleitung Kranker und Sterbender im Judentum. Bikkur Cholim, jüdische Seelsorge und das Verständnis von Medizin und Pflege* (pp. 109-116). Berlin, Germany: Hentrich & Hentrich.

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang. (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung.* Wiesbaden, Germany: Springer.

Bund der Baptistengemeinden in Österreich. *Rechenschaft vom Glauben.* http://www4.baptisten.at/site/_media/baptisten/rechenschaft_2012.pdf (last accessed on 11th July 19).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (2019). *Krankenanstalten in Zahlen.* Retrieved from http://www.kaz.bmgf.gv.at/ (last accessed on 17th Nov 19).

Cadge, Wendy; Griera, Mar; Lucken, Kristen; Michalowski, Ines. (2017). Religion in public institutions: Comparative perspectives from the United States, the United Kingdom, and Europe. *Journal for the Scientific Study of Religion* 56(2), 226–233.

Cimşit, Mustafa. (2013). Islamische Seelsorge – Eine theologische Begriffsbestimmung. In Ucar, Bülent; Blasberg-Kuhnke, Martina (Eds.). *Islamische Seelsorge zwischen Herkunft und Zukunft: Von der theologischen Grundlegung zur Praxis in Deutschland* (pp. 13-26). Frankfurt am Main, Germany: Peter Lang.

Communication Department of the General Conference. (2010). *Statements, guidelines and other documents.* Hagerstown, MD: Review and Herald Publishing Association.

Creswell, John; Clark, Plano. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). Los Angeles, CA: SAGE Publications.

Denzin, Norman. (2010). On elephants and gold standards. *Qualitative Research* 10, 269–272.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitative Forschung* (6th ed.). Marburg, Germany: Dr. Dresing und Pehl.

Eggenberger, Oswald. (2003). *Kirchen, Sekten, Religionen: religiöse Gemeinschaften, weltanschauliche Gruppierungen und Psycho-Organisationen im deutschen Sprachraum: ein Handbuch* (7th ed.). Zürich, Switzerland: Theologischer Verlag.

Eibach, Ulrich. (1991). *Heilung für den ganzen Menschen? Ganzheitliches Denken als Herausforderung von Theologie und Kirche.* Neukirchen-Vluyn, Germany: Neukirchener.

Elibol, Zeynep. (2013). Islamische Seelsorge. In Nautz, Jürgen; Stöckl, Kristina; Siebenrock, Roman (Eds.). *Öffentliche Religionen in Österreich. Politikverständnis und zivilgesellschaftliches Engagement 12.* Innsbruck, Austria: Innsbruck University Press.

Elsabagh, Mona; Elgendy, Farag. (2009). Spiritualität im Krankenhaus aus der Sicht der islamischen Seelsorge. In Körtner, Ulrich; Müller, Sigrid; Kletečka-Pulker, Maria; Inthorn, Julia (Eds.). *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin 3* (pp. 41-45). Vienna: Springer.

European Network of Healthcare Chaplaincy ENHCC. (2013). *Health care chaplaincy in the Netherlands.* Retrieved from http://www.enhcc.eu/netherlands.htm.

Freikirchen in Österreich. (2017). *Die Bünde.* Retrieved from https://www.freikirchen.at/freikirchen/angebot/ (last accessed on 17th December 19).

Frick, Eckhard. (2017). Spiritual Care – Wie könnte eine jüdische Perspektive aussehen?.In Probst, Stephan (Ed.). *Die Begleitung Kranker und Sterbender im Judentum. Bikkur Cholim, jüdische Seelsorge und das Verständnis von Medizin und Pflege* (pp. 162-174). Berlin, Germany: Hentrich & Hentrich.

Gatrad, Abdul Rashid, Sadiq, Rehanah, Sheikh, Aziz. (2003). Multifaith chaplaincy. *Lancet* 362(9385), 748.

Gethin, Rupert. (1998). *The foundations of Buddhism.* Oxford, England: Oxford University Press.

Giera, Mar; Martínez-Ariño, Julia. (2014). The Accomodation of Religious Diversity in Prisons and Hospitals in Spain. *Recode Online Working Paper* 28, 1-19.

Gilliat-Ray, Sophie. (2005). From 'chapel' to 'prayer room': The production, use, and politics of sacred space in public institutions. *Culture and Religion* 6(2), 287–308.

Goffman, Ervin. (1973). *Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen.* Frankfurt am Main, Germany: Suhrkamp.

Goujon, A. 2014. WIREL project key findings: religions in Vienna in the past, present and future. Vienna: Vienna Institute of Demography.

Goujon, Anne; Jurasszovich, Sandra. Potančoková, Michaela. (2017). *ÖIF-Forschungsbericht. Demographie und Religion in Österreich.* Vienna, Austria: Österreichischer Integrationsfonds. Retrieved from http://medienservicestelle.at/migration_ bewegt/2017/10/23/2017-demographie-und-religion/ (last accessed on 22nd July 19).

Hansen, Klaus-Jürgen. (2011). Mormons (Latter Day Saints). In Betz, Hans; Browning, Don; Janowski, Bernd; Jüngel, Eberhard (Eds.). *Religion in Geschichte und Gegenwart* (4th ed.). Retrieved from https://referenceworks-brillonline-com.uaccess.univie.ac.at/entries/religion-past-and-present/mormons-latter-day-saints-SIM_14484# (last accessed on 20th Jan 20).

Heimendahl, Anne; Buyer, Reinhard. (2012). Von der Patienten- zur Mitarbeiter- zur Krankenhausseelsorge: Notizen zu einer Erweiterung des Berufsbildes in der Krankenhausseelsorge. *Wege zum Menschen* 64(6), 583-587.

Hofstätter, Elisabeth. (2009). Interkultureller Dialog am Krankenbett. In Körtner, Ulrich; Müller, Sigrid; Kletečka-Pulker, Maria; Inthorn, Julia (Eds.). *Spiritualität, Religion*

und Kultur am Krankenbett. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin 3 (pp. 141-152). Vienna, Austria: Springer.

Hoheisel, Karl, Seebass, Horst, Gödde, Susanne, Necker, Gerold, Rudolph, Ulrich, Buß, Johanna, Huxel, Kirsten, Zumstein, Jean, Zachhuber, Johannes, Link, Christian. (2007). Seele. In Betz, Hans; Browning, Don; Janowski, Bernd; Jüngel, Eberhard (Eds.). *Religion in Geschichte und Gegenwart (4th ed.).* Retrieved from https://referenceworks-brillonline-com.uaccess.univie.ac.at/entries/religion-in-geschichte-und-gegenwart/seele-COM_024785?s.num=0&s.f.s2_parent=s.f.book.religion-in-geschichte-und-gegenwart&s.q=Seele (last accessed 7th July 19).

Holmes, Stephen. (2012). *Baptist theology.* London, England: T&T Clark International.

Høystad, Ole Martin. (2017). *Die Seele: eine Kulturgeschichte.* Vienna, Austria: Böhlau Verlag.

Interreligiöse Seelsorge im AKH Wien (ed.). (2006). *Die spirituelle Meile des AKH. Ein Reiseführer durch die vier Gebetsräume der evangelischen und der katholischen Christen, der Juden und der Muslime.* Vienna, Austria: Gemeinsame Botschaft der jüdischen, der christlichen und der muslimischen Seelsorge am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätskliniken.

Islamische Glaubensgemeinschaft in Österreich (IGGiÖ). *Spitalseelsorge.* Retrieved from http://www.derislam.at/iggo/?c=content&cssid=Spitalseelsorge&navid=280&par=300&par2=253#st (last accessed on 12th March 19).

Jehovas Zeugen. (2014). Wenn Die Seele leidet – was man wissen sollte. *Erwachet!* 95 (12), 1-16.

Jehovas Zeugen. (2015). Harmonie – gewusst wie. *Erwachet!* 96 (12), 3-16.

Joseph, Thomas. (1998). Secular vs. Orthodox Chaplaincy: Taking the Kingdom of Heaven seriously''. *Christian Bioethics* 4(3), 276-278.

Keown, Damien. (2014). Buddhismus und Gesundheitspflege. In Haker, Hille; Wanderer, Gwendolin; Bentele, Katrin (Eds.). *Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge. Theoretische Grundlagen, interreligiöse Perspektiven, Praxisreflektionen* (pp. 89-108). Berlin, Germany: Lit Verlag.

Kern, Gerson. (2009). Der Zeuge Jehovas als Patient. In Körtner, Ulrich; Müller, Sigrid; Kletečka-Pulker, Maria; Inthorn, Julia (Eds.). *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin 3* (pp. 187-199). Vienna, Austria: Springer.

Kezerian, Nephi. (1992). Blessing the sick. In Ludlow, Daniel (Ed.). *Encyclopedia of Mormonism* (pp. 1308-1309). New York, NY: MacMillan. Retrieved from https://contentdm.lib.byu.edu/digital/collection/EoM/id/4227 (last accessed on 16th July 19).

Klessmann, Michael. (2013). *Handbuch der Krankenhausseelsorge* (4th ed.). Göttingen, Germany: Vandenhoeck & Ruprecht.

Klessmann, Michael. (2016). Seelsorge im Krankenhaus und Alten(pflege-)heim als Aufgabe der Gemeinde. In Kunz, Ralph (Ed.). *Seelsorge: Grundlagen – Handlungsfelder – Dimensionen* (pp. 83-96). Göttingen, Germany: Vandenhoeck & Ruprecht.

Klessmann, Michael. (2017). *Pastoralpsychologische Perspektiven in der Seelsorge: Grenzgänge zwischen Theologie und Psychologie.* Göttingen, Germany: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kluge, Gerald. (2009). Kirche Jesu Christi der Heiligen der letzten Tage. In Gasper, Hans; Baer, Harald; Sinabell, Johannes; Müller, Joachim (Eds.). *Lexikon christlicher Kirchen und Sondergemeinschaften* (pp. 134-137). Freiburg, Germany: Herder.

Koenig, Harold, George, Linda, and Peterson, Bercedis. (1998). Religiosity and remission from depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry* 155, 536–542.

Koenig, Harold, George, Linda; Cohen, Harvey, Hays, Judith, Blazer, Dan, Larson, David (1998). The relationship between religious activities and cigarette smoking in older adults. *Journal of Gerontology, Medical Sciences* 53A, M426–M434.

Koenig, Harold; George, Linda; Meador, Keith; Blazer, Dan; Ford, Stephen. (1994). The relationship between religion and alcoholism in a sample of community-dwelling adults. *Hospital and Community Psychiatry* 45, 225–231.

Koenig, Harold; Hays, Judith, Larson, David; George, Linda; Cohen, Harvey; McCullough, Michael; Meador, Keith; Blazer, Dan. (1999). Does religious attendance prolong survival?: A six year follow-up study of 3,968 older adults. *Journal of Gerontology* 54A, M370–M377.

Kofinas, Stavros. (2003). Orthodox Christian Healthcare Ministry amidst the tensions of Ecumenism. *Christian Bioethics* 9(1), 39-55.

Körtner, Ulrich. (2013). Illness, Culture and Religion in Christianity. In Kaelin, Lukas; Körtner, Ulrich; Lin, Ya-Pin; Shiyung Liu, Michael; Müller, Sigrid; Tsai, Yao-Ming (Eds.). *The conception of the human person in medicine: exploring boundaries between traditional Chinese and Western medicine* (pp. 101 – 116). Vienna, Austria: Verlag Österreich.

Körtner, Ulrich; Müller, Sigrid; Kletečka-Pulker, Maria; Inthorn, Julia (Eds.). (2009). *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin 3.* Vienna, Austria: Springer.

Leitner, Richard. (2014). Seelsorge und Mission. In Hetzenauer, Walter (Ed.). *Jehovas Zeugen in Österreich als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Schriftenreihe Colloquium 20* (pp. 191-198). Vienna, Austria: Verlag Österreich.

Leuthold, Margit. (2009). Unterschiedliche Facetten einer interreligiösen und interdisziplinären Seelsorgearbeit im Krankenhaus. In Körtner, Ulrich; Müller, Sigrid; Kletečka-Pulker, Maria; Inthorn, Julia (Eds.). *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin 3* (pp. 30-35). Vienna, Austria: Springer.

Liefbroer, Anke; Olsman, Erik; Ganzevoot, Ruard; Etten-Jamaludin, Faridi. (2017). Interfaith Spiritual Care: A Systematic Review. *Journal of Religion and Health* 56(5), 1776–1793.

Marx-Stölting, Lilian. (2014). Perspektiven jüdischer Klinikseelsorge und ihre Implikationen für den Klinikkontext und für die Entwicklung einer interreligiösen kultursensitiven Klinikseelsorge-Ethik. In Haker, Hille; Wanderer, Gwendolin; Bentele, Katrin (Eds.). *Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge. Theoretische Grundlagen, interreligiöse Perspektiven, Praxisreflektionen* (pp. 109- 122). Berlin, Germany: Lit verlag.

Mattes, Astrid; Mourão Permoser, Julia; Stoeckl, Kristina. (2016). Introduction. In Appel, Kurt; Deibl, Jakob (Eds.). *Institutional Responses to Religious Diversity. Religion and Transformation in Contemporary Society* 2 (1). Göttingen, Germany: Vandenhoeck &Ruprecht.

Mayring, Philipp (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research* 1(2). Retrieved from http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204 (last accessed on 11th March 19).
Mayring, Philipp. (2014). Qualitative Content Analysis Programme. Retrieved from https://www.qcamap.org/ (last accessed on 18th December 19).
Mayring, Philipp. (2014). Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution. Social Science Open Access Repository. Retrieved from https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-395173 (last accessed on 18th December 19).
Mayring, Philipp. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12th ed.). Weinheim, Germany: Beltz.
Mayring, Philipp; Gläser-Zirkuda, Michaela. (2008). *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse* (2nd ed.). Weinheim, Germany: Beltz.
Michelson-Carr, Melinda. (2010). Begleitung auf spirituellen Reisen. Interreligiöse Seelsorge in britischen Krankenhäusern aus jüdischer Sicht. In Weiß, Helmut; Federschmidt, Karl; Temme, Klaus (Eds.). *Handbuch Interreligiöse Seelsorge* (pp. 366–379). Neukirchen-Vluyn, Germany: Neukirchener Verlagsgesellschaft.
Misoch, Sabina. (2015). *Qualitative Interviews.* Berlin, Germany: Walter de Gruyter.
Mohagheghi, Hamideh. (2010). Überlegungen zur interreligiösen Seelsorge aus muslimischer Sicht. In Weiß, Helmut; Federschmidt, Karl; Temme, Klaus (Eds.). *Handbuch Interreligiöse Seelsorge* (pp. 129–135). Neukirchen-Vluyn, Germany: Neukirchener Verlagsgesellschaft.
Nauer, Doris. (2007). *Seelsorge: Sorge um die Seele.* Stuttgart, Germany: Kohlhammer.
Necker, Gerold. (2007). Seele im Judentum. In Betz, Hans; Browning, Don; Janowski, Bernd; Jüngel, Eberhard (Eds.). *Religion in Geschichte und Gegenwart* (4th ed.). Retrieved from https://referenceworks-brillonline-com.uaccess.univie.ac.at/entries/religion-in-geschichte-und-gegenwart/seele-COM_024785?s.num=0&s.f.s2_parent=s.f.book.religion-in-geschichte-und-gegenwart&s.q=Seele (last accessed on 20th Jan 20).
Noth, Isabelle. (2013). Seelsorge(konzepte) zwischen Modernität und religiöser Tradition. In Ucar, Bülent; Blasberg-Kuhnke, Martina (Eds.). *Islamische Seelsorge zwischen Herkunft und Zukunft: Von der theologischen Grundlegung zur Praxis in Deutschland* (pp. 101-106). Frankfurt am Main, Germany: Peter Lang.
Oikoumene. (2019). *World Council of Churches.* Retrieved from https://www.oikoumene.org/en/member-churches (last accessed on 15th July 19).
Österreichische Buddhistische Religionsgesellschaft. *JIVAKA – Buddhistische Krankenbegleitung.* Retrieved from http://www.buddhismus-austria.at/engagement/krankenbegleitung/ (last accessed on 18th December 19).
Patutelanu, Constantin. (2016). Die Orthodoxe Kirche und die ökumenische Bewegung. In Leb, Ioan Vasile; Nikolakopoulos, Konstantin; Ursa, Ilie (Eds.). *Die Orthodoxe Kirche in der Selbstdarstellung. Ein Kompendium* (pp. 281-291).. Berlin, Germany: Lit Verlag.
Pesut, Barbara; Reimer-Kirkham, Sheryl; Sawatzky, Richard; Woodland, Gloria; Peverall Perry. (2012). Hospitable Hospitals in a Diverse Society: From Chaplains to Spiritual Care Providers. *Journal of Religion and Health* 51(3), 825-836.
Pettersson, Per. (2015). Is the Swedish state secular when religious service functions are integrated in state institutions? *Studia z prawa Wyznaniowego* 18, 23-41.

Pöhlmann, Matthias; Jahn, Christine (Eds.). (2015). *Handbuch Weltanschauungen, religiöse Gemeinschaften, Freikirchen.* Gütersloh, Germany: Gütersloher Verlagshaus.

Potz, Richard. (2009). Recht auf seelsorgliche Betreuung aus der Sicht der Patienten und der Religionsgemeinschaften. In Körtner, Ulrich; Müller, Sigrid; Kletečka-Pulker, Maria; Inthorn, Julia (Eds.). *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin 3* (pp. 108-118). Vienna: Springer.

Potz, Richard; Schinkele, Brigitte. (2007). Religionsrecht im Überblick (2nd ed.). Vienna, Austria: Facultas.

Potz, Richard; Schinkele, Brigitte. (2016). *Religion and Law in Austria.* Alphen aan den Rijn, the Netherlands: Wolters Kluwer.

Probst, Stephan. (2017). *Die Begleitung Kranker und Sterbender im Judentum. Bikkur Cholim, jüdische Seelsorge und das Verständnis von Medizin und Pflege.* Berlin, Germany: Hentrich & Hentrich.

Reiss, Wolfram (2018). The Management of Religious Diversity in the Austrian Forces. In Pokorny, Lukas; Hödl, Hans Gerald (Eds.): *Religion in Austria 3* (pp. 93-159). Vienna, Austria: Praesens.

Reiss, Wolfram. (2010). Die Rezeption der Gestalt des Propheten Hiob im Islam. In Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien (Ed.). *Wiener Jahrbuch für Theologie 8. Schwerpunktthema: Hermeneutik* (pp. 325-332). Vienna, Austria: Lit.

Reiss, Wolfram. (2015). Auswirkungen der religiösen Pluralität auf staatliche Institutionen und die Anstaltsseelsorge. In Polak, Regina; Reiss, Wolfram (Eds.). *Religion im Wandel. Transformation religiöser Gemeinschaften in Europa durch Migration. Interdisziplinäre Perspektiven* (pp. 147-186). Göttingen, Germany: Vandenhoeck & Ruprecht.

Reiss, Wolfram. (2016). Religiös-kulturelle Betreuung im Strafvollzug. Herausforderungen für Staat, Anstalten, Religionsgemeinschaften und Forschung. In Appel, Kurt; Guanzini, Isabella (Eds.). *Europa mit oder ohne Religion? Der Beitrag der Religionen zum gegenwärtigen und künftigen Europa 2* (pp. 203-218). Göttingen, Germany: Vandenhoeck & Ruprecht.

Reiss, Wolfram. (2017). *Management of Religious Diversity in Austrian Correctional Services, II Concepts and organization* [seminary slides]. University of Vienna.

Reiss, Wolfram. (2019). Islamische Seelsorge etabliert sich – aber welche?. In Klöcker, Michael. Tworuschka, Udo (Eds.). *Handbuch der Religionen* (pp. 1-28). Hohenwartsleben, Germany: Westarp Verlag.

Reiss, Wolfram. (Due 2019). *Religiöse Diversität als Herausforderung in Gefängnissen. Multireligiöse Gefängnisseelsorge in Österreich und Schweden.* Marburg: Tectum.

Reiss, Wolfram. (Due March 29, 2020). The Management of Religious Diversity in Austrian Prisons. In: Zwilling, Anne-Laure; Martínez-Ariño, Julia (Eds.). *Religion and Prison in Europe: An overview of contemporary Europe.* Springer.

Religion.Orf. (2019, January 31). *Antrag der Aleviten in Österreich abgelehnt.* Retrieved from https://religion.orf.at/stories/2961904/ (last accessed on 11th December 19).

Ritter, Karin. (2010). Interreligiöse Seelsorge in der Schweiz. In Weiß, Helmut, Federschmidt, Karl, und Temme, Klaus (Eds.). *Handbuch Interreligiöse Seelsorge* (pp. 405-417). Neukirchen-Vluyn, Germany: Neukirchener Verlagsgesellschaft.

Roser, Traugott. (2007). Spiritual care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang. *Münchner Reihe Palliative Care 3.* Stuttgart, Germany: Kohlhammer.

Roser, Traugott. (2009). Spiritual Care – neuere Ansätze seelsorglichen Handelns. In Körtner, Ulrich; Müller, Sigrid; Kletečka-Pulker, Maria; Inthorn, Julia (Eds.). *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin 3* (pp. 81-90). Vienna, Austria: Springer.

Roser, Traugott. (2017). Krankenhausseelsorge und Spiritual Care. *Spiritual Care* 6(2), 229-232.

Sachedina, Abdulaziz. (2014). Islam, Gesundheitspflege und Spiritualität. In Haker, Hille; Wanderer, Gwendolin; Bentele, Katrin (Eds.). *Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge. Theoretische Grundlagen, interreligiöse Perspektiven, Praxisreflektionen* (pp. 65 – 88). Berlin, Germany: Lit.

Şahinöz, Cemil. (2018). *Seelsorge im Islam: Theorie und Praxis in Deutschland.* Wiesbaden, Germany: Springer.

Sardaryan, Diradur. (2008). *Bioethik in ökumenischer Perspektive: offizielle Stellungnahmen der christlichen Kirchen in Deutschland zu bioethischen Fragen um den Anfang des menschlichen Lebens im Dialog mit der orthodoxen Theologie.* Berlin, Germany: Logos-Verlag.

Schaupp, Walter. (2009). Spirituelle Dimension des Krankseins – Der christliche Patient. In Körtner, Ulrich; Müller, Sigrid; Kletečka-Pulker, Maria; Inthorn, Julia (Eds.). *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin 3* (pp. 165-175). Vienna, Austria: Springer.

Schipani, Daniel; Bueckert Leah Dawn. (2009). *Interfaith Spiritual Care Understandings and Practices.* Kitchener, ON Canada: Pandora Press.

Schmälzle, Udo Friedrich; May, Georg; Maxson, Rachel. (2007). Kaplan. In Betz, Hans; Browning, Don; Janowski, Bernd; Jüngel, Eberhard (Eds.). *Religion in Geschichte und Gegenwart*. (4th edition). Retrieved from https://referenceworks-brillonline-com.uaccess.univie.ac.at/entries/religion-in-geschichte-und-gegenwart/kaplan-COM_11291?s.num=1&s.f.s2_parent=s.f.book.religion-in-geschichte-und-gegenwart&s.q=Kaplan (last accessed on 20th Jan 20).

Secretariat General Conference of Seventh-day Adventists. (2016). *Church Manual.* Nampa, ID: Pacific Press.

Seelsorge am AKH Wien (Eds.). (2007). *Dialog des Lebens auf gleicher Augenhöhe.* Vienna, Austria: Gemeinsame Botschaft der jüdischen, der christlichen und der muslimischen Seelsorge am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätskliniken.

Shatov, Arkadiy Viktorovich (Bishop Panteleimon). *Warum Unschuldige leiden.* Retrieved from http://www.orthodoxe-kirche.at/dl/rNLqJKJmoNJqx4kJK/Warum_Unschuldige_leiden.pdf (last accessed on 15th July 19).

Stadt Wien. *Campus der Religionen' entsteht in Seestadt.* Retrieved from https://www.wien.gv.at/kultur-freizeit/campus-der-religionen.html.

Statistik Austria. (2018). *Bevölkerung.* Retrieved from https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html (last accessed on 16th Nov 19).

Synodenbüro Evangelische Kirche Österreich. (2019, December 9). *Rundschreiben bezüglich Karfreitag und Krankenhausseelsorge* [Email].

Taylor, Elizabeth Johnston, Park, Carla Gober; Pfeiffer, Jane Bacon. (2014). Nurse religiosity and spiritual care. *Journal of Advanced Nursing* 70(11), 2612–2621.

Taylor, Elizabeth Johnston. (2007). *What Do I Say? Talking with Patients about Spirituality* (5th ed.). Philadelphia, PA: Tempelton.

The Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints. (2010). *Handbook 2: Administering the Church.* Retrieved from https://www.churchofjesuschrist.org/study/manual/handbook-2-administering-the-church/title-page?lang=eng (last accessed on 17th December 19).

The Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints. (2013). *Guide to the Scriptures.* Retrieved from https://www.churchofjesuschrist.org/study/scriptures/gs/sick-sickness?lang=eng (last accessed on 17th December 19)

Vetterli, Richard. (1992). Elder, Melchizedek Priesthood. In Ludlow, Daniel (Ed.). *Encyclopedia of Mormonism.* New York, NY: MacMillan, 447-448. Retrieved from https://contentdm.lib.byu.edu/digital/collection/EoM/id/4227 (last access on 16th July 19).

Vock, Franz. (2009). Die interreligiöse und interdisziplinäre Seelsorgearbeit am AKH Wien – ein multikultureller Dialog. In Körtner, Ulrich; Müller, Sigrid; Kletečka-Pulker, Maria; Inthorn, Julia (Eds.). *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin 3* (pp. 18-29). Vienna, Austria: Springer.

Warner, Terry. (1992). Agency. In Ludlow, Daniel (Ed.). *Encyclopedia of Mormonism* (pp. 26-27). New York, NY: MacMillan. Retrieved from https://contentdm.lib.byu.edu/digital/collection/EoM/id/4227 (last accessed on 16th July 19).

Weiß, Helmut. (2010). Grundlagen interreligiöser Seelsorge. In Weiß, Helmut; Federschmidt, Karl; Temme, Klaus (Eds.). *Handbuch Interreligiöse Seelsorge.* Neukirchen-Vluyn, Germany: Neukirchener Verlagsgesellschaft.

Wieser, Emmanuel; Graf-Stuhlhofer, Franz. (2001). Die Baptisten. Zahlreich in der Welt, kaum präsent in Österreich. In Hirnsperger, Johann; Wessely, Christian; Bernhard, Alexander, *Wege zum Heil?: religiöse Bekenntnisgemeinschaften in Österreich : Selbstdarstellung und theologische Reflexion* (pp. 25-42). Graz, Austria: Styria.

Wilke, Annette. (2007). Leib und Seele. I. Religionswissenschaftlich. In Betz, Hans; Browning, Don; Janowski, Bernd; Jüngel, Eberhard (Eds.). *Religion in Geschichte und Gegenwart* (4th ed.). Retrieved from https://referenceworks-brill-lonline-com.uaccess.univie.ac.at/entries/religion-in-geschichte-und-gegenwart/leib-und-seele-COM_12845?s.num=1&s.f.s2_parent=s.f.book.religion-in-geschichte-und-gegenwart&s.q=Seele (last accessed on 20th Jan 20).

Williams, Richard. (1992). Soul. In Ludlow, Daniel (Ed.). *Encyclopedia of Mormonism* (p. 1392). New York, NY: MacMillan. Retrieved from https://contentdm.lib.byu.edu/digital/collection/EoM/id/4227 (last accessed on 16th July 19).

Ziemer, Jürgen. (2011). Pastoral Care. In Betz, Hans Dieter; Browning, Don; Janowski, Bernd; Jüngel, Eberhard. *Religion in Geschichte und Gegenwart* (4th ed.). Leiden, the Netherlands: Brill.

Ziemer, Jürgen. (2015). *Seelsorgelehre. Eine Einführung für Studium und Praxis* (4th ed.). Göttingen, Germany: Vandenhoeck & Ruprecht.

Zissler, Elisabeth. (2018). Das Krankenhaus – ein interreligiöser Lernort?. *Spiritual Care* 7(1), 5–13.

Legal Statutes:

Bundesgesetz über äußere Rechtsverhältnisse der orientalisch-orthodoxen Kirchen in Österreich (OrientKG). 2003. Retrieved from https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20002664&FassungVom=2019-12-11

Bundesgesetz über die äußeren Rechtsverhältnisse islamischer Religionsgesellschaften (Islamgesetz). 2015. Retrieved from https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009124&FassungVom=2019-12-11

Bundesgesetz über die Rechtspersönlichkeit von religiösen Bekenntnisgemeinschaften. 1998. (2013). Retrieved from https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010098

Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten [KAKuG]. 1957 (2019). Retrieved from https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285

Bundesgesetz über Vereine [VerG]. 2002. Retrieved from https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001917

Bundesgesetz vom 23. Juni 1967 über äußere Rechtsverhältnisse der griechisch-orientalischen Kirche in Österreich (OrthodoxenGesetz). 1967. Retrieved from https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009290&FassungVom=2019-12-11

Bundesgesetz vom 6. Juli 1961 über äußere Rechtsverhältnisse der Evangelischen Kirche (ProtestantenGesetz). 1961. Retrieved from https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009255&FassungVom=2019-12-11

Gesetz vom 20. Mai 1874, betreffend die gesetzliche Anerkennung von Religionsgesellschaften. 1874. Retrieved from https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009173

Gesetz vom 21. März 1890, betreffend die Regelung der äußeren Rechtsverhältnisse der israelitischen Religionsgesellschaft. 1890. Retrieved from https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009176&FassungVom=2019-12-11

Konkordat zwischen dem Heiligen Stuhle und der Republik Österreich samt Zusatzprotokoll. 1933. Retrieved from https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009196&FassungVom=2019-12-11

Staatsgrundgesetz 1867. (1988). Retrieved from https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000006

Gesetz über Krankenanstalten (Spitalsgesetz). 2001. Retrieved from https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrVbg&Gesetzesnummer=20000372

Wiener Krankenanstaltengesetz. 1987. Retrieved from https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrW&Gesetzesnummer=20000282

8. Appendix

8.1. Abstract

Societies worldwide are becoming increasingly diverse with view to the religious sphere. In state institutions such as prisons, hospitals, Armed Forces and some residential schools, this diversity is administered by the state. Even though the management of diversity in state institutions has received considerable attention in recent research worldwide, multi-perspective studies on how state institutions respond to these changing societal contexts in Austria are non-existent. This thesis therefore presents findings of the first multi-religious empirical study of hospital chaplaincy in Austria and aims to give insight into the underlying concepts and cooperative structures of chaplaincy of various religious denominations. To this purpose, a mixed method approach, comprising a questionnaire study of 32 hospital chaplains and qualitative analysis of interviews with 12 hospital chaplains, has been conducted. Findings of this study report inequalities especially between the Catholic Church and other religious communities on a legal and institutional level. Moreover, major differences have been detected in the understanding of chaplaincy as well as educational standards of the various religious communities. Cooperative structures between religious communities exist, however, they keep a very informal, person-dependent structure. Overall, these findings are indicative of a lack of regard for the increase in religious diversification in Austria. Future implications of the results should include a re-evaluation of the legal framework as well as an examination of financial positions and educational standards of hospital chaplaincy. Nevertheless, due to the small sample size and selection bias, the results are only preliminary.

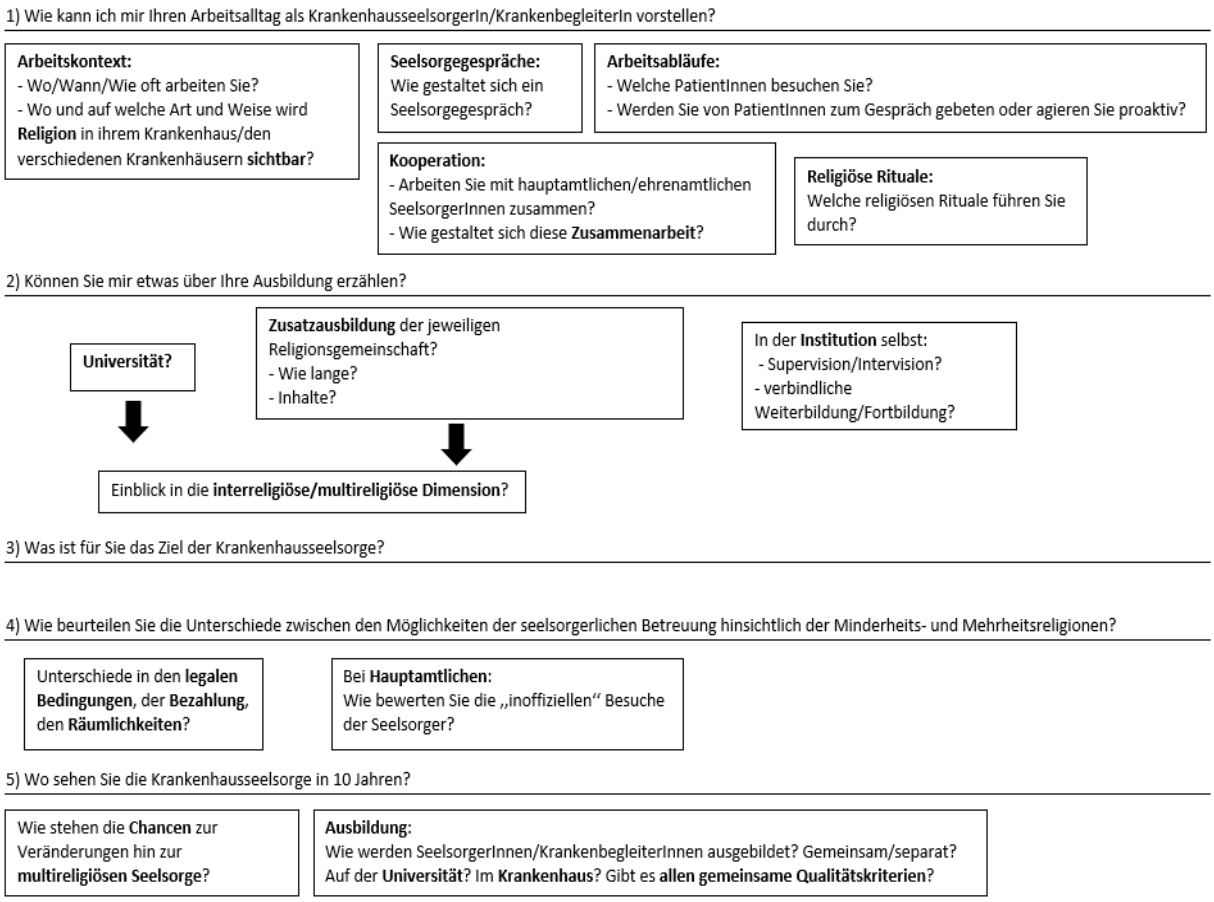
Keywords: Management of Religious Diversity in State Institutions, Hospital Chaplaincy, Mixed Method Approach, Multifaith Chaplaincy, Inequalities

Weltweit lässt sich eine zunehmende gesellschaftliche Multireligiosität feststellen. Diese Vielfalt wird in staatlichen Institutionen, wie Gefängnissen, Krankenhäusern, Militär und einigen Internaten, vom Staat reguliert. Die Verwaltung religiöser Bedürfnisse in staatlichen Institutionen hat in der Forschung der letzten Jahre viel Bedeutung erlangt, nichtsdestotrotz gibt es in Österreich kaum Untersuchungen, wie diese auf die gesellschaftliche Ausgangssituation reagieren. Die vorliegende Diplomarbeit präsentiert daher die Ergebnisse einer ersten multireligiösen Studie zum Thema Krankenhausseelsorge in Österreich und versucht, Aufschluss über die zugrundeliegenden Konzepte und Kooperationen verschiedener religiöser Gruppen in Bezug auf Krankenhausseelsorge zu geben. Zu diesem Zweck wurde ein multimethodisches Vorgehen angewandt, welches 32 quantitative Datensätze, sowie 12 Interviews mit KrankenhausseelsorgerInnen umfasst. Die Resultate heben Ungleichheiten hinsichtlich rechtlicher und institutioneller Bestimmungen zwischen der katholischen Kirche und anderen religiösen Gemeinschaften hervor. Weiters wurden große Unterschiede in den Konzeptionen und Ausbildungsstandards der religiösen Gemeinschaften erfasst. Interreligiöse Kooperationen zwischen SeelsorgerInnen finden zwar statt, dennoch sind diese personenabhängig und eher formlos gestaltet. Zusammenfassend weisen diese Ergebnisse auf einen Mangel an Kenntnisnahme und Umsetzung der multireligiösen Realität der österreichischen Gesellschaft hin. Zukünftige Schritte sollten daher eine Evaluation der rechtlichen Bestimmungen, sowie Erwägungen der Finanzierung und Ausbildungsstandards von Krankenhausseelsorge einschließen. Aufgrund des kleinen Stichprobenumfangs und der Auswahlkriterien sind die vorliegenden Erkenntnisse dennoch nur als vorläufiges Resultat zu betrachten.

Schlagwörter: Verwaltung der Multireligiosität in staatlichen Institutionen, Krankenhausseelsorge, multimethodisches Verfahren, multireligiöse Seelsorge, Ungleichheiten

8.2. Original Interview Frameworks

1) Chaplaincy interviews



2) Explorative Expert Interview

Projekt Seelsorge 2020:

Könnten Sie mir über das Projekt ,,Seelsorge 2020" berichten?

- Warum wurde das Projekt ,,Seelsorge 2020" ins Leben gerufen (Funktionen des Projekts)?
- Welche Ziele stehen hinter dem Projekt ,,Seelsorge 2020"? Wie wurden bzw. werden diese Ziele umgesetzt?

Kooperation mit anderen religiösen Gemeinschaften in der Seelsorge:

Seit wann sehen Sie in Österreich eine Bewegung hin zu einer Zusammenarbeit mit anderen religiösen Gruppen in der Seelsorge?

- Wie äußert sich diese Zusammenarbeit?

Rechtliche Rahmenbedingungen und Kooperationen in Österreich:

Gibt es auf gesetzlicher Ebene eine Zusammenarbeit mit anderen religiösen Gruppen in der Seelsorge in Österreich?

- Wie gestaltet sich diese Zusammenarbeit (d.h. Formen der Zusammenarbeit)? z.B. Spiritual Care Konzepte
- Welche religiösen Gemeinschaften sind involviert?
- Welche Kriterien werden der Zusammenarbeit mit anderen Religionen zugrunde gelegt?

8.3. Original Questionnaire

Angaben zur Person:

Alter:

Zugehörige Religionsgemeinschaft:

Tätigkeitsfeld (Welche/s Krankenhaus/Krankenhäuser):

Externe Faktoren

Welche Richtlinien bestehen im ,,Ihrem‘‘ Krankenhaus/in ,,Ihren‘‘ Krankenhäusern bezüglich Seelsorge/Krankenbegleitung?

Werden diese Richtlinien Ihrer Meinung nach im Krankenhausalltag umgesetzt?

- o Ja
- o Nein

Gründe:

Lassen sich politische Faktoren in den Richtlinien des Krankenhauses/der Krankenhäuser erkennen?

- o Ja
- o Nein

Wenn ja, welche Faktoren lassen sich Ihrer Meinung nach erkennen?

- o Kooperation mit bestimmten religiösen Gruppen
- o Darstellung von Religion in der Institution
- o Bezahlung nur bestimmter SeelsorgerInnengehälter
- o Eingeschränkte Möglichkeiten der religiösen Ausübung
- o Sonstiges:

Werden religiöse Handlungen/Rituale durch das Krankenhaus eingeschränkt?

- o ja
- o nein

Wenn ja, welche?

Haben die religiösen Gemeinschaften Ihrer Meinung nach Einfluss darauf, wie Religion im Krankenhaus repräsentiert wird?

- o Ja
- o Nein

Wenn ja, auf welche Art und Weise?

Die Institution

Welche religiösen Gemeinschaften werden von der Institution/den Institutionen anerkannt und welche nicht?

- o Die staatlich anerkannten
- o Die staatlich registrierten
- o Die Bekenntnisgemeinschaften

Welche Räumlichkeiten gibt es im Krankenhaus/in den Krankenhäusern für religiöse Rituale?

- o Synagoge
- o Evangelische Kapelle
- o Katholische Kapelle
- o Orthodoxe Kapelle
- o Muslimischer Gebetsraum
- o Buddhistischer Gebetsraum
- o Königreichsaal
- o Multireligiöser Raum
- o Sonstiges:

Welche Akteure sind für die Religion, religiöse Handlungen und Räume im Krankenhaus/in den Krankenhäusern verantwortlich?

- o Krankenhausdirektion
- o HauptamtlicheSeelsorgerInnen
- o Der Staat
- o Der Krankenhausträger
- o Die Glaubensgemeinschaften

Akteure und Kooperation

Kennen Sie andere hauptamtliche/ehrenamtliche/inoffizielle SeelsorgerInnen/ KrankenbegleiterInnen in der Institution/den Institutionen?

- o ja
- o nein

Wie häufig treffen Sie andere SeelsorgerInnen/KrankenbegleiterInnen an?

- o mehrmals die Woche
- o einmal die Woche
- o mehrmals im Monat
- o einmal im Monat
- o mehrmals im Jahr
- o nie

Wie empfinden sie den Kontakt zu (anderen) hauptamtlichen und ehrenamtlichen SeelsorgerInnen/KrankenbegleiterInnen?

- o sehr gut
- o gut
- o in Ordnung
- o verbesserungswürdig

Sind Sie in Kontakt mit dem Sozialdienst oder dem psychologischen Dienst im Krankenhaus?

- o Ja, mit beiden
- o Nein, mit keinem
- o Nur mit einem der beiden:

Sind Sie in interreligiöse oder interdisziplinäre Gremien im Krankenhaus eingebunden?

- o Ja, in beide
- o Nein, in keinem
- o Nur in einem der beiden:

Wenn ja, bitte notieren Sie, welche Parteien beteiligt sind und wie oft diese Treffen stattfinden:

Seelsorgetätigkeit

Wie erfahren Sie von PatientInnen, die Ihre Hilfe brauchen?

- o Krankenhauspersonal
- o hauptamtliche SeelsorgerInnen
- o ehrenamtliche SeelsorgerInnen
- o PatientInnen selbst
- o Familie/Bekannte der PatientInnen
- o Sonstiges:

Aus welchen Gründen wird die Seelsorge Ihrer Erfahrung nach in Anspruch genommen? Bitte nummerieren Sie je nach Wichtigkeit (1 markiert den wichtigsten Grund)

- Menschen in Wechselfällen des Lebens begleiten (Schmerz, Trauer, Freude, Hoffnung)
- Hilfe zur Sinndeutung des Lebens
- Körperliche und soziale Situation lindern
- (Re-)Konstruktion von Identität im Kontext ihrer gegenwärtigen Lebensumstände
- Religiöse Rituale (Segnung, Gebet, Meditation,…)
- Amtshandlungen (Taufen, Beerdigungen,…)
- Unterstützung im persönlichen Glauben
- Sonstiges:

Betreuen Sie auch PatientInnen anderer Religionen?
- nein, nur meiner eigenen Religion
- ja

Wenn ja, mit welcher Frequenz werden Sie von PatientInnen anderer Religionen zum Gespräch gebeten?
- mehrmals die Woche
- einmal die Woche
- mehrmals im Monat
- einmal im Monat
- mehrmals im Jahr

Wenn ja, welchen Ansatz wenden Sie im Kontakt mit andersgläubigen PatientInnen an?

Wenn ja, welche Aufgaben übernehmen Sie am häufigsten in Seelsorgegesprächen anderer Religionen?
- Religiöse Rituale durchführen
- Menschen in Wechselfällen des Lebens begleiten (Schmerz, Trauer, Freude, Hoffnung)
- Hilfe zur Sinndeutung des Lebens
- Körperliche und soziale Situation lindern
- (Re-)Konstruktion von Identität im Kontext ihrer gegenwärtigen Lebensumstände
- Amtshandlungen (Taufen, Beerdigungen)
- Sonstiges:

Welche Aufgaben übernehmen Sie am häufigsten in Seelsorgegesprächen ihrer eigenen Religion?
- Religiöse Rituale durchführen

- Menschen in Wechselfällen des Lebens begleiten (Schmerz, Trauer, Freude, Hoffnung)
- Hilfe zur Sinndeutung des Lebens
- Körperliche und soziale Situation lindern
- (Re-)Konstruktion von Identität im Kontext ihrer gegenwärtigen Lebensumstände
- Amtshandlungen (Taufen, Beerdigungen)
- Sonstiges:

Gibt es Vorbehalte hinsichtlich Ihrer seelsorgerlichen Tätigkeit von bestimmten religiösen Gruppen?

- ja
- nein

Wenn ja, welche Gründe werden diesbezüglich genannt?

- Missionstätigkeit
- Können religiöse Rituale nicht sachgemäß durchführen
- Sonstiges:

8.4. Interview Consent Form

Universität Wien
Evangelisch-Theologische Fakultät
Institut für Religionswissenschaft
Betreuender Professor: Univ.-Prof. Dr. Wolfram Reiss
Schenkenstraße 8-10

Einverständniserklärung zur Teilnahme und Aufnahme des Interviews

Name der teilnehmenden Person in Druckbuchstaben: ……

Für das Forschungsprojekt werden Interviews mithilfe eines digitales Aufnahmegeräts aufgezeichnet. Mit dieser Aufnahme wird im Folgenden zu wissenschaftlichen Zwecken eine Transkription des Interviews erstellt. Ihre im Rahmen der Studie angegebenen personenbezogenen Daten werden anonymisiert verzeichnet.

Ich erkläre meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

Ja O Nein O

Ich bin mit einer Aufzeichnung und einer wissenschaftlichen Auswertung des Interviews einverstanden.

Ja O Nein O

…….. ……

Datum, Ort Unterschrift der interviewten Person

8.5. Standardised Interview Introduction

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, ein Interview durchzuführen. Wie schon per E-Mail ausgemacht, werde ich Sie heute zu verschiedenen Dingen befragen, die Ihren Arbeitsalltag als SeelsorgerIn betreffen. Ich würde das Interview gerne mit einem Digitalen Aufnahmegerät aufnehmen. Am Ende des Interviews würde ich Sie bitten, eine Einverständniserklärung zu unterschreiben, die besagt, was ich mit der Aufnahme machen darf. Ihre Daten werden anonymisiert gespeichert und auch in der Diplomarbeit nur anonymisiert verzeichnet. Sie können sich also danach immer noch entscheiden, ob ich die Aufnahme in dieser Form verwenden darf oder ob Teile der Aufnahme ausgeklammert werden, da Sie ja jetzt noch nicht wissen, was ich alles fragen werde. Durch das Interview möchte ich genauer verstehen, wie Ihr Arbeitsalltag als Krankenhausseelsorgerin mit PatientInnen und KollegInnen aussieht, wie Ihre Ausbildung aussah, welche Aufgaben die Seelsorge für Sie hat und auch, wie Sie Unterschiede in der Betreuung zwischen Minderheits- und Mehrheitsreligionen beurteilen. Das Interview wird ungefähr 30 Minuten dauern. Haben Sie jetzt noch Fragen? Sie können auch jederzeit während des Interviews oder danach Fragen stellen.

8.6. Interview Transcripts

C1 – Griechisch-Orthodoxe Krankenhausseelsorge

I: Also herzlichen Dank nochmal, dass Sie an dem Interview teilnehmen. Die erste Frage bezieht sich auf Ihren Arbeitsalltag: Wenn Sie als Krankenhausseelsorger arbeiten, wie kann ich mir den so vorstellen, wenn Sie im Krankenhaus sind? #0:00:00.0 - 0:00:13.4

B: Vielleicht ein bisschen der Hintergrund, weil ich eben nicht ganz so typisch bin. Das ist oft das Spannungsfeld: bei der Antwort ehrenamtlich oder hauptamtlich habe ich mir schon schwergetan, weil ich bin ehrenamtlich, was das Finanzielle betrifft. Ich bekomme keinen Cent dafür, aber als Priester bin ich eigentlich hauptamtlich und das ist so ein bisschen ein Spannungsfeld. Ich weiß nicht, wie Sie das dann in ihr Schema hineinbringen, weil es von der Situation/. Prinzipiell hauptberuflich, hauptamtlich, bin ich hier an der Universitätsbibliothek – all-in Vertrag, also teilweise auch darüber. Und das ganze Seelsorgerliche mache ich ehrenamtlich. Ich bin seit 2016 Priester in der griechisch-orthodoxen Kirche und ich habe hier katholische Theologie studiert. In

Thessaloniki für mein Doktorat studiert und hatte immer Kontakt mit den Orthodoxen und irgendwie bin ich dann orthodox halt geworden (Lachen). Und bin eben 2016 dann auch beauftragt worden, für die Krankenhausseelsorge da zu sein und zusätzlich eine deutschsprachige Gemeinde hier aufzubauen. Also ich habe auch eine Gemeinde am Sonntag. Und Krankenhausseelsorge war für mich aber auch mit ein Grund überhaupt, diesen Weg dann zu gehen und zu sagen: gut dann sag ich ja zu dieser Idee, wie auch immer, und mach das. Und jetzt von der Krankenseelsorgeausbildung ist es so, dass wir in der orthodoxen Kirche jetzt noch nicht weiß Gott was für Standards an Ausbildungsschienen gefahren sind und gefahren haben. Ich persönlich aber Doktorat in Theologie und das Vertrauen meines Bischofs. Ich selber hab diese Kurse nicht besucht, muss ich ganz ehrlich dazu sagen. Ich unterrichte jetzt aber mittlerweile in der Ausbildung von der Erzdiözese Wien, weil derweil Bischof S., der für die kategoriale Seelsorge zuständig ist, sehr wollte, dass auch die Orthodoxen da ein bisschen mehr eingebunden sind. Und so gesehen werde ich den Kurs auch nicht mehr machen, weil jetzt bin ich schon eigentlich auf der anderen Seite und mache halt die Seelsorge so, wie ich es in meiner priesterlichen Beauftragung meine, tun zu sollen. Was ich aber jetzt schon versuche, wir haben jetzt in den letzten Jahren und auch in diesem Jahr, Orthodoxe, die ehrenamtlich auch mitarbeiten wollen, Laien, gefunden und die schicken wir jetzt durchaus jetzt in den Kurs am Stephansplatz. Damit wir da auch ein bisschen nachziehen und auf diese Professionalisierungsebene kommen. So, wie schaut jetzt mein Alltag aus: also mein Alltag im Krankenhaus beschränkt sich auf den Mittwoch in der Regel. Am Mittwoch haben wir jetzt seit 2017, Anfang 2017, ein Krankengebet. Da gibt es einen eigenen Ritus, das dauert circa eine halbe Stunde, wo wir in der katholischen Kapelle des AKH das machen dürfen. Das hat auch zunächst mal ein paar Monate gedauert, bis das abgesprochen war, aber des ist jetzt dann auf Schiene. Ich weiß nicht, aber diese Kapelle kennen sie wahrscheinlich oder nicht. Links sind zwei Ikonen, die der Vorgänger von mir, (unv.) Metropolit M.S. gestiftet hat und dort machen wir nun unser Gebet. Und da kommen einerseits Laien, die in der Gemeinde, in der griechischen Gemeinde sind bei mir. Andererseits auch Kranke, die es erfahren haben. Also es sind immer welche bei uns welche unten mit der Mundmaske dann oder so, mit allen möglichen Schläuchen. Das heißt, wenn wir wissen, es liegt jemand, dann machen wir natürlich darauf aufmerksam, dass die auch herunterkommen können. Und dann mache ich Krankenbesuche in den Stationen. Wobei ich

für die Griechen zuständig bin und wir haben nicht so viele Griechen in Wien. Ansonsten bin ich auf Abruf, das heißt, meine Nummer ist im AKH bekannt auf diesem Stationsplakat - Kennen Sie das? Steh ich drauf und da rufen jetzt die Stationen an für Orthodoxe generell. Meistens sind die Anrufe dann/ beziehen sich auf serbische Patienten, weil die Serben sind einfach jetzt demografisch in Wien wesentlich mehr natürlich als die Griechen und dann ist abzuklären. Ich versuch dann einen serbischen Priester zu erreichen. Ich habe immer mit- ich mein, ich habe inzwischen auch ein paar eingespeichert, aber nicht alle - das ist meine Liste von allen orthodoxen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern nach Kirchen oder Sprachen, wie auch immer. Und eigentlich sind die Serbischen die, die ich am meisten dann anrufe und schaue, dass die serbischen Priester zu den serbischen Patienten gehen. Nur wenn die nicht können, frage ich dann nochmal nach im Spital, wo ich den Kontakt dann eben bekommen hab, ob die einverstanden wären, dass ein Priester der griechisch-orthodoxen Kirche zu ihnen kommt. Das ist dann halt für sie nur auf Deutsch, oder Gebete dann zum Teil auch auf Griechisch machen kann. Und einige Serben sagen dann natürlich: sehr gerne, Hauptsache, es kommt ein Priester. Andere sagen dann: nein, wenn es nicht auf Serbisch ist, brauche ich das quasi nicht. Und so gesehen versuche ich dann natürlich durchaus auch andere Orthodoxe. Und das ist dann aber auf Zuruf, und das ist dann irgendwo von der Frequenz her sehr unterschiedlich. Es gab Phasen, wo dann eigentlich fast jede Woche Anrufe gewesen sind. Das ist dann nicht nur das AKH, sondern das ist dann wirklich flächendeckend Wien. Und dann gibt es wieder Zeiten, wo überhaupt nichts ist. Und irgendwie kommt mir vor, ich habe eh Sorge gehabt, wie geht sich das alles aus, der Beruf, Familie mit zwei Kindern und das halt auch noch. Und irgendwie schaut der liebe Gott, also es kommen eigentlich Anrufe nur dann, wenn es sich irgendwie ausgeht, das ist interessant (Lachen). Manchmal ruft in der Nacht die katholische Telefonseelsorge an, die mit jemanden gesprochen haben, der orthodox ist und wie das jetzt ist, aber selten. Da kann ich dann auch noch ein bisschen sagen, also, was sie dann antworten können. Das ist so ein bisschen das Schema. #0:00:13.9 - 0:05:32.1

I: Sind Sie dann aber größtenteils im AKH //zuständig?// #0:05:33.6 - 0:05:36.4

B: //ja, also// AKH ist doch das, wo wir hauptsächlich Leute haben, weil es kommen relativ, also viele kann man nicht sagen, aber doch regelmäßig, Griechen aus Griechenland, die hier extra nur für eine Lungentransplantation kommen. Da haben wir

eine ziemliche Schiene und die sind eigentlich unser Hauptzielpublikum. #0:05:35.8 - 0:05:53.9

I: Und führen Sie auch dann religiöse Rituale, also an den Krankenbetten durch? #0:05:55.5 - 0:05:59.3

B: Ja, also eigentlich ist das bei uns der Schwerpunkt. Wenn ich dann ans Krankenbett komme, ist zuerst natürlich ein bisschen Smalltalk, um ins Gespräch zu kommen. Und dann haben wir ein paar Krankengebete, wo wir halt dann um den Schutz Gottes und auch die Vergebung der Sünden, also es ist jetzt keine Beichte im engen Sinn, aber durchaus hat es auch einen Mitaspekt - Krankheit und leiblich-seelisch natürlich auch umfassend - und diese Gebete haben die Leute auch dann gern und es ist immer recht angenehm. Es kam jetzt schon regelmäßig eigentlich, weil jetzt auch Sterbebegleitung das Thema war, und da haben wir einen Ritus, das ist dann so ein Gebet, das dauert circa dreißig bis vierzig Minuten. Das habe ich nur auf Griechisch muss ich sagen, also das habe ich auch bei Bulgaren und Serben auch schon auf Griechisch gebetet. Aber ich muss sagen, es sind dann meistens Angehörige auch da und einerseits, der Sterbende wird tatsächlich ruhiger und auch die Angehörigen. Also das ist einfach sehr gut, dass wir Rituale haben, wo man auch das begleiten kann, das Hinübergehen. Und das ist auch ein Gebet, wo auch der Bischof, wie ich begonnen habe, immer gesagt hat Pass ja auf, weil bei diesem Gebet ist es dann oft so dass der Patient dann wirklich relativ flott geht - meistens ist es so. Wobei ich habe Fälle gehabt - das ist dann für mich so schwer, soll ich dieses Gebet sprechen oder soll ich ein Gebet um Gesundung sprechen? Und dann spreche ich dann schon auch mit den Ärzten, wieweit würden sie jetzt aus medizinischer Sicht sagen, ist es und dass ich dieses Gebet dann nicht einfach munter drauflosbeginne. Manchmal denke ich mir, ist es noch nicht so weit, aber die Angehörigen sagen und auch die Ärzte: nein, das kann nicht mehr lang dauern und so weiter. Da habe ich mit dem lieben Gott einen Deal jetzt ausgemacht: also wenn ich dieses Gebet spreche, im Prinzip, du weißt ja sowieso, wann es quasi zur Wirkung kommen soll und so gesehen ist das dann eigentlich ganz gut. Da hab ich einen Fall gehabt, wo dann die Patientin doch noch zehn Tage länger gelebt hat und dann aber genau an dem Tag einem - Vornamen darf ich ja sagen, das ist kein Datenschutz - Maria, und ist dann genau am 15. August, dem Heimgang Mariens, Marienschlaf oder Mariä Himmelfahrt gestorben. Und so gesehen, irgendwie habe ich mir schon gedacht: die geht jetzt noch nicht. Und möglicherweise hat sie aus unserer Sicht die Gnade, an

dem Tag gehen zu dürfen, an dem die Gottesmutter gegangen ist und es war dann auch so. Und die Angehörigen haben das gut gefunden, dass ich überhaupt mal da war und ja also (unv.). #0:05:59.8 - 0:08:18.8

I: Und Sie hatten ja schon gesagt, dass Sie kooperieren ab und zu mal mit den Ärzten. Gibt es da auch ein bisschen eine Kooperation mit den anderen Seelsorgern, die da sind, also //Hauptamtliche oder Ehrenamtliche?// #0:08:20.9 -0:08:30.2

B: //Im AKH sowieso// Im AKH hat uns eigentlich die evangelische und auch die katholische Seelsorge die Türen auch geöffnet, weil bis dato haben wir ja strukturiert überhaupt nichts wirklich gemacht. Sondern es gibt bei den Griechen eine gewissen Zahl und bei den Russen auch schon Ehrenamtliche auch, die gelegentlich Leute besuchen, wenn sie wissen, da liegt jemand, dann gehen sie halt einfach hin, bringen denen zum Teil auch Essen und ich weiß nicht, also alles Mögliche. Aber das war sehr unstrukturiert und ganz lose und jetzt sind wir da gut verankert. Wir machen natürlich mit bei den ökumenischen Gebeten, also das ist der Trauergottesdienst und Jahresbeginn, also Jahresbeginn, Semesterbeginn, wo das AKH dann hier tut und was es da halt noch so alles gibt. Und dann gibt es dieses Öko-Team, kennen Sie wahrscheinlich, wo eben die christlichen Kirchen zusammensitzen. Da muss ich sagen, da habe ich mich jetzt ein bisschen herausgehalten, weil das immer zu Uhrzeiten ist, wo es für mich schwierig ist, aber wir haben eine Griechin, die im AKH arbeitet, die eben auch zum Seelsorgeteam meines Wissens dazugehört und die schick ich dann immer in diese Öko-Team Sitzungen (Lachen). Und das immer sehr gut eigentlich, im Einvernehmen und angedockt. #0:08:29.1 - 0:09:33.2

I: Sie hatten ja schon einiges über Ihre Ausbildung erzählt. Haben Sie während dem Studium zum Beispiel schon auch ein bisschen einen Einblick in eine interreligiöse Dimension auch bekommen - //von der Ausbildung her?// #0:09:34.5 0:09:52.8

B: //Interreligiös oder interkonfessionell?// #0:09:51.8 -0:09:54.1

I: Oder interkonfessionell - also, in welcher Art und Weiße/ es kommt// #0:09:55.3 - 0:09:58.4

B: //Naja//, prinzipiell, also jetzt von meinem Werdegang, habe ich immer mit/also innerchristlich jetzt mal, also ökumenisch, das auf jeden Fall, weil ich war lange Jahre in der Diözese in einer Kommission für ökumenische Fragen der Erzdiözese Wien, hab

den Fachausschuss Ökumene vom Vikariat Wien Stadt geleitet. Also so gesehen, haben wir ständig ökumenische Kontakte gehabt und da haben wir auch immer Vorträge, also Podiumsdiskussionen veranstaltet. Einmal war zum Beispiel auch Krankenhausseelsorge, also vor Jahren jetzt schon Thema, und da haben wir immer evangelische, katholische, orthodoxe Referentinnen, Referenten gehabt und so gesehen ja. Interreligiös, wobei aus meiner Sicht, Judentum gehört zur Ökumene noch dazu und interreligiös ist dann eben Islam, Buddhismus. Mit denen habe ich jetzt nicht weiß Gott wie viel zu tun. Ein bisschen in diesem Projekt Campus der Religionen der Seestadt Aspern, weiß nicht, ob Sie das je gehört haben. Da war ich eine Zeit lang von unserer Kirche her bei den Sitzungen dabei, aber das macht jetzt momentan Gott sei Dank ein anderer Priester von uns, weil es ist sonst wirklich zu viele Baustellen gleichzeitig, das geht sich nicht aus. #0:09:58.4 - 0:11:11.1

I: In der Institution selbst, also im AKH, nehmen da Ihre ehrenamtlichen Seelsorger oder auch Sie teilweise an Supervisionen oder Intervisionen teilweise teil? #0:11:11.9 - 0:11:24.1

B: Im AKH selbst? Nein, also wir machen unsere //Das ist jetzt// #0:11:24.5 - 0:11:28.9

I: //oder organisieren Sie das selbst?// #0:11:28.8 - 0:11:29.6

B: Das ist jetzt ein/ wir machen das selber und das kann man jetzt diskutieren. Da war mal eine Sitzung des Ökumenischen Rates der Kirchen vor glaub eineinhalb Jahren circa oder so, wo Krankenhausseelsorge thematisiert worden ist. Und natürlich war so ein bisschen ,,und die Orthodoxen sollen auch ein bisschen mehr quasi standardisiert und auf diese Standards kommen und Supervision und Intervision und ich weiß nicht für ein (unv.) (Lachen), sag ich jetzt ein bisschen respektlos, ich weiß. Und ich habe dann schon gesagt, - ja, meine Supervision sind zwei Schienen: einerseits mein persönlicher geistlicher Begleiter, das ist bei uns in der Orthodoxie sehr wichtig, dass man einen Beichtvater hat, der aber dein geistlicher Begleiter ist. Also nicht jetzt Beichte und da ist zu trennen dann und ich bin ganz anonym, sondern der kennt mich eigentlich sehr gut. Und da kann man natürlich Themen besprechen, die auch in den Kontext gehören. Und meine zweite Supervision ist im deutlichen Sinne natürlich mein Bischof. Mein Bischof, der mich dazu beauftragt hat. Und wenn sich da für mich Fragestellungen auftun, dann bespreche ich das natürlich mit meinem Bischof, mit meinem Beichtvater. Ich habe bei der ökumenischen Rat-der-Kirchen-Sitzung gesagt und das ist aus

meiner Sicht Supervision. Und dann hat eben einer gesagt nein Supervision, quasi nach Lehrbuchdefinition, bla bla bla. Also ich finde, dieses Etikett verwenden wir nicht für diese Gespräche, aber ich finde, das ist Supervision. Jetzt kann man darüber streiten, ob das Supervision ist, ich weiß halt nicht. Und natürlich für meine Seelsorgerinnen, die da eben auch ins AKH gehen, bin ich dann wider die Ansprechperson. Und wenn es Themen gibt, die zu besprechen sind, wenn man persönlich mit einer Situation auch nicht so gut umgehen kann, dann gibt es eben Ansprechpartner, für mich eben mein Beichtvater, der Bischof, der andere bin ich und natürlich der eigene Beichtvater, im Falle des Falles. So machen wir das halt. Wir tun das jetzt nicht zu sehr formalisiert sagen, das ist jetzt Supervision und wir brauchen da jetzt so Etikette - da sind wir eher unkompliziert. Was ich jetzt noch nicht erwähnt hab: die Russen haben sich jetzt sehr ins AKH auch eingebracht. Das läuft aber auch über mich, dass die dort überhaupt beginnen können. Wir bekommen ja alle diesen AKH Ausweis. Das beantragen wir über die katholische Seelsorge und zunächst einmal krieg ich von den Russen zum Beispiel dann das Beauftragungsschreiben ihrer Kirche. Der dortige Erzpriester muss dann auch zustimmen: den entsendet die russische Kirche. Der soll dort die russischen Kranken besuchen. Dieses Schreiben gebe ich dann an den Pater A., das ist der katholische, der organisiert dann, dass die auch einen Ausweis bekommen. Und für die bin ich quasi auch zuständig, aber natürlich jetzt nicht so eng, wie mit den Griechen. Ich organisiere schon, dass die eben auch zu den Terminen kommen, aber da haben wir natürlich relative Autonomie dann, was die einzelnen Kirchen betrifft. Dieses Mittwochsgebet haben wir im Rhythmus jetzt aufgeteilt: eine Woche Griechen, eine Woche Russen, eine Woche Rumänen, eine Woche Serben und dann geht es wieder von vorne los. Und ich springe immer ein, wenn einer von denen nicht kann. Wobei bei den Russen machen das Gebet ausschließlich die Laien, bei den Rumänen und bei den Serben kommt immer ein Priester und bei mir auch. #0:11:28.9 -0:14:22.9

I: Was ist denn für Sie das Ziel der Krankenhausseelsorge, ganz persönlich? #0:14:23.6 - 0:14:29.9

B: Das Ziel der Krankenhausseelsorge. Das Ziel der Seelsorge, ich meine das ist jetzt gar nicht nur kategorial, ist natürlich, die Menschen auf ihrem Weg zu Gott zu begleiten. Dass wir, nach Möglichkeit, alle unser letztes Ziel erreichen, beim Herrn zu sein. Und in jeder Lebenssituation, und gerade die Krankenhaussituation ist natürlich eine Situation, wo man vielleicht auch mehr das nochmal selber reflektiert und da auch um

Unterstützung bittet und das ist eigentlich das Ziel, die Leute da zu begleiten und bei den Leuten sein. Da habe ich mir bei diesen Punkten, wo man eins, zwei, drei, vier, fünf, sechs, sieben ein bisschen schwer getan mit der Reihenfolge. Ich könnte mir vorstellen, dass ich da vielleicht ein bisschen einen anderen Schwerpunkt setzte als die katholische oder die evangelische Kirche. Also meine Schwerpunkte waren da, wenn ich es jetzt auswendig wüsste, eher natürlich, dass man den persönlichen Glauben stärkt. Und persönlichen Glauben stärken hätte ich dann so interpretiert, weil so war glaub ich die Formulierung im Fragebogen, die Beziehung des konkreten Menschen mit Gott zu unterstützen. Dass der wirklich, obwohl er vielleicht in einer sehr schwierigen Situation ist, seine Beziehung zu Christus findet und leben kann und dass aus dieser Beziehung heraus, die Situation meistern kann. Das ist eigentlich das Wesentliche. Dazu gibt es dann natürlich Rituale und Sakramente, wobei das waren eigentlich getrennte Punkte. Also so gesehen habe ich mir unglaublich schwergetan, was tue ich denn als nächstes oder übernächstes. Etwas weiter hinten gereiht habe ich dann diese Identitätsfindung, weil im Prinzip, ein Orthodoxer, eine Orthodoxe hat meistens schon, wenn sie religiös irgendwo sozialisiert sind und mit der Kirche Kontakt haben und überhaupt einen Seelsorger wünschen, haben dann doch irgendwie dieses Selbstverständnis: ok, ich bin orthodox und natürlich Jesus Christus ist unser Retter und Erlöser. Und das ist schon eigentlich prinzipiell alles klar. Natürlich in einer Krisensituation ist es manchmal auch schwer zu sagen: aber warum passiert mir das? Und all diese Fragen schon, aber jetzt nicht so diese Grundsatz Identitätsfrage. Aber diese Rituale, die wir eigentlich da haben, also das ist immer so schwer, das auseinanderzudröseln in so verschiedene Aspekte, weil eigentlich das ja dann dadurch impliziert auch schon wieder Identität mitgibt, aber ich versteh natürlich, in der Wissenschaft ist das so, dass man die Dinge auch irgendwie differenzierend entfaltend darstellen muss und das ist immer ein bisschen schwierig. #0:14:30.1 - 0:16:45.3

I: Im nächsten Punkt würde ich gerne darauf eingehen, dass es eben diese Unterschiede gibt zwischen Minderheits- und Mehrheitsreligionen, gerade eben auch in der Betreuung, weil es ja auch weniger Leute gibt, die sich dann bereit erklären meistens. Wie beurteilen Sie das für Ihre Religion? #0:16:48.3 - 0:17:08.9

B: Ja, das ist gewissermaßen schwierig und da haben wir ein bisschen diese Spannung, dass natürlich die katholische Kirche, die evangelische Kirche von den Orthodo-

xen erwartet, wir müssten auch diese Standards alle erfüllen, die bei den beiden Kirchen eben schon erfüllt werden. Und da haben wir einfach tatsächlich das Personalproblem letztendlich. Wir haben einfach nicht die Leute, die sich dann auch lange Ausbildungen geben können und so weiter. Also wir versuchen jetzt eh, reihenweise die Leute wo hinzuschicken, aber in dem großen Umfang schaffen wir das nicht und wir haben definitiv kein Geld, dass wir jemandem irgendetwas bezahlen. Also Hauptamtliche werden wir in dem Sinn wohl auf Jahre und Jahrzehnte nicht haben. Sie wissen, wir leben nur von Spenden, wir haben keinen Kirchenbeitrag, der verpflichtend ist. Es ist mittlerweile sogar so, ich mein, viele von unseren Gläubigen machen einen Dauerauftrag. Das ist natürlich schon irgendwie verständlich, weil wir halt den Leuten schon immer sagen, also, es gibt keine Pflicht und so, aber wenn ihr findet, das ist eure Familie, ist es wohl auch logisch, dass man ein bisschen etwas finanziell beiträgt. Bis vor zwei Jahren waren diese Spenden als Kirchenbeitrag abschreibbar bei der Steuererklärung. Seit zwei Jahren sagt jetzt das Finanzamt: nein, das sind ja freiwillige Spenden und das ist nicht abschreibbar. Das heißt, wir können das jetzt nicht einmal als Kirchenbeitrag abschreiben lassen, was unsere Gläubigen schon auch ein bisschen verärgert muss man sagen. Wir sind aber eine Kirche und nicht eine gemeinnützige Organisation, wie das Rote Kreuz, also in die Kategorie fallen wir nicht. Darum können wir nicht einmal wie die das abschrieben lassen. Wir können es überhaupt nicht abschreiben lassen. Und so gesehen ist das bei uns immer ein finanzielles Problem auch und deswegen muss es bei uns definitiv mit Ehrenamtlichen abgedeckt werden. Das ist ein bisschen die Schwierigkeit und darum mache ich das natürlich auch ehrenamtlich, das ist ja klar. Und zum Glück, weil das ist ja eine gute Konstruktion eigentlich, ich habe halt einen Brotberuf und bin nicht angewiesen darauf, dass ich da jetzt irgendwie eine hauptamtliche Stelle hätte in der Krankenhausseelsorge. #0:17:09.3 - 0:19:01.2

I: Und als letzte Frage: wie oder wo sehen Sie so die Krankenhausseelsorge in ungefähr zehn Jahren? Gibt es da vielleicht Veränderungen? #0:19:05.6 - 0:19:18.4

B: Prinzipiell bekommen wir schon die Diskussionen mit Spiritual Care und mit was heißt dieses Konzept und keine Ahnung, aber dennoch glaube ich, der konkrete Mensch ist halt irgendwo sozialisiert in einer konkreten Gemeinschaft. Und das ganz abgehoben zu machen und zu sagen, wir machen jetzt so diese Spiritual Care, die muss irgendwo ja auch wieder andocken. Ich glaube schon, dass es irgendwo, dass

es eine gute Zusammenarbeit gibt einerseits mit der Klinik an sich und der Medizin und die Vernetzung zwischen den Kirchen und Religionsgemeinschaften, das ist sicher alles positiv. Aber irgendwo muss dann schon auch klar sein, und wenn jetzt ein Patient konkret sich wünscht, ein Sakrament seiner Kirche zu bekommen, dann darf man nicht sagen, das ist dann zu - das ist so ein bisschen meine Sorge bei spiritual care - dass dann zu: nein, das ist so pfui, das ist nicht so, alles zusammen. Es gibt aber da dann doch wieder Bereiche, wo man halt ganz konkret in seiner kleinen Familie sozusagen diese Sachen abwickelt und so gesehen, glaube ich, ist beides eigentlich gut, dass man beides irgendwie im Auge behält. Und ja, sehr viel mehr kann ich dazu jetzt nicht sagen. Also ich glaube, wir werden einfach so weiter versuchen, uns zu entwickeln, aber durchaus auch mit unseren Schwerpunkten. Wir werden die Gebete, die wir haben sicher, sie sind ein reicher Gebetsschatz, der sich über Jahrtausende entwickelt hat. Und diese Gebete haben schon durchaus auch eine Wirkmächtigkeit (unv.), da bin ich überzeugt, und deswegen werden wir sicher diese Gebete weiterführen und dann nicht so eher dieses Allerweltsethos versuchen, am Krankenbett zu vermitteln und immer diese Identitätsstiftende und immer Hinterfragende und was ist jetzt das in der Krankheit und so weiter. Also wir versuchen schon eher diesen klassischen Zugang, dafür sind wir halt die Orthodoxen, das ist halt so. #0:19:18.8 - 0:21:01.8

I: Was würden Sie zum Beispiel davon halten, wenn auf der Universität teilweise alle Religionsgemeinschaften, die möchten, gemeinsam unterrichtet werden, also für die Krankenhausseelsorge zum Beispiel, dass es da einen Kurs gibt? #0:21:04.3 - 0:21:18.0

B: An sich ja, wobei es muss dann glaube ich schon, Module für die einzelnen Teilbereiche wieder geben. Also wenn es jetzt quasi nur noch so allgemein ist, glaube ich nicht, dass man die Menschen, für die wir dann da sind, irgendwas geben kann, weil der erwartet sich auch was Konkretes und nicht jetzt so ein Mischmasch, keine Ahnung was. Es ist schwierig. Ich weiß, dieses Spannungsfeld ist ein bisschen auszuhalten auch und ich glaube doch, dass jeder halt dann doch so seine Rituale hat und in Wirklichkeit ja auch der Zugang, das gibt auch ein Stück weit wieder Sicherheit, weil in diesen Ritualen, da erinnert man sich vielleicht an seine Kindheit, wie die Gebete waren oder wie es in der eigenen Familie war und das gibt den Menschen auch wieder

Halt in schwierigen Situation. Und wenn ich jetzt nur herkomme und mit ihm philosophier über das Leiden und die Krankheit, weiß ich nicht, ob ihm das so viel dann bringt. #0:21:20.2 - 0:22:15.6

I: Also das wäre theoretisch das Interview. Wenn Sie noch irgendwas sagen wollen, was für Sie noch wichtig wär, //dann//? #0:22:18.2 - 0:22:28.7

B: //na, ich glaub//, ich habe jetzt eh bei der einen oder anderen Frage das kurz, gut #0:22:28.3 - 0:22:31.8

I: ok, ja dann //danke nochmal//. #0:22:32.6 - 0:22:34.1

B: //Ja,// sehr gerne. #0:22:33.7 - 0:22:34.5

C2 - Katholische Krankenhausseelsorge

I: Ok, also herzlichen Dank nochmal, dass Sie sich bereit erklären für das Interview. #0:00:00 - 0:00:03.6

B: Sehr gerne. #0:00:04.6 - 0:00:05.0

I: Beginnen möchte ich gleich mit Ihrem Arbeitsalltag. Vielleicht könnten Sie mir einfach kurz erzählen, wie so Ihr Arbeitsalltag abläuft normalerweise? #0:00:05.1 - #0:00:16.9

B: Normalerweise ist es so, dass wir/ also wir sind ein Team - ein Seelsorgeteam, aus fünf Personen bestehend, die nicht immer alle da sind, aber zwischen zwei und fünf von uns sind da. In der Früh gibt es erstmal eine Dienstübergabe, wo man eben schaut, wer welche neuen Patienten übernimmt, was es Neues gibt, was es für Auftrage gibt. Ja und dann geht jede an ihre Arbeit (Räuspern). Also das Zentrum der Arbeit sind natürlich die einzelnen Patientenkontakte, aber es gibt auch Liturgien vorzubereiten oder irgendwelche (unv.) Impulse, was auch immer gerade ansteht. Es gibt auch Teilnahme an verschiedensten Sitzungen im Haus. Also jede von uns hat eine Station, für die sie hauptverantwortlich ist und dort gibt es auch interdisziplinäre Teamsitzungen, an denen wir dann teilnehmen. Also ich habe auf meiner Station zum Beispiel täglich eine. Das ist eher ungewöhnlich. Also die ist jeden Tag zu Mittag und sehr wichtig um im Austausch mit den Ärzten, Pflege und Therapeuten zu sein, was die Patienten betrifft. Und dann gibt es auch noch andere Tätigkeiten, für die wir zuständig sind. Zwei Kolleginnen sind in der Wertegruppe geschalten, damit also alles was Werte in diesem Krankenhaus, das christliche Krankenhaus betrifft. Ich bin in der Ethikarbeit involviert

und da gibt es eben auch manchmal Sitzungen oder Dinge vorzubereiten. Aber im Zentrum steht immer der persönliche Kontakt mit den Patienten. Und eine von uns hat immer Hauptdienst an einem Tag, die hat dann auch das Haupttelefon auf sich geschaltet und wenn irgendein Akuteinsatz, also ein Anruf kommt von einer Station, dann ist die zuständig, das zu machen. Und dann geht es in den meisten Fällen um Sterbebegleitungen oder Angehörigenbegleitungen, wenn jemand verstorben ist. Manchmal auch um religiös-kulturelle Sachen, also gerade jetzt eben rund ums Sterben. Also wenn jetzt gerade wer auf der ICU verstorben ist, dann (unv.) Patient und da stehen jetzt dreißig Angehörige und was tun wir jetzt mit denen. (Lachen) #0:00:18.7 - 0:02:56.8

I: Wahnsinn #0:02:57.0- 0:02:58.

B: Und dann braucht es uns. Also auch so Krisenintervention #0:02:59.0 - 0:03:02.0

I: Welche Patienten besuchen Sie da? Normalerweise eher die katholischen oder eben alle Patienten? #0:03:02.2 - #0:03:12.0

B: Also wir besuchen alle, außer auf die Evangelischen, weil das die evangelische Kollegin übernimmt, die ehrenamtliche, die einmal in der Woche kommt. Alles andere besuchen wir, also unabhängig von der Religion oder Konfession und auch ob sie überhaupt religiös sind. Wir besuchen genauso atheistische, agnostische Patienten, sofern sie das möchten. Also es kann natürlich jeder, auch katholische (Lachen), das natürlich ablehnen das Angebot. Wenn wir gerufen werden vom Personal zum Beispiel, dann gehen wir einfach hin, nehmen Kontakt auf und schauen dann, was braucht die Person und sind wir jetzt die Richtige, die das erfüllen kann. Also, das können spirituell-religiöse Bedürfnisse sein, aber es kann auch ganz was anderes sein. Also wenn jetzt jemand mit Trauer beschäftigt ist oder einfach mit der Tatsache, dass er eine schlimme Krebsdiagnose gekriegt hat, dann ist jetzt die Religion jetzt nicht das primäre Bedürfnis oder das Gesprächsthema, sondern einfach, wie lebe ich jetzt damit oder was bedeutet das für mich und wie pack ich das jetzt. Das ist dann völlig wurscht, ob er Buddhist ist oder Christ oder gar nichts. #0:04:32.6 - 0:04:29.0

I: Und Sie werden dann normalerweise von den Kollegen dazu aufgerufen oder wird Ihnen Bescheid gegeben, wenn ein Patient Hilfe braucht, oder? #0:04:12.6 - 0:04:39.2

B: Ja, also es gibt zwei Wege. Entweder der Patient meldet sich selbst. Also bei uns wird jeder Patient informiert, dass es Seelsorge gibt, bei der Aufnahme, also beim Pflegeanamnesegespräch und dass wenn er einen konkreten Wunsch hat, besucht zu werden oder eben sonst irgendein Bedürfnis hat, dann kann er das sofort bei der Aufnahme sagen, dann wird uns das zugewiesen und dann gehen wir dahin. Das ist die eine Möglichkeit, der Patient sagt das selber, dass er das will. Und die andere Möglichkeit ist, das Personal meldet uns das, sagt einfach: Patient sowieso hat vor einer halben Stunde seine Diagnose erfahren, sitzt jetzt heulend im Zimmer und weiß nicht, wie er soll und da wäre es gut, hinzugehen. Oder: wir haben erfahren die Frau soundso ist vor einer Woche verstorben. Könntet ihr da nicht hinschauen, ich glaub, der braucht eine Trauerbegleitung. Und dann gehen wir hin und schauen, ob das für den Patienten auch passt. Nicht immer ist das, was das Personal will (Lachen) das, was der Patient will, aber das muss man dann selbst in Erfahrung bringen, ob das/ und dann macht man das Angebot und schaut, ob das passt. #0:04:39.7 - 0:05:53.9

B: Und bezüglich religiösen Ritualen führen Sie da auch verschiedene Rituale durch teilweise bei den Patienten, wenn Sie das verlangen oder bieten Sie das an? #0:05:54.1 - 0:06:06.8

I: Wir bieten das an nach Bedarf oder auch nach der eigenen Intuition, ob das jetzt passen könnte. Also es gibt diese klassisch katholischen Bedürfnisse, dass jemand die Kommunion am Zimmer bekommt, wenn er nicht aufstehen kann, oder wir holen die Patienten zur Messe. Oder es gibt ein Bedürfnis nach Krankensalbung oder nach Beichte, dann organisieren wir das, dass ein Priester kommt. Auch geht genauso eben bei evangelischen Patienten, Patientinnen oder Orthodoxen, das heißt, wir stellen dann einen Kontakt her zum Priester dieser Konfession und schauen, dass der kommt. Rituale machen wir nur christliche, das ist dann, wenn man jetzt mit einem Patienten ein Gebet spricht oder einen Segen spendet. Bei andersgläubigen Patienten ginge es in dem Fall nur, wenn die so ein spezielles Ritual in ihrer Religion haben wollen, dann darum, dass man Kontakt herstellt zu ihrer Religionsgemeinschaft, zu einem Seelsorger, einer Seelsorgerin Ihrer Religionsgemeinschaft. #0:06:07.0 - 0:07:31.9

I: Und da haben Sie dann so eine Liste, wo Sie dann (unv.)// #0:07:32.9 - 0:07:35.0

//B: Da haben wir eine Liste//, also nicht nur wir haben die. Die liegt in den Dokumenten, also für jeden Mitarbeiter im Haus zugänglich auf. Wird jedes Jahr überarbeitet

und kontrolliert, ob die Telefonnummern noch stimmen, und da stehen alle Kontaktadressen drauf von allen Religionsgemeinschaften, die wir kennen in Wien. #0:07:35.0 - 0:07:53.1

I: Und dann wollt ich noch etwas fragen zu den Räumlichkeiten: Wie wird hier im Haus Religion sichtbar? #0:07:53.9 - 0:08:02.6

B: Also es ist sichtbar, dass es ein christliches Krankenhaus ist. Da haben Sie sicher schon gemerkt, also außen drauf (Lachen) bei der Einfahrt hängt der Heilige Vinzenz, (unv.) ein Kreuz, man kann die Kapelle sehen, man sieht im Foyer im Eingangsbereich den Heiligen Vinzenz, den Ordensgründer. Und es gibt in jedem Zimmer ein Kreuz. Die haben wir in den letzten Jahren auch sukzessive ausgetauscht, hübsche neue Kreuze (unv.) corpus. Also es ist ein Krankenhaus, dass sich dazu bekennt, ein christliches Krankenhaus zu sein. Fallweise, also wirklich sehr selten, gibt es die Situation, dass jemand das Kreuz/ also, das einem Patient das Kreuz im Zimmer ein Anstoß, ein Ärgernis ist. Das händeln wir dann im Einzelfall und dann muss man halt schauen, was ist das Problem, worum geht es. Und wenn das einem Patienten wirklich aus religiösen Gründen irgendwie das stört, dann kann man vereinbaren, dass man es in der Zeit seines Aufenthalts abhängt, dann bei uns im Büro sorgfältig verwahrt und nachher wieder hinhängt. Kommt ganz selten vor und hat sich immer gut regeln lassen in beidseitigem Einverständnis. Wir haben zwei Abschiedsräume. In dem einen davon hängt auch ein Kreuz. Also Abschiedsraum heißt, wenn jemand verstorben ist, dann kann man den zu mindestens für begrenzte Stundenanzahl ihn dort hineinbringen und das ist dann die Möglichkeit für Angehörige, sich in Ruhe zu verabschieden, ohne dass sie jetzt andere Patienten da irgendwie stören oder andere Patienten sie dabei stören. Und dort hängt auch ein Kreuz und wenn das jemand, also nicht Christlichem, ein Problem ist, dann kann man einfach einen Vorhang davor ziehen, dann ist es nicht mehr sichtbar, wir müssen es aber auch nicht abnehmen. Also da wurde extra so eine flexible Lösung gefunden. #0:08:04-2 - 0:10:16.2

I: Dann würde ich gleich zu Ihrer Ausbildung weitergehen. Können Sie mir dazu was erzählen, wie Sie denn zum Beruf gekommen sind, also welche Art von Ausbildungen Sie gemacht haben, Universität oder in der Institution? #0:10:18.1 - 0:10:37.4

B: Also der klassische Weg in diesem Beruf ist ein Theologiestudium, ein fertiges, und dann nach Möglichkeit ein paar Jahre pastorale Praxis. Das habe ich gemacht, also

ich habe mit Karenzunterbrechung neun Jahre in einer Pfarre gearbeitet. Wollte aber schon während des Studiums, gegen Ende des Studiums, in diesen Bereich Krankenhaus. War nicht ganz leicht reinzukommen, aber dann so in der dritten Karenzpause ist mir dann der Umstieg gelungen, also das heißt, ich habe hier einen Platz gekriegt und bin jetzt seit zwölf Jahren hier im Krankenhaus. Was man dann weiters machen muss ist eine KSA Ausbildung, also eine klinische Seelsorgeausbildung. Die macht man aber immer berufsbegleitend, also die kann man nicht im Vornherein machen, sondern da geht es ja hauptsächlich darum, die Erfahrungen, die man im Krankenhaus macht, zu reflektieren und das heißt, die macht man jeden zweiten oder dritten Ausbildungsjahr mal einen Durchgang, das sind sechs Wochen. Und dann macht man dann ein paar Jahre später nochmal so einen Durchgang von sechs Wochen. Die habe ich beide gemacht. Das ist die Grundvoraussetzung für die Krankenhausseelsorge. #0:10:38.1 - 0:11:59.1

I: Und in der Institution selbst, gibt es da spezielle Programme wie Supervision oder Intervision, die// #0:12:00.2 - 0:12:08.1

B: //Die Supervision// ist verpflichtend für alle Krankenhausseelsorger, also das ist das/die Qualitätsstandards, die schon vom Berufsbild, also von der Diözese herkommen. Wir haben hier eine Teamsupervision einmal im Monat im Schnitt, also für das gesamte Seelsorgeteam, auch die Haupt- und Ehrenamtliche. Und wir fünf Hauptamtliche haben jetzt auch noch eine extra Supervision, also das muss sein. (Lachen). Das zahlt sich auch aus. Notwendig. #0:12:08.2 - 0:12:45.2

I: Müssen Sie teilweise auch zu bestimmten Fortbildungen oder Weiterbildungen gehen oder freiwillig vielleicht auch? #0:12:45.5 - 0:12:54.9

B: Ja, was wir müssen, also von kirchlicher Seite her: es gibt zweimal im Jahr ein - das nennt sich Conveniat, das ist ein Treffen aller Krankenhausseelsorger, jetzt der Diözese. Die Hauptamtlichen müssen, die Ehrenamtlichen dürfen. Da gibt es immer eben einen inhaltlichen Input, einen Referenten und halt auch organisatorische Sachen auch. Und dann erwartet die Diözese von den Hauptamtlichen, also zumindest Vollzeit auf jeden Fall, bei Teilzeit kommt es halt drauf an, wie viele Stunden man hat, dass man viermal im Jahr in einem Arbeitskreis teilnimmt. Da kann man sich aussuchen welchen. Da gibt es eben verschiedene Themen, die da hilfreich sind und dann arbeiten die Kollegen miteinander eben dann dran an den Themen. Ich bin im Arbeitskreis

Psychiatrie Seelsorge. Und sonst gibt es/ also das ist das, was man machen muss, sonst gibt es jede Menge Fortbildungsangebote, die wir sowohl von Seiten der Kirche, also der Diözese bekommen, als auch Fortbildungsangebote vom Krankenhaus her. Und dann muss man halt schauen, wie viel Zeit im Jahr (Lachen) darf man für Fortbildungen verwenden, und wer finanziert das, aber Angebote gibt es total viele. Also ich war jetzt eben gerade zwei Tage auf einer österreichweiten Krankenhausseelsorgetagung in Salzburg zum Thema Ethik. Und natürlich gibt es auf Eigeninitiative auch noch zusätzliche Dinge, die man halt von anderswo herhat. Also ich habe einen zweijährigen Lehrgang Weltreligionen gemacht. Aber das habe ich schon angefangen, bevor ich hier zu arbeiten angefangen hab. Aber das war mein eigenes Interesse, das jetzt von niemanden her eine Verpflichtung. Und ich habe auch ein Jahr lang eine Ausbildung zur Psychatrieseelsorge gemacht, weil hier halt also mein Schwerpunkt die Psychosomatikabteilung ist. Und derzeit mache ich eine Ausbildung zu Trauma Pastoral in Deutschland, weil wir hier auch viele traumatisierte Patienten haben und das nochmal ein sehr spezielles Gebiet ist, wo man doch ein bisschen Knowhow braucht, um mit denen gut arbeiten zu können. Und dann gibt es jede Menge Ethikfortbildungen, die zum Teil von der Diözese, aber auch sehr viel vom Haus für meinen Ethikschwerpunkt. Da braucht man auch eine Menge an zusätzlichen Kompetenzen, die man jetzt so eben nicht mitgekriegt hat vom Studium und Ausbildung. #0:12:55.1 - 0:16:09.2

I: Und während der Theologieausbildung, haben Sie da auch gewisse Einblicke in so eine interreligiöse Dimension auch bekommen oder während diesen Zusatzausbildungen? Also Sie hatten ja schon gesagt, Weltreligionen haben Sie zusätzlich selbst gemacht. //Haben Sie das im Studium auch schon ein bisschen bekommen? #0:16:10.2 - 0:16:30.1

B: //Also, im Studium haben wir// Religionswissenschaft natürlich. Da habe ich alles gemacht, was da angeboten wurde. Aber also, das waren eben auch eher Wahlfächer. Also das, was verpflichtet ist, also da kommt man mit ziemlich wenig aus. Ich habe das halt als Wahlfach auch genommen, weil mich das immer schon interessiert hat. Aber das sind halt auch immer sehr spezielle, spezifische Einblicke in ein Thema, nicht? Dann macht man ein Seminar, was weiß ich, zur islamischen Mystik oder so. Also ausreichend finde ich das nicht (Lachen) #0:16:39.2 - 0:17:04.9

I: Was ist denn für Sie das Ziel der Krankenhausseelsorge? #0:17:11.0 - 0:17:17.4

B: Das Ziel der Krankenhausseelsorge ist, dass wir Patienten, Patientinnen, Angehörige und auch Mitarbeiter begleiten, stützen, stärken, in dem, was sie gerade angeht. #0:17:18.7 - 0:17:33.2

I: Sehr gut, das war eine kurze Frage, jetzt kommen wir schon zur nächsten Frage// #0:17:39.6 -0:17:42.2

B: //Man kann darüber wohl ein Jahr auch reden, nicht? Also es ist (unv.)// #0:17:42.2 - 0:17:46.2

I: //Genau, das stimmt. #0:17:43.8 - 0:17:51.2

B: Also was wichtig ist, ist dass der Patient, der Mensch im Mittelpunkt steht und dass man sich auf das einstellt, was die Person ausmacht und was die Person in diesem Augenblick - und Krankheit ist immer so eine Krisensituation - was diese Person gerade braucht. Und es geht überhaupt nicht darum, dass man jemanden jetzt religiös bildet oder zu etwas hindrängt oder eben gar missioniert oder sowas, also das ist absolut ein No-Go. Das geht gar nicht. Also es ist auch einfach wichtig, dass man in einem Gespräch, also nicht ein Ziel hat, wo man hinwill. Also das bestimmt ganz klar der Patient, die Patientin, wo es hingehen wird. Und wir lassen uns darauf ein und gehen mit und versuchen mit der Person herauszufinden, was sie gerade braucht und was ihr gerade guttut oder hilft #0:17:51.8 - 0:19:05.1

I: Sehr schön. Die nächste Frage würde dann darum gehen, um gewisse Unterschiede zwischen Minderheits- und Mehrheitsreligionen. Wie würden Sie beurteilen, was da die Unterschiede sind oder wie die Unterschiede vielleicht zu Tage kommen oder gibt es überhaupt Unterschiede in der Betreuung von Minderheits- oder Mehrheitsreligionen? Gerade wenn zum Beispiel Imame oder anderen Priester angerufen werden, aber dann nur, wenn Bedarf ist, oder? Die Frage war jetzt etwas kompliziert formuliert. #0:19:07.2 - 0:19:48.0

B: Also unter Mehrheitsreligionen verstehen Sie jetzt Christen, also katholisch oder// #0:19:49.1 - 0:19:53.9

I: //genau, also die größten// #0:19:5410 - 0:19:55.5

B: Ja, also die Mehrheit sind Mittlerweile wahrscheinlich die Atheisten (Lachen), in der Stadt zumindest. Naja, also wir haben schon viel auch so klassisch katholisches Publikum hier in Anführungszeichen. Das geht irgendwie auch leichter, da sind auch mehr

Ressourcen da, jetzt auch von den kirchlichen Institutionen. Also mit katholisch, evangelisch ist es leicht, irgendwie einen Priester anzurufen oder den evangelischen Pfarrer anzurufen. Also da haben wir die persönlichen Kontakte. Wir haben einen Vertrag mit den Priestern der benachbarten Pfarre, also die sind auch verpflichtet zu kommen. Die kriegen das auch bezahlt, ihren Einsatz hier. Insofern ist es praktisch leichter und bei den anderen Religionen ist es halt immer ein bisschen ein Zufall, ob man wen erreicht und ob der dann Lust hat zu kommen. Aber möglich ist es genauso. Also es gibt nur in der Praxis Unterschiede. Es kommt halt wenig vor. Es kommt auch wenig, also dass man einen hinduistischen Patienten hat, ist die Chance ziemlich gering. Öfter mal ein Sikh oder so. Sind halt einfach wenige hier im Land. Und dass die dann was Religiöses brauchen ist noch unwahrscheinlicher. Also wenn die was brauchen, dann ist es einfach menschliche Zuwendung, also ganz unabhängig von der Religion. Muslimische Patienten haben wir natürlich von den nicht-christlichen Religionen dann am öftesten. Und da gibt es am Ehesten, also was jetzt auffällt an den Unterschieden, bestimmte Trauerausdrucksweisen, Rituale, die dann angefragt werden oder wo man manchmal ein bisschen herausgefordert ist. Wobei das also oft die kulturellen Differenzen mehr zum Tragen kommen als die religiösen. #0:19:55.5 - 0:22:26.3

I: Ok, also Sie meinen, dass die Religion dann weniger mitspielt, also das wo, die Person dann vielleicht herkommt oder (unv.) #022:27.4 - 0:22:41.9

B: Also, katholische Kroaten sind auch anders als katholische Österreicher. Also, die drücken sich anders aus, wenn sie in Schock oder in Trauer sind oder es stehen dann halt nicht zwei Personen am Bett, sondern fünfzig und also, das ist bei Kroaten nicht anders als bei Bosniern und die einen sind Muslime und die anderen sind katholisch oder bei Serben, die orthodox sind, also das ist dann eher das kulturelle Umfeld, das man dann spürt und die Religion spielt nicht so eine große Rolle. Also die sozialen Gruppen eben, dass dann oft eben ganz viele Personen da sind, die ganze Familie, und (unv.) da sind oder dass sie laut sind. #0:22:44.1 - 0:23:34.5

I: Und, wie würden Sie es bewerten als Hauptamtliche: es passiert ja sicher ab und zu, dass Patienten teilweise selbst auch ihre Pfarrer oder ihre Imame anrufen und dass Sie dann halt so inoffiziell ins Krankenhaus dann kommen und die Leute besuchen. Passiert sowas überhaupt oder//? #0:23:35.9 - 0:24.01.7

B: //Ich glaube selten. Wäre überhaupt kein Problem, also in den Besuchszeiten kann jeder hier kommen und gehen, also das wäre überhaupt kein Problem. Kommt nicht oft vor. Also, es ist manchmal so, dass wir das anregen, dass sie das tun. Also dass wenn sie ein Kontakt haben zu einem Imam der Familie, dass sie dann sich den auch organisieren. Also es kommt vor, aber nicht gerade oft. Also ich denke, dass es auch mit dem Seelsorgeverständnis zu tun hat, dass das christliche oder katholisch-evangelische, lässt sich nicht ohne Weiteres auf alle Religionen übertragen. Das heißt, unsere Idee von Seelsorge, die eben schon über Jahrzehnte gewachsen ist, also die gab es auch nicht immer, also früher war das bei uns genauso, dass man darunter verstanden hat, ausschließlich ein Priester ist dann ausschließlich zur Sakramentenspendung da. Aber dass man Seelsorge als Begleitung von Menschen in schwierigen Situationen ansieht, gibt es ja bei uns auch nicht, ich weiß nicht, seit fünfzig Jahren oder so. Und das gibt es in anderen Religionsgemeinschaften nicht so eins zu eins, also das ist erst langsam im Wachsen. Also in den islamischen Gemeinden bemüht man sich darum, eben auch das am Beispiel der katholischen, evangelischen Kirchen auch einzuführen und Leute auszubilden und sich dafür zu interessieren, aber das ist noch neu. Und die haben ja auch keine Hauptamtlichen, die das machen können. also da sind die wirklich erst gerade bei den ersten Schritten, beim Aufbauen. Und auch in der jüdischen Gemeinschaft ist das genauso. Ein Rabbiner ist nicht das gleiche, wie ein Seelsorger bei uns, also die haben andere Funktionen. So wie ein Imam auch nicht unbedingt ein Seelsorger ist. Also den fragt man, wenn man eine Rechtsfrage hat und der predigt im Gemeinschaftsgebet in der Moschee, aber als persönlicher Seelsorger, den man jetzt in der Krise irgendwie zur Begleitung heranzieht, sind die nicht von vornherein gedacht. Und auch bei den Orthodoxen ist das eher die Ausnahme, wenn die sich so verstehen. Das heißt, die haben von sich aus auch eben dann halt orthodoxe Patienten oder eben muslimische Patienten kommen nicht auf die Idee, dass sie da jemanden aus ihrer Glaubensgemeinschaft dazu holen, weil die nicht dafür da sind. Die spielen eine andere Rolle. #0:24:02.1 - 0:26:41.0

I: Und dann würden wir schon zur letzten Frage kommen. Wo sehen Sie die Krankenhausseelsorge in 10 Jahren, vielleicht hat sich da was verändert oder ist es eher noch gleichbleiben auch in der Ausbildung, oder? #0:26:45.4 - 0:27:00.0

B: (Lachen) Was realistisch ist oder was ich gerne hätte? #0:27:03.2- 0:27:05.6

I: Sie können ja mal beides sagen, wenn das für Sie ok ist? #0:27:06.3 - 0:27:11.4

B: Also, wenn ich schau, was realistisch ist, also es ist derzeit schon so, dass die Kirchen immer weniger Geld zur Verfügung haben, um das zu gewährleisten. Also es wird jetzt schon wahnsinnig gespart und es ist abzusehen, dass es in den nächsten zehn Jahren wahrscheinlich nicht wesentlich besser, sondern eher wesentlich schlechter wird, weil mit jedem Kirchenaustritt ist weniger Geld da. Und dann ist die Frage, ob man diese Art von sehr qualitätsvollen, also super ausgebildeten, hauptamtlichen Seelsorgern, flächendeckend zur Verfügung stellen kann. Kann man wohl nicht, also geht ja jetzt schon nicht. Es wird schon überall sehr stark eingespart und das gilt für beide Kirchen. Was ein starkes Thema in der Auseinandersetzung ist, das ist Spiritual Care. Das ist ein Modell, dass es eben in vielen anderen Ländern schon gibt, wo man versucht, diese spirituellen Bedürfnisse von Patienten dann auf andere Personen irgendwie zu verteilen und auch andere Personen dafür heranzubilden. Also das können dann auch Ärzte oder Pflegepersonen oder Sozialarbeiter oder wer auch immer sein oder auch natürlich Vertreter anderer Religionen. Und ja, die Frage ist, zum einen, wie sehr sind die dann tatsächlich ausgebildet. Die machen dann halt irgendwie ein paar Wochen ein, zwei Seminare und haben dann irgendwie einen kleinen Kurs und versuchen dann halt das irgendwie in ihrer Arbeit als Pflegeperson das irgendwie dann auch mitzumachen. Was schön ist, wenn sie es machen, also was ich eben problematisch fände ist, wenn dadurch das, was wir jetzt aufgebaut haben in den letzten fünfzig Jahren an qualitätsvoller Krankenhausseelsorge, dadurch ersetzt werden sollte. Und das ist auch eben die Frage, wie kann man jemanden religiös begleiten, wenn man selbst religiös vielleicht gar nicht irgendwie angebunden ist. Gar keine Erfahrung und keine Tradition mitbringt - was stellt man auch zur Verfügung als Ressource? Das wäre dann auch sehr willkürlich, was dann vielleicht auch wenig reflektiert, woher ich komme und was ich da anbiete. Und gerade dieser Punkt der Selbstreflektion ist in unserer Ausbildung sehr zentral. Also damit muss sich jetzt auch Krankenhausseelsorge sehr auseinandersetzen. Also, was heißt spiritual care, ist das die Zukunft und spielen wir da noch mit und in welcher Form? Ich weiß von anderen Ländern, von den Niederlanden zum Beispiel, dass dann Krankenhäuser, also die Kirchen können das nicht mehr bezahlen, und die Krankenhäuser nehmen sich halt, wen sie finden und sie nehmen dann tendenziell eher die, die am Schlechtesten ausgebildet sind, weil die am Billigsten sind. Das wird sich niederschlagen, das werden die Patienten zu spüren bekommen. Und

natürlich werden sich in die Lücke auch die Konfessionen und Religionsgemeinschaften dann hineinstürzen, weil da eben dann ein Loch ist, ein weites Feld und dagegen ist jetzt nicht von Vornherein was zu sagen, aber die Frage ist immer, zu welcher Qualität und mit welcher Absicht. Und ich denke schon, dass es bei manchen, die ich jetzt/ kennt man so ein bisschen die Erfahrungen aus dem freikirchlichen Bereich oder Zeugen Jehovas, dass die nicht dasselbe Seelsorgeverständnis haben wie wir. Also dass sie jetzt nicht den Menschen in den Mittelpunkt und sich in den Dienst dieser Person stellen, sondern schon auch eher missionarisch unterwegs sind und rekrutieren und das ist dann eigentlich eine totale Verzweckung auch von Patienten auch, die in einer schwachen Position sind und sich schwer wehren können, wenn sie da ausgeliefert im Bett liegen. Dass man das ausnutzt, um dann eben vielleicht für die eigenen Kirchengemeinschaft die Leute dann heranzuziehen oder zu binden. Und das fände ich wirklich schlimm, also da kehrt sich da Einiges um. Also dann muss man denke ich schon aufpassen, dass man Patienten auch davor schützt. #0:27:11.8 - 0:32:20.2

I: Und in der Ausbildung, es könnte vielleicht auch dazu kommen, dass man gemeinsame Kurse vielleicht anbietet für Seelsorge, also für verschiedene Seelsorger zusammen für verschiedene Religionsgemeinschaften? #0:32:24.1- 0:32:41.6

B: Das fände ich sinnvoll. Also ansatzweise zumindest, also das kann man nur im ehrenamtlichen Bereich machen, weil die anderen Religionsgemeinschaften nicht die Finanzen haben, Hauptamtliche auszubilden, also da können sie sich anstellen. Aber im ehrenamtlichen Bereich gab es zumindest jetzt ökumenische Modelle, katholisch, evangelisch, und eine muslimische Person hat eben schon mal den katholischen Lehrgang auch besucht und absolviert, also abgeschlossen. Also die Ausbildung zur ehrenamtlichen Seelsorge. Also wenn man das realisieren kann, natürlich. Also warum soll jede Religionsgemeinschaft parallel das gleiche machen für ein paar wenige Leute. Dann ist es besser, die Ressourcen zusammenzubringen. Außerdem, wenn das eben eine qualitätsvolle Ausbildung ist, sollen dann alle das gleiche Niveau haben, also das fände ich sinnvoll. Und dann wird es natürlich auch spezielle, also religionsspezifische Bereiche geben, die nicht kompatibel sind, also wenn jetzt katholische Seelsorger lernen, weiß nicht, wie man ein Sterbesegen macht oder so, weiß nicht, eine Kommunionfeier am Bett. Das brauchen Muslime nicht lernen, weil sie das so nicht machen, aber dann werden die vielleicht was anderes aus ihrer Religionsgemeinschaft dann machen. #0:32:42.5 -0:34:18.2

I: Ok, also ich wäre eigentlich mit den Fragen so durch. Ich weiß nicht, ob Sie denken, was jetzt noch sehr wichtig wäre, was wir noch nicht besprochen haben, ob da noch was wäre, oder sonst wären wir dann fertig? #0:34:23.7 - 0:34:39.5

B: Also, vielleicht so grundsätzlich zu dem Selbstverständnis von Seelsorge. Wenn wir auch Patienten begleiten, also auch von anderen Konfessionen oder Religionen, dann versuch ich die auch, also wenn sie religiös sind, in ihrem Glauben, in ihrer Tradition zu stützen. Also ich bin gerade vorhin von einem muslimischen Patienten gekommen, der gefragt hat, wo er hier beten kann und was er halt dafür braucht. Da schau ich, dass er eben einen guten Platz kriegt, oder in einen Raum neben der Kapelle, dass ich dann schau, dass der auch immer offen ist, wenn er ihn braucht, also dass es für ihn zugänglich ist. Gelegentlich gebe ich dann einen Gebetsteppich oder einen Kompass her, die ich in meinem Büro immer parat habe. Oder ich setz mich dafür ein in der Besprechung, im Behandlungsteam, dass er am Freitag Ausgang kriegt für das Mittagsgebet in seiner Gemeinde, obwohl er da eben eine Therapie hätte zu Mittag. Also ich versuch dann, wenn der das Bedürfnis hat und das äußert, dass ich ihn dann unterstütze, dass er eben in seiner Tradition das machen kann, was ihm hilft und guttut. #0:34:42.4

I: Sehr schön. Ja dann, danke auf jeden Fall für das Interview. (unv.) #0:36:19.0 - 0:36:28.0

C3 – Buddhistische Krankenbegleitung

I: Also auf jeden Fall nochmal herzlichen Dank dafür, dass Sie am Interview teilnehmen, dass Sie sich dafür bereit erklärt haben. Zuerst würde ich gern darauf eingehen, wie Ihr Arbeitsalltag so ausschaut in der Krankenbegleitung. Ist das eher Administration oder auch wie die Krankenbegleitung an sich ausschaut, wenn Sie dazu etwas erzählen könnten. #0:01:11.0 - 0:01:30.5

B: Ja, also die buddhistische Krankenbegleitung gibt es jetzt seit knapp sechs Jahren oder nicht ganz sechs Jahren. Und es ist so organisiert, dass wir Teil des Vereins Mobiles Hospiz sind, der wiederum der Unterverein der buddhistischen Religionsgemeinschaft ist. Die ursprüngliche Überlegung war, dass wir die verschiedenen Richtungen, die es im Buddhismus gibt, auch in der Krankenbegleitung vertreten und damit

vertreten sind, weil das Ziel ist, Hauptaugenmerk oder das ursprüngliche Ziel war, buddhistische Praktizierende zu begleiten, wenn sie erkrankt sind. Und das hat sich dann recht, also das war so der Plan und auch das Konzept. Und ich war beim Gründungsteam dabei oder bin eingeladen worden, also dann zu diesem ersten Team dazuzukommen. Und war damals schon auch ehrenamtlich, aber konfessionsunabhängig auf der Palliativstation im AKH als Sterbebegleitung, Sterbebegleiterin tätig. Das ist nochmal ein konfessionsunabhängiger Besuchsdienst, den es nur auf der Palliativstation gibt. Ansonsten gibt es derzeit im AKH noch keine Besuchsdienste, also keine ehrenamtlichen. Und durch diese Tätigkeit habe ich Kontakte zu den anderen Seelsorgerinnen gehabt und dann hat das Eine das Andere ergeben und war dann auch federführend die evangelische Seelsorge, ganz konkret der Pfarrer A., der besonders offen auf uns zugegangen ist und gesagt hat: wir wollen euch auch mit ins Boot holen. Also so viel ein bisschen zur Vorgeschichte, weil ich gesehen habe, im Fragebogen ist auch so nachgefragt, was gibt es für/gibt es Richtlinien und gibt es Voraussetzungen, wie man tätig wird im Krankenhaus. Das war so in unserem Fall im AKH wirklich Dank dieses informellen Kontakts dann wirklich und dann ist es dann formalisiert worden. Und damals hat sich auch entwickelt, dass sich derzeit nach wie vor unsere Tätigkeit doch recht stark am AKH orientiert. Das heißt, am AKH ist es so organisiert, dass bis auf die einzige Mehrheitsreligion, die Minderheitenreligionen sich bei der Anmeldung sogenannte Listen abholen können, wo also bei der Aufnahme, die Menschen bekanntgeben, wenn sie das möchten, welcher Konfession sie sind. Und man holt sich dann die Listen und kann die Patientinnen auf der Station besuchen. Und so handhaben wir das eben auch. Die Evangelischen genauso, die Musliminnen genauso, und aber auch die Orthodoxen meines Wissens. Und die weiteren Anfragen kommen über den Webauftritt und über Mundpropaganda kann man sagen. Und dieser Kreis hat sich ausgedehnt eben jetzt oder das war von Anfang an dann, dass es eben nicht nur wirklich in ihrer Religion praktizierende Buddhistinnen und Buddhisten waren, sondern Menschen, die von Buddhismus schon mal was gehört haben oder die affin sind oder die sich dafür interessieren oder die von Dalai Lama auch schon mal was gehört haben und dann einfach wissen wollten, was der Buddhismus anzubieten hat. Und so schaut das dann auch aus, wenn eine Anfrage reinkommt. Dann wird abgeklärt, wer den Erstkontakt übernimmt. Und dann wird entschieden, vorausgesetzt es ist überhaupt der Wunsch da, dass es weitere Besuche gibt und dann wird entschieden, wer das übernimmt. Also das ist in unserem Fall haben sich die Begleitungen, also mit der einen

oder anderen Ausnahme, sind die Begleitungen zwischen ein und fünf Mal, also, die Besuche. Sehr, sehr oft einmalig, also speziell im Krankenhaus ist es so, dass man da einmalig hingeht und dann ein Gespräch gewünscht wird oder willkommen ist, aber es dabei dann belassen ist. Und das andere Wesentliche, aber da sind wir natürlich noch mitten drinnen, ist die administrative beziehungsweise dann die Vernetzungsarbeit und also, es gibt jetzt nicht das/ durchaus auch über wissenschaftliche Arbeiten oder über andere Umfragen oder Wissenstransfer, das eben vorgetragen wird. Und besonders, um das nochmal hervorzuheben, zum Beispiel gibt ja es eine Kooperation mit dem Evangelischen Krankenhaus, aufgrund eben der evangelischen Seelsorge, die dort das auch so aufgestellt hat, dass es einen Anschlag gibt, dass es auch noch andere Konfessionen gibt, die begleiten. #0:01:30.9 -0:07:58.1

I: Und wie gestaltet sich dann normalerweise so ein Seelsorgegespräch im Krankenhaus oder so eine Krankenbegleitung? #0:08:01.4 - 0:08:09.6

B: Wir haben einen Flyer, den habe ich jetzt nicht dabei, das ist natürlich schlecht (Lachen). Ja, also wir haben einen Flyer, wo kurz vorgestellt wird, wer wird sind und was wir tun. Den haben wir meistens dabei und sagen: wenn es den Wunsch gibt oder wenn Sie möchten, stehen wir da zur Verfügung. Das trifft meistens auf Überraschung und meist sehr positive Überraschung. Es gibt ja doch einige asiatische Buddhistische, die sind dann eigentlich immer ganz perplex. Das kennen sie in der Form nicht und schon gar nicht, dass es Laien gibt, die das machen. Also in der buddhistischen Tradition ist es dann doch eher etwas, das den Mönchen und Nonnen vorbehalten ist, also den Mönchen. Und das ist also dann für die immer sehr verwunderlich und das hat eigentlich mit einer einzigen Ausnahme jetzt hat es noch nie einen Bedarf seitens einer in einem buddhistischen Land geborene praktizierende Buddhistin gegeben. Und ansonsten schaut es da eh manchmal so aus, dass wenn die Person das wünscht, dass man dann eine Zeit lang dort bleibt und ein bisschen spricht. Und es ist so ein Gemisch zwischen was sagt denn der Buddhismus dazu und dann halt in erster Linie ein Gespräch über das Wohlbefinden und über die Sorgen und Ängste, die auftauchen bei einer Krankheit und natürlich auch bei einem Krankenhausaufenthalt. Was schon auch noch, also das ist so die eine Gruppe, was schon auch noch, auch immer wieder als

Anfrage kommt ist Begleitung in der Meditation. Und das ist also doch dann der Hauptaugenmerk im Buddhismus, die Achtsamkeits- beziehungsweise in anderen Traditionen dann halt da weiterführende Meditationen. Und dem kommen wir ja auch gern nach. Schon mit dem Bezug auch zur Krankheit. #0:08:10.6 - 0:10:47.4

I: Also das heißt, Sie sind in dem Fall auch für alle Traditionen im Buddhismus da zuständig und machen das? #0:10:50.2 - 0:10:55.0

B: Ja, also wie gesagt ursprünglich war es so, dass wir sogar zu fünft waren, aber eben den Zen, genauso wie den Theravada, wie auch den tibetischer Buddismus. Im tibetischen gibt es ja dann nochmal siebzig Untergruppierungen, das ist alles sehr verzweigt dann, aber letztendlich stellt sich immer mehr heraus, dass der Wunsch einfach nach einer spirituellen Begleitung oder Betreuung da ist, wo es dann, auch wieder mit ein paar Ausnahmen, aber bisher war also dann keine wirklich spezifische Tradition nachgefragt. Das wird denk ich auch noch eine Zeit lang so bleiben. Einerseits weil wir natürlich eine Minderheitenreligion sind, aber auch weil die Menschen, die es praktizieren, dann doch auch in ihrer Community aufgehoben sind. Also die Leute, die sich bei uns melden, sind doch in erster Linie, die eigentlich aufgrund der Krankheit sich dann für den Buddhismus interessieren oder auch schauen wollen, was hat der Buddhismus da zu bieten und jetzt probiere ich auch einmal das. Und das ist in Ordnung, das ist durchaus legitim. #0:10:55.8 - 0:12:28.4

I: Und können Sie mir etwas über Ihre Ausbildung erzählen, wie Sie zu dem Beruf an sich gekommen sind? #0:12:32.5 - 0:12:38.9

B: Ja, also das ist bei uns in dem Sinn nicht vergleichbar mit der Seelsorge, dem Beruf. Und es gibt auch in dem Sinn keine Ausbildung zur Krankenbegleiterin. Was uns wichtig war oder vor allem den - es hat zwei Personen gegeben, die das konzipiert haben und ein mehrseitiges Konzept verfasst haben - denen war beiden wichtig, also dass die Krankenbegleiterinnen Menschen sind, die einerseits die Lebens-, Sterbe und Trauerbegleitungsausbildung, die ehrenamtliche, absolviert haben. Die wird in Wien ja sowohl von den Buddhisten als auch von den Katholiken angeboten. Also das ist schon die Voraussetzung, so eine Begleitungsausbildung zu haben und vor allem, dass sie in ihrer Tradition Praktizierende sind. Und dass man davon ausgeht, dass das als Ausbildung - und wirklich regelmäßig Praktizierende - und das ist schon auch gewährleistet. Aber wir sind ja dabei und es ist Teil dieses Entwicklungsprozesses schon auch zu

schauen, es gibt ja hinreichend auch Angebote auch innerhalb der verschiedenen buddhistischen Traditionen, schon auch zu schauen, wie man sich weiterbildet und welche Möglichkeiten es gibt. Da irgendetwas zusammen zu suchen, was einem speziell auch bei der Krankenbegleitung behilflich sein kann. Also durchaus interkonfessionelle Veranstaltungen. Ich bin auch immer wieder auf Workshops oder auf Tagungen vom Kardinal König Haus, aber eben auch andere Anbieter, auch über die evangelische, verschiedenen, wo es einfach Vernetzungstreffen und aber auch einen Austausch gibt an Erfahrungen. Zuletzt waren wir zum Beispiel eingeladen, am Internationalen Krankenhausseelsorgetreffen teilzunehmen, das hier in Wien im Oktober stattgefunden hat. #0:12:39.2 - 0:15:23.4

I: Und im AKH selbst, gibt es da auch verschiedene Supervision und Intervisionen, an denen Sie teilnehmen //oder teilnehmen müssen?// #0:15:26.6 - 0:15:33.7

B: //Ja,// also nein. Also im AKH nicht, wir selbst sind supervidiert, also vom Verein aus wird die Möglichkeit und auch das Angebot zur Einzel-, wie auch zu Gruppensupervision. Ja, also das ist, wenn man in einer Begleitung sich verpflichtet, und auch sonst ist es, also vor allem derzeit zu zweit ist es auch eine Intervision, ja, wo wir sich dann natürlich auch austauschen, wenn es zu einer Begleitung kommt. #0:15:32.6 - 0:16:06.7

I: Haben Sie dann auch während Ihrer Ausbildung auch ein bisschen einen Einblick in so eine interreligiöse, interkonfessionelle Dimension auch bekommen? Ist das Teil von diesen Begleitungen, dass man da auch ein bisschen schaut, wie da die Kooperation ist? #0:16:15.5 -0:16:30.6

B: Wie machen es die anderen oder? #0:16:30.8 - 0:16:32.0

I: Zum Beispiel. #0:16:33.3 - 0:16:34.1

B: Oder wie ist die Zusammenarbeit. Ich mein, das war unmittelbar ein Thema bei dieser Konferenz oder dieser Tagung der Internationalen Seelsorge und das war für mich ein sehr spannender Input, den ich auch weiterverfolgen werde. Das ist bei uns natürlich wirklich extrem bedingt durch dieses Ehrenamt. Also meine Kollegin und ich sind beide berufstätig und haben Familie und somit ist die Zeitressource schon immer wieder eine Komponente, speziell eben auch bei Stichwort Vernetzungstreffen, weil die bei den Hauptamtlichen natürlich untertags während ihrer Arbeitszeit stattfinden

und das ist bei uns einfach schwierig ist. Aber allerlang ist das, und wir sind auch in Österreich das ist auch klar geworden, im Vergleich zum, vor allem auch zum anglosächsischen Raum eindeutig noch hintennach, was so dieses Konzept der Spiritual Care und dieser interkonfessionellen Zusammenarbeit anbelangt. Und wir haben einfach eine jahrhundertelange Tradition einer sehr dominanten Mehrheitsreligion. Und also selbst die zweitgrößte Religion und auch die drittgrößte, also die Muslime und die Evangelischen sind ja, kommt mir vor, immer mehr gleichauf oder also haben einfach so ein bisschen ein exotisches Dasein. Also das wird einfach dauern bis es wirklich zu einem Amalgam wird oder wirklich zu einer Verquickung, selbst innerhalb der Ökumene. Also das sind ja in Österreich eh nicht die Fronten, trotz, also aus meiner Sicht, ich bin ja keine Insiderin, ich bin ja nicht getauft, also ich bin nicht konvertiert, ich bin ja ohne religiöses Bekenntnis aufgewachsen. Aber also meine Außensicht ist schon, dass es da, trotz aller Bemühungen, aber dass es in dem Sinn noch keine Verquickung gibt, sondern halt ein Miteinander, aber nicht ein Zusammen in dem Sinne. Möglicherweise wird sich das ändern. In Österreich nicht ganz so schnell, wie wo anders, aber es ist Teil des Prozesses einfach. Und was schon ist, es gibt natürlich auch innerhalb der Konfessionen unterschiedliche Traditionen der Zusammenarbeit oder der Erfahrung mit anderen Religionen und Konfessionen und also unter dem Strich, was ich aus meiner Erfahrung schon auch sagen kann, es ist extrem personenabhängig. Also es ist derzeit ausschließlich ein sehr auf die Person zugeschneidertes, aber auch von de Person abhängiges Konstrukt. Das heißt, wenn bei uns zwei, drei Leute ausfallen, dann gibt es niemanden mehr (Lachen). Aber also es ist schon noch sehr, sehr labil. Und wenn bei unseren Kontakten die Leute komplett wechseln, dann ist das schon wirklich auch noch etwas, das uns so ein bisschen zurückwirft an den Start, weil es eben noch keine fixen Strukturen gibt. Für das Krankenhaus Nord ist es meines Wissens das schon so vorgesehen, dass es breiter angelegt ist. Im AKH spricht man jetzt von der spirituellen Meile. Wir haben dort jetzt auch einen halben Schaukasten bekommen. Also es tut sich schon etwas. Es ist nicht so, dass wir bei Null anfangen, aber es ist noch sehr, sehr in den Anfängen. Und es gibt vor allem, also jetzt von oben, sei es jetzt von einer religiösen Institution oder von einer, also in dem Fall der Krankenhausdirektion, also von einer institutionellen Direktion weltlicher Natur gibt es keine Direktiven oder keine Vorgaben meines Wissens, mit Vorbehalt. Also im AKH ist schon irgendwie auch der Auftrag zusammenzuarbeiten, aber wie es dann ausschaut und wie

es dann umgesetzt wird, bleibt schon uns überlassen, und als Gesamtteam überlassen. #0:16:35.6 - 0:21:57.6

I: Was ist für Sie so das Ziel der Krankenbegleitung persönlich? #0:22:03.4 - 0:22:08.0

B: Also für mich ist Erkrankung, ebenso wie Sterben in erster Linie eine Möglichkeit, in die Klarheit und auch die Tiefe zu gehen. Und aus meiner Sicht bieten die buddhistischen Lehren da großartige Hilfsmittel an. Und über die wirklich persönliche Begegnung mit der jeweiligen Patientin, dem jeweiligen Patienten kann es da zu echten, also aus meiner Sicht, zu echten einerseits Heilsprozessen, aber auch zu Erkenntnis- und Einsichtsmomenten kommen, die für mich auch das Ziel meines Lebens sind. Also kurz formuliert, einerseits die menschliche Begegnung, die zwischenmenschliche Begegnung und andererseits die Eröffnung oder auch Offenbarung einer Weisheit, die uns halt oft nur jenseits des Alltags oder also abseits des Alltags, nicht jenseits, aber abseits des Alltags möglich ist und das ist in unserem Leben inzwischen halt sehr oft eine Erkrankung und nicht irgendwas anderes. #0:22:10.3 - 0:24:21.9

I: Hier würde ich nochmal geschwind auf die Unterschiede zwischen Minderheits- und Mehrheitsreligionen zu sprechen kommen. Wie würden Sie das so für den Buddhismus jetzt beurteilen, also wo würden Sie sich da jetzt einordnen? #0:24:26.0 - 0:24:39.9

B: (Lachen) Also ganz, ganz eindeutig Minderheitenreligion. Aber was da vielleicht noch relevant ist oder interessant zu berücksichtigen ist, dass es eben am Personenstand spürbar ist und das bestätigt sich auch durch meine Reisen in Länder, wo Buddhismus wirklich die Mehrheitsreligion ist oder zumindest eine fixe Größenordnung. Also konkret, ich war letzten Sommer längere Zeit in Myanmar und das ist ja eins, eigentlich eins der ja wenigen Länder, wo es wirklich Mehrheitsreligion ist. Ich war schon vermehrt in Indien. Indien ist eindeutig jetzt kein buddhistisches Land, aber also Myanmar ist es. In einem Ausmaß, das für mich davor gar nicht vorstellbar war. Und dadurch hat sich schon nochmal bestätigt, dass eine Minderheitenreligion, die kulturell nicht verankert ist, zwangsläufig einfach ein Exotendasein, ich möchte nicht sagen fristet, aber einfach lebt. Aus diesem Exoteneck werden wir auch nicht in meiner Lebenszeit nicht mehr rauskommen, weil es nicht zu unterschätzen ist, wie stark die Kultur und auch wieder der Alltag die Religion prägt und umgekehrt. Und deswegen, ich sehe - ich habe mich zu wenig damit beschäftigt - aber jetzt rein so assoziativ, ich sehe da auch in der Ökumene keine großen Veränderungen in den nächsten Jahrzehnten,

weil das ja doch so tief etabliert ist und so tief mit den anderen Institutionen verquickt ist. Also jetzt speziell in Österreich eher. Ich habe Auslandserfahrung. Ich habe in den USA gelebt, ich habe in der Türkei gelebt und, wie gesagt, ausgedehnte Aufenthalte in Indien. Es ist immer wieder beachtlich, wie eisern katholisch das Land ist. Obwohl wir seit, wenn man es beziffern will, eigentlich seit hundert Jahren eine Republik sind. Und aus dem heraus ist man dann speziell als Buddhistin oder als Buddhist einfach immer in so einer Enklave und so in einer eigenen Blase, die schon was zu bieten hat und wo man natürlich auch geprägt ist von der ortseigenen Kultur. Ist ja auch was Feines. Also, ich zieh mich auch gern in eine Kirche zurück. Ich habe damit überhaupt kein Problem. Und käme andererseits und das ist zum Beispiel schon interessant. Also ich habe glaube, ich ein einziges Mal in einer Kirche Niederwerfungen gemacht. Das ist Teil unserer religiösen Praxis. Und da war klar, also ich bin wirklich alleine und ich bin für die nächsten fünf Minuten, weil länger braucht es nicht, allein. Also ich käme jetzt nicht auf die Idee, jetzt meine Praxis, genauso wenig wie vermutlich, also ich habe es zumindest noch nie gesehen, dass ein Moslem in eine Kirche hineingeht und dort sein Gebet, wie er es üblich ausführt, vollbringt. Und dennoch leben wir inzwischen schon in einer Gesellschaft und das ist jetzt auch nicht zu unterschätzen oder durchaus anzuerkennen, wo die gegenseitige Toleranz und der Respekt, Toleranz ist da immer bisschen (unv.), aber der gegenseitige Respekt soweit gediegen ist und auch das Verständnis dafür, was es ist, soweit gediegen ist, dass es eben möglich ist, an die unterschiedlichen spirituellen Orte zu gehen und dort zumindest zu verweilen. Das ist jetzt wirklich sehr persönlich, weil ich komme grad drauf, dass ich mit meiner Kolleginnen auch noch nie darüber geredet habe, ob sie in eine Moschee gehen oder wie bereitwillig sie/ Nochmal, es gibt natürlich in erster Linie katholische Kirchen. Oder auch mit welcher Bereitschaft, meine evangelischen Kollegen eben auch in eine katholische Kirche gehen und umgekehrt, das weiß ich alles nicht, aber ich vermute, von mir selber ausgehend, dass es durchaus eine Möglichkeit ist. #0:24:41.9 - 0:30:33.9

I: Haben Sie da auch Möglichkeiten in den Krankenhäusern oder im AKH, wo Sie vielleicht religiöse Ausübung/wo die vielleicht stattfinden kann für //Sie//? #0:30:36.3 - 0:30:44.3

B: //Naja//, für Buddhisten leider nicht. Also auch nochmals, sehr großzügig, es gibt auf dieser spirituellen Meile eine evangelische Kapelle und dort haben wir die Möglich-

keit, in Absprache was zu organisieren, also eine Sitzmeditation oder halt was Vergleichbares. Aber auch wieder vom Krankenhaus selber ist kein konfessionsübergreifender Raum vorgesehen und somit ist es dann noch dazu eben im Mini Pack. Nochmal, also das mit dem Schaukasten ist auch nicht zu unterschätzen und das ist schon wirklich ein wichtiger Schritt einmal, aber jetzt wirklich zur Praxis oder dass man eben eine Achtsamkeitsmeditation anbietet in einem neutralen Raum - ich mein die evangelische Kapelle ist großartig, ich liebe diesen Platz, der ist auch sehr reduziert - aber trotzdem ist es ganz eindeutig ein christlicher Raum. Das ist auch gut so, logischerweise, es ist eine evangelische Kapelle. Und eben in den anderen Krankenhäusern, also doch ja, ich war im evangelischen Krankenhaus eben auch im Andachtsraum. Also es gibt keinen neutralen spirituellen Platz. Und auch wieder, da sind wir in Österreich so ein bisschen hinten nach. Also ich weiß jetzt nicht, wie es in Deutschland und in Frankreich und Italien ist. Ich weiß, dass es in den USA gang und gäbe ist, dass man von Spiritual Care spricht und nicht von den verschiedenen Konfessionen. #0:30:44.1 - 0:32:38.9

I: Und noch eine kurze Nachfrage: Also, Sie sind schon größtenteils im AKH wahrscheinlich und nur selten in anderen Krankhäusern auch oder werden Sie dort auch ab und zu mal angefragt? #0:32:43.2 - 0:32:52.5

B: Ab und zu SMZ Ost, ich war schon zwei oder dreimal auf der Baumgartner Höhe, also über die Psychiatrie. Ja und das war es dann. Und der Rest, also dann auch privat. Also wir werden ja nicht nur im Krankenhaus angefragt. Es gibt schon auch Anfragen, wo wir eben um Hausbesuche gebeten werden. #0:32:52.7 - 0:33:16.8

I: Und mit welcher Häufigkeit treffen Sie auch dann mit diesen anderen Seelsorgern dann teilweise zusammen, also mit Christen oder auch (unv.)? #0:33:24.6 - 0:33:33.2

B: Ja, das ist einfach (Lachen), das ist// #0:33:35.2 - 0:33:37.9

I: Ja, das ist schwierig //zu sagen// #0:33:38.1 - 0:33:39.4

I: Eben dadurch, dass es mehr so persönlich ist, schwankt es so nach den eigenen persönlichen Bedingungen und Umständen. Also es hat eine Zeit gegeben, wo wir uns monatlich getroffen haben. Aber inzwischen sind wir so bei drei bis vier Mal jährlich und halt dann eher informell, also das ist jetzt ja auch noch nichts Durchstrukturiertes. Also das schaut dann so aus, dass man zum Beispiel zu einem/die Christen feiern

unter sich im AKH einen Beginn des gemeinsamen Jahres. Ich bin mir immer noch nicht sicher, warum der im Oktober stattfindet, aber also möglicherweise das akademische Jahr, keine Ahnung. Also der findet irgendwie immer im Herbst statt. Und dass wir dann eben dort hingehen, weil wir sind schon auch willkommen. Aber das ist jetzt auch wieder, das ist jetzt kein interkonfessionelles Treffen. Drei bis vier Mal im Jahr, jetzt wirklich als Krankenbegleitung. Es gibt ja noch andere Gruppen oder Personen. Ich kenne bei uns jetzt keine Gruppen, sondern Einzelpersonen, die halt in anderen Bereichen - Es gibt jetzt im AKH ein Ethikangebot, also Weiterbildung für Studierende, aber auch für Angestellte, also Angehörige des AKHs und da sind die Buddhisten schon auch vertreten, aber halt nicht über die Krankenbegleitung. #0:33:38.6 - 0:35:27.4

I: Also Sie haben ja schon kurz darüber geredet, also wie Sie die weiteren Schritte so sehen in der Krankenbegleitung. Haben Sie da Vorstellungen, wie das vielleicht in zehn Jahren aussehen könnte oder wird sich da überhaupt was verändern oder was würden Sie vielleicht eher hoffen, was sich da tut? #0:35:36.2 - 0:35:57.3

B: Ja, also jetzt einmal wirklich dringlich bei uns ist, dass die Gruppe einfach größer wird. Also zu zweit, das ist es eh ähnlich wie bei den bedrohten Arten (Lachen). Das ist dann schon jenseits der Vulnerabilität. Also das ist wirklich schon extrem gefährdet und somit müssen wir einfach uns nochmal verdoppeln beziehungsweise verdreifachen. Und dann - es gibt ja Vernetzungstreffen und es gibt ja von den Religionen, die ein bisschen größer aufgestellt sind, durchaus Angebote. Dann könnten wir da ein bisschen mehr reingehen und dann wird das auch wieder breiter, also für die anderen und für uns sowieso. Und allerlang hoff ich sehr, dass es zu wirklich stärker beziehungsweise intensiver werdenden Austausch und Zusammenarbeit kommt. Und ganz wichtig aber gekoppelt mit einer Wahrung und auch mit einem klaren Verständnis für die eigenen Identität als Praktizierender. Weil was sehr gern und sehr leicht jetzt speziell mit buddhistischen Praktiken passiert und seit den letzten dreißig bis vierzig Jahren passiert ist, dass man sehr eklektisch wird. Und dass man - ähnlich wie mit der grünen Bewegung, dass man, wo dann plötzlich für alle ein Umweltbewusstsein chic und cool war und dass alle eben kooperiert haben, jetzt auf der politischen Ebene ist auf der religiösen Ebene es machen. Ich kann mich erinnern - ich habe mich mal mit muslimischen Freundinnen, es waren keine Kollegen, sondern Freundinnen, halt so ein bisschen über Buddhismus unterhalten und meine Innenreise gesprochen und das

Ganze mit einer kurzen Achtsamkeitsmeditation beschlossen. Und dann waren die: ja das machen wir auch im was weiß ich Stress- oder Managementkurs oder so. Also, man holt sich da die verschiedenen Aspekte heraus, sieht natürlich auch nur das, was man sehen möchte, wendet es dann an und hat das Gefühl, jetzt passt eh schon alles. Und da kommen wir dann nicht weiter. Also wenn wir uns damit zufriedengeben, dass das Christentum darin oder dass die Katholiken darin bestehen, dass man Kerzen anzündet und Weihrauch - oder ich hab jetzt gesehen, es war jetzt vom Papst/ dass vom Papst ab und zu so Aufrufe kommen, um gemeinsam zu beten. Und bei Evangelischen halt keiner und dass man das Erntedankfest/Also wenn wir anfangen, da wirklich nur die Symbole, die Etiketten oder die Aufkleber in ein Stickeralbum einzukleben, dann laufen wir uns so schnell durch, dass wir es besprechen müssen. Also da schon auch ein Augenmerk darauf zu halten, dass es dynamisch bleibt und dass es zu einer Identitätswahrung und nicht zu einer Identitätsauflösung kommt. #0:35:57.8 - 0:39:50.3

I: Meinen Sie, da könnten man auch in der Ausbildung dann vielleicht Schritte getan werden, dass man teilweise gemeinsam vielleicht auf der Uni oder separat im Krankenhaus unterrichtet, //jetzt also bezüglich Krankenbegleitung//? #0:39:54.7 - 0:40:10.2

B: //Das wäre großartig.// Durchaus. Also auf jeden Fall in der Ausbildung, aber vor allem auch schon, ich nenn es jetzt mal von der weltlichen Institutionsseite oder administrativen und institutionellen Vertretung her. Solang nicht ein klares Bekenntnis, also so wie ich fahren würde ist derzeit: ja natürlich, Seelsorger haben wir schon immer gehabt. Nur die Katholiken wollen wir nicht mehr, weil das ist staubig und alt (Lachen). So ein bisschen, also ich tue jetzt sehr frei assoziieren – und: ah schön, da gibt es eh andere auch noch, die holen wir uns jetzt rein, super. Und dann kriegen sie halt den Raum und das, ja das kriegen sie auch noch, und ok, aber dann ist genug. Aber das ist genauso, wie man halt/ das AKH speisen sie sehr funktional und solang das nicht angekommen ist, dass das nicht zusätzlich ist, sondern, dass das spirituelle Angebot ein integraler Teil ist jeglicher - derweil ist es vielleicht etwas extrem, aber letztendlich - jeglicher Institution. Interessant, fällt mir gerade selber ein, aber ja, also ich hätte auch nichts dagegen, wenn es bei jedem Amt- also ich bin nicht dafür, dass die Kreuze wieder aufgehängt werden, in keinem Fall ja - aber aus meiner Sicht ist Spiritualität ein integraler Bestandteil unseres Lebens und nicht das Schlagobers auf der Nachspeise.

Und somit auf jeden Fall wäre über die Ausbildung, aber vor allem auch über die administrative Schiene schon Einiges machbar. #0:40:09.3 - 0:42:19.9

I: Theoretisch wäre der Interviewfragebogen jetzt durch. Wenn Sie noch etwas sagen möchten, was ich jetzt vielleicht noch nicht oder was noch nicht vorgekommen ist? #0:42:27.2 - 0:42:39.7

B: Na, da fällt mir jetzt nichts ein. #0:42:41.9 - 0:42:46.3

C4 – Krankenhausseelsorge der Zeugen Jehovas

I: Danke nochmal für das Interview. Ich möchte gleich mit Ihrem Arbeitsalltag beginnen. Können Sie mir vielleicht erzählen, wie so Ihr Arbeitsalltag als Krankenhausseelsorger so typischerweise aussieht? #0:00:00.0 – 0:00:15.1

B: Also da ich ein ehrenamtlicher Seelsorger hier bin, ist es oft so, dass ich (Lachen) ist es halt so, dass ich meinen Lebensunterhalt anders bestreiten darf und schaue dann in regelmäßigen Intervallen ins AKH, um mich zu erkundigen, ob Patienten hier sind, die eben Seelsorge wünschen von Zeugen Jehovas und dementsprechend dann besuch ich einfach die Patienten. Das ist die eine Sache. Die andere ist, es kann sein, dass ich über die Gemeinde informiert werde, die Kirche, dass jemand eben jetzt eine Behandlung im AKH hat und mich bitte darum kümmern soll. Vorwiegend ist so, dass das dann Mitbrüder und -schwestern, Mitgläubige sind aus den Bundesländern, wo es schwer ist für die Familie, herzukommen oder auch halt für die Gemeindemitglieder. Wenn das eine Anreise von zwei drei Stunden wäre - und da bekommen wir das halt im Vorfeld und dann, wie gesagt, bekomme ich diese Informationen, sammele das, und sage ich mal klappere ab Zimmer um Zimmer, Krankenbett zu Krankenbett. Und lass mich meistens dann halt auch überraschen, (Lachen), was auf mich wartet. Ich meine, die Station gibt schon ein bisschen einen Hinweis, in welche Richtung es geht, ob das vielleicht nur Kontrollen sind, ob das Operationen sind oder einfach eine diagnostische Behandlung vorerst. Und dementsprechend, ist es für mich als Seelsorger immer recht überraschend oder spannend (Lachen), was dann zu tun ist, worauf man reagieren darf. #0:00:16.1 – 0:01:54.6

I: Und wie oft sind Sie dann ungefähr im Krankenhaus dann unterwegs normalerweise? #0:01:58.2 – 0:02:03.6
B: Das ist unterschiedlich, aber ich sag so im Schnitt doch alle/ also dreimal in der Woche schon, ja. #0:02:05.7 - 0:00:02:13.4

I: Ui, ok #0:02.14.1 – 0:02:14.6

B: Mein Vorteil ist, ich wohne relativ nahe am Spital und ich bin auch so privat sehr viel unterwegs und deswegen mache ich das gern, um wirklich auch nicht viel Zeit verstreichen zu lassen. Wenn jemand im Spital ist, sind 24 Stunden ja doch eine Ewigkeit und da ist es doch ein bisschen eine Aufmunterung wichtig. Dann schau ich relativ flexibel und schnell zu sein #0:02:18.1 – 0:02:41.1

I: Und Sie sind aber größtenteils im AKH zuständig //und//? #0:02:43.5 - 0:02:46.3

B: //Mhm, Genau.// #0:02:47.8 – 0:02:48.2

I: //und ab und zu// auch mal in anderen Krankenhäusern? #0:02:47.3 – 0:02:49.3

B: Ab und zu auch mal wo anders ja #0:02:49.6 – 0:02:50.7

I: Nicht so häufig //wahrscheinlich//? #0:00:51.2 – 0:00:52.2

B: //Aber// nicht so häufig, weil das AKH hat eine sehr ja gute Abteilungsauswahl und auch sehr gute Fachärzte, weil, wie gesagt, die ich besuche und auch die Zeugen Jehovas, wir haben ja (Lachen) den Wunsch, blutfrei behandelt zu werden. Und da ist es halt doch recht wichtig, auch kooperative Ärzte und auch Anästhesieärzte zu finden. Die sind hier im AKH eben in einer großen Dichte vorhanden. Deswegen werden hier auch sehr viele Zeugen Jehovas behandelt in einem sehr guten Maße. Aber auch andere Spitäler natürlich werden besucht #0:02:52.2 – 0:03:31.1

I: Und wie gestaltet sich so ein Seelsorgegespräch normalerweise oder ist das immer sehr, sehr unterschiedlich? #0:03:33.9 – 0:03:39.9

B: Ja, also, bis auf ein paar Dauerbrenner, die halt dann regelmäßig leider ins Spital kommen müssen aus verschiedenen Gründen, die mich schon kennen optisch. Komme ich mal rein, suche die Person, suche den Namen. Manche erkennt man halt schon, dass halt am Nachtkasten irgendwelche Indizien dafür sind, dass das halt mein Mitbruder ist, wenn da eine Bibel liegt oder so, dann weiß ich: ah, das ist wahrscheinlich die Person, die ich besuchen möchte. Oder halt Literatur, die ich zuordnen kann. Ansonsten suche ich den Namen heraus, stelle mich halt vor: Hallo Edith, Franz oder wer da halt gerade liegt und sage: ja, ich bin M., ich bin dein Bruder. Ich darf jetzt da sein als Seelsorger. Wie geht es dir? Und dann schau ich mal, ob das gerade auch passend ist für die Person, weil manche haben eine Behandlung gehabt und sind gerade ein bisschen müde oder träge. Also das lote ich gleich mal zu Beginn aus. Dann frage ich halt, woher sie kommt, ob sie aus Wien ist oder dem Umfeld. Gleich am Anfang frage ich natürlich auch, ob sonst irgendwelche Hilfeleistungen notwendig sind, also dass man das gleich am Anfang behandeln kann, dass da mal Zufriedenheit ist. Dann beginne ich halt mit einem schönen Gedanken aus der Bibel, der halt so gut wie möglich passend ist zu der Situation der Person, abschließend mit einem Gebet. Ja und das war es dann so im Großen und Ganzen. Ja, das ist mal so der große Rahmen, der dann halt ein bisschen variieren kann. #0:03:42.7 – 0:05:08.2

I: Ja natürlich. Und führen Sie auch teilweiße religiöse Rituale dann am Krankenbett durch? #0:05:09.3 – 0:05:12.6

B: Ja, Gebet. Also das sehe ich als, genau ja. Manchmal wie gesagt, wird eine Bibelstelle vorgelesen oder Bibelpassage vorgelesen und besprochen noch in Interaktion mit den Patienten, damit der halt sieht seinen Bezug dazu. Und dann halt das abschließende Gebet um Kraft. Das wäre das Ritual sag ich mal. #0:05:12.7 – 0:05:36.1

I: Und dann würde ich noch zur Kooperation kommen. Kennen Sie auch andere Krankenhausseelsorger hier im Haus? #0:05:39.2 – 0:05:46.1

B: Nicht von anderen Konfessionen, von unserer Konfession schon, von anderen Konfessionen nicht. Auch dass wir auch hier kein fixes Büro hier haben oder eben keinen Andachts- oder Gebetsraum beginnen wir gleich eben hier. Ich hole mir die Informationen ab bei der Aufnahme beziehungsweise halt Informationsbüro, arbeite mich durch.

Und so gerade, wenn man jemanden sieht – also wir haben ja auch keine richtigen (Lachen) Badges. Ich meine, wir haben schon unsere Ausweise, aber die tragen wir halt nicht offen. Aber wenn ich jemanden sehe im Aufzug oder im Gang und dann grüße ich recht nett und wenn sich ein nettes Gespräch auch mit Mitseelsorgern ergibt freue ich mich auch darüber, weil es ist schon eine schöne, aber mitunter auch eine belastende Aufgabe ist, dass man viel zwar bekommt an Informationen, viel teilhaben kann am Leben anderer und jetzt denke ich mir, ist das bei anderen Seelsorgern genauso wie bei mir. Da ist ein guter Zuspruch immer schön. #0:05:46.9 – 0:06:45.9

I: Haben Sie denn so einen Austausch vielleicht zwischen den Seelsorgern Ihrer/von den Zeugen Jehovas an sich? Also dass man auch schwierige Fälle oder so manchmal bespricht oder //auf die Art und Weise//? #0:06:48.5– 0:06:59.9

B: //Ja, das auch//, das schon auch. Also jetzt zum Beispiel haben wir jetzt gerade ein junges Mädchen, dass circa vierhundert Kilometer aus Wien entfernt lebt/von dort kommt. Regelmäßig hier ist wegen einer Krebsbehandlung. 13/ 12 bis 13-jähriges Mädchen, recht jung. Und da es ist auch schon recht schön, wenn da auch für sie Abwechslung da ist. Und da sprechen wir uns halt auch ab. Ja, das schon. In Wien sind wir ein Team von, ich schätze mal, fünfzehn Seelsorgern. Was halt Wien betrifft und jedes Bundesland hat halt so seine. Wobei mit den anderen Bundesländern sind wir nur indirekt vernetzt. Also ich hab schon einige Ansprechpartner dann, wenn ich weiß - gut, der Patient der jetzt hier war, wird verlegt nach Wiener Neustadt oder Graz, dann probiere ich den Handshake auch zu machen, obwohl das meistens schon früher bekannt ist, bevor ich anrufe. Also das funktioniert da gut, diese Vernetzung ist da sehr stark, sehr gut, ja. #0:06:58.7 – 0:08:14.2

I: Ok, dann würde ich schon zu Ihrer Ausbildung kommen. Also können Sie mir ein bisschen erzählen, wie Sie zu dem Seelsorgerdasein gekommen sind? #0:08:16.9 – 0:08:24.9

B: Ja, (Lachen) das war ziemlich unspektakulär sage ich mal. Also wir, die Zeugen Jehovas, haben ja regelmäßige, wie soll man sagen, vielleicht Messen oder Zusammenkünfte. Früher war es dreimal die Woche, jetzt ist es zweimal die Woche. Und bei diesen Messen oder bei diesen Gottesdiensten werden wir halt regelmäßig

geschult im Umgang mit der Bibel, im Umgang mit der Bibel zu uns im heutigen Leben. Also da machen wir jetzt nichts Spezielles, das ist für alle offen, also für alle Zeugen Jehovas natürlich. Und jetzt liegt es an jedem selbst auch im persönlichen Studium, in seiner Freizeit sich auch damit auseinanderzusetzen. Und anscheinend dürfte in Gesprächen oder auch wenn ich dann Programmpunkte in den Zusammenkünften halten darf von der Bühne ist aufgefallen, dass ich da doch eine gewisse Befähigung habe, ein gewisses Wissen mir angeeignet hat, auch was trostreiche Passagen aus der Bibel angeht, auch was die Interaktion im zwischenmenschlichen Bereich auch betrifft, Verhalten in Krisen oder Notfällen, in speziellen Situationen. Und da ist ein Mitbruder, der schon länger damit zu tun hat, an mich herangetreten und hat mich gefragt, ob das nicht für mich interessant wäre, Seelsorger zu werden. Das heißt so eine klassische Ausbildung, wie es in anderen Konfessionen üblich ist, habe ich nicht. Aber wir bemühen uns trotzdem, uns weiterzubilden durch verschiedene Kurse und Seminare, die auch für Krankenhauspersonal offenstehen, durch andere Institutionen, Sterbebegleitung zum Beispiel oder Umgang mit dementen Personen, et cetera. Und dann nutze ich halt auch mitunter Fachliteratur, die halt auch öffentlich zugänglich ist, wie zum Beispiel Psychologie heute oder dergleichen. Wobei primär ich mich halt schon bemühe (Lachen), den biblischen Rat zu nutzen. Weil auch die biblischen Grundsätze, was das Zwischenmenschliche angeht, sich eins zu eins mit der heutigen Psychologie decken. Das Wichtige ist der Mensch und der möchte eigentlich nur geborgen, akzeptiert und geliebt werden. Und dann halt speziell eingegangen auf die jeweilige Notsituation. Ich habe schon kurz gesagt, das ist meine Ausbildung dazu (Lachen). #0:28:26.5 – 0:10:56.5

I: Und haben Sie da so innerhalb der Gemeinde auch so eine Art Supervisionen oder Intervisionen? #0:10:59.3 – 0:11:05.8

B: Ja genau. Zweimal im Jahren treffen wir uns als Seelsorger. Wir haben da einen Mitbruder, der ist auch beruflich ein Trainer, Supervisor, der macht das beruflich und ist eben in seiner Freizeit auch Mitseelsorger beziehungsweise er leitet auch - das nennt sich bei uns Krankenhausverbindungskommitee, das heißt, er und seine Mitbrüder in seiner Abteilung sag ich mal, sind dafür zuständig, Kontakte zu knüpfen zu Ärzten, die blutfrei operieren. Das heißt, er ist sowohl in Kontakt mit Ärzten, mit Fachpersonal, als auch dann mit den Patienten, die dann die halt diese Behandlungen nutzen

müssen. Und da gibt es halt regelmäßige Treffen ein bis zwei Mal im Jahr, wo wir dann halt uns abgleichen, wo wir dann halt ermuntert werden wieder, tüchtig zu sein. Ja, das gibt es schon. Und halt den, wie gesagt den F., also diesen (Lachen) Bruder kann ich, ich weiß nicht könnte ich immer anrufen, wenn wirklich irgendwas Zwickiges wäre. Oder genauso er mich, weil er wohnt über der Donau. Er schickt mir regelmäßige SMS oder sonst was: geh M., da hätten wir jemanden, bitte schau vorbei. #0:11:05.9 – 0:12:20.3
I: Bei so Zusatzausbildungen, werden da manchmal interreligiöse Themen auch behandelt oder kommen die zur Sprache in gewisser Weise? #0:12:24.3 – 0:12.34.3

B: Eigentlich weniger, weil also wenn wir solche Seminare besuchen, dann geht es wirklich um den Kontakt zum Menschen, wie sie eben auch Krankenhauspfleger, Pflegepersonen haben. Das ist weder politisch noch religiös gefärbt, sondern wirklich rein fachlich. Und bei den internen Besprechungen, die wir halt haben ist es auch nicht interkonfessionell, sondern eher wirklich spezifisch auf die Bedürfnisse unserer Brüder ausgelegt. #0:12:34.5 – 0:13:05.3

I: Was ist für Sie das Ziel der Krankenhauseelsorge? #0:13:13.2 – 0:13:17.2

B: Ja, das Ziel? Ja da fällt mir ein Text/ da gibt es einen Text in Römer Kapitel 1, Römer 1, 10 bis 12 müsste es sein, wo der Paulus – das war ja ein bekannter Mann halt im ersten Jahrhundert und auch heute, der die ganzen paulinischen Briefe geschrieben hat, und der hat den Christen zu Rom auch geschrieben: Ja, schaut Leute, ich komme zu euch, aber habt keine Angst. Ich bin ein Mensch wie ihr, in einer speziellen Situation vielleicht, aber es soll einen Austausch der Ermunterung geben, sodass wir gegenseitig uns ermuntern und stark werden. Und das ist auch meine Intention. Ich möchte einfach den Patienten, den Mitbrüdern, Mitschwestern das geben, dass sie weiter stark sind, glücklich und fröhlich sein können. Aber im Gegenzug kriege ich auch so viel. Das ist ja eine win-win Situation, weil wenn ich sehe, jemandem, dem es so schlecht geht, der aber trotzdem einen starken Glauben hat, der trotzdem mit seiner Situation sinnvoll, gut umgehen kann, dann ist das für mich auch so was Schönes und das ist ja meines Erachtens/ Ich möchte den anderen ermuntern und trösten. Dann ist das für mich schon abgehakt. Ermunterung und Trost gegeben, dann bin ich glücklich. #0:13:18.9 – 0:14:34.3

I: Jetzt würde ich gern auf die Minderheits- und Mehrheitsreligionen eingehen. Es gibt ja Unterschiede auch in legalen oder auch durch ehrenamtlich bedingte Unterschiede. Wie würden Sie das beurteilen oder auch für Sie selbst beurteilen, hat das Auswirkungen auf (unv.)? #0:14:44.1 – 0:15:04.6

B: Also ich muss sagen, hier speziell im AKH überhaupt nicht. Also, da muss ich das AKH bis über den Kehl loben. Das ist wunderbar, schon seit Jahren, wunderbare Zusammenarbeit. Weil anscheinend hier die Pflegedirektion den Wert sieht – so interpretiere ich das - einer guten Seelsorge – weil einfach die Patienten dann ruhiger, zufriedener sind. Teilweise helfen ja Seelsorger auch, leichte Differenzen zwischen Pflegepersonal und Patienten zu schlichten (Lachen), wenn da halt irgendwie ein Kommunikationsproblem ist. Und hier im AKH funktioniert das wunderbar, dass die Pflegedirektion da uns nie Steine in den Weg gelegt hat bei der Seelsorge. Das ist wirklich wunderbar. Da haben wir wirklich die vollste Rückendeckung, dass wir das durchführen dürfen, dass wir da kommen können. Andere Spitäler sehen das mitunter nicht so gerne, wenn es auch um die Besuchszeiten geht, wobei natürlich das gemäß – ist ja auch verankert, dass die Seelsorge wichtiger Bestandteil ist, Paragraph 17 des Pflegegesetztes. Und da ist es halt/ kann man sich schon darauf beziehen, was dann auch stattgegeben wird. Aber das ist halt einfach hier im AKH zumindest eine wunderbare Zusammenarbeit und da hätten wir als Minderheit auch nie bemerkt, dass wir da minder geschätzt werden würden oder diskreditiert werden würden oder schlechter behandelt werden. Das AKH ja das – ich wünsch niemanden, dass er hier sein muss, aber wenn, ist er in guten Händen. #0:15:04.8 – 0:16:42.9

I: Dürfen Sie auch teilweise Räumlichkeiten hier im AKH mitbenutzen, also eine der Kapellen zum Beispiel oder ist das eher schwierig? #0:16:46.4 – 0:16:55.2

B: Könnte sein, es war noch die Notwendigkeit. Der Bedarf ist nicht da, weil - wie gesagt, Gebete sprechen wir direkt am Krankenbett oder im Sozialraum oder (unv.) und da brauchen wir keine spezielle Örtlichkeit. Derzeit ist es auch nicht vorgesehen, dass wir hier Zusammenkünfte abhalten, weil nur vereinzelt Brüder oder Schwestern hier im Spital sind. Und da gibt es die Möglichkeit via Internet oder Telefon, bei entweder bei der Gemeinde zu Hause zuzuhören, das mitzuverfolgen. Oder es gibt auch die

Möglichkeit, dass wir sie halt zum Beispiel in meiner Gemeinde, wo ich bin, zuhören lassen können, dass sie halt auch das geistige Programm mitgenießen können. Und das wird halt auch mitunter aufgezeichnet, das Programm und kann dann bis zur nächsten Zusammenkunft nachangehört werden. Wenn man sagt, die Zusammenkünfte sind meistens abends, weil untertags Großteils alle arbeiten dürfen. Aber abends kann es sein, dass die Patienten oft müde sind, träge durch den Tagesablauf. Und dann bis zum nächsten Zusammenkunftstermin können sie das Programm auch nachhören, was wir halt haben. Und das Programm ist weltweit, das ist global gleich. Also sprich, die Zusammenkunft, die diese Woche unter der Woche abgehalten wird, wird genauso in Afrika, in Kenia abgehalten im Königsreichssaal, im Amerika egal wo. Also wenn ich jetzt nach Japan auf Urlaub fahren würde und dort in eine Gemeinde – ich meine, ich verstehe nicht Japanisch - aber ich wüsste genau, welches Lied gesungen wird, welche Bibeltexte besprochen werden, was der Inhalt der Zusammenkunft ist. Darum fühlen sich die Patienten auch sozusagen nicht vor den Kopf gestoßen, weil sie genau wissen, welches Programm auf sie wartet, wenn sie die Kraft und Zeit haben, trotzdem zuzuhören, trotz halt der Gesundheitsbehandlung. Darum, wie gesagt, um nochmal auf die Frage eben/ wir haben nicht angefragt, ob wir die Räumlichkeiten nutzen könnten, weil wir den Bedarf bei uns nicht sehen, aber ich denke, das AKH wäre da bestimmt sehr kooperativ. Über das AKH möchte ich nichts kommen lassen (Lachen). #0:16:55.6 – 0:19:10.2

I: Haben Sie das Gefühl, dass im AKH Religion auch sichtbar wird so im Alltag? #0:19:15.7 – 0:19:20.9

B: Nicht direkt eigentlich. Nein, habe ich nicht das Gefühl. Man kennt die Andachtsräume hier hinten und es gibt Verbindungswege zwischen grünem und rotem Turm. Man sieht daneben die Seelsorger der anderen Konfessionen, die man teilweise auch durch die Kleidung erkennt. Man sieht die Attribute der Patienten, wenn sie ein Kreuz umhängen haben, aber das ist ja nicht speziell auf das Spital/ das heißt, so direkt würde ich das nicht empfinden, was ich aber auch insofern nett finde, weil ja Religion was Persönliches ist, weil vielleicht viele Mitpatienten das nicht positiv auffassen. Darum finde ich das auch nett, dass das hier nicht so ein präsentes Thema ist. #0:19:24.4 – 0:20:07.5

I: Dann kommen wir schon zur letzten Frage. Wo sehen Sie die Krankenhausseelsorge in zehn Jahren ungefähr? #0:20:11.3 – 0:20:20.8

B: Gute Frage. In zehn Jahren? Ich denke, ziemlich am selben Stand wie heute, weil vielleicht wird die Technik fortschreiten und man wird vielleicht Hologrammtelefonie haben (Lachen). Man wird vielleicht – ich weiß nicht - andere Medien haben, aber das persönliche Gebet für jemanden, der neben einem ist oder die persönliche Berührung, das Handhalten, die Berührung oder ein Streicheln über die Schulter vielleicht, wenn es passend ist. Ich glaube, das wird immer etwas Wichtiges für einen leidenden oder für einen kranken oder einen trostbedürftigen Menschen sein. Darum denke ich mir, dass die Seelsorge da vielleicht sogar noch mehr an Wichtigkeit zunehmen wird eventuell. In dem Sinne von dass man erkennt, wie wichtig diese Synergien auch im Körper sind. Dass dieses Berühren Glückshormone ausschütten kann und dass dieses positive Innere einfach den Heilungsprozess auch verbessert. Vielleicht das da was kommt, aber ich denke sonst wird sich da nichts ändern. Ich hoffe, dass die Medizin besser wird. Dass es da noch mehr Fortschritte gibt. Bessere Diagnostik, um bessere Therapien einleiten zu können und kürzere Aufenthalte, weil erfahrungsgemäß auch die Menschen doch Zuhause am besten genesen. So würde ich das mal als Laie interpretieren (Lachen) #0:20:24.5 – 0:22:06.9

I: Sehen Sie vielleicht Chancen, dass Sie auch interkonfessionell, dass sich mehr vernetzt in Zukunft oder wird das eher schwierig sein? #0:22:07.9 – 0:22:16.6

B: Bei den Zeugen Jehovas eher schwierig sage ich. Wir streben da keinen Interkonfessionalismus an, weil wir eine gewisse andere Ausgangsbasis haben. Wenn da so große Differenzen sind. Wenn der eine - wie man so schön sagt- von Zwetschken spricht und der andere darunter Marillen versteht, dann ist das schwierig, es ist kompliziert. Was auch eben verschiedenen Grundlehren angeht. Von daher schätzen wir jeden Menschen keine Frage, wie auch jedem Menschen Hoffnung gern spenden, das ist keine Frage, aber zum Beispiel Gebete ist schwierig mit andren zu sprechen, wenn wir eben da (Lachen) einen alleinigen Gott Jehovah anbeten wollen und eben keine Trinität, wie es in anderen Religionen ist. Wenn ich dieses Gebet sprechen würde oder tue und der andere denkt sich ganz was anderes und quasi fühlt wo anderes hin, das adressiert. Dann würde es zum Konflikt kommen und das wäre für beide Seiten dann

wahrscheinlich nicht angenehm, kontraproduktiv und das glaube ich, wäre dann nicht schön für beide Seiten. #0:22:18.4 – 0:23:32.6

I: Und in der Ausbildung denken Sie da wäre es vielleicht möglich, dass man so gemeinsame Schulungen vielleicht auch macht oder auf diese Art und Weise// #0:23:33.9 – 0:23:42.9

B: //Also// ich denke, was eben dieses Fachwissen angeht, das von der Pflege hergehend, das auf jeden Fall. Also sprich Umgang mit dementen Menschen, Umgang mit Menschen, die Schmerzen haben, also das auf jeden Fall, das schon, weil das ist ja egal, welche Konfession man hat, welche Nationalität. Wenn sich jemand eine Hand bricht, will jeder verstanden werden und geschätzt werden und wie ich als Seelsorger dann auf ihn zugehe. Und gerade halt mitunter in lebensbedrohenden Situationen da ist bestimmt die Religion nicht ausschlaggebend. #0:23:42.9 – 0:24:19.8

I: Ok, also das wäre eigentlich so das Interview. #0:24:23.5 – 0:24:27.8

B: Ja, sehr gerne. #0:24:28.1 – 0:24:28.7
I: Ich weiß nicht, ob Sie noch irgendetwas sagen wollen, was Ihnen noch wichtig ist? Oder ansonsten //können wir// (unv.) #0:24:28.6 - 0:24:34.6

B: //Ja,// wichtig. Ich meine, wie gesagt, als Zeugen Jehovas gehen wir ja doch davon aus (Lachen), dass die Bibel das Wort Gottes ist und das, was da drinnen steht zu hundert Prozent stimmt. Und da steht ja auch drinnen, das Mustergebet, was viele kennen: dein Name werde geheiligt, dein Reich komme. Dein Wille geschehe, wie im Himmel so auf Erden. Und wir gehen schon davon aus, dass der Wille Gottes auf Erden geschehen wird und der Wille Gottes war es nicht, dass es Spitäler gibt, dass Menschen krank sind und leiden. Sondern ganz am Anfang der Bibel, 1. Mose, ist es ja so, dass die Menschen gesund und glücklich und zufrieden waren und alles gehabt haben, ihre Bedürfnisse waren gestillt. Und dass dieser Wille auch kommt und deswegen gehen wir davon aus, dass die Seelsorge jetzt gerade noch eine temporär notwendige Situation ist, aber wenn halt dieses Königreich (Lachen). Das ist ein bisschen ein abstrakter Begriff zwar, aber dieses Königreich wirklich auch diesen Willen auf Erden umsetzt und nur mehr gesunde, glückliche, vollkommen glückliche Menschen sind

und auch keine Seelsorge mehr notwendig ist. Und in Jesaja 33,24 heißt es ja auch: kein Bewohner wird sagen, ich bin krank. Also sprich, das ist mal mein Ziel oder unser Ziel: gesunde, glückliche Menschen. #0:24:35.9 – 0:2:5:49.3

I: Dann herzlichen Dank für das Interview. #0:25:50.7 – 0:25:53.5

B: Danke Frau T. #0:25:53.7 – 0:25:54.4

C5 – Baptistische Krankenhausseelsorge

I: Also nochmal danke, dass du teilnimmst an dem Interview. Das freut mich sehr. Die erste Frage bezieht sich eigentlich gleich auf den Arbeitsalltag. Wie kann ich mir so den Arbeitsalltag vorstellen, wenn du im Krankenhaus unterwegs bist oder als Krankenseelsorgerin? #0:00:00.0 - 0:00:16.5

B: Wie kann man sich das vorstellen. Ja, es ist so, dass man zuerst, wenn man hineinkommt ins Krankenhaus, sich bei der zuständigen Abteilung meldet, bei der Schwester, um dort bekanntzugeben, dass man eben die Seelsorgerin ist und jetzt die Patienten besucht. In meinem Fall ist es ja so, dass ich ja von den Baptisten komme und wenn ich ins Krankenhaus gehe, eigentlich auch ganz gezielt eben Patienten dort besuche, die ich kenne. Und daher ist es dann noch einfacher zu sagen: ok, ich komme jetzt zu der Frau sowieso oder zum Herrn sowieso, die halt eben dort liegen. Ist es jetzt möglich, dass ich sie besuchen kann oder gibt es irgendwelche medizinischen Dinge, die jetzt dran sind? Dann muss ich halt warten. Darum ist es wichtig, sich zuerst bei der Stationsschwester zu melden. #0:00:19.4 - 0:01:13.3

I: Also, das sind dann Patienten aus der Beheimgasse im Prinzip oder auch von den Baptisten allgemein? #0:01:16.1 - 0:01:21.4

B: Das kommt darauf an. Nachdem wir ja einen Seelsorgeausweis jetzt haben, der für die ganzen Freikirchen in Österreich - das wirst du wahrscheinlich schon wissen - gilt, könnte es ohne Weiteres auch sein, dass andere Gemeinden, die diese Kapazitäten nicht haben, eben anrufen und sagen: wäre es möglich? Und dann würden eben andere auch, aber vorrangig sind sicher die aus der Beheimgasse, ja. #0:01:22.3 - 0:01:47.2

I: Und in welchem Krankenhaus arbeiten Sie da meistens und wie oft werden Sie in der Regel angefragt? #0:01:50.5 - 0:01:57.9

B: Also zurzeit ist es sehr wenig, Gott sei Dank (Lachen). Mein Hauptbereich war eigentlich in letzter Zeit das Spital in Speising. Da hat sich die Krankenhausseelsorge eigentlich so gestaltet, dass ich nämlich selber dort gelegen bin und dann im Zuge dessen mit anderen Patienten dort ins Gespräch gekommen bin und auch mit Therapeuten und das war eine ganz tolle Sache. Auch in Tulln bin ich auch schon gewesen im Krankenhaus. Habe dort auch Gespräche gehabt und das ist so. Aber ansonsten ist es zurzeit Gott sei Dank ruhig, weil unsere Gemeinde auch vom Alter her eigentlich noch relativ jung ist so gesehen jung ist und da muss man (unv.) #0:01:59.6 - 0:02:54.4

I: Und in den Krankenhäusern selber wird da die Seelsorge teilweise sichtbar oder gibt es dort verschiedene Räume auch, wo man vielleicht ein Gebet sprechen kann oder religiöse Rituale vielleicht auch durchführen kann. #0:02:58.9 - 0:03:12.3

B: Ja, gibt es. Kapellen oder Raum der Stille, wie man ihn auch nennt, der eigentlich wirklich überkonfessionell ausgerichtet ist, also für alle Glaubensrichtungen, wo die Patienten hingehen können, wo man aber auch mit einem Patient hingehen kann. Ja, die sind vorhanden, ja. #0:03:13.1 - 0:03:32.4

I: Wie gestaltet sich dann normalerweise so ein Seelsorgegespräch? Sind die sehr unterschiedlich oder gibt es Gemeinsamkeiten? #0:03:41.8 - 0:03:48.3

B: Die laufen eigentlich alle von der Grundstruktur gleich ab. Es richtet sich dann natürlich, entwickelt es sich je nach Patient, wie weit er darauf eingeht, wie weit er was zulässt oder sich öffnet. Aber vom eigentlichen Ablauf her sind sie eigentlich gleich, was die Begrüßung betrifft, wenn man ins Zimmer kommt, dass man halt auch die anderen begrüßt und eben sagt, was man macht. Und dann ist es sicher individuell, weil den einen kennt man vielleicht persönlich besser, den anderen gar nicht. Und der eine ist eher zurückhaltend, der andere legt gleich das Herz auf. (unv.) #0:03:50.4 - 0:04:30.9

I: Und was auch noch fragen wollte zur Kooperation: Sehen Sie dann teilweise auch andere Seelsorger, also die Hauptamtlichen vielleicht oder teilweise die Ehrenamtlichen? Trifft man sich da sich manchmal oder ist das eher unwahrscheinlich, wenn man dann so gezielt kommt? 0:04:35.7 - 0:04:53.3

B: Ist eher unwahrscheinlich, weil die Seelsorge, die im Haus eigentlich fix ist, da gibt es dieses Angebot. Die wird von den Patienten angefordert. Es ist jetzt nicht so, dass man sagt: ok, die sind jetzt da und da kann ich jetzt hingehen, weil die sind immer da. Sondern da gibt es eine Nummer, die kann ich anrufen und dann kann man sich einen Termin ausmachen oder man wenn er im Haus ist, dass er vorbeikommt. Am stärksten sind sicher die Katholiken in der Seelsorge, weil da gehen sie schon im Haus herum immer wieder regelmäßig und fragen, ob man eben die Beichte ablegen möchte oder ob man ein Gebet möchte oder so. Aber die gehen wirklich von Bett zu Bett ungeachtet dessen, ob er jetzt so oder so. Da sind die Evangelischen und auch die Freikirchlichen sicher eher zurückhaltender. Ob das jetzt gut ist oder nicht ist mal dahingestellt, aber die Möglichkeit gibt es und es ist alles auf dem schwarzen Brett eigentlich angeschrieben. #0:04:54.2 - 0:05:58.1

I: Wie kamen Sie denn zur Ausbildung an sich oder haben Sie eine bestimmte Ausbildung, dass Sie Krankenhausseelsorgerin geworden sind oder wie sind Sie dazu gekommen? 0:06:03.2 - 0:06:20.8

B: Naja, also ich bin Seelsorgerin von Haus sag ich jetzt einmal, also aus Berufung. Ich habe mit der K. einen Seelsorgekurs für Laienseelsorge gemacht. Bin da auch nach wie vor darin tätig und im Zuge dessen ist der D. - den wirst du wahrscheinlich kennen - der war jetzt in der Bega, der ist auf einige in der Bega zugekommen, ob sie daran Interesse hätten, diese Ausbildung zu machen, um dann eben ganz offiziell in den Krankenhäusern als Seelsorger tätig sein zu können. Und so bin ich dazu gekommen. Habe das dann auch gemacht. (unv.) #0:06:21.9 - 0:07:02.2

I: Und wie lange geht diese Ausbildung? Sie haben gesagt Laienseelsorge - ist das ein Kurs, der über eine längere Zeit geht? #0:07:08.3 - 0:07:19.3

B: Ja, das sind Module, die immer wieder stattfinden. Zurzeit läuft auch gerade wieder einer. Und der ist in der Regel zwischen ein und drei Jahren. Also wir waren so die erste damals. Das hat ziemlich lange gedauert, weil das eben immer nur an einem Freitag-Samstag stattfindet einmal im Monat oder alle zwei Monate, das ist unterschiedlich, wo dann gewissen Themen behandelt werden. Und dann gibt es Peergroups, in denen man das dann erarbeitet und wo man sich auch zwischen drinnen trifft. #0:07:20.2 - 0:07:56.2

I: In der Institution selbst, nehmen Sie da teilweise an Supervision oder Intervisionen auch Teil oder ist man da nicht involviert? #0:07:58.9 - 0:08:09.8

B: Bin ich nicht involviert. Weil ja aufgrund dessen, dass wir als Freikirchen ja eher in diese persönliche Seelsorge gehen und zu den Menschen gezielt, kommt man in diesen Pool ja eigentlich nicht rein. Wenn es jetzt mehr wäre, müsste oder sollte man mit dem zuständigen Pfarrer oder Seelsorger, der da für Hauptamtlich zuständig ist, Kontakt aufnehmen. Wäre sicher möglich, aber das war jetzt bei mir auch nicht wirklich der Fall, dass ich sage: *Boah*, jetzt muss ich da unbedingt mit wem reden, loswerden. Ich meine, ich habe so auch meine Supervision immer wieder durch die Seelsorge natürlich. Bei der Arbeit bei Herzwerk ist es auch notwendig, aber da fließt dann sowas auch mit rein. #0:08:11.1 - 0:09:05.1

I: Also von den Freikirchen selbst gibt es dann halt so eine Art Supervision, wo sie //daran teilnehmen?// #0:09:07.2 - 0:09:13.1

B: //Ja, es gibt jede Menge Supervisoren//, die auf Basis von CLS ihre Ausbildungen haben. Da kann ich/Da bräuchte ich nur nachschauen im Verzeichnis, wer jetzt da wär, zum Beispiel die C. ist eine davon und ja, das passt ganz gut. #0:09:12.7 - 0:09:32.1

I: Und während der Ausbildung hat es da auch so einen Teil gegeben, wo man auch so eine multireligiöse Dimension angeschaut hat oder war das eher nicht Teil, also so eine Kooperation mit anderen Seelsorgern? #0:09:35.5 - 0:09:51.3

B: Wir haben ja Einiges an Vorträgen gehabt, eben auch von der Gefängnisseelsorge und auch von anderen Gruppierungen, auch was diese Häuser von der Heilsarmee betreffen. Aber jetzt mit anderen Religiösen, wie mit Muslimen oder (unv.), haben wir nicht gehabt. Gestaltet sich auch eher schwierig, dort jemanden zu finden, der jetzt da offen ist für so was. Das wäre sicher interessant oder sicher dann dran, wenn man im AKH unterwegs ist. Ich meine, da haben wir ja, ich weiß nicht, ob du die R. kennst, die Frau vom D.. Die ist im AKH beschäftigt als Ergotherapeutin. Die hat auch diese Ausbildung und ist auch in dieser Richtung immer wieder unterwegs. Und die könnte da vielleicht mehr zu dem sagen oder auch der D. selber, der ja natürlich auch viel unterwegs ist. #0:09:54.5 - 0:10:56.1

I: Noch zu einem anderen Thema: Was ist für dich das Ziel der Krankenhausseelsorge? #0:10.58.9 -0:11:09.5

B: Für mich ist das Ziel einfach, den Menschen zu vermitteln oder weiterzugeben, dass sie nicht alleine sind. Dass wirklich Jesus bei ihnen ist, auch wenn sie es nicht spüren oder jetzt eben nicht dieses Gefühl haben, weil sie in ihrem Leid, in ihrem Schmerz oder in ihrer Angst oder wie auch immer das jetzt ist, dort sich total alleine fühlen. Eben vordergründig, wenn ich jetzt hingehe ins Zimmer, ich weiß ja nicht, wie die anderen unterwegs sind - bei meinen weiß ich es ja, da kann ich sie ja gezielt ansprechen. Aber ich habe auch immer wieder gemerkt, wenn ich selber drinnen liege und ich Bettnachbarn habe, einfach dieses Gefühl zu vermitteln, dass sie wertgeschätzt sind, dass man ihnen zuhört, dass man sie ernst nimmt und sie sich angenommen fühlen, das versetzt schon wörtlich gesagt Berge. Also da passiert schon ganz viel und man merkt doch immer wieder auch, dass dann Fragen sind, Nachfragen, und der Glaube schon eine gewisse Rolle spielt, aber für den einen eben ist es der Glaube: ich gehe in die Kirche, für den anderen ist es wirklich ein lebendiger Glaube. Ja, so ist es für mich auch eine ganz tolle Möglichkeit, auch immer wieder Zeugnis zu geben und ihnen zu sagen, dass Jesus mit ihnen unterwegs ist. #0:11:11.9 - 0:12:38.9

I: Jetzt noch zu einem ganz anderen Thema, und zwar möchte ich gern auf Minderheits- und Mehrheitsreligionen eingehen auf die Unterschiede, die es da bei der rechtlichen Bedingungen oder bei der Bezahlung und den Räumlichkeiten. Wie würdest du das jetzt für dich beurteilen? Merkt man da Unterschiede zum Beispiel in der Betreuung, in der Seelsorge? #0:12:44.5 - 0:13:12.4

B: Nein. Also kann ich nicht sagen. Was ich erlebt habe, auch jetzt ohne dass die anderen wissen, dass ich Seelsorgerin bin, hab ich immer nur Wertschätzung auf gleicher Augenhöhe erlebt. #0:13:14.4 - 0.13:32.5

I: Das ist ja positiv. Und jetzt kommen wir eigentlich zur letzten Frage (Lachen). Also, wo würdest du die Krankenhausseelsorge in ungefähr zehn Jahren sehen - gibt es da Veränderungen oder bleibt es eher gleich? #0:13:37.4 - 0:14:00.0

B: Ich wünsche mir, dass es mehr wird. Dass wirklich alle im Krankenhaus erfahren dürfen, dass sie wertgeschätzt sind, dass man ihnen zuhört, dass sie sich wirklich angenommen fühlen. Wie es wirklich sein wird, weiß ich nicht. Wenn man die Gesellschaft heute anschaut, würde ich eher sagen, ich befürchte, es geht zurück. Weil doch immer mehr sich nur um sich oder um ein Teil kümmert und die Zeit so angefüllt ist mit

anderen Dingen, dass es da leicht untergehen kann. Also oder jetzt auch untergeht. Es ist schwierig. Also mein Wunsch wäre schon, dass es so wird, dass wirklich jeder, der im Krankenhaus liegt, zumindest einmal in der Woche jemanden erlebt, der bei ihm am Bett sitzt und ihm zuhört oder mit ihm über den Gang spazieren geht oder was auch immer. Das wäre schon ganz toll. #0:14:02.3 - 0:15:07.4

I: Und könntest du dir vorstellen, dass man auch vielleicht eine gemeinsame Ausbildung macht, also von verschiedenen Kirchen und Konfessionen gemeinsam, wo es jetzt nur um verschiedene Qualitätskriterien zur Krankenseelsorge geht? #0:15:10.2 - 0:15:23.5

B: Absolut. Das fände ich sogar sehr sinnvoll. Ich bin überhaupt immer für Teamwork. Man kann voneinander lernen. Ich finde das wirklich toll. Vor allen Dingen auch mehr praxisbezogen, weil an sich ist die Krankenhausseelsorge eine sehr theoretische Sache, also die Ausbildung, so wie sie auch wir gehabt haben. Aber dann diese Praxis wäre schon ganz toll, wo man dann mit jemand mitgeht, der schon Routine hat, der dort auch schon lange offiziell auch situiert ist. Das wäre super. #0:15:25.1 - 0:15:59.3

I: Ok, also das wäre es eigentlich schon so zum Interview. Wenn du noch irgendwas hast, was du meinst, das ist nicht vorgekommen oder das möchtest du jetzt noch voll betonen, gerne ist dann auch noch Zeit dafür, dass du noch was sagst. #0:16:01.7 - 0:16:18.5

B: Das ist schwierig. Nein, eigentlich, ich meine das Thema Krankenhausseelsorge klingt jetzt so wahnsinnig groß, wahnsinnig viel, beschränkt sich eigentlich aber auf einen ganz minimalen Teil, der dann in der Arbeit eigentlich kommt. Dieses Gefühl, einem Menschen etwas zu geben, ist etwas ganz Besonderes und ich habe immer wieder erlebt, wenn ich diese Zeit hergebe dafür, dann kriege ich eigentlich das Doppelte zurück. Man wird immer wieder beschenkt, wenn man sowas macht. Ich kann dich nur daran bestärken, da dran zu bleiben, das auch zu tun. #0:16:20.9 - 0:17:06.6

I: Ok, danke, dann würde ich jetzt aufhören aufzunehmen. #0:17:10.4-0:17:15.4

C6 – Jüdische Krankenbegleitung

SeelsorgerInnen wünschen keine Publikation des Transkriptes.

C7 – Krankenhausseelsorge in der Kirche Jesu Christ der letzten Tage

[Aufnahme der ersten paar Sekunden nicht vorhanden]

B: Das Priestertum tragen soll. Es fängt zuerst einmal mit dem Abendmahldienst - das Austeilen des Abendmahls ist Sache des Diakons, der 12-Jährigen also. Und auch das Einsammeln des Fastopfers - wir fasten monatlich für 24 Stunden. Das Geld, das man sich dabei erspart ist für Bedürftige vorgesehen. Der Bischof verteilt das dann, der Gemeindeleiter. Und ab 14 sind die Burschen, können Burschen ein Lehrer im Priestertum sein und ab da fängt dann an, dass sie zusammen mit einem Erwachsenen mit einem Ältesten einen Betreuungsdienst beginnen. Auch die Mädchen fangen mit 14 an, diesen Betreuungsdienst zu haben. Früher hieß das mal Besuchslehren und Heimlehren. Jetzt heißt es einfach nur betreuende Brüder und Schwestern, wobei die Brüder einen gesamten Haushalt besuchen und die Schwestern gezielt eine Frau besuchen. Ja, dazu gehört auch, dass man tatsächlich besucht, aber es ist im Wesentlichen ein seelsorgerlicher Dienst, den sich Männer und Frauen teilen. Und dazu gehört natürlich auch festzustellen, ist jemand krank, ist jemand pflegebedürftig und ihn dann auch darin zu begleiten. Das ist wie wir aufgestellt sind. Es gibt in Europa glaube ich nirgendwo zurzeit einen Krankenhausseelsorger der Kirche. In Amerika gibt es das häufiger. Es gibt sowohl männliche als auch weibliche Krankenhausseelsorger in Amerika. Bei den knapp 4000 Mitgliedern, die wir in Österreich haben und dem wirklich guten Betreuungsschema, das wir haben, sehen wir die Notwendigkeit für dezidierte Krankenseelsorge als Beruf nicht, vor allem uns widerspricht prinzipiell die Verquickung von Beruf und geistlichem Dienst. #0:00:00 - 0:02:49.5

I: Und wie kann man sich das dann vorstellen, wenn dann jemand krank wird, wie kann man sich die Begleitung dann vorstellen? #0:02:53.6 - 0:03:02.0

B: (Seufzen) Naja, vielleicht ein Beispiel: mein Enkel ist jetzt fast eineinhalb Jahr alt und wie er so vier, fünf Wochen alt war, ist er plötzlich am ganzen Körper angeschwollen. Das erste, was hier gemacht wurde, auf der einen Seite, meine Frau ist Notfallsanitäterin. Damit hat mein Sohn gefragt: Was ist los? was machen wir mit dem Kind? Und wir haben entschieden klar, ab ins Spital. Das war an einem Sonntag. Da muss schnell gehandelt werden und mein Sohn und ich haben den A. davor noch gesalbt und gesegnet. Das ist ein wesentlicher Teil bei uns. Wir haben die Krankensalbung nicht als Sterberitus sozusagen, sondern auch schon bei mitunter kleinen Krankheiten.

In dem Fall war es nicht so eine kleine Krankheit. Der A. ist dann, ich glaube, zwei Monate im Spital gewesen. Er hat zystische Fibrose. Mukoviszidose hieß das früher mal, das ist eine genetische Erkrankung, die unbehandelt relativ rasch zum Tod führt. Und das junge Paar ist mit dem Kleinen eben zwei Monate lang im Spital gewesen. In dieser Zeit haben sich die betreuenden Brüder und Schwestern zum Teil telefonisch, aber zu einem Großteil auch durch den persönlichen Besuch dort sehen lassen. Haben gefragt, wie es geht. Haben einfach durchs Dasein, durch das Zuhören, durch das Reden, Leid gelidert. Wir haben dann mit dem Bischof gesprochen, nachdem die Beiden nicht am Sonntag in die Kirche kommen können, dass im Krankenzimmer eine kleine Abendmahlsfeier jeden Sonntag gemacht werden konnte. Das habe ich mit meinem Sohn dann tatsächlich durchgeführt. Es haben die betreuenden Brüder und Schwestern in der Gemeinde einen Gebetsaufruf ausgerichtet, haben andere Geschwister informiert, sodass die E., meine Schwiegertochter dann gut 5-6 Mal die Woche tatsächlich im Spital besucht worden ist für durchaus mehrere Stunden. Natürlich hat mein Sohn nach einiger Zeit wieder arbeiten müssen, und das Krankenhaus baut darauf, dass sich die Eltern um das Kind kümmern, aber wer kümmert sich um die Eltern? Ja, das so als Beispiel. #0:03:08.1 - 0:06:39.2

I: Ok, danke. Das heißt aber auch, also Sie sind dann in verschiedenen Krankenhäusern teilweise auch und sehen dort aber auch, ich meine dort gibt es ja auch teilweise Angebote von anderen Kirchen oder so. aber die trifft man dann überhaupt nicht an in diesen Kontexten, schätze ich jetzt mal? #0:06:42.5 - 0:06:57.7

B: Naja, wie meine Mutter vor ein paar Jahren einen Schlaganfall gehabt hat - also meine Mutter ist zwar Mitglied der Kirche, aber sie ist auch noch aus ihrer Jugend römisch-katholisch und sie pendelt da immer hin und her und nimmt sich aus beiden Welten das Beste - ist ja in Ordnung so (Lachen), wenn sie sich wohlfühlt, ist es gut so - und wie ich dort war, ist dann auch mal ein - ich glaub es war ein katholischer Seelsorger - vorbeigekommen, hat ein paar Worte mit ihr gewechselt, was sehr gut war, denn er hat auf Italienisch mit ihr gesprochen. Sie ist Italienerin und sie hat durch den Schlaganfall für ein paar Monate ihr Deutsch verloren gehabt, aber Italienisch ist gegangen. Und da hat er mit ihr geredet und ja das finde ich gut (Lachen). #0:06:58.4 - 0:07:49.4

I: Aber so in dem Sinne gibt es natürlich dann eher keine Kooperation //oder so//? #0:07:52.6 - 0:07:56.1

B: //Nein.// Ich kann nicht sagen, wie es in Amerika läuft, wo es eben den Beruf des Krankenhausseelsorgers gibt, aber bei uns nicht. Wir bauen gerade auf - auch wenn wir es eigentlich nicht für unseren eigenen Leute quasi nicht brauchen - gibt es jetzt mittlerweile jemanden, der berufen ist als Gefängnisseelsorger, wo es dann auch schon Einiges an Kooperation gibt. Aber die Krankenhausseelsorge ist für uns noch nicht am Radar, wobei wir mehr Leute in Krankenhäusern als in Gefängnissen haben. #0:07:56.0 - 0:08:33.8

I: Können Sie mir vielleicht erzählen, wie Sie an sich zu dem, sagen wir jetzt, als zweiten Beruf gekommen sind oder wie Sie in dieses (unv.)? #0:08:39.5 - 0:08:50.3

B: Also ich bin mit acht Jahren hier in der Kirche getauft worden - bei uns wird man nicht vor acht getauft - und mit neun hat meine Mutter wieder die Pendelbewegung Richtung katholisch gemacht. Sie war beim dritten Orden der Franziskaner. Wir sind zu Veranstaltungen der Fokolare gegangen. Ich war jeden Tag ministrieren. Dann bin ich zu den Sängerknaben gekommen und hatte dort einen genialen katholischen Religionslehrer, vor dem ich höchste Achtung habe. Mit dem ich in der Freizeit, die relativ kurz ist für die Sängerknaben, also drei Stunden am Tag maximal. Habe ich immer wieder mit ihm geredet und hatte dann aber das Gefühl, bei aller Achtung vor ihm und seinem tiefen Glauben, für mich ist das nicht so ganz das Richtige. Die Bibel habe ich schon mit zehn Jahren durchgelesen gehabt. Also mit zehn habe ich mich durchgerungen, das Alte Testament durchzulesen und das auch geschafft. Und mit dreizehn habe ich dann die Sängerknaben zu verlassen und habe angefangen zu schauen, was ist für mich das Richtige. Habe den Talmud gelesen, habe den Koran gelesen, habe mich mit Freunden getroffen, die Zeugen Jehovas waren. Bin da auch mitgegangen zu Freunden in den evangelischen Religionsunterricht, lutherisch war das. Es war nicht das Richtige für mich. Und habe dann bei meinem Vater in seiner Bibliothek Book Mormon gefunden, habe es gelesen. Habe dadurch für mich Jesus Christus als meinen Erlöser erkannt und habe das starke Gefühl gehabt, dass das mein religiöser Weg sein soll. Damit bin ich mit dreizehn ein halb fast vierzehn wieder in die Kirche gekommen aus Eigenem. Damit war ich relativ schnell dann - drei Monate später war ich vierzehn - und bin halt dann zum Lehrer ordiniert worden und in den Besuchsdienst

eingebunden worden und in den Abendmahlsdienst. Das gehört so zum Leben dazu. #0:08:54.5 - 0:11:16.3

I: Und machen Sie da ein paar vielleicht auch so Schulungen, also wie man dann zum Beispiel, wenn man die Menschen betreut also seelsorgerlich im Krankenhaus oder daheim - gibt es da verschiedene Gespräche oder wie man das angehen kann zum Beispiel? #0:11:17.6 - 0:11:32.9

B: Die Ämter im Priestertum sind in Kollegien organisiert. Und Teilaufgabe dieser Kollegien ist, nicht nur Aufgaben und Arbeit zu verteilen, sondern auch zu schulen. Und so gab - also jetzt ist es nur jeden zweiten Sonntag - aber früher gab es doch jeden Sonntag auch die Priesterschaftsversammlung, wo wir uns ausgetauscht haben auf der einen Seite über unser persönliches Leben, aber auch über unseren Verantwortungsbereich, über das Evangelium und die Lehre Jesu Christi. Darüber hinaus gibt es auch immer wieder Schulungsveranstaltungen, die auch verschiedene Schwerpunkte haben. Man geht eben als Jugendlicher im Betreuungsdienst mit einem Erwachsenen mit, der also schon mehr Erfahrung hat, der einem also auch ein bisschen zeigt, wie - ich sag es jetzt plakativ - wie hört man zu. Weil ich glaube, dass Seelsorge mit der persönlichen Sorge um den anderen und dem Mitgefühl anfängt und das geht nicht ohne zuhören. Wenn ich nicht weiß, wie der andere denkt und was der andere braucht, ist alles, was ich tue, falsch. Weil ich ihm meinen Willen, meine Meinung, meine Sichtweise aufstülpe, anstatt zu sehen, wo er steht und dann zu fragen, was er braucht und ihm den Trost geben zu können, den er braucht. Gerade wenn man mit - also ich habe sehr viel davon profitiert, mit meinem ersten Heimlehrpartner damals sind wir zu einer 90-jährigen Schwester gegangen, die noch ganz rüstig erschienen ist und immer uns auch bekochen wollte, wenn wir gekommen sind. Was ein bisschen schwierig war, weil wenn man mehrere hintereinander besucht und jeder glaubt, er muss irgendetwas auf den Tisch stellen (Lachen). Aber wo ich gelernt habe, auch ein bisschen dahinter zu blicken und zu sehen. Diese liebe alte Schwester, natürlich spürt die ihr Alter und das nicht nur körperlich und wie geht man mit ihr um. Wie geht man mit einer Schwester um, die sagt, ich bin jetzt so alt, warum kann ich noch nicht sterben. Und es ist jetzt weniger die theoretische Bildung, die wir hier in den Vordergrund rücken, sondern eben mehr das Praktische. Siehe was notwendig ist und lerne von deinem Seniorpartner, was er tut. #0:11:33.4 - 0:14:29.9

I: Würden Sie das dann auch als Ziel Ihrer seelsorgerlichen Betreuung bezeichnen, dass sie zuhören und dass Sie eben dem Menschen Trost geben oder was ist da für Sie persönlich das Ziel? #0:14:32.8 - 0:14:45.6

B: Wir betreuen in erster Linie Menschen, in deren Leben Jesus Christus eine große Rolle spielt. das heißt, wir haben nicht so häufig, wenn es um Krankheit geht, die Situation, jemanden zu sagen, könnte nicht die Hoffnung, der Glaube an Jesus Christus dich in deinem tatsächlichen Leid unterstützen, sondern das haben die schon mit. Deswegen ist es mehr eben ein Zuhören und teilweise eben auch, dass man, wenn jemand in irgendwo einer Spirale, einer negativen Spirale drinnen ist, dass man durch Fragen versucht, ihn aus dieser Spirale herauszuholen, ihn selber auf andere Gedanken kommen zu lassen. Und eben dort, wo es notwendig ist, zu sagen und die Hände aufzulegen. Oder wenn es notwendig ist, dass Möbel herumgeschoben werden oder etwas organisiert wird. Oder zum Beispiel eine Familie, da hat die Mutter in der Familie hat eine - ich glaube Mastozytose ist das, bekommen. Das hat sich in erster Linie gezeigt durch lebensbedrohliche Allergiezustände und die hatten einen Hund. Und das heißt der Hund musste weg. Das Haus, das sie relativ frisch gekauft hatten, musste vollständig neu ausgemalt und gesäubert werden. Teppiche entfernt, durch Boden ersetzt werden und da haben die betreuenden Geschwister die Hilfe der Gemeinde dafür organisiert. Auch das kann sein. Plakatives Beispiel - wenn jemand am Verhungern ist, brauche ich ihm nicht vom Brot des Lebens erzählen, er braucht zuerst echtes Brot und dann ist er bereit, das geistige Brot zu nehmen. Und so ist das in der Betreuung von Kranken ganz genauso. #0:14:48.8 -0:17:04.9

I: Dann würde ich gern zu einem anderen Punkt übergehen, nämlich was ich vorher schon kurz erwähnt habe, die Betreuung zwischen Minder- und Mehrheitsreligionen. Also sehen Sie Unterschiede - ich weiß nicht, ob Sie sich mit den anderen Religionen auskennen, wenn Sie so ein eigenes System haben, in der Begleitung hinsichtlich Minder- und Mehrheitsreligionen in Österreich? #0:17:09.8 - 0:17:34.1

B: Ich bin mir nicht sicher in dem, aber mein Gefühl ist, dass wir in Österreich, die Mehrheitsreligion ist eigentlich, keine Religion zu leben. Und ich glaube, dass es den Krankenhausseelsorgern auch ein bisschen Schwierigkeiten macht, weil Sie kommen, sie geben ein Angebot und was ich so gesehen habe, in der Regel werden sie weitergeschickt. Man redet lieber, wenn notwendig fragt man einen Therapeuten an, und das

war auch das erste, was meinem Sohn und seiner Frau angeboten wurde. Da war nicht die Frage, braucht ihr einen Seelsorger, sondern das erste war, braucht ihr Therapie oder therapeutische Begleitung. Was ja nicht schlecht ist, aber da hat mir eine Frage einfach gefehlt, weil das ist eine Krankheit, die ist unheilbar. Selbst in Österreich mit bester Vorsorge hat das Kind eine Lebenserwartung von im Schnitt 53 Jahren. Auf dem Weg braucht es eine neue Leber, eine neue Lunge. Das ist schwierig und ich glaube, man denkt heutzutage gar nicht mehr so in erster Linie, da könnte doch ein Seelsorger in erster Linie auch helfen. Die Seelsorger, die ich erlebt habe, sind auf alle Menschen zugegangen, ohne viel zu fragen. Ich könnte hier nicht sagen, dass es hier Probleme gibt. Und dort, wo ich in ein Spital musste, auch zu atypischen Zeiten, da wurde mein geistlicher Ausweis durchaus auch akzeptiert. Ich habe hier jetzt auch keine Schwierigkeiten gesehen. Und wir haben ein ganz gutes Berichtswesen. Mir wäre auch hier nichts Negatives zu Ohren gekommen bis jetzt. Aber auf der anderen Seite, jetzt nicht wirklich kranke, aber für alte Menschen. Da sieht es nochmal anders aus. Wir haben zwar meistens, quasi immer hinterlegt, wenn irgendjemand von uns in einem Altersheim ist. Wer sind denn kirchlich die Ansprechpartner - besonders dort, wo es keine Familie gibt. Und es kommt aber trotzdem noch vor, dass wir durch Zufall erfahren, wer gestorben ist, was schade ist. Also gerade letzten Monat hat es einen Fall gegeben, wo ein alter Bruder, ein 81-jähriger Bruder nach einem Spaziergang nicht zurückgekommen ist und gesucht wurde. Er war allerdings in Horn, deswegen war der Kontakt leider nicht so eng. Und wir haben zwei Tage vor dem Begräbnis erfahren - und da hat man endlich wen erreicht auch, hat man erfahren, er ist verstorben. Um das Begräbnis dann jetzt auch noch, um das kirchliche Begräbnis durchzuführen oder zu organisieren, war nicht wirklich die Zeit. Er hat damit ein im Wesentlichen ein Armenbegräbnis bekommen, denn in zwei Tagen konnten wir das dann nicht mehr ändern. Und das finde ich - ich meine, es ist nicht notwendig für uns kirchlich begraben zu werden, aber es ist schön, wenn sich die Gemeinde verabschieden kann und unsere Riten in dieser Sache auch berücksichtigt werden können. Und es ist unnötig, dass hier eben der Informationsrückfluss nicht passiert. Wie das für andere Glaubensgemeinschaften ist, kann ich nicht sagen, weiß ich nicht. #0:17:40.0 - 0:21:34.6

I: Kein Problem, das passt auch so sehr gut, danke. Und eine letzte Frage eigentlich von meiner Seite aus: meinen Sie oder wie schaut bei Ihnen in zehn Jahren ungefähr

diese seelsorgliche Betreuung bei Kranken aus? Meinen Sie, da gibt es Veränderungen hin, dass das mehr wird oder gibt es da //Unterschiede//? 0:21:37.8 - 0:22:00.8

B: //Ich// glaube, dass es innerkirchlich keine Veränderungen geben wird, weil das Betreuungssystem, das wir haben, funktioniert und funktioniert gut. Was ich mir wünschen würde, aber wo ich nicht weiß, ob und wie das möglich wird ist, dass man dieses Angebot, das wir haben, eben auch anderen zur Verfügung stellt. Nur als Beispiel, also ich habe in den letzten drei vier Jahren, nein, sagen wir mal acht Jahren, habe ich zwei Begräbnisse durchgeführt für Leute, die nicht Mitglieder der Kirche waren. Die aber bei Verwandten oder wo die Verwandten gesehen hatten, wie ein mormonisches Begräbnis so ausschaut und sie haben sich das gewünscht. Wir grenzen uns in der Richtung nicht scharf ab und ich denke, dass wir auch eben in Krankenhäusern für Menschen, die keine eigene kirchliche Heimat haben, ein Angebot haben und die Möglichkeit nutzen sollten, ihnen die Hand zu reichen, sie näher zu Christus zu führen und dadurch mit ihren Schwierigkeiten umgehen zu lassen. Nur noch haben wir keine Struktur dazu, aber das wäre etwas, was ich persönlich mir vorstellen könnte. #0:22:00.6 - 0:23:42.8

I: Und könnten Sie sich vorstellen - es gibt ja schon teilweise verschiedene Kurse auf der Universität zur Krankenbegleitung, Krankenhausseelsorge, dass man da vielleicht auch einsteigen könnte und halt gemeinsame Qualitätskriterien hat für verschiede Religionsgemeinschaften? #0:23:47.1 - 0:24:04.6

B: Sagen wir so, wenn ich mit einem Demenzkranken zu tun habe, dann weiß ich heutzutage, weil ich mich selber fortgebildet habe, ein bisschen was dazu. Das ist ausreichen und ich kann zurückgreifen auf Family Services, also den psychologischen Arm sozusagen der Kirche. Das ist ausreichend, wenn ich eben in unserem kleinen Kreis bleibe. Sobald das aber mehr wird und wir reden dann möglicherweise von einem beruflichen Krankenhausseelsorger, sind die Ansprüche anders. Es ist was ganz was anderes, wenn ich mit einem Demenzkranken einmal in fünf Jahren was zu tun habe oder ob das mein täglich Brot ist. Selbstverständlich ist dann eine qualitätsgesicherte Ausbildung erforderlich. Sollte sich die auf die Lehre von Christus beziehen und was wie, wo, wann gelehrt wird, nein das sehe ich nicht. Jede Kirche hat hier ihren eigenen Standort, ihre eigenen Prinzipen, sonst wären wir ja eine Kirche. Aber im Umgang mit Kranken und auch, wie gehe ich mit dieser Stresssituation, die das ist, Menschen doch mit einer gewissen Regelmäßigkeit auch sterben zu sehen oder menschliche schwere

Schicksale zu erleben. Wie gehe ich persönlich damit um. Das ist auch etwas, wo standardisierte Ausbildung und Reflexion helfen kann und notwendig sein wird. #0:24:06.2 - 0:25:41.7

I: Danke. Eigentlich wäre der Interviewfragebogen so an sich zu Ende, aber wenn Sie gerne was sagen möchten, wo ich noch gar nicht danach gefragt habe oder was noch nicht vorgekommen ist, können Sie gerne das auch noch erwähnen. #0:25:45.8 - 0:26:01.9

B: Nein, ich glaube, das passt und wir brauchen auch nicht schneiden oder so, denke ich. #0:26:03.3 - 0:26:09.4

C8 – Krankenhausseelsorge der Sieben-Tage Adventisten

I: Also danke nochmal, dass du an dem Interview teilnimmst. Ich würde gleich anfangen zu fragen, wie es abläuft, wenn du mal im Krankenhaus tätig bist. Also wie kann man sich das vorstellen? Wie oft bist du da unterwegs oder allgemein? #0:00:00.0 - 0:00:16.4

B: Also ich bin sehr zielgerichtet natürlich im Krankenhaus unterwegs. Also wenn ich im Krankenhaus war, dann eigentlich immer auf Anruf. Also ich bin dort nie einfach mal so ins Krankenhaus gefahren, schauen wir mal wer dort liegt, sondern wirklich zielgerichtet auf Anruf, auf Wunsch von Gemeindegliedern unserer Kirche oder eben auch auf Bitte von Freunden, von Gästen, die wir als Kirche sozusagen haben. Und die haben eben unterschiedlichen Hintergrund von ihrem Glauben her. Das spielt für uns auch überhaupt keine Rolle, aber wenn ich im Krankenhaus bin, dann wirklich auf Zuruf. #0:00:17.3 - 0:00:57.2

I: Und du fährst dann hin, sobald du auch hörst, wenn wer aus der Gemeinde im Krankenhaus ist oder wirklich wenn sie dann/ #0:00:59.6 - 0:01:06.5

B: Fallweise. Also wir haben in unserer Kirchenstruktur in der Adventgemeinde grundsätzlich sehr stark den Schwerpunkt auf Laiendiakone. Das heißt, ich schaue mal zunächst nach, wer ist eigentlich zuständig von den Diakonen für genau diese Person und dann muss noch abgewogen werden, ist das jetzt ok, einfach ein Beinbruch oder ist es was Gröberes. Also ich sage einmal bei den kleineren Sachen rückt man nicht selber aus als Pastor, weil man natürlich sehr viel sonst hätte. Ansonsten bei gröberen

Sachen sage ich jetzt einmal ist man auf jeden Fall schon an Ort und Stelle, womöglich auch sofort. Dass man sagt: ok, ich cancele jetzt mal ein Termin und fahre sofort ins Krankenhaus. Sofern es Sinn macht. Wenn man weiß, ok jetzt wird er operiert, macht keinen Sinn. Aber dann ist man zumindest zur Stelle bei den Angehörigen. Versucht man dort natürlich Seelsorge zu betreiben. Also Krankenausseelsorge ist für mich jetzt nicht immer nur der Patient im Krankenhaus, sondern da ist für mich auch immer die Matrix. Ich vergleich das sehr gern mit der Matrix. Da hängt noch was anderes dran. Und vor diesem Hintergrund, so ganzheitlich wie möglich natürlich zu begleiten. #0:01:06.5 - 0:02:30.7

I: Und wie oft kann man sich das vorstellen, dass da so Anfragen hereinkommen ungefähr? #0:02:33.2 - 0:02:38.8

B: Ja, es ist wirklich Intervallmäßig. Also mir ist aufgefallen, im August hat fast keiner fürs Krankenhaus (Lachen). Da sind dann wirklich die absoluten Notfälle und das kann man nicht planen. Da gibt es Jahre, da ist überhaupt nichts und dann gibt es vielleicht wieder ein Zeitfenster, wo sehr viel wäre. Also im Grunde genommen aufs Jahr gesehen, wenn das zwischen 15 und 30 ist, ist das viel. Weil es ja auch fallweise ist. Ich war auch sehr stark involviert. Es hat mal ein Jahr gegeben, da habe ich so viele Beerdigungen gehabt und dann zwei Jahre wieder Ruhe. Also es ist sehr intervallmäßig. Nein, intervallmäßig kann man nicht sagen, es ist nicht regelmäßig. Es ist so manchmal wirklich schubweise. Da kommt so ein richtiger Schwall an Problemen, an Herausforderungen. Und dann ist auch wieder eine Zeit lang Ruhe. Von da her, weil wir eine kleine Kirchenstruktur haben und wir eben nur auf Zuruf ins Krankenhaus kommen, ist sozusagen die Tätigkeit auf das Jahr gesehen sicher da, aber nicht regelmäßig. Wirklich so das man sagen kann, so oft wäre das. Aber ich schätze so zwischen 15 und 30 Mal. #0:02:39.5 - 0:03:50.3

I: Und wo bist du da ungefähr unterwegs? Also in ganz Österreich oder in welchen Krankenhäusern ungefähr? #0:03:51.6 - 0:03:57.8

B: Ich habe jetzt die Abteilungsleitung, deswegen ist mein Schwerpunkt nicht mehr so stark im - wie soll ich sagen - im Ortgemeindefokus. Aber früher - also ich habe das auch in der Umfrage auch dann so beantwortet. Ich war von 2007 bis 2011 Pastor in Kärnten und seit 2011 bis vor einem Jahr war ich zuständig in Oberösterreichich wohne aber nach wie vor in Oberösterreich und bin dort nach wie vor ein bisschen aktiv. Also

wenn Not am Mann ist, dann rücke ich ein. Wie zum Beispiel gestern war ein spontaner Seelsorgeanruf. Da hebt man natürlich ab und quatscht einmal und hört zu in erster Linie. Aber ansonsten, wie schaut das ungefähr aus. Wie ich in Oberösterreich war - ich habe auch unterschiedliche Bezirkskonstellationen gehabt. Ich war am Anfang mal zuständig für Wels, Schlierbach, Kirchdorf runter in diese Gegend. War dann zuständig für zwei Jahre Wels, Steyr und dann zum Schluss war ich zuständig für Wels - Linz. Und von daher hat sich ständig etwas geändert. Ich kenne sowohl das Krankenhaus in Wels sehr, sehr gut. Ich kenne das Krankenhaus in Steyr. Ich kenne die Krankenhäuser in Linz. Da gibt es die Barmherzgen Brüder. Es gibt auch die Barmherzigen Schwestern, aber in dem Fall die Barmherzigen Brüder in Linz und Universitätsklinikum Linz. Und die Frage war, wenn ich dort bin, wie man sich das vorstellen kann oder wo ich ungefähr war? #0:03:58.1 - 0:05:31.4

I: Ja wo, also es hat/. #0:05:31.8 - 0:05:33.2

B: Genau, also wirklich unterschiedlich. Und ich bin ja auch nicht lange dort. Ich bin dort für eine Stunde. Also mit reingehen und rausgehen. Der Besuch dort vor Ort ist nur ganz kurz, je nachdem, wie es eben der Gesundheitszustände auch möglich macht von demjenigen oder derjenigen. Genau also vor diesem Hintergrund - es hat bei mir kein fixes oder irgendwie ein regelmäßiges Krankenhaus gegeben. so wie es gerade war. #0:05:33.7 - 0:06:02.5

I: Und wie kann man sich dann so ein Seelsorgegespräch vorstellen? #0:06:05.0 - 0:06:08.5

B: Ja, zunächst einmal ist sowieso immer die spannende Frage, was fehlt jetzt. Und man kommt einmal hin. Meistens kennt man die Personen wirklich gut. Es gibt natürlich - also die schwierigsten Seelsorgegespräche sind immer bei denen, wo man sich erst vorstellen muss am Krankenbett. Das ist äußerst unangenehm. Es kommt nicht so oft vor, weil man sich als Pastor eigentlich sehr schnell einarbeitet. Also in der Regel ist einmal das Wichtigste, dass man schon mit der Person vertraut ist. Und dass man sich hinsetzt, wenn möglich wirklich auf gleicher Höhe ist, so gut es eben geht. Wenn sich der Patient aufrichten kann noch. Zumindest das Bett hochgefahren werden kann, also das ist mal wichtig. Dort, wo es passt von der persönlichen Nähe, auch die Hand ergreift in so einer Situation. Und einmal fragt: du was ist los, was ist passiert, wie gehts dir? Und dann einmal zuhört. Und das hängt auch wiederum ab, wie gesprächig die

Leute sind. Manche freuen sich, weil sie schon lange niemand gesehen haben und reden sehr, sehr viel. Und dann gibt es von Haus aus auch Personen, die sind sehr stille Wasser und das ist oft so eine Einwegkommunikation. Da stellst du eine Frage und dann gibt es ein Wort zurück als Antwort. Das sind die, würde ich mal sagen, die schwierigsten Seelsorgegespräche, weil ich immer ein Fan davon bin, einmal zuzuhören. Ich bin einmal da. Ich nehme Anteil am Leben, an der Lebenssituation, an den Lebensumständen meines Gegenübers. Und ja, das Wichtigste ist Zuhören. Einfach ein guter Freund, auch ein guter Gesprächspartner zu sein. Und Seelsorge ist für mich auch in erster Linie mal Begleitung. Im Krankenhaus gebe ich keine Ratschläge. Wenn man mich fragt, überlege ich dreimal, sage ich was darauf. Weil Ratschläge auch Schläge sein können. Und wenn jemand schon krank ist und oftmals gibt es dann auch sofort die Warum-Frage. Warum passiert mir das? Habe ich dort gesündigt? Also ich merke auch, dass da dann so schnell Themen aufpoppen, wie: Was habe ich getan, sodass Gott jetzt an mir dieses Strafgericht vollzieht. Also ich erlebe es sehr oft am Krankenbett udn natürlich auch die theologische Frage: warum passiert das? Was ist der Sinn? Ich meine, wenn man die Sinnfrage stellt, mit dem kann ich noch mehr, als wenn jemand die Schuldfrage dann auch formuliert. Und ich merke, man ist gerade bei so Krankenhausbesuchen bei diesen existentiellen Themen. Sprich, was ist mein Gottesbild: Wie stelle ich mir diesen lieben Gott vor? Bin ich so, wie ein Hiob, der sagt: der Herr hat es gegeben, der Herr hat es genommen, gepriesen sei der Name des Herrn. Oder bin ich dann mehr so wie ein Freund des Hiob, der dann allerhand Ratschläge gibt und sagt, schwöre doch diesem Gott ab oder das Unheil ist dir zurecht passiert. Also mir ist ganz wichtig, Hinhören und mir ist auch ein Anliegen, sensibel mit diesen theologischen Fragen umzugehen und das hinzulenken. Weg von dieser Warum Frage. Warum passiert mir das? Warum habe ich meine linke Hand verloren? Warum habe ich jetzt Krebs im Endstadium? Diese Fragen sind mir da sehr, sehr nahe gegangen. Im Theologiestudium, noch in der Seelsorgeausbildung, wie soll ich sagen, im Klassenzimmer, im Vorlesungsaal - wenn du diese Fragen so hörst. Ok ja, kein Problem oder. Und dann bist du selbst mal im Krankenhaus, sitzt vielleicht den Eltern gegenüber. Ich kann mich schon auch erinnern, wo ich einen Jugendlichen besucht und betreut und begleitet habe. Und der ist mit 18 Jahren dann gestorben und das war meine allererste Beerdigung, die ich machen musste überhaupt als Pastor. Und da waren für mich natürlich sofort viele, viele Fragen da, wo ich einfach gemerkt habe in der ganzen Familie ist diese Warum-Frage ganz präsent und da muss ich irgendwie

auch darauf reagieren. Und da habe ich sehr schnell gemerkt in der Seelsorge, wenn man da am Krankenbett sitzt, das eine ist die Theorie, das andere ist dann die Praxis. Und ich habe auch oftmals erleben dürfen, dass es nicht die großen Antworten waren, die man gegeben hat, die dann die Patienten ermutigt haben. Sondern einfach Da zu sein, still zu werden. Hinzuhören und vielleicht auch ein bisschen nochmal zusammenfassen, dass man ein bisschen spiegelt. Wenn ich dich richtig verstanden habe, ist das gerade dein Thema, was dich beschäftigt? Und mein Hauptanliegen ist, wie gesagt, nicht da die großen theologischen Antworten schon zu geben, sondern trotzdem mitfühlend zu sein. #0:06:10.3 - 0:10:55.3

I: Und führst du teilweise dann auch religiöse Rituale am Krankenbett durch? Kommt //sowas auch ab und zu vor?// #0:10:59.3 - 0:11:04.9

B: Also wir als Adventgemeinde haben jetzt keine Krankensalbung so im Sinne, wenn jemand stirbt. Wir haben schon eine Krankensalbung im Sinne vom Jakobusbrief. Wenn jemand so etwas wünscht, dann machen wir so etwas. Wo ich aber dazu sage, es ist manchmal in Krankenhäusern äußert schwierig. Also im Krankenhaus selbst habe ich es oft noch nie gemacht. Bis jetzt war das irgendwie immer zu Hause. Nein, stimmt nicht ganz. Ich überlege jetzt gerade. Also nein, im Krankenhaus selbst habe ich noch keine Krankensalbung durchgeführt. Worum geht es bei der Krankensalbung? Bei uns ist das Grundverständnis, dass das Öl, das wir auf die Stirn streichen, keine therapeutische Wirkung hat. Es ist zwar ein Bioolivenöl, was ich da immer verwende (Lachen), aber dieses Olivenöl hat einmal im Sinne der Schulmedizin keine Wirkung, um einen Lungentumor zu heilen. Also das sage ich auch immer dazu bei jeder Krankensalbung, egal welches Thema das ist. Sondern für uns hat diese Krankensalbung immer eine symbolische Handlung, eine symbolische Bedeutung auch. Sprich dass wir jemanden auch in Form dieses Öles den Segen Gottes zusprechen. Und wo wir auch füreinander beten. Das Entscheidende bei uns ist eben nicht die Handlung per se - sie ist symbolisch. Das Entscheidende bei uns ist das Gebet des Glaubens. Und deswegen machen wir eigentlich am Liebsten solche Krankensalbungen noch zu Hause. Es gibt natürlich Sondersituationen, wo es nicht anders geht. Dann macht man das natürlich im Krankenhaus. Man kündigt sich an und bittet darum, dass man eine Viertelstunde stille Zeit bekommt. Ich muss nämlich auch dann die Krankenhausinsassen von diesem Zimmer vorher informieren, was wir da machen. Nicht dass

sie das Gefühl haben, wir machen da irgend so eine Sitzung. Sondern wir sagen einfach: wir beten zum lieben Gott, sie können gerne zuhören. Aber wir bitten Sie, dass Sie in den kommenden 15 Minuten, länger dauert es auch nicht, einfach sich ruhig verhalten, dass sie auch nicht geschreckt sind. Sie können jetzt alle Fragen stellen, aber danach werden wir uns alsbald verabschieden, einfach um den Kranken in der Stille Gottes zurücklassen zu können. Also unser Grundanliegen ist eigentlich immer, dass wir das Gebet des Glaubens zu Hause vor Ort, wo die Personen in der Regel sind, auch ihren Lebensmittelpunkt haben, dass wir das dort zu Hause bei ihnen machen können. Einfach aufgrund der Atmosphäre, der Stille. Man braucht nicht so viel erklären et cetera. Aber ich selbst, ich habe gerade überlegt, also ich habe noch nie im Krankenhaus so etwas durchgeführt, meine Kollegen sehr wohl. #0:11:04.1 - 0:13:53.2

I: Und noch zu einem anderen Punkt: wenn Sie im Krankenhaus oder wenn du im Krankenhaus bist, du hast ja schon gesagt, du bist oft nicht so lange dort. Trifft man ab und zu auch anderer Seelsorger an von anderen Gemeinden? #0:13:56.3 - 0:14:09.2

B: Also ich habe noch nie wen angetroffen. Habe auch gestern überlegt bei dieser Umfrage. Habe mir gedacht, hm, gute Frage in 12 Jahren meines Dienstes kann eigentlich schon Einiges passiert sein, aber ich kann mich an keine Begegnung erinnern. Also ich habe dort keinen gesehen.

#0:14:09.7 - 0:14:26.2

I: Und kannst du mir was vielleicht zu deiner Ausbildung in dem Bereich oder auch erzählen zur Krankenhausseelsorge oder auch allgemein, was du so gemacht hast? #0:14:29.1 - 0:14:39.5

B: Welchen Bereich der Krankenhausseelsorge, oder? #0:14:42.1 - 0:14:44.3

I: Nein, allgemein, wie du auch dazu gekommen bist zur //Krankenhausseelsorge also welche// #0:14:44.6 - 0:14:48.9

B: //Ok überhaupt derweil// Naja, bei uns, wie soll ich sagen, von unserem Pastorenleitbild her decken wir eine Fülle ab. Das ist das, was mich eigentlich begeistert, weil mein Job eigentlich nie langweilig wird. Und wenn ich sage Job, dann immer in Verbindung mit Berufung. Es ist kein normaler Beruf. Es hat etwas mit Berufung zu tun

auf jeden Fall. Aber vom Jobprofil her haben wir keine Begrenzung von den Tätigkeiten (Lachen). Das heißt wir sind allen alles, obwohl da natürlich schon ein Umdenken stattfindet, weil wer von uns ist schon ein Leonardo da Vinci, ein Universalgenie - keiner. Und nicht jeder hat auch das Gespür, das Gefühl für Seelsorge. Wie bin ich dazu gekommen? Grundsätzlich habe ich mich dafür entschieden, Theologie zu studieren. Damals, wie ich mich dazu entschlossen habe, Theologie zu studieren, war für mich der Fokus gar nicht so stark auf Seelsorge, sondern vielmehr eigentlich darauf aus, Gottes Wort besser zu verstehen. Also Bibel gut zu kennen, um damit mit Menschen ins Gespräch zu kommen über deren Lebenssituation und welche Rolle dann und welche Relevanz dann auch die Bibel für ihr Leben haben kann. Wie ich dann Pastor geworden bin, habe ich sehr schnell gemerkt, welche Hüte man trägt. Man ist sozusagen der Gemeindepapa, der für alles zuständig ist, wenn das Fenster nicht zugemacht ist in der Kirche (Lachen) oder das Licht irgendwo brennt, dann gibt es bei uns nicht nur einen Mesner, da kann man auch den Pastor anrufen und ihm mal das sagen: ok, da gibt es diese und jene Situation. Also ich habe sehr schnell gemerkt, man ist Ansprechperson für fast alles. Und dass die Krankenhausseelsorge da auch mitdazugehört, das war dann für mich eigentlich irgendwie Usus. Ja, da habe ich mir gedacht: ja, ist so. War schon immer so und ich habe das auch nie hinterfragt. Und ich bin da auch langsam hineingewachsen. Ich habe natürlich im Rahmen meines Theologiestudiums auch Seelsorgekurse gehabt und belegt und habe dort und da auch im Rahmen der Fortbildung was gelernt. Aber so im großen Stil haben wir uns nie fokussiert nur jetzt speziell auf Krankenhausseelsorge. Sondern der Fokus war immer so darauf, Menschen in unterschiedlichen, vielleicht auch zum Teil extremen oder speziellen Lebenssituationen zu helfen, zu begleiten. Und da habe ich mir auch immer hinter dir Ohren geschrieben: Betreuung ist eigentlich für uns der völlig falsche Begriff, wir begleiten. Und wir können auch nicht jedes Problem wirklich so handhaben und so händeln, wie es sich vielleicht alle wünschen würden aus dem Umfeld des Patienten oder vielleicht der Patient selbst. Also man muss auch ganz klar aufzeigen, bis hierher geht meine Kompetenz und alles andere übersteigt ja dann letztendlich meinen persönlichen Möglichkeitsrahmen. #0:14:47.6 - 0:17:37.6

I: Du hast ja gesagt, du hast so ein paar Seelsorgekurse gemacht auf der Uni schon. Diese Seelsorgeausbildung auch, war da auch dabei eine //Seelsorgeausbildung//? #0:17:39.8 - 0:17:49.3

B: Ja, obwohl ich sagen muss, es ist bei uns relativ begrenzt, also wir haben in unsere Studium Quartersystem und da habe ich zwei Quartale, also zwei Mal drei Monate Seelsorge belegt. Und dann im Laufe des Studiums sind immer wieder in anderen Fächern so Seelsorgefragen hochgepoppt. Also von daher ist das seelsorgerliche Wissen relativ überschaubar. Und im Rahmen eines Praktikums - man ist ja dann Mentee. Man geht da mit seinem Mentor ins Krankenhaus mal mit. Schaut sich das an, wie macht das der Mentor. Und überlegt: was würde ich machen, was würde ich anders machen, was würde ich übernehmen? Und ja, so wächst man einfach hinein. Also ich habe dort sicherlich einige Besuche mitgemacht. Einfach mal so als der Unbeteiligte, wo ich mal nur so zugeschaut habe, beobachtet. Und dann auch Fragen gestellt danach in der Reflexion. Es gab auch dort und da mal Supervision. K. ist in unserem System. Er ist Adventist auch und der hat uns da auch einmal ein paar Tipps gegeben. Also er ist ja Arzt und begleitet Personen auch natürlich, wenn sie Krebs haben. Und da haben wir als Prediger eine Möglichkeit gehabt, ihm Fragen zu stellen, wie er das machen würde. Und das war sehr, sehr hilfreich. Sehr, sehr spannend und gerade vor dem Hintergrund, weil er auch ein Profi ist, der viele, viele Jahre schon an Erfahrung da aufweisen kann. #0:17:48.3 -0:19:29.5

I: Schön. Und so ab und zu so Intervision oder so in dem Sinne, dass du dich mal mit anderen auch informell mal austauschst //über schwierige Fälle ab und zu//? #0:19:32.3 - 0:19:43.5

B: Genau, wir haben als Pastoren natürlich schon immer wieder Supervision. Supervisionen habe wir schon, aber nie nur konkret jetzt nur für Krankenhausseelsorge, sondern einfach insgesamt. Wie geht es mir in einem Dienst und da poppen dann auch dort und da natürlich diese Themen auf, ob von einem selber oder von den anderen Kollegen. Durchaus, ja. Also so circa einmal im Jahr, dass wir uns zur Supervision treffen. Ich war natürlich - ich muss schon dazu sagen, wenn man ein standardmäßiger Pastor ist, ist Supervision nicht Standard. Obwohl der Dienstgeber einmal im Jahr einen Supervisor zahlt. Aber es ist immer die persönliche Eigenverantwortung. Nehme ich das in Anspruch. Nehme ich mir diesen ganzen Tag Zeit oder nicht. Und meistens ist dann der pragmatische Zugang der stärkere, dass dann nämlich diese Supervision ins Wasser fällt. Ich war Mentor auch. Ich habe auch zwei junge Mitarbeiter ausbilden und begleiten dürfen. Nicht gleichzeitig, sondern wir bilden über zwei Jahre dann praktisch aus. Also wir haben Theologiestudium und nach dem Theologiestudium haben

wir noch praktische Ausbildung von zwei Jahren. Das heißt, es gibt es eine Zeit lang auch die Phase, wo der Mentee mein Schatten ist. Also die ersten zwei bis sechs Wochen kriegt der Mentee die Aufgabe, alles was ich mache, machst du jetzt auch. Zumindest dort wo es geht. Außer es ist ein freier Tag. Also wenn ich jetzt gerade Studierzeit habe und meine Predigt vorbereite, dann sitzt du jetzt auch im Büro, auch wenn du jetzt vielleicht nicht die Predigt ausarbeiten muss. Aber dann tust du was anderes ausarbeiten. Und wenn ich unterwegs bin, ist er an meiner Seite, sofern das seelsorgerlich passt. Es gibt natürlich auch Ernstfälle, wo Ehescheidung im Raum steht, da kann ich vielleicht den Mentee noch nicht mitnehmen. Aber ansonsten ist er immer an meiner Seite, also er ist immer mein Schatten. Und im Rahmen dieser Mentorenaufgabe musste ich zur Supervision und von daher war ich dann einfach gefordert, zwei Mal im Jahr bei der Supervision dabei zu sein. Von daher, sobald jemand in der Ausbildung bei einem ist, ist der Hauptmentor immer verpflichtet, zweimal im Jahr Supervision in Anspruch zu nehmen. Und da geht es sicherlich auch um diese Themen. #0:19:41.7 - 0:21:55.8

I: Noch eine Frage zu dem Thema: In dieser Ausbildung war da teilweise auch so eine interreligiöse Dimension ab und zu mal Thema? Oder ist das angesprochen worden vielleicht? #0:21:57.9 - 0:22:08.1

B: Also im Seelsorgekurs selbst nicht. Soweit ich mich noch erinnern kann (Lachen). Also, das ist jetzt vor 12 Jahren abgeschlossen und kann natürlich durchaus was überlagert werden. Und das Studium hat sich seither natürlich auch gewandelt. Es gibt jetzt andere Lehrer für Seelsorge. Aber zu meiner Zeit damals war das nicht im Hauptfokus. Wir haben natürlich Konfessionskunde gehabt, aber das war nicht im Rahmen von Seelsorge. Und dort hat man natürlich schon so manche persönlichen Befindlichkeiten natürlich besprochen. Wie bei Zeugen Jehovas zum Beispiel, dass die keine Bluttransfusion (unv.) möchten. Und wie gehen wir um, wo wir vielleicht dazu gerufen werden? Wie begleiten wir diese Personen? Auch da ist einem natürlich immer, sind einem natürlich wieder die Hände gebunden. Muss man sich natürlich nach der Decke strecken. #0:22:11.2 - 0:23:05.6

I: Was ist denn für dich so das Ziel der Krankenhausseelsorge? #0:23:07.8 - 0:23:12.8

B: Einmal zunächst da zu sein. Dass mein Gegenüber die Wärme spüren kann. Dass man da ist. Wirklich jetzt einmal nur für diese Person. Dass man die Wertschätzung

zum Ausdruck bringt. Da geht es auch um das Thema Respekt, Würde. Seelsorgerliche Nähe, das man vermittelt. Ich glaube, dass es ganz entscheidend ist und einfach da zu sein. Zeit zu verbringen, so viel der andere dann eben einfordert. Ich habe das auch erleben dürfen als Sohnemann. Mein Papa war jetzt vor Kurzem, vor zwei Monaten, selbst im Krankenhaus. Es war eine ziemliche Odyssee, lange Geschichte. Und da habe ich mir gedacht: M., trotz deiner seelsorgerlichen Erfahrung jetzt bist du jetzt als Sohnemann ganz anders gefordert. Ich bin meinem Papa gegenübergesessen. Ist auch interessant, wie sich jetzt plötzlich die Rolle ändert. Vom Seelsorger zum Angehörigen, der aber jetzt genau checkt, was da gerade abläuft von den seelsorgerlichen Prozessen. Und wo ich einfach gemerkt habe, wie hilflos man ist. Und ich glaube auch, in vielen Situationen - es hängt natürlich immer von der Diagnose ab - aber ich habe einfach immer wieder erleben müssen. Allein, dass man da ist und Zuspruch gibt, vielleicht am Ende des Seelsorgegesprächs noch mit dem anderen still betet. Das gibt so viel Kraft und Hoffnung. Ja, und das ist für mich die oberste Priorität gewesen. Und wie ich schon gesagt habe, womöglich auf keinen Fall Ratschläge, einfach nur da sein und nur zuhören. Vielleicht ein bisschen was spiegeln. That's it. Und wenn dann die Leute wieder heraus sind aus dem Krankenhaus. Man bekommt das dann mit vom Feedback her, wo man dann wieder staunen darf. Man hat keine Ratschläge gegeben, keine Weisheiten und sie waren überglücklich. Weil sie gesagt haben, der Besuch war fein. Habe mich richtig verstanden gefühlt. Und oftmals sind das ja auch so Affektaussagen, die man gar nicht wirklich so auf die goldene Waagschale legen muss. So nach dem Motto: ich bin gerade richtig wütend auf Gott. Das kann man einfach mal so im Raum stehen lassen. Man ist da, man hört zu. Und dem anderen da ein Ventil zu geben, so ein Airbag zu sein. Wo der andere mal wirklich so *bsch* (Geräusch zur Untermalung eines Schlages) - ich bin gerade wirklich sauer auf Gott, weil ich gerade mit meiner Situation ziemlich nicht zurande komme. Und man sagt: ok, ja ich spüre, da ist was da in dir. Und was macht dich am meisten fertig? Und dann mit Fragen lenkt man ja auch Gespräche. Also mich interessiert dann schon auch, wenn jemand im Sterben liegt. Also wir reden über verschiedenste Themen natürlich. Wenn jemand eine starke, schlimme, komplikationsreiche Hüft-OP hat und nach 20 Tagen entmutigt ist und man weiß, er stirbt nicht, aber möchte jetzt endlich raus aus dem Krankenhaus. Ist es was anderes, als wenn jemand auf der Palliativstation liegt und man weiß, ok laut Ärzten circa drei bis Sechs Wochen. Das ist ganz was anderes. Wenn jemand im Sterben

liegt, spreche ich dann proaktiv schon die Fragen an: Du, wie gehts dir im Zusammenhang mit deiner Heilsgewissheit? Hast du das Gefühl, dass alle deine Sünden vergeben sind? Wie geht es dir mit dem Thema Vergebung, Versöhnung? Wie sieht das aus in deinem Umfeld? Also bei solchen Gesprächen, wo es definitiv schon um das Existentielle, auch um das biologisch Existentielle geht, bin ich dann schon von den Fragen her in Richtung persönlicher Glaube unterwegs. Wie gehts dir persönlich mit deinem Gottesbild? Gibt es etwas, wo du das Gefühl hast, das trennt dich jetzt von Gott? Wo kann ich dir eine Unterstützung sein? Soll ich vielleicht noch jetzt in diesen letzten Tagen, die du zu leben hast, auch ein bisschen Bote spielen mit deinem zerstrittenen Bruder, mit deiner zerstrittenen Schwester. Also auch dort dann diese Wege auch wahrzunehmen, das sehe ich dann schon als notwendig dann an. Also wie gesagt, es hängt von der Diagnose auch ab. Also Seelsorge ist sehr unterschiedlich auch von der Zielsetzung. Wenn ich zuerst wissen muss, woran scheitert es oder woran liegt es. #0:23.15.3 - 0:27:44.5

I: Noch zu einem anderen Thema und zwar, siehst du Unterschiede zwischen Minderheits-, Mehrheitsreligionen in der Betreuung oder in den Möglichkeiten? #0:27:47.9 - 0:27:58.1

B: Ja, definitiv. Weil natürlich die katholische Kirche auch personenmäßig ganz anders aufgestellt ist. Und ich mein in den Klosterspitälern, also in den kirchlichen Spitälern ist ja die Struktur ganz anders. Obwohl ich merke, man kann auch mit ihnen sehr gut zusammenarbeiten. Aber natürlich, die haben ganz andere Ressourcen als wie wir als Adventgemeinde mit 4000 Gemeindegliedern. Das ist natürlich ein Unterschied, keine Frage. Ich habe mir schon oftmals auch natürlich die Frage gestellt, was können wir dazu beitragen, dass das besser wird? Und in Oberösterreich war es immer sehr gut möglich. Es hat da von der Landesregierung unter der Leitung vom Landeshauptmann, damals noch Pühringer, jetzt Thomas Stelzer, immer auch das gegeben, dass man sich allesamt sozusagen getroffen hat. Also wirklich alle Religionen, ob jetzt staatlich anerkannt oder staatlich registriert. Wir sind ja eine staatlich registrierte Religionsgemeinschaft. Dass man da zusammenkommt und auch sowas beratschlagt. Für uns war es jetzt nie ein Thema, ob wir jetzt einen multikonfessionellen Raum bekommen für eine Andacht. Wenn wir es brauchen, kriegen wir es. Da brauche ich nicht wirklich beim Thomas Stelzer nachfragen, also das ist nicht notwendig. Aber ich habe da ge-

merkt, dass für Muslime das extrem wichtig ist, dass sie sich natürlich waschen können. Bei den meistens Gebetsräumen gibt es keine Waschmöglichkeit. Und da habe ich einfach erst so richtig wahrgenommen, wie wichtig das eigentlich ist, mal alle Befindlichkeiten mal wirklich zu kennen und wirklich zu wissen. Und vor diesem Hintergrund, wir haben nicht so viele Befindlichkeiten. Wir essen als Adventisten kein Schweinefleisch, aber von daher sind wir relativ pflegeleicht. Und wir haben so nicht so viele Sachen, wo man jetzt wirklich Rücksicht darauf nehmen müsste. Also vor diesem Hintergrund haben wir als Minderheit jetzt nicht so die Probleme. Was wir schon natürlich haben, wir haben natürlich den Sabbat. Also unser Ruhetag ist am Sabbat. Und da merke ich schon, dass wir manchmal schon zu kämpfen haben, weil viele Therapien noch am Sabbat stattfinden. Aber es ist eine Extremsituation, wo man sagt: ok, das zieh durch und vielleicht kommst du am Samstagnachmittag dann zur Ruhe, so wie du es dir wünscht. Aber ansonsten, klar natürlich gibt es große Unterschiede zwischen Minderheiten und den alteingesessenen kirchlichen Strukturen, die einfach da sind. #0:27:58.4 - 0:30:34.6

I: Ok, dann würde ich zur letzten Frage kommen. Wo siehst du die Krankenhausseelsorge ungefähr in zehn Jahren? Gibt es da Veränderungen oder bleibt das gleich? #0:30:37.2 - 0:30:47.2

B: Das ist eine spannende Frage, weil wir leben im Zeitalter der Digitalisierung. Ich habe mir schon oftmals gedacht: Naja, wie gehen wir mit Menschen um, die keinen Draht zu Kirchen haben. Bieten wir für sie auch was an? Ich meine, es gibt ja tolle Apps, wo du einen Roboter instruierst: bitte bete für mich. Es gibts ja schon alles. Also ich kann mir durchaus vorstellen, dass da die Apps und die ganzen Programme noch kreativer werden. Vor unserem adventistischen Hintergrund glaube ich, dass sich in zehn Jahren nichts geändert haben wird. Weil die persönliche Nähe, der persönliche Kontakt, die persönliche Anwesenheit am Krankenbett durch Nichts zu ersetzen ist. Es wird, glaube ich, kaum jemand auf die Idee kommen zu sagen: ok, ich mach mal meinen Computer hoch, machen wir eine Skypekonferenz. Kann man ja durchaus mal machen, spricht nichts dagegen, wenn jemand im Quarantänebereich ist aufgrund von Masern, weil er nicht geimpft ist, ok (Lachen). Wird wahrscheinlich nicht anders gehen. Aber die Krankenhausseelsorge vom Stil, wie sie jetzt gelebt wird, wird in zehn Jahren wahrscheinlich komplett gleich sein. Weil so einen warmen Händedruck kannst du

eben nicht durch Digitalisierung oder andere Dinge wegrationalisieren. Und er postmoderne Mensch, so postmodern er noch so sein möchte, keine Frage, ich glaube, die Beziehung, nach der sich jeder postmoderne Mensch sehnt, wird auch in zehn Jahren gefragt sein. Genauso auch wie heute. Auch wenn wir in der sogenannten Postpostmoderne leben, das wird schon wieder ganz verwirrend. Aber ich glaube nicht, dass sich da was ändern wird. #0:30:46.7 - 0:32:32.2

I: Und meinst du, es könnte vielleicht irgendwann sich hin entwickeln, dass man auch mehr gemeinsam zusammenarbeitet? Vielleicht auch mit einer gemeinsamen Ausbildung, also mit anderen Religionsgemeinschaften auch vielleicht Minderheiten, Mehrheiten? Oder ist das auch gar kein Thema oder so? #0:32:34.6 - 0:32:49.5

B: Naja, der Punkt ist immer der. Wenn ich mir unseren adventistischen Background anschaue, dann werden wir immer gerufen aufgrund des Vertrauens, das schon da ist. Ich bin selten zu einem Krankenbett gerufen worden, wo noch keine Beziehung da war. Es ist glaube ich was anderes, wenn einer fix bei einem Krankenhaus stationiert ist und einfach durch die ganzen Krankenzimmer geht und alle einfach durchbesucht. Da kann ich mir durchaus vorstellen, dass da Synergieeffekte gibt. Aber ich glaube vor unserem inneradventistischen System kaum, dass da sich was ändern wird, dass so ein Adventist sagt: ok mein Pastor hat gerade keine Zeit, dann schicken wir mal den Baptistenprediger vorbei. Oder soll mal der Kaplan Charlie vorbeischauen von der katholischen Kirche. Das weiß ich nicht. Die werden schon miteinander quatschen, aber ich glaube nicht, dass es die gleiche Qualität hat, weil es doch einen Unterschied macht, auf welcher Wellenlänge tickt mein gegenüber, welches Gottesbild hat er. Und ich glaube schon, dass es da Unterschiede gibt, wenngleich ich sage, Gemeinsamkeiten überwiegen in vielen, vielen Bereichen durchaus. Aber es sind dann gerade in den speziellen Situationen, wo es um das Gottesbild geht, Sündenvergebung, bin ich im Reinen mit meinem Umfeld, ich glaube, da braucht es dann schon den Seelsorger deines Vertrauens. So wie es auch in zehn Jahren den Arzt des persönlichen Vertrauens geben wird. Wenn er sagt: heute bin ich mal bei dem und dann bin ich bei dem. Es gibt so Leute, die sind hochinitiativ in jeglicher Hinsicht. Ich bin es zum Beispiel im beruflichen Setting ja, aber wenn es um meine Gesundheit geht, gehe ich trotzdem gerne zu meinem Hausarzt oder beim Zahnarzt. Wenn mir der Zahn ausbricht, bin ich trotzdem bei meinem Zahnarzt, wo ich sonst immer auch gerne bin. Gerne unter Anführungszeichen. Ich glaube gerade bei den heiklen Themen kaum, dass da plötzlich

der Seelsorger geswitched werden könnte hin zu einer anderen Konfession. Und das meine ich nicht böse. Ich glaube nicht, dass eine Muslimin auf mich gut zu sprechen wäre, weil für die sowieso eine Frau besser wäre. Verstehst du? Also ich habe mit Muslimen schon Einiges geredet. Also es ist ein No-Go, dass du als Fremder zu einer muslimischen Frau ans Bett gehst. Das ist Boah, da kann was passieren. Das geht richtig in die Hose. Und ich glaube auch, dass es nicht gut ankommt, wenn ein Imam zu, jetzt möchte ich keine Klischees bedienen, aber wenn der zu einem Zeugen Jehovas ans Bett kommt. Das wird nicht funktionieren. Ich würde jetzt nicht sagen, dass die Zeugen Jehovas irgendwie engstirnig wären. Und ich glaube auch, wenn ein Imam zu einem Adventisten ans Bett kommt, ans Krankenbett. Ja, man kann lieb miteinander reden, aber man wird nicht an die eingemachten Themen herankommen. Das ist ein bisschen mein Eindruck. #0:32:51.1 - 0:36:03.5

I: Und dass man sich vielleicht als Seelsorger an sich austauscht oder ab und zu vielleicht mal trifft, //wäre das vielleicht eine Möglichkeit?// #0:36:04.8 - 0:36:10.9

B: //Ja gut//, dass man sich trifft und austauscht, dagegen spricht sowieso nichts. Das können wir jetzt auch schon haben. Ich glaube aber immer, dass auch da die Praktikabilität immer im Hauptfokus steht. Die Leute, wenn alle viel beschäftigt sind und wie bei uns zum Beispiel, wir sind an so vielen Krankenhäusern, wo bin ich jetzt dabei und wo nicht. Welche Besprechung kann ich mir noch leisten aufgrund meines vollen Terminkalenders. Und wo muss ich einfach Abstriche machen, wo muss ich sagen: tut mir leid, wäre zwar ein spannendes Thema, aber ich kann nicht. Also wenn, dann müsste das so sein, dass man es vielleicht über die Grenzen der Krankenhäuser hinweg organisiert. Dass man halt sagt, na dann ist es mal eine größere Runde, aber dann sieht man vielleicht über den eigenen Tellerrand hinaus und ich glaube, das ist durchaus befruchtend. #0:36:10.0 - 0:36:53.9

I: Ja, das wäre es eigentlich, aber du kannst gerne noch, wenn dir was gefehlt hat, wenn du noch was sagen möchtest, was betonen möchtest, kannst du gerne noch //was sagen//. #0:36:57.2 - 0:37:06.3

B: //Ja ich// Der O., unser Generalsekretär, hat es sehr auf den Punkt gebracht. Wir sind einfach, wie soll ich sagen, eine überschaubare Gruppe an Gläubigen hier in Österreich und deswegen haben wir einfach ein sehr überschaubares Diakoniesystem. Also deswegen sind wir auch sehr, wie soll ich sagen, auf Zuruf und personenbezogen

und bedürfnisorientiert unterwegs. Und deswegen glaube ich auch, bei uns in zehn Jahren werden wir keinen Fixangestellten haben für genau diese Arbeit. Was wir aber haben in Deutschland. In Deutschland haben wir ein Krankenhaus Waldfriede, ein eigenes Krankenhaus und glaube ich Altenbetreuung, ich müsste nochmal nachschauen. Und da haben wir einen eigenen Seelsorger. Das ist derzeit der S., der da auch viele, viele Fortbildungen gemacht hat auf diesem Bereich, auf diesem Gebiet. Und der sozusagen dort fest angestellt ist. Und das ist unser einziger hauptamtlicher Krankenhausseelsorger im deutschsprachigen Raum. Also sowohl Schweiz als auch Österreich hat keinen hauptamtlichen Krankenhausseelsorger. Also das ist der Einzige, der mir einfällt. Und selbst da gibt es unter uns Pastoren große Fragezeichen: wie sinnvoll ist das? Können wir das in Zukunft nicht anders strukturieren und organisieren? Müssen wir eine wirklich so wertvolle Kraft dort investieren, die wir auch gut brauchen könnten für die Pastorenausbildung? Er war früher in der Pastorenausbildung tätig der S. Also da gibt es auch Verteilungskämpfe, weil wir natürlich überall spüren, dass die Pastorenneuzugänge zurückgefahren werden - das ist ein falscher Ausdruck - einfach zurückgehen aufgrund dessen, dass einfach nicht mehr genügend nachkommen. Also den Pfarrermangel spüren nicht nur diejenigen in der katholischen Kirche, sondern wir spüren ja auch in der Adventgemeinde, dass immer weniger junge Menschen sagen: ich möchte meinen Dienst im kirchlichen Setting gestalten. Das erleben wir einfach und das liegt sicherlich auch daran, dass viele Jugendliche erlebt haben oder erleben mussten, auch Pastorenkinder: aha, der Papa ist für alles zuständig. Aha, unser Prediger, unser Pastor, der ist das Mädchen für alles. Nein, das interessiert mich nicht. Und wir erleben heute auch die Spezialisierung. Vor diesem Hintergrund wäre es dann doch wieder interessant. Vielleicht gibt es in Zukunft dann doch eine Spezialisierung. Weil wir alle keine Leonardo Da Vinci sind. Und vielleicht das auch gar nicht sein wollen. Und es gibt eben Personen, die sagen: mir liegt die Seelsorge mehr als wie womöglich dieser und jener Bereich, ich möchte lieber Krankenhausseelsorge machen, da brauche ich keine Gemeinde führen, also keine Kirchengemeinde betreuen. Das ist mir viel zu mühsam. Die Seelsorge erspare ich mir. Das ist überschaubarer, begrenzter oder abgesteckter von den Möglichkeiten. Da durchaus, das ist mir noch eingefallen, stimmt vielleicht, dass sich da in den nächsten zehn Jahren auch im kirchlichen Setting da etwas noch ändert. #0:37:05.9 - 0.40:18.6

I: Ok, dann danke für das Interview. #0:40:21.7 - 0:40:27

C9 - Evangelische Krankenhausseelsorge

I: Also danke nochmal, dass Sie sich bereit erklären für das Interview. Die erste Frage bezieht sich eigentlich gleich auf den Arbeitsalltag. Wie kann ich mir das so vorstellen, wenn Sie im Krankenhaus tätig sind als Seelsorgerin? #0:00:13.0 - 0:00:25.6

B: Schwierig. Hier im AKH sind eigentlich sehr viele Geschichten, die wir machen. Grundsätzlich ist es so, wenn man als Seelsorgerin hereinkommt, dass wir uns vorne beim Empfang eine Liste holen können mit allen evangelischen Patienten, Patientinnen, die draufstehen, die sich irgendwann einmal als evangelisch geoutet haben. Wenn sie das nicht gemacht haben, stehen sie nicht auf unserer Liste. Darum ist es so, dass wir nicht unbedingt alle Evangelischen erfassen können, sondern eben nur die, die gemeldet sind. Und diese Liste, das ist so unser Werkzeug eigentlich für den Tag. Da sehen wir eben, wie viele Leute ungefähr da sind. Es sind ungefähr pro Tag um die 55 Leute, Evangelische im Haus. Betrifft allerdings alle Häuser im AKH, also nicht nur die roten, grünen Bettentürme, sondern auch drüben die Psychiatrie und die Kinderklinik. Dann gibt es auch so kleinere Kliniken. Also die alle zusammen sind ungefähr 55 Leute. Und dann schauen wir, wer schon besucht worden ist und von wem. Da haben wir so unseren eigenen Code, einen Schlüssel, wie wir das auf die Reihe bekommen, damit wir ein System haben. Und schauen, dass eben immer pro Mensch ein Seelsorger eigentlich hingeht und den begleitet während seiner Zeit hier im Krankenhaus. Wir sind grundsätzlich so eingestellt, dass wir alle Leute besuchen wollen. Also wir wollen uns nicht rufen lassen, weil dann ist es meistens schon recht spät, wenn wir gerufen werden. Sondern wir gehen eben zu allen Menschen hin und fragen sie, wie es ihnen geht, unabhängig der Schwere der Krankheit. Also das wissen wir auch gar nicht. Wir wissen zwar, auf welchen Stationen die Menschen sind, aber wir wissen nicht, was jetzt genau das Krankheitsbild oder so ist. Dann teilen wir uns in der Früh eben die Patienten, PatientInnen auf, wer wo hingeht. Und dann gehen wir besuchen. Wir gehen von Zimmer zu Zimmer, je nachdem, wo wir eben sehen, dass sie liegen. Besuchen die Menschen und kommen wieder zurück. Das ist so das Kerngeschäft (Lachen). Dann ist es so, dass wir Schwerpunktstationen haben als hauptamtliche KrankenhausseelsorgerInnen. Mein Kollege der A. ist auf der Hämatologie 18 E. Da gibt es auch einen Film dazu, wenn man sich den anschauen möchte. Dort schaut

er fast jeden Tag, glaube ich, vorbei und das geht halt wirklich bei der Krankenhausseelsorge. Wir verstehen uns so, dass wir im System arbeiten. Also uns ist wichtig, dass wir auch zu den Mitarbeitern, Mitarbeiterinnen Netzwerke knüpfen und das ist halt einfach der Unterschied dazu, wenn man nur unter Anführungszeichen jetzt Krankenbesuche macht. Also es geht nicht darum, wirklich nur zu den Patienten zu gehen, sondern es geht auch darum, sich auch im System zu bewegen. Das heißt eben netzwerken. Er geht immer eben auf diese Station und fast jeden Tag ist er dort und dadurch kennen sie ihn. Und er ist zuständig für alles, was anliegt im spirituellen Bereich eigentlich. Mein Projekt ein bisschen ist eben mit der katholischen udn islamischen Seelsorgerin gemeinsam, dass wir uns auf die Kinderklinik ein bisschen gestürzt haben, weil wir wahrgenommen haben, dass dort gar keine Seelsorge stattgefunden hat und das wichtig war. Aber es ist ein bisschen schwieriger dort, Seelsorge zu betreiben, weil viele Kinder einfach nicht mehr in einem religiösen Umfeld aufwachsen oder religiös sozialisiert sind. Das heißt, natürlich stehen die auch nicht auf unserer Liste oder so irgendwie. Und darum gehen wir auch zu dritt, weil wir versuchen, dort nach einem Spiritual Care Konzept - weiß ich nicht, ob Ihnen das was sagt - zu arbeiten. Wir gehen dort von Station zu Station zu den Stützpunkten, fragen ob jemand Seelsorge haben möchte. Je nachdem welche Religionen und so vernetzen wir dann. Es ist eine spannende Arbeit, die noch nicht sehr ausgereift ist von Konzepten her. Also zumindest das, was wir haben. Wir haben auch schon nachgefragt. Es gibt eigentlich nirgends ein Konzept schon geschrieben, wo man so arbeitet. Das ist jetzt unser nächstes Projekt, dass wir dazu einfach für uns ein Konzept schreiben und schauen, wie diese Arbeit möglich ist unter diesen Umständen sage ich jetzt mal. Das ist so ein bisschen so ein Side-Schwerpunkt und dann ist ein großer Punkt von uns Hauptamtlichen, dass wir auch eben Praktikanten, Praktikantinnen, ehrenamtliche Seelsorger begleiten und unterstützen auch. Das verläuft, indem am Anfang eines Praktikums die Praktikantinnen meistens mit uns mitgehen und Besuche anschauen. Wenn sie sich dazu fähig fühlen, gehen sie alleine von Zimmer zu Zimmer und dann haben wir aber halt sehr engmaschige Betreuung, eben im Nachgespräch oder in Intervisionen oder Supervisionen oder Gruppengesprächen. Immer wieder gibt es dazu auch Fortbildungen. Also wir haben eben eine Hygieneschulung, die wir anbieten. Wir haben von den PsychologInnen Vorträge, die wir übernehmen udn gemeinsam hingehen. Wir haben andere Geschichten, also heute ist auch, nein morgen, ist über Gewalt, weil ich im Opferschutz tätig bin auch - sind Vorträge. Also da immer wieder auch zu

schauen, dass wir da einfach up to date sind und Weiterbildungen anbieten, weil wir einfach glauben, dass das wichtig und wertvoll für jeden selber ist, wenn er sich dazu einfach weiterbilden kann. Alles auf freiwilliger Basis, aber einfach die Möglichkeiten auch schaffen. Eben, wie erwähnt, bin ich auch im Opferschutz tätig, das ist auch so ein Netzwerk im Haus, das mir sehr wichtig ist. Da geht es darum, dass wenn Menschen hauptsächlich Gewalterfahrungen haben. Also psychische Gewalt ist leider noch nicht irgendwie messbar oder halt, es wird nicht anerkannt, meistens wird es nicht anerkannt, um in dieses Opferschutz - weiß ich nicht, wie ich sagen soll, Zeug zu kommen. Also man braucht irgendwie wirklich meistens leider entweder einen Missbrauch oder ein wirkliches Gewaltverbrechen, damit man da in diese Opfergeschichten kommt. Aber dann gibt es ein relativ gutes System, wie das alles abgeklärt wird. Also es geht auch um K.O. Tropfen und diese ganzen Abklärungen, wie das geht. Sich da zu vernetzwerken ist sehr wichtig wie ich wahrnehme und da ist auch schon viel entstanden über diese Netzwerke. Also eine Hauptverantwortliche, die ist auch auf der Unfallstation als Schwester tätig. Und über sie haben wir auch Organisation hereingebracht. Also eine Kollegin von uns, die K., die ist hauptsächlich für die Geriatrieseelsorge zuständig und sie hat auch eine Validationsausbildung. Und immer wieder haben sie uns dann angefragt, ob wir nicht, die K. schicken können, damit sie validieren kommt bei alten Menschen, die eben eine besondere Fürsorge braucht. Da merken wir, dann funktioniert das System. Wenn sie wissen, dass sie uns holen können zur Unterstützung und für Ressourcenarbeit, also diese Ressource nutzen. Dann merken wir, wir sind so gut vernetzt, dass das passt für uns, in diesem System verankert zu sein und hier zu arbeiten. Und das geht über eben so unterschiedliche Netzwerke sehr gut. A. macht auch eine Vorlesung über Ethik gemeinsam mit der MedUni Wien. Also da schauen wir einfach auch, dass wir relativ in die Ausbildungen hineinkommen, dass die Ärzte von uns wissen als Seelsorger. Wir machen immer wieder so Schulungen oder eben von der Kinderkrankenschwesternausbildung, das heißt jetzt irgendwie anders. Weiß jetzt nicht mehr ganz genau, Pflegende für Kinder und Jugend, irgendwie so- bitte nachschauen (Lachen). Die kommen auch zu uns und wir erzählen einfach, was wir als Seelsorger so machen, damit sie einen Zugang haben. Weil wie eben schon vorher erwähnt, wir sind sehr angewiesen darauf, dass die Leute uns die Patienten schicken beziehungsweise dass sie sie fragen, welches Religionsbekenntnis sie haben. Weil nur wenn sie das angeben, können wir sie besuchen. Nur so können wir

diese Arbeit aufrechterhalten. Und deshalb ist es uns auch so wichtig, in diesen ganzen Ausbildungen drinnen zu sein. Also wir sind jetzt auch in der Hebammenausbildung und ich berichte dort über Trauerarbeit. Und ich merke, dass das sehr fruchtbar ist. Also einfach auch so diese Themen der Trauer und des Todes und des Sterbens und auch einer Taufe. Weiß ich nicht, irgendwie auch den Fröhlichen auch so in das Leben, in die Gesellschaft zu bringen, weil sich sonst halt doch manchmal die Menschen nicht so damit auseinandersetzten. Weil gerade bei Hebammen oder so, denen ist glaube ich nicht bewusst, wie viele Kinder auch sterben bei der Geburt oder vor der Geburt oder um die Geburt herum. Und sich damit auch in der Ausbildung schon einmal auseinanderzusetzen ist glaube ich sehr wertvoll und wichtig. Das machen wir auch (Lachen). Und ansonsten ist jetzt eben hier auch speziell diese interreligiöse Arbeit sehr wichtig, wo wir schon auch viel Zeit investieren. Es ist so, dass wir/. Vielleicht noch vorher - grundsätzlich haben wir eben am Sonntag am Abend um 19 Uhr Gottesdienst und Mittwochmittags um 12 Uhr haben wir das Mittagsgebet von der evangelischen Seite aus. Dieses Mittagsgebet, das gibt es aber jeden Tag von Montag bis Freitag. Montag, Dienstag, Donnerstag machen das die katholischen Kollegen und am Freitag die koptischen Kollegen. Mittwochs eben wir, das ist so irgendwie ökumenisch aufgebaut und das funktioniert ganz gut würde ich sagen. Und wir haben immer jetzt am Mittwoch auch eingeführt, dass nach unserem Mittagsgebet, dass einen Kaffee gibt für alle, die Lust und Zeit haben. Und das heißt, das wissen, die Buddhisten, das wissen, die jüdischen Kollegen, Kolleginnen. Es wissen, die Katholischen, Muslimischen - eigentlich glaube ich alle, die hier arbeiten, wissen, dass es dieses Kaffee gibt. Und wenn sie Zeit und Lust haben, kommen sie vorbei. Das ist so ganz informell und es geht nicht um etwas grundsätzlich zu besprechen, aber es passiert ganz viel. Also es ist einfach durch dieses Treffen und Sprechen miteinander kenne ich eben viele und das ist sehr wertvoll für die Arbeit einfach, weil wir uns dadurch vernetzen. Und wenn ich einmal jemanden habe - also ich hatte unlängst ein jüdisches Kind drüben auf der Kinderklinik. Das einfach über einen Notfall hereingekommen ist und dann kann ich das leicht weitergeben, weil dann sage ich: hallo E., bitte kommen. Und sie organisiert alles in ihrem Bereich, was sie weiß und schafft und kann und braucht. Und das funktioniert einfach gut. Darum ist uns dieser informelle Austausch auch so wichtig einfach, weil wenn es auf der persönlichen Ebene passt, funktioniert es meistens auch im Arbeiten. Das ist leider, aber es ist einfach so. Wenn man sich nicht kennt, ist man nicht so dem anderen verbindlich. Dann kann man leichter auch absagen bei Sachen

und das funktioniert so nicht. Also auf der einen Seite haben wir dieses Kaffee. Auf der anderen Seite haben wir ungefähr vier Mal im Jahr - würde ich sagen - einen ökumenischen Gottesdienst, den wir christlich feiern. Wir haben eine Adventaktion jetzt zum ersten Mal gehabt. Da sind wir gemeinsam auch durch alle Stationen gegangen - oder nicht alle Stationen, sondern zu Menschen, von denen wir geglaubt haben, dass sie nicht so im Mittelpunkt stehen. Sprich zu den Trägern, zu den Empfangsmenschen, zu den Küchenleuten, die an der Kassa sitzen, also zu solchen Menschen, die eher nicht so in der Öffentlichkeit sind. Einfach sind wir gegangen gemeinsam und haben uns bedankt für ihre Arbeit auch. Wir haben auch Lieder gesungen, wo sogar die muslimischen Kolleginnen mit waren und mit uns Weihnachtlieder gesungen haben. Es war echt irgendwie so nett (Lachen). Und dann haben wir immer einen Mitarbeiterausflug jetzt gegen den Sommer. Das ist irgendwie schon auch wichtig für dieses interreligiöse Sein. Wobei der Mitarbeiterausflug auch nur unter Anführungszeichen nur ökumenisch ist und nicht interreligiös eigentlich. Wir haben dieses Praktikumsboard, von dem ich vorher auch schon gesprochen habe, warum sich jetzt auch alle treffen. Dass wir versuchen einfach auch diese/ Wir sind Ausbildungsplatz für Menschen, die das psychotherapeutische Propädeutikum machen wollen. Da sind wir als Evangelische als einzige auf dieser Liste, die anerkannt sind bis jetzt. Die katholischen und islamischen Kollegen haben das noch nicht geschafft, daraufzukommen auf diese Liste. Sind aber jetzt dabei, also es wird, aber es dauert halt immer ewig. Es wird jetzt wahrscheinlich so sein, dass wir alle drei Religionen anerkannt werden auf dieser Liste und wir wollen das ein bisschen professionalisieren. Darum haben wir jetzt ein Basisseminar entwickelt, damit alle, die hier einsteigen in ein Praktikum, so ein Grundwissen einfach mitbekommen. Das wollen wir interreligiös machen und darum sind wir da einfach im Gespräch. Ansonsten haben wir so alle zwei Monate eine ökumenische Teambesprechung. Was wir auch eigentlich organisiert haben, was uns wichtig geworden ist, ist dieses Seelsorgeplakat, wo wir auch alle Religionen draufstehen. Das ist für uns einfach auch ein wichtiges Zeichen im Haus und nach außen, dass wir da gemeinsam auftreten. Also meine Einstellung zur Seelsorge und zur Seelsorgearbeit ist so, dass ich zwar im Auftrag meiner Glaubensgemeinschaft hier tätig bin und auch bezahlt werde für die Arbeit in meiner Glaubensgemeinschaft sozusagen. Und trotzdem glaube ich, dass wir Menschen und Patienten so begleiten können, dass wir es größer sehen. Also wir sind nicht zum Missionieren hier und wir sind auch nicht für Sonstiges, weiß ich nicht, Anfeindungen oder sonst irgendwelche Geschichten da. Sondern wir

sind wirklich dafür da, dass wir Menschen begleiten in ihrer Krankheit. Und wenn sie eine Religiosität in einer anderen Richtung als evangelisch haben ist es für sie eine Ressource, die sie nutzen können, sollen. Da geht es nicht darum, ob der Glaube gut oder schlecht oder was auch immer ist, sondern da geht es darum, Glaube wirklich als Ressource wahrzunehmen, der zur Heilung beitragen soll, kann. Heilung jetzt nicht unbedingt körperlich, sondern vielleicht auch geistig gesehen. Also es ist jetzt nicht so, dass ich davon ausgehe, es passieren jetzt da nur die Wunder. Kann sein, muss nicht sein. Aber das ist und ja, ich glaube einfach, dass das sehr weitreichend ist. Was machen wir sonst noch so im Alltag? Ja, viele Geschichten wie Öffentlichkeitsarbeit, so Schaukästen gestalten (Lachen) oder eben auf die Stationen gehen. Das ist denke ich mir auch eine Öffentlichkeitarbeit. Wir laden uns oft dann ein zu den Psychologinnen oder zu den Krankenschwestern, Pflegenden. Einfach um von uns zu erzählen, dass es uns gibt und uns anzubieten als Ressource. Dass wir wirklich im System einfach sind. Ja, ich glaube, das ist es so im Großen und Ganzen einmal. Irgendwas habe ich bestimmt vergessen, aber das macht nichts (Lachen). #0:00:26.5 - 0:17:27.5

I: Gehen Sie da dann auch zu Sitzung dann dazu? Also teilweise, wenn Sie sagen, sie versuchen da bei den Mitarbeitern da auch, sich bekannt zu machen? #0:17:29.0 - 0:17:36.4

B: Ja, es ist unterschiedlich. A. ist eben zum Beispiel immer bei der Visite dabei. Also die gehen wirklich auch gemeinsam die Visite. Das ist aber sehr zeitaufwendig muss ich sagen, also das geht sich im Großen und Ganzen nicht so aus. Das was wir schon machen, ist eben, dass wir drei jetzt auch auf unserer Schwerpunktstation der Kinderklinik da zu dieser - eben die haben auch so ein Krankenpflegendenoberschwesternsitzungsirgendwas- da sind wir dann schon hingegangen und haben uns vorgestellt und haben unsere Arbeit vorgestellt. Und hoffen einfach, dass das eben so Multiplikatoren sind. Eben Opferschutz hat vier Mal im Jahr eine Sitzung. Da bin ich dabei, weil es wichtig ist, dass es da ein Gesicht gibt, das gesehen wird. A. hat für diese Seelsorge, also für diese Ethikvorlesung hat er ein jour fixe mit dem Professor H. von der Medizinuni, der auch hier im Haus arbeitet. Also es gibt schon so manche Sitzungen und es ist schon so, dass wir natürlich auch mit unserer Kirche Sitzungen haben. Also wir haben Dienstbesprechungen, wo alle Krankenhausseelsorger, Seelsorgerinnen sich einmal im Monat treffen. Wir selber machen Supervision, also gehen hin zu einer

Supervisorin, um Supervision zu machen. Das ist auch einmal im Monat. Und bei den regionalen Pfarrkonferenzen und den normalen Pfarrkonferenzen sind wir auch dabei, weil es uns auch wichtig ist, uns mit den Pfarrgemeinden zu vernetzen. Also das ist schon noch einmal der andere Punkt. Außerhalb des Krankenhauses, dass es uns auch wichtig ist, dass die Krankenhausseelsorge im evangelischen Wien einen Stellenwert hat und auch wahrgenommen wird. Und auch dass wir innerkirchlich versuchen, da Aufmerksamkeit zu legen auch darauf, dass die Leute sich einfach melden sollen, wenn sie da sind. Vor allem, gerne so Presbyter oder so sagen dann. Nein, wir sind im Krankenhaus gelegen und niemand hat uns besucht. Und da sagen wir: ja, wir können es nicht riechen und das Haus ist zu groß, um 2000 Betten jeden Tag abzugehen. Also das ist eine Sache, das ist einfach nicht machbar. Darum ist uns wichtig, dass wir eben auch manchmal in Gemeindezeitungen irgendwie so vorkommen. Einfach damit wir auch mit unserer Arbeit eben Öffentlichkeitsarbeit machen und die Leute wissen, dass sie sich melden müssen oder so. #0:17:37.1 - 0:20:08.9

I: Wie kann ich mir allgemein so ein Seelsorgegespräch vorstellen? Gibt es da so bestimmte Rituale, die da vorkommen oder ist das sehr unterschiedlich von Person zu Person? #0:20:13.4 - 0:20:21.3

B: Es ist so, dass wir in unseren Seelsorgegesprächen eine sehr personenzentrierte Gesprächsführung haben oder halt im Blick haben wollen. Es geht uns eben - also das ist auch ein großer Unterschied oder eine große Chance, die wir haben, im Unterschied zu anderen Berufssparten, wie Psychologen oder Psychotherapeuten, dass wir einfach kein Ziel haben müssen. Das heißt, wir gehen wirklich zu den Menschen und schauen, was jetzt gerade dran ist. Das kann sehr unterschiedlich sein. Manchmal ist es so, dass wir ein bisschen so die Aggression abkriegen, die Menschen im Haus haben, entweder aufgrund ihrer Schmerzen, aufgrund irgendwelcher Sachen, die nicht funktioniert haben, so wie sie sich es vorgestellt haben. Aber auch ihren Grant abkriegen aufgrund von weil sie Kirchenbeitrag zahlen müssen und den nicht bezahlen wollen. Oder weil sie einfach in der Gemeinde durch irgendeine Geschichte verletzt worden sind. Darauf müssen wir einfach gefasst sein und damit müssen wir auch rechnen, um damit gut umzugehen. Dass wir das nicht persönlich nehmen, sondern einfach sagen. Also für meine Kirche entschuldige ich mich oft. Für das Haus hier entschuldige ich mich nicht oft. Da ist es einfach schon auch eine Frage, wo stehe ich. Aber einfach

da dabeizubleiben. Ich habe eine Patientin gehabt, das war ganz spannend, weil die ist eben auch schon ganz lange behandelt worden. Hat viele Geschichten einfach erlebt, die nicht so gelaufen sind, wie sie sich das vorgestellt hat. Ist auch in der Kirche sehr verletzt worden. Sie war Sekretärin auch und ist dann so in ein Rad gekommen, dass sie wirklich sehr verletzt worden ist. Und sie hat mir auch gesagt. Nein, sie wird nach ihrem Krankenhausaufenthalt austreten aus der Kirche, weil sie das einfach nicht schafft, emotional da dabeizubleiben. Und ich habe gemerkt, da dabeizubleiben und das auch auszuhalten und zu sagen: ja, ich verstehe das. Also, es sind so große Verletzungen gewesen. Wenn das der nächste Schritt ist, ich versteh das, dass Sie austreten müssen. Ich hoffe trotzdem, dass wir Sie gut begleiten können hier und dass wir dabeibleiben wollen. Also sie ist zufälligerweise gerade wieder hier, weil sie wirklich eine schwere Geschichte gehabt hat. Und ich begleite sie. Sie hat mir gesagt: ja sie ist jetzt ausgetreten. Da sage ich: ja, das ist für mich nicht wichtig. Ich weiß die Gründe und ich weiß, dass da ein Glaube dahinter trotzdem ist. Das ist einfach mit der Institution Kirche gerade im Moment nicht funktioniert. Aber da zu schauen, dass wir auch Versöhnungsarbeit machen, ist ganz wertvoll auch. Und sie ist auch so gewesen, dass sie einfach manchmal auf Ärzte grantig war und auch jetzt auch immer wieder auf Ärzte grantig oder Schwestern oder sonst. Und das sich einfach anzuhören. Es war so lustig, weil sie dann in ihrem nächsten Aufenthalt dann wieder hergekommen ist und gesagt hat so: Ja, Sie kennen mich ja. Eigentlich bin ich eine ganz Lustige und Fröhliche, aber manchmal ich werde so grantig und dann werde ich so zornig. Und das haben Sie mitbekommen, gell? Da habe ich gesagt: ja, das habe ich mitbekommen. Aber einfach, dass sie das auch aussprechen dürfen. Ich glaube, das kann ganz viel guttun und Versöhnliches haben. Dass sie wissen, sie können bei der Seelsorge auch sagen, nein, sie wollen jetzt gerade keinen Besuch haben von uns. Und wo wir sagen: ja, es ist in Ordnung. Also Menschen im Krankenhaus, die sind so reduziert also auf ihre Krankheit oft und sie sind oft nicht so, dass sie irgendwas selbst bestimmen können. Und wenn es dann einfach ist, die Seelsorgerin wegzuschicken, weil sie gerade müde sind, dann ist es eine Sache, wo sie selber wieder wachsen können. Weil das können sie entscheiden. Sie können nicht entscheiden, ob jetzt bei der Wunde das so oder so gemacht wird oft. Aber uns auch wegzuschicken, können sie entscheiden und deswegen ist es ganz wertvoll, das nicht persönlich zu nehmen, sondern wirklich auch das so zu sehen - oder ich sehe es so, dass ich den Menschen eine Möglichkeit biete, auch zur Selbstständigkeit zu kommen wieder und einfach einen Raum zu eröffnen. Also

Gespräche können unterschiedlich verlaufen. Eben auf der einen Seite kann es sein, dass die Menschen einfach uns ablehnen. Also wir kommen hin und sagen: Grüß Gott, wir sind von der evangelischen oder ich bin von der Krankenhausseelsorge, heiße so und so, ich wollte Sie einfach besuchen kommen und möchte schauen, wie es ihnen geht. Manche sagen: es geht mir gut herzlichen Dank. Schön, dass sie vorbeigeschaut haben. Ich brauche nichts weiter. Manche, die das sagen, denen glaube ich das, weil die sind einfach aufgrund eines Gipsbeines da. Haben das jetzt gut verkraftet und die Geschichte ist für sie erledigt. Arbeiten mit ihrem Computer für irgendwelche Geschichten. Also denen glaube ich, dass das so ist, also alles Gute und viel Spaß noch. Es gibt manche Leute, die dann sagen. Nein, Seelsorge und keine Ahnung, können damit nichts anfangen. Dann nehme ich das auch zur Kenntnis, aber komme vielleicht in einer Woche, wenn sie immer noch da sind, wieder vorbei. Und manchmal ergibt sich dann sehr wohl ein Gespräch. Manchmal aber auch nicht. Es gibt manche Menschen, die sich nicht trauen zu sagen, dass sie uns nicht haben wollen. Die sagen dann: nein, sie sind gerade so müde. Es tut ihnen ganz leid. Dann sage ich: ja, dann ruhen sie sich ganz gut aus. Ich schaue wieder vorbei. Und dann schaue ich wieder vorbei und dann sind sie wieder ganz müde. Und irgendwann entsteht dann aber trotzdem ein Gespräch und die, die sich so nicht trauen zu sagen, dass sie eigentlich nicht die Seelsorge haben wollen. Die wollen es dann aber trotzdem, um wahrzunehmen, sie werden wahrgenommen. Ich glaube, es macht trotzdem ganz viel, auch wenn es kein Gespräch ist. Manche sind eben gleich in Kirchenbeitrag oder sonst irgendwo ganz rabiat. Und der Großteil der Menschen oder der Großteil der Gespräche verläuft eigentlich so, dass es ein ganz nettes Gespräch ist oder so. Also manchmal bleibt es sehr an der Oberfläche, dass es auch um irgendwelche Menschen, die in der Kirche arbeiten und wen sie wen wo kennen. In welcher Pfarrgemeinden sie sind. Also da hört man eben so Pfarrgemeindengeschichten, sage ich jetzt einmal. Das ist immer ein ganz nettes Geplänkel, was einfach schön ist, weil sie sich dann verbunden fühlen zur Pfarrgemeinde. Und manchmal sagen Menschen wirklich: nein, es geht ihnen einfach schlecht aufgrund der Schmerzen, aufgrund der Situation, aufgrund dessen. Und da versuchen wir einfach zu unterstützen. Das sind viele Gespräche und oft kommt es trotzdem auch noch zu sehr intensiven Begleitungen, die einfach aufgrund der Schwere - also ich begleite oder wir begleiten gerade auch ein 13-jähriges Mädchen, das missbraucht worden ist. Die sich sehr stark selbst verletzt, die auch andere fremdgefährdet. Die mir in den Gesprächen dann erzählt, wie sie sich würgt, damit sie sich

selbst verletzt und so. Und die dann zu begleiten, das ist dann einfach ein Dasein. Also da geht es nicht, dass wir sie irgendwie - also wir sind auch nicht da, um sie zu therapieren oder um Ratschläge zu geben oder so etwas. Sondern es geht wirklich um ein, sie in dieser Situation zu begleiten. Sich das auch anzuhören. Also einfach das auch nicht zu bewerten. Also und schon auch manchmal mit den Emotionen auch da sein. *Boah*, das ist furchtbar oder das ist schrecklich oder das ist für mich kaum aushaltbar. Wie geht das? Der A. begleitet auch oft Menschen, da geht es um das Sterben auch. Wie ist das, wenn die Therapie nicht anschlägt? Wie geht es da weiter? Und das sind dann Momente, wo wir einfach wahrnehmen, dass es ganz wichtig ist, die Menschen zu begleiten um der Menschen willen. Also da geht es nicht so sehr um irgendwelche, weiß ich nicht, eben was ich jetzt mir vorstelle irgendwas, zu implementieren oder zu sagen, wie großartig die Kirche ist oder so. Sondern da geht es wirklich um Themen: wie gehe ich jetzt mit dem Tod um? Und natürlich, unser Glaube kann eine Ressource sein und für mich persönlich ist es eine Ressource. Also das ist dann schon ein Angebot, das ich stellen kann, dass ich sagen kann: ich in meinem Glauben bin froh um diesen Gedanken der Auferstehung. Auch wenn ich jetzt nicht weiß, ob es wahr ist oder nicht wahr oder wie auch immer. Aber es ist für mich ein sehr tröstlicher Gedanke und das ist das, was mir auch hilft in meinem Leben. Und so hoffe ich, dass es auch ein Angebot sein kann von der Kirche oder von unserem Glauben an Menschen, die hier eben sind mit ihren Thematiken, mit denen sie einfach umgehen lernen müssen. Eltern zu begleiten mit ihren Kindern, die oft eine Behinderung haben oder sonst irgendwie eine schwere Krankheit. Da auch wahrzunehmen, welche Problematiken sich einfach ergeben und das auszuhalten und zu sagen: Ja, ich sehe das einfach. Und dann ist es schon noch eine Aufgabe von uns, finde ich, zu vernetzwerken. Auf der einen Seite, wenn Menschen herauskommen aus dem Krankenhaus, mit den Pfarrgemeinden vielleicht. Also zu schauen, ob sie da irgendwie Anschluss finden können. Aus der anderen Seite einfach auch im Haus. Also wenn wir spüren, es gibt Problematiken. Also ich habe jetzt auch eine Frau, die sagt, sie wird jetzt so schlecht behandelt, seit dem Moment, dass sie selbstständiger wird. Sie möchte raus aus diesem Spital und so. Und dann auch mal zu schauen. Was war denn da und kann man denn nochmal in der Station sprechen mit der Patientin und mit den Pflegenden, um zu schauen, ob man da irgendwie schauen kann, dass man das wieder auf eine versöhnliche Ebene bringt. Das ist so unsere Aufgabe auch ein bisschen. Und trotzdem auch Grenzen wahrzunehmen. Also wenn mir jetzt jemand sagt: ja, er weiß einfach nicht,

wie das wird und eigentlich, wenn er jetzt in die Wohnung zurückkommt, das funktioniert alles gar nicht, so wie es jetzt dort ist. Dann muss ich meine Grenze wahrnehmen und sagen. Naja, ich kann jetzt aber deshalb nicht mit dem in die Wohnung fahren und dort alles umräumen und schauen, dass das funktioniert. Sondern wirklich ihn zu verweisen auf Sozialarbeiter oder so, die dann das mit ihm machen können. Also es gibt einfach im Krankenhaus schon auch viele Menschen, die da arbeiten. Und da aufeinander zu verweisen und zu sagen: fragen Sie doch mal, ob sie nicht mit dem Sozialarbeiter oder der Psychologin oder mit dem oder dem. Also es gibt sogar eine eigene MA11 für die Kinder und Jugendarbeit und so. Jugendschutz - heißt das Jugendschutz? Wurscht. Die hier arbeiten und das einfach zu wissen und dann zu vernetzen, das ist schon auch eine Arbeit. Aber die schönen Gespräche sind sicher die, wo es einfach so um die Menschen geht. Wo man merkt, dass sie sich öffnen und wir uns dann - also diese, wir nennen es irgendwie professionelle Nähe. Also nicht auf Distanz gehen, sondern eine professionelle Nähe herstellen können. Das ist schon wertvoll und schön. Aber eben immer in Einverständnis mit den Patienten, Patientinnen. Es geht eben nicht darum zu sagen: He, wir sind so super, redet jetzt mit uns, dann passt alles. Sondern einfach zu akzeptieren, was die Menschen gerade brauchen. Manchmal brauchen sie den Schlaf und manchmal brauchen sie das Essen gerade und manchmal brauchen sie das Gespräch gerade. Und das ist ohne Wertung zu sehen, das steht nebeneinander. #0:20:22.6 - 0:33:21.3

I: Können Sie mir vielleicht erzählen, wie Sie dazu gekommen sind auch von der Ausbildung her, dass Sie jetzt in der Seelsorge gelandet sind? #0:33:27.8 - 0:33:34.5
B: Gelandet (Lachen). Da gibt es einen persönlichen Teil und dann gibt es einen, wie man offiziell quasi das macht. Der persönliche Teil ist, dass ich #0:33:35.9 - 0:33:52.1

[kurze Unterbrechung des Interviews]

B: Von meinem persönlichen Weg war es so, dass ich nach meiner Matura sehr auf der Suche war, was ich eigentlich machen möchte. Und mir nicht so viele Gedanken vorher gemacht habe. Das heißt, dass mein Bildungsweg so ausgeschaut hat, dass ich zuerst zwei Jahre Architektur studiert habe. Dann habe ich die Kinderkrankenschule begonnen. Dann habe ich Medizin studiert ein Semester und dann habe ich

das Theologiestudium begonnen. Es ist so, dass meine Eltern oder meine Familie eigentlich alles Ärzte sind. Das heißt, ich habe immer schon ein bisschen einen Hang zur Medizin gehabt oder halt einen Bezug, sagen wir es so. Hang nicht, aber Bezug habe ich zur Medizin gehabt. Und die Theologie ist mir einfach wichtig geworden so für mich und mein Leben und mein Glaube. Und dann habe ich eben Theologie studiert und habe mir gedacht. Also ich habe im Zuge dieser Kinderkrankenschwesternausbildung habe ich halt auch im Krankenhaus gearbeitet und habe mir gedacht, ja ich habe Zeit für die Menschen. Habe wahrgenommen, nein als Krankenschwester hat man keine Zeit für die Menschen. Und im Zuge des Theologiestudiums habe ich mir dann gedacht. Ja, dass es mir eigentlich reicht und es hätte mich immer schon interessiert und wollte ich immer schon machen. Und dann habe ich das Studium fertig gemacht und bin ins Vikariat gegangen. Und habe einfach im Vikariat gesagt. Naja, es würde mich einfach diese Krankenhausseelsorge sehr interessiert und ob ich da mal mitgehen kann. Ich war auch in meinem Gemeindepraktikum war ich in Klagenfurt. Und da ist der Kollege von uns der F.. Also der arbeitet hauptsächlich in der Krankenhausseelsorge und da war ich auch mit ihm zwei Tage mit. Also ich glaube dadurch habe ich es auch kennengelernt. Habe das sehr berührend auch gefunden diese Begleitung von den Menschen. Und dann habe ich im Vikariat gefragt, ob das irgendwie möglich ist. Und dann hat mir die I. gesagt. Naja, sie haben eigentlich kein Krankenhaus im Gebiet bis auf die (unv.), aber dort rufen sie sie an, wenn Patienten da sind und sie geht nicht regelmäßig hin. Ob ich mich nicht hier mit dem AKH vernetzen möchte. Und dann war es so, dass ich einmal in der Woche in meinem Vikariat hier am Vormittag war und Krankenhausseelsorge gemacht habe. Eben unter Begleitung von A. und M.. Und dann war es so, dass wir es geschafft haben, dass ich mein Pfarramtskandidatenjahr zur Hälfte hier verbringen habe können und zur Hälfte in der Martinsstraße in der Lutherkirche. Und habe während dieser Zeit des Pfarramtskandidatenjahres noch die KSA Ausbildung gemacht. Das ist die klinische Seelsorgeausbildung mit sechs Wochen. War ein bisschen anstrengend muss ich sagen das Ganze, aber doch sehr bereichernd. Und dadurch war es möglich, dass ich dann hier begonnen hab mit der halben Pfarrstelle, auf die ich mich beworben habe und genommen worden bin. Ansonsten ja also, ich glaube, diese klinische Seelsorgeausbildung ist einfach wichtig und das Theologiestudium und das Vikariat. Es sind jetzt immer wieder Sachen, wo wir uns halt weiterbilden. Im Moment gibt es eine ökumenische Versammlung von KrankenhausseelsorgerInnen auf Kinderkliniken. Da war ich jetzt zwei Jahre lang mit

in Salzburg immer. Es ist spannend, sich österreichweit da fortzubilden. Wo wir Vortragende aus Deutschland hatten. Und es gibt eben auch so diese ganzen Krankenhausseelsorgetagungen. Jetzt hat es eine Ethiktagung gegeben. War auch sehr spannend. Also da einfach dranzubleiben und zu schauen, was dran ist und wie man sich weiterbilden kann ist sicher wichtig und wertvoll. Das ist so zur Ausbildung. #0:00:00.0 - 0:04:13.6

I: Du hast zwar schon teilweise zwischendrin erwähnt, aber was wäre jetzt so das Ziel für dich der Krankenhausseelsorge? #0:04:15.6 - 0:04:22.0

B: Das Ziel für mich ist eigentlich, Menschen zu begleiten und den Glauben als Ressource wahrnehmen, wahr zu machen. Das wäre das Ziel für den Menschen. Und dann gibt es noch ein anderes Ziel. Das ist ein bisschen größer. Für mich ist auch ein Ziel, in diesem System Krankenhaus, wo man merkt, dass immer alles mehr ökonomisiert wird, mehr wieder auf den Menschen zu schauen. Also mir ist das schon sehr wichtig, auch in diesem System des Krankenhauses ein wichtiger Baustein zu sein und wirklich beim Menschen zu bleiben. Weg von den ganzen Zahlen, was, wie, wo ausgegeben oder erwirtschaftet wird. Hin zum worum es eigentlich geht, dass der Mensch eben möglichst gut in seiner Krankheit begleitet wird. Wenn es möglich ist zur Heilung, wenn nicht, dann aber trotzdem, dass er ein Leben leben kann. Und da ansprechbar zu sein. Ich glaube, das ist auch ein großer Punkt, der ein bisschen in der Gesellschaft verloren geht. Und das finde ich wichtig oder ist mir wichtig. Das ist so ein Ziel für mich. Weil es hat auch Auswirkungen auf gesunde Menschen unter Anführungszeichen. Also durch unsere Arbeit haben wir eine große Außenwirkung auch auf die hier arbeitenden Menschen habe ich da Gefühl, die dann doch für sich auch neu Glaube als Ressource wahrnehmen und als Stärkung. Und das ist so mein Thema auch, dass ich mir denke, Glaube soll unterstützen, das Leben weitermachen und nicht einengen und nicht irgendwie. Und das zu vermitteln, die Botschaft an die Welt (Lachen). #0:04:27.8 - 0:06:13.9

I: Zu einem anderen Thema: und zwar wollte ich jetzt noch fragen: zwischen Minder- und Mehrheitsreligionen, siehst du da Unterschiede in den Möglichkeiten der Begleitung also von der Seelsorge her? #0:06:19.9 - 0:06:31.7

B: Das ist so ein bisschen die Frage, weil es ist ja im Moment ist ein großes Thema bei uns unter den Krankenhausseelsorgern dieses Thema der Liste. Bis jetzt haben wir eben diese Listen bekommen als Minderheitsreligion, im Vergleich zur Mehrheitsreligionen, also zu den Katholiken. Weil sie dürfen eben mit ihrem Konkordat von Zimmer zu Zimmer gehen. Das dürfen wir offiziell nicht. Wenn wir es tun, dann müssen wir es quasi unter Absprache der Katholiken machen und das ist natürlich immer ein bisschen ein Gefälle dadurch und schwierig. Aber schon in guten Teams auch möglich. Also ich glaube, das ist so der Weg, wie es mal sein wird. Dass wir das öffnen müssen auch von den Gesetzen her oder halt von den Vorschriften her, dass wir alle in die Zimmer gehen dürfen. Also da sind sie gerade dabei im KAF, das ein bisschen auszuweiten. Aber grundsätzlich ist darin trotzdem ein großer Unterschied in unserer Arbeit einfach. Weil die katholischen Leute echt relativ unsensibel sage ich jetzt einmal von Zimmer zu Zimmer zu gehen und da erwarten, dass/ #0:06:33.9 - 0:08:02.4

[kurze Unterbrechung des Interviews]

B: Im Moment, glaube ich, ist es einfach noch sehr konfessionell gedacht die Krankenhausseelsorge und darum funktioniert das mit den Listen ganz gut. Auf Dauer, glaube ich, haben wir eigentlich nur eine Chance, weil auch immer die Menschen mehr so weit sind, dass sie also säkularisiert sind ist ein blöder Ausdruck, aber dass sie halt keinen Bezug mehr zu Glaubensgemeinschaften vor allem haben, sondern eher irgendwo da in der Mitte herumschweben. Darum glaube ich persönlich, dass uns als Kirchen und auch uns als Seelsorger am besten gehen wird auf Dauer gesehen, wenn wir dann schon so einen Spiritual Care einführen. Einfach dass jede Station einen Ansprechpartner hat, der dann vermitteln kann zu allen Religionen. Ich glaube, das ist sehr sinnvoll, dass wir wirklich solche/ weil dann erreichen wir alle Menschen und nicht nur teilweise. Und wenn wir untereinander gut vernetzt sind, dann können wir wirklich auch unsere Schäfchen sozusagen gut begleiten und sind nicht angewiesen, ob sie uns genannt werden oder wie auch immer halt das jetzt gerade so ist. Eben solange das noch nicht so ist, dass wirklich das auf so einer Basis ist, wofür es natürlich auch unterschiedliche Voraussetzungen braucht. Also ich muss auch ehrlich sagen, mir würde es/ im Moment fände ich es komisch, wenn ein koptisch-orthodoxer Mensch einen Evangelischen besucht, einfach weil wir noch zu wenig voneinander wissen oder so. Also es müsste echt eine gute Ausbildung geben über alle Religionen, dass auch

die Seelsorger sich auskennen einfach was, wo, wie wichtig ist in welcher Religion, um das auch zu respektieren. Also es gehört ein großer Respekt voreinander dazu, zu diesem Spiritual Care meiner Meinung nach. Und dann das auch gut im System zu verankern und so gut zu arbeiten. Aber ich glaube schon, dass es grundsätzlich, wenn das alles eingehalten werden würde, eine große Chance wäre, auch seelsorglich zu arbeiten und auch den Menschen Glauben näherzubringen. Natürlich ist auch in den Ressourcen ist einfach ein Unterschied. Also es ist bei unseren katholischen Kollegen, die haben im Moment acht hauptamtliche Menschen, die hier arbeiten im Team. Nicht alle Vollzeit, aber trotzdem es macht einen Unterschied, ob acht oder zwei Menschen. Oder eben ehrenamtlich oder wie bei der islamischen Seelsorgerin so halb ehrenamtlich, halb - weiß ich nicht - hauptamtlich, wenn man das so nennen kann. Unser koptischer Kollege, der ist auch nur ehrenamtlich. Also es macht einfach einen Unterschied, ob man bezahlt wird oder nicht und inwiefern man Zeit zur Verfügung hat. Die Räumlichkeiten machen einen großen Unterschied. Also es ist schon ein bisschen/ Wir wissen darum, dass wir eigentlich da sehr unterstützt werden auch vom Krankenhaus, also dass sie uns diese Räumlichkeiten zur Verfügung stellen, das ist nicht selbstverständlich. Die katholischen Kollegen haben fünf Räume, das Nachtzimmer und das Büro mit zwei Räumen und die große Kapelle mit Sakristei, einen Besprechungsraum, einen Beichtraum. Wir sind auch super, weil wir haben eine Kapelle, eine Sakristei, zwei kleine Abstellräume und dieses Büro und das Nachtzimmer. Wo es wirklich super ausgestattet ist mit Dusche und so weiter. Die muslimischen Kollegen haben ein Büro und einen Gebetssaal, also Gebetsraum. Die jüdischen Kollegen haben einen Gebetsraum, die Buddhisten haben offiziell gar nichts. Also das macht einfach einen Unterschied. Wobei wir eben dann schon sehr wohl so sind, dass wir gesagt haben: naja, wenn die Buddhisten mal was machen, dann können sie gern in unsere Kapelle hineingehen. Können die Sachen teilweise auf die Seite räumen. Also das machen sie einmal im Jahr, machen sie so ein Jivaka Versammlungstreffen, wie auch immer, das machen sie bei uns im Raum. Aber das ist halt im Moment ist es sehr auf Absprache und wir verstehen uns gut, darum ist es möglich. Nur von den Ressourcen her wäre es so, dass sie nichts zur Verfügung hätten. Das macht dann einen Unterschied für die Arbeit, die man machen kann. Und eben auch wir stellen das Büro zur Verfügung für die jüdischen und die buddhistischen Kollegen, dass sie hereinkommen können, wenn

sie wollen. Die haben halt einen Schlüssel hier und können auch am Computer arbeiten oder so, Sachen machen. Aber da merkt man einfach einen Unterschied. #0:00:00.0 - 0:04:44.9

I: Und meinst du, da gibt es in den nächsten Jahren dann vielleicht wirklich eine Veränderung, dass vielleicht spiritual care oder dass es eine Ausbildung gibt, wo für alle vielleiht möglich ist, dass es sich in die Richtung entwickeln kann? #0:04:47.1 - 0:05:02.1

B: Ich glaube, dass es einfach noch sehr viel Aufklärung auch innerkirchlich braucht dafür. Ich glaube, dass auch oder ich merke auch bei so richtig evangelischen Leuten, die werden nicht gerne von einer anderen Glaubensgemeinschaft besucht und sagen, das ist wie Seelsorge. Und da aufzuklären, zu sagen, es geht jetzt nicht darum, dass das abgetan wird, sondern wenn dieser evangelische Mensch, evangelisch besucht werden möchte, kann er es auch der katholischen Kollegin sagen und sie holt jemanden. Es ist halt nur so, dass es so einen Zweischritt brauchen würde. Oder auch der muslimischen Kollegin oder den Kopten oder wie auch immer. Dafür braucht es einfach glaube ich noch viel Aufklärung, dass das möglich wird. Und es ist eben auch die Frage natürlich der Bezahlung, wie man das regelt. Also das ist halt immer auch ein großer Punkt. Und da müssten sich halt auch die Kirchen mal zusammensetzen und schauen, wie sie das machen und natürlich auch mit den Krankenhausverbund oder Anstalten zu schauen, wie kann man das gut verorten. Darum ist es uns auch sehr wichtig - wir schreiben auch Jahresbericht natürlich immer - das auch an die Direktionen weiterzuleiten, damit sie sehen, welche Arbeit wir leisten. Und dass wir einen großen Teil auch für sie im Haus auch machen. Also systemisch auch mitzudenken und mit wahrzunehmen. Einfach damit das vielleicht, das ist immer die Frage, wie kann Kirche noch weiter bestehen. Aber dass es da halt auch eine Überlegung gibt, dass man mit den Krankenhäusern sprechen muss, wie das finanziell unterstützt werden kann. Also ich glaube schon, dass es möglich ist, aber es dauert sicher noch sehr lange. Ob ich es noch erleben werde, weiß ich nicht. Und auf der anderen Seite glaube ich kann es nur funktionieren, wenn man es einfach mal tut. Darum haben wir uns auch geeinigt, wir machen das jetzt auf der Kinderklinik. Wir probieren es aus. Wir versuchen da einfach auch wirklich Konzepte zu schaffen und so weiter. Vielleicht wird es mal ein Vorzeigeprojekt, vielleicht auch nicht. Also es ist/ Das habe ich noch vorher vergessen. Was wir

eben auch machen, wir haben in der Kapelle haben wir den Ort der Erinnerung, wo überkonfessionell ein Ort für verwaiste Eltern geschaffen ist, wo sie um ihr Kind trauern können. Das ist mit einer Perle, die ansteckbar ist und jedes Kind bekommt dann sozusagen so eine Perle. Und unsere Kapellen, also diese, wir nennen ihn interreligiöse, spirituelle Meile, die wird sehr oft besucht von allen möglichen Menschen. Also wir haben von der SFU den Spiritual Care Lehrgang hier bei uns einmal im Jahr. Sie schauen sich an, wie wir arbeiten. Wir haben Besuch aus der Schweiz gehabt, von einer Pfarrerin, die sich das angeschaut hat. Wir haben Besuch gehabt aus Deutschland von einer Oberkirchenrätin aus Württemberg, die sich das angeschaut hat, wie wir hier arbeiten. Also es ist schon, ich glaube, wenn wir tun und zeigen, wie wir es machen, dann kann es sich auch verbreiten. Ich glaube, wenn wir immer nur davon sprechen, dann wird schwierig. Darum, ich glaube schon, dass es eine Möglichkeit gibt, aber bis es wirklich bei der Allgemeinheit und so ist, ist es/ dauert (unv.) #0:05:02.8 - 0:08:29.2

I: Sicher. Ok, also das Interview wäre so jetzt an sich so zu Ende, aber falls du noch was sagen möchtest, was vielleicht noch nicht aufgekommen ist oder so, kann man das gerne auch noch besprechen. #0:08:31.3 - 0:08:46.6

B: Ich habe jetzt eh urlange gesprochen. #0:08:46.3 - 0:08:47.6

I: Das ist super, das gibt mir viele Daten. Das ist schön. #0:08:38.9 - 0:08:50.9

B: Wüsste ich jetzt nichts. Aber ich merke nur, das was mir schon auch wichtig ist. Ich glaube, diesen Ansatz, den wir hier vertreten, dass es wirklich auch zu einer wachsenden Kirche führen kann. Also es ist immer so diese Angst eigentlich davor, dass wir schrumpfen. Die Angst davor, dass die Leute austreten. Eben dass wir irgendwie, dass Kirche verloren geht. Dass eben alles mehr Richtung Säkularisierung und so weiter geht, und das ist das, was ich hier nicht wahrnehme. Also es ist so, dass bei unseren Praktikanten, Praktikantinnen merken wir, dass sich viele viel mehr für den Glauben interessieren. Manche wirklich auch evangelisch werden, eintreten. Dass Ärzte und pflegende Personen uns fragen, dass wir ihre Taufen, Hochzeiten mit ihnen feiern und so weiter. Ich glaube, wenn man Glaube lebt, braucht man keine Angst haben vor anderem. Also wir brauchen auch keine Angst zu haben vor anderen Religionen oder

vor anderen, sondern es geht glaube ich wirklich um die Ausstrahlung, die man im Glauben hat oder eben auch nicht. Darum ist alles gut. Gut für die Gesellschaft auch und für das Leben. #0:08:54.8 - 0:10:17.3

I: Dann hören wir auf. Ja danke.

C10 - Islamische Krankenhausseelsorge

I: Also danke nochmal für das Interview. Die erste Frage bezieht sich eigentlich gleich auf Ihren Arbeitsalltag. Wie kann ich mir das so vorstellen, wenn Sie als Krankenbegleiterin arbeiten? #0:00:00.0 - 0:00:10.4

B: Also bitte gerne, jeder Zeit wieder. Unser Tag beginnt also in der Früh oder am Nachmittag. Wir haben auch Kollegen, die am Nachmittag den Dienst machen. Wir machen das alle ehrenamtlich und wir beginnen mit einer Patientenliste, wo die Patienten der jeweiligen Konfessionen darauf sind, zumindest in der islamischen Seelsorge und in der evangelischen Seelsorge war das mit der Liste gebunden. Das hat uns die Arbeit erleichtert, weil das Krankenhaus oder die Krankenhäuser sind doch sehr, sehr groß und in jedes Zimmer zu gehen ist für die Seelsorger echt schwierig, weil wir einfach unterbesetzt sind. Wir brauchen viel mehr Leute. Das Ganze wird aufgeteilt. Wenn wir mehrere Personen sind, teilen wir uns zum Beispiel in Rot und Grün auf, weil wir diesen roten und grünen Bettenturm haben. Und dann schauen wir: Ok, welche Sprachen sind noch auf der Patientenliste notwendig, vielleicht kann man da auch irgendwie trotzdem so herüberspringen und vielleicht den doch nochmal besuchen oder die besuchen. Bei uns besuchen die Männer die Männer und die Frauen die Frauen. In Ausnahmefällen, wo zum Beispiel wir keinen Mann dahaben, besuchen wir auch Männer, weil es ist besser, es geht irgendjemand hin. Und zum Beispiel übersetzt oder informiert denjenigen, als es ist niemand da, der jetzt das Personal des Krankenhauses da ein bisschen unterstützt in dem Ganzen. Was gibts noch Wichtiges? Also die Männer besuchen die Männer, die Frauen die Frauen. So sollte es eigentlich sein. Bei uns ist wirklich ein Schwerpunkt in den ganzen Kulturen und Sprachen. Wir haben sehr viele verschiedene Kulturen, sehr viele verschiedene Sprachen. Und wir bemühen uns wirklich, dem nachzukommen, weil das einfach sehr viel erleichtert. Also es ist unglaublich, auch wenn man Moslem ist zum Beispiel. Ich bin in Öster-

reich aufgewachsen. Wenn ich jetzt jemanden habe aus Azerbaijan oder aus irgendeinem weiteren Land, wo ich nicht aufgewachsen bin, wo ich die Kultur nicht so sehr kenne. Ist es schwierig, diesen Menschen zu begleiten, diesen Menschen zu verstehen, wirklich zu verstehen. Weil durch die Kultur einfach andere Bedürfnisse wichtig sind, damit man sich wohlfühlt, damit man sich verstanden fühlt, damit man sich gut aufgehoben fühlt, damit man sich öffnen kann als Patient. All diese Punkte macht die Kultur einfach sehr viel aus. Aber trotzdem jedes Lächeln, was man in ein Zimmer hineinbringt, man gibt sich in jeder Hinsicht das Beste, um den Patienten auf jeden Fall ein bisschen zu entspannen. Egal in welcher Situation, man den vorfindet. Vielleicht ein Lächeln ihm zu stehlen, damit er einfach wegkommt vor diesem ganzen Leid, Druck. Es sind wirklich sehr verschiedene Situationen, wo wir die Patienten, wenn wir von oben irgendwie herabgehen. Im Palliativbereich, wenn wir beginnen, da sind oft Fälle, es ist das Ende vorgeschrieben von den Ärzten und man weiß nicht weiter und wie will man da lächeln. Oder wenn man Mütter begleitet, die jetzt wirklich ein Schwangerschaftsabbruch machen müssen und in verschiedenen Kulturen ist das ein No-Go. Die Frau wird nicht gefragt, wird übergangen. Oft ist es auch die Sprache, die weiß gar nicht, was mit ihr passiert. Und bis sie das realisiert, sind es wirklich so sehr schwierige Situationen. Oft ist die ganze Familie in das Ganze irgendwie inkludiert. Und oft braucht man mehrere Seelsorger, wenn so größere Fälle irgendwie im Fall sind. Was kann man noch? Was unsere Kolleginnen und Kollegen betrifft, wir sind wenige, also bei der islamischen Seelsorge sind wir wirklich sehr wenige. Und wir haben eine große Unterstützung von unseren katholischen und evangelischen Seelsorgern und Seelsorgerinnen, Seelsorgekollegen. Und es ist wirklich schön dieses Miteinander, weil man viel mehr Menschen begleiten kann. Man hat viel mehr - weil wir viel mehr erreichen einfach, weil wir dann dadurch mehr sind. Und sie eben beide anders arbeiten. Dadurch erreichen sie auch viel mehr im Haus. Und wir springen dann, egal wo Notfälle sind. Die sind irgendwie so an erster Stelle. Die höchste Priorität sind natürlich die Notfälle. Wir haben eine Ausbildung an der Uni Wien, wo unsere Seelsorger und Seelsorgerinnen ausgewählt werden durch den Zertifikationskurs. Der so ähnlich aufgebaut ist, wie bei den evangelisch-katholischen. Nur natürlich gepresster, damit wir in der Zeit mehr ausbilden können. Die findet auf der Uni Wien statt. Die Absolventen können sich dann anmelden, füllen einen Personalbogen aus. Sind somit dann für die Seelsorge da. Werden dann dementsprechend eingeschult. Ihnen wird dann gezeigt, welche Strukturen wir haben, was wir haben, was uns fehlt, was wir gemeinsam aufbauen können.

Ob es vielleicht irgendwelche Ideen gibt oder irgendwelche Wünsche gibt, wo man vielleicht erweitern kann und so weiter und so fort. Die Seelsorge betrifft bei uns nicht nur den Patienten, sondern betrifft einfach viele, viele Bereiche, weil Vieles einfach sehr wichtig ist. Also man muss das Werkzeug haben, um wirklich professionell in der Seelsorge tätig sein. Ich würde da einen Punkt machen. Ich glaube, ich habe das jetzt wirklich umfasst. #0:00:12.1 - 0:06:56.2

I: Und Sie sind dann aber nicht nur im AKH, sondern wahrscheinlich - wie Sie gesagt haben mit Notfällen, wahrscheinlich in ganz Wien zuständig, oder wie kann man sich das vorstellen? #0:06:58.8 - 0:07:08.7

B: Also wir haben hier sozusagen die Zentrale. Und die betrifft dann ganz Österreich und wir versuchen, das irgendwie durch die Bundesländer durch gleich zu gestalten. Damit wirklich die professionelle Seelsorge überall gegeben ist. Die Schwierigkeit von Bundesland zu Bundesland sind in jeder Branche gleich. Also die Bundesländer sind wirklich unterschiedlich und man kann natürlich nicht alles gleich machen aufgrund der Strukturen im Bundesland, der Gesetzgebung und so weiter und so fort. Es ist auch da interessant, weil man vieles verschiedenes Feedback bekommt. Die Seelsorge ist sehr wichtig, weil in vielen Krankenhäusern die Seelsorge noch nicht gegeben ist, die islamische Seelsorge. Und es gab Fälle, wie zum Beispiel, ein Mann ist gestorben. Lag 25 Tage im Leichenschauhaus, hatte niemanden. Man wusste im Krankenhaus nicht, was man mit der Leiche machen kann, darf. Und das finde ich sehr traurig, weil bei uns die Bestattung, das muss sehr schnell gehen, weil er seinen Frieden finden muss und seinen Weg weitergehen soll, so in Kurzfassung. Und das war für mich irgendwie so, und viele andere Geschichten waren für mich irgendwie so ein - wenn ich das so sagen darf - so ein Messerstich. Ich bin selber Muslima und irgendwie habe ich die Kompetenzen und ich erreiche nicht jeden. Und man kann das doch supertoll strukturieren. Wir haben ja auch total tolle Unterstützung durch das Internet zum Beispiel, damit die Menschen einfach zu ihrem Frieden finden, egal wo sie sich in Österreich befinden. Und ich glaube in Österreich, Österreich ist so ein Land, wo man einfach diese Sachen wirklich erfüllen kann. #0:07:07.9 - 0:09:06.9

I: Und wie gestalten sich ungefähr so ein Seelsorgegespräch: Sind die immer unterschiedlich oder gibt es da so Grundkriterien sage ich jetzt mal? #0:09:12.3 - 0:09:22.5

B: Es ist von Mensch zu Mensch individuell (Lachen) - einfach so. Manche haben religiöse Fragen und manche haben so Übersetzungsbedürfnisse. Manche haben Aufklärungsbedürfnisse, manche haben einfach Angst. Manche nehmen das total locker und: alles ist von Gott und ich habe den Frieden hier gefunden. Es ist wirklich individuell. Schwierig wird es in der Kinderbegleitung, weil oft begleitet man da wirklich nicht eine Person, sondern man hat gleich die Mutter, die Oma, den Vater, den Onkel, also verschiedene Personen. Und man weiß nicht, wo man beginnen soll. Das Kind hat irgendwie am wenigsten die Seelsorge notwendig in dem Fall. Mit dem kann man reden, spielen. Hat vielleicht so ein paar Fragen, wenn man ihn alleine erwischt, aber das ist auch irgendwie alles. Die größte Arbeit ist mit den Erwachsenen. Die fragen sich oft: warum ich, warum trifft es mich, mein Kind. Ich habe doch nichts getan, ich habe doch immer gebetet. Das sind so klassische Fragen dann oft, auf die man dann immer irgendwie anders auch reagiert, weil man die Emotion der Person in diesem Moment erlebt und man kann nicht eine Standardformulierung hernehmen. Außer: wir sind von Gott, wir kehren zu Gott zurück. Solche Sachen verwendet man immer wieder. Aber so allgemein, dass man sich vorbereiten kann. Man kann sich nicht vorbereiten. Man weiß nie, was einen erwartet. Und an manchen Tagen erreicht man so viele Patienten, man hat dann so viel Energie und man geht so irgendwie gerne weiter und man ist mit der Zeit schon um. Und dann muss man leider das Krankenhaus verlassen. Und an manchen Tagen reicht ein Patient oder eine Patientin, wo es für einen genug ist. Das hat einfach mit vielen Faktoren zu tun und man darf sich selber in dem Ganzen nicht vergessen. Weil wenn wir uns vergessen, haben wir keine professionelle Seelsorge und dann kann sehr viel scheitern, kann sehr viel dann - wie soll ich sagen - so eine Kehrtwendung nehmen. Wenn man als Hilfe da gewesen ist, kann man sich sogar als Belastung dann ergeben. Weil man sich wirklich nicht vorbereitet auf die Arbeit. War das jetzt genug? Es hängt davon ab, was mir gerade alles einfällt. Welche Patienten, welche Fälle. Es gibt schlimme Fälle, aber ich möchte nicht immer um das schlimme reden. Ich möchte die Seelsorge als etwas Leichtes, Angenehmes empfinden. Ich möchte das nicht als Last irgendwie so. Auch wenn es schwierige Fälle gibt, möchte ich das wirklich nicht alles als so empfinden. #0:09:23.5 - 0:12:40.1

I: Finden dann auch religiöse Rituale statt in diesen Seelsorgegesprächen öfters oder ist das eher/? #0:12:43.7 - 0:12:49.4

B: Wir haben viele Möglichkeiten, aber was stattfindet ist immer meistens so Koranlesen. Koranlesen, nicht wirklich das Buch nehmen und es vorlesen. Das ist in wenigen Fällen wirklich notwendig, weil bei uns die Muslime sehr viel auswendig können und da ist es nicht notwendig, dass ich den Koran mitnehme. Aber dass die Patientin oder der Patient einfach mal Koran gelesen bekommt oder so Bittgebete gemeinsam lesen, wo die dann so ein bisschen bewusster werden, dass sie sich vor einer Prüfung gerade befinden. Dass es eine Prüfung ist, dass man sie annehmen kann, akzeptieren kann. Es hätte Schlimmeres passieren können, man hätte eine schlimmere Prüfung haben können. Es hätte auch Nichts sein können und dann wäre man sich seinem Lebensstil vielleicht - der vielleicht nicht gerade so gut war - bewusst. Durch die Krankheiten passieren eben diese Wendungen, wo die Menschen sich bewusstwerden, dass sie im Leben sich befinden. Weil leider Gottes durch den Stress, durch diese ganz vielen Burnouts, durch diese ganzen Überforderungen im heutigen Leben vergessen die Menschen die Menschen wirklich oft sich selber. Die einen stopfen alles in sich hinein, und die anderen bestrafen sich, indem sie Nichts annehmen. Also wirklich wie so zwei Welten, so zwei verschiedene Persönlichkeiten oder so. Und das merkt man oft in verschiedenen Bereichen. Viele lassen sich fallen, vergessen einfach auf Gott und die Welt und leben dann irgendwas. Und wenn es sie dann trifft, dann sagen sie: Gott war nie für mich da. Und wenn man sie dann fragt: Naja, wie haben Sie denn gelebt? Was wissen Sie denn von ihrer Religion? Wo kann man sie vielleicht abholen, unterstützen? Dann wissen sie oft gar nichts. Sie wissen nicht einmal, was für ein Bild Gott in ihrem Leben hat. Sie müssen nachdenken. Sie müssen wirklich von minus, ich weiß nicht, irgendwie aufarbeiten. Und das ist aber nicht die richtige Situation in dem Fall. Und dann erzählt man ihnen halt über Propheten, was für Leid die erlebt haben, was sie durchgemacht haben, dass sie ebenso Personen sind, die uns zeigen in diesem Fällen hast du diese Prüfung und der Prophet hat das so gemeistert. Wir sind keine Propheten, aber wir können dankbar sein, dass wir nicht auf diese schlimme Art und Weise das durcherleben müssen oder mussten. Und es gibt sehr viel Unterstützung durch den Koran, durch die Hadithen, also durch die Überlieferungen von unseren Propheten eben. Und dann fällt ihnen oft so eine Last wirklich ab. Und dann kann man mit ihnen etwas machen. Ich habe oft auch das Personal in dem Ganzen, wo so viele Fragen kommen. Und das Bewundernswerte ist - es sind nie Fragen über den Islam. der Islam wird - wie soll ich sagen - dieses Wort wird einfach so falsch verwendet, dass man unter Islam alle Kulturen, die es gibt, hineinmischt. Das kann es nicht sein, weil er

Islam hat seine - wie soll ich sagen - seine Bedeutung, seine Werte, seine Beschreibungen, seine Richtlinien, Regeln - wie man es benennen will. Da kann man nicht eine Kultur in das hineinnehmen. Man sagt ja, es gibt gesunde Kulturen. gegen Kulturen habe ich wirklich nichts. Aber wenn wir von der Religion reden, dann gibt es wirklich unter Anführungszeichen Regeln, die von der Kultur ganz weit weg sind. Und durch das Mischen der Kulturen erschweren wir uns das Leben, das gemeinsame Leben oft. Weil wir uns nicht verstehen. Weil wir uns nicht verstehen können, weil wir nicht ein gemeinsames Leben haben. Das sind so wie Branchen. Ein Arzt kann einen Bauarbeiter nicht verstehen oder umgekehrt. Das ist mit den Kulturen irgendwie für mich genauso. Jemand aus einem Land kann einen Menschen aus einem ganz anderen Land, aus einer ganz anderen Kultur wirklich schwer verstehen. Und deswegen, die Religion ist eine und wenn wir uns dort treffen, wenn wir uns dort verstehen, dann ist das sehr einfach. Ich hoffe, es hilft weiter. #0:12:49.7 - 0:18:07.1

I: Ja, sicher alles hilft. Das ist super. #0:18:07.2 - 0:18:09.2

B: Der Rest fällt mir nicht ein (Lachen). Es fällt mir eh ein und dann weiß ich nicht. #0:18:16.1 - 0:18:21.1

I: Und genau, Sie hatten ja vorhin die Kooperationen schon ein bisschen erwähnt mit den anderen Seelsorgern hier im Haus. Wie gestaltet sich da so die Kooperation. Wie kann man sich das vorstellen? #0:18:22.4 - 0:18:36.6

B: Also wir treffen uns einmal in der Woche zum Kaffee, wenn wir es schaffen. Wir versuchen das oft mehrere Tage auch, dass es jedes Mal jemand anders organisiert zum Beispiel. Das ist sehr schön, weil wir haben viele Seelsorger, die wir nicht kennen. Und Praktikanten sind oft einen Fall, wo man zum Beispiel Leute hat für eine kurze Zeit und dann sind die weg. Und dann hat man ein neues Gesicht, das lächelt schön. Und dann freut man sich eben oft von der Seite, diese Neugier zu erleben, diese vielen Fragen zu erleben, das ist wirklich sehr schön. Dieser Kaffee ist bunt gemischt würde ich sagen. Man redet einfach nur: Wie gehts und so. Wie es einem persönlich geht und da ist wirklich das gefragt und nicht die Arbeit. Und oft gibt es auch so Sachen, wo jemand kommt und Fragen hat. Wo er irgendwie so ein bisschen Antworten sammeln möchte für irgendetwas, was ihn gerade belastet, beschäftigt. Wo er einfach nach Lösungen sucht, wo vielleicht die andren schon etwas damit zu tun gehabt haben. Wir haben auch Schulungen gemeinsam, die im Haus stattfinden. Wir haben Führungen

im Haus, die vom Ausland herüberkommen. Wir haben - was haben wir noch? Oh Gott. Am besten Tätigkeitsberichtsbericht vorlesen oder so. Nein, wir haben viele gemeinsame Berührungspunkte und das ist Gott sei Dank auch gut so. Jeder, der an einem Gott glaubt, hat wirklich Berührungspunkte, so ist es nicht. Nur eben das Konzept ist ein anderes. Und wir lernen sehr viel voneinander. Wir können das auch benützen, wenn wir zum Beispiel jetzt in einer Situation sind, die brennt, dass wir da vielleicht Unterstützung geben. Wir haben zum Beispiel in der Kinderklinik etwas Nettes begonnen so mit drei Konfessionen. Wo wir so ein kleines Spiritual Care Team aufgebaut haben. Wo wir einfach die Kinderklinik besuchen ohne das Religiöse jetzt in den Vordergrund zu stellen und mal nachzufragen, ob irgendein Bedarf da ist. Und wenn dann wirklich ein religiöser Bedarf da ist, dann gibt man das an die Kollegin dann weiter. Weil ich kenne mich nicht aus, was die machen oder die. Und vielleicht kenne ich mich da und dort aus, aber ich würde mich nicht einlassen, weil ich meinen Bereich einfach verlassen würde und das wäre nicht professionell. Und was haben wir noch hier? Ja wir haben so eine Muttertagsaktion gehabt in der Kinderklinik und hier auch im Haus. Wir haben uns so überlegt, was könnten wir Nettes machen. Weil jede Mutter hat es verdient irgendwie so ein Lächeln ins Gesicht zu bekommen an den Tag und es waren so schöne Momente. Und es waren Väter dabei und es waren so, so viele rührende Momente auch. Und wir waren zu dritt und es war für mich war es so ein Punkt. Wir waren zu dritt, haben dann uns in der Kinderklinik eben unten getroffen. Da waren so Aufzüge und da haben alle drei so Gebete für sich gesprochen in sich und dann hat jeder genickt, wie lange er noch braucht und so. Und dann haben wir uns verabschiedet und, haben uns was ausgemacht, wo wir uns wieder treffen. Jeder hat seinen Stoß bekommen. Wir haben so Kärtchen gemacht, so Muttertagskärtchen, wo die Mama in verschiedenen Sprachen drauf war und wo so ein Spruch war, der war so süß. Und halt so Blumen drauf. Und das ist so gut angekommen. Und wir waren zur selben Zeit fertig. Und wir haben uns dann getroffen, haben dann so eine Reflexionsrunde gehabt. Und wir machen das sicher wieder und vielleicht machen wir andere Sachen auch noch, wo wir so gemeinsam das machen können, schauen wir mal. Das fand ich ganz, ganz eindrucksvoll, das war wirklich schön. Es waren jetzt nicht die Patienten eben wirklich/ die Patientenbegleitung nicht wirklich - da und dort vielleicht gab es Fragen, wo man auf die eingegangen ist. Aber in erster Linie waren die Mütter mal wichtig. Gibt es sonst noch Fragen? Vielleicht, wenn Sie mehr fragen? (Lachen). #0:18:27.5 - 0:23:11.9

I: Passt, ja mache ich. Genau, Sie hatten vorhin schon zur Ausbildung etwas erzählt. Da hätte ich noch eine Frage und zwar: Wurde da auch so ein bisschen so eine interreligiöse Dimension auch angesprochen in der Ausbildung? Kommt das da irgendwo vor? #0:23:12.1 - 0:23:29.9

B: Also bevor man mit dem Konzept gestartet hat, hat man sich natürlich erkundigt, wie es da und dort aufgebaut ist. Wir haben eine Muslima, die sogar die katholische Ausbildung mitgemacht hat ein Jahr lang bis auf den praktischen Teil, weil das ist natürlich eh klar. Aber sonst hat sie wirklich die Ausbildung genossen und jedes Mal, wenn man sie fragt, bekommt man ein ganz tolles Feedback dazu. Und das fand ich auch sehr, sehr interessant ehrlich gesagt. Und ich finde es auch schön, dass sie da mitmachen durfte. Weil irgendwie ist es, wenn man so aus irgendeiner Perspektive schaut würde man sagen: nein, das geht gar nicht. Das ist alles so irgendwie jeder für sich und das ist wirklich. Und ich fand schön, dass sie sich irgendwie Zeit genommen hat und man kann natürlich profitieren von beiden Seiten. Und das Schöne in ihrem Fall ist eben, dass sie sich jetzt noch besser auskennt, weil die katholische Seelsorgerausbildung gibt es ja schon sehr lange. Und dadurch hat man natürlich eine Basis, man hat gewissen Strukturen, die man bei uns auch hat. Aber man versucht es immer wieder zu ergänzen, zu verbessern. Und die Ersten, die da vielleicht die Ausbildung gemacht haben, haben nicht dieselbe Ausbildung, wie die anderen Lehrgänge, die danach gefolgt sind. Aber das macht nichts. Man trifft sich trotzdem immer wieder und man tauscht sich aus. Man ersucht gemeinsame Lösungen und das finde ich toll. Egal ob es Kulturen sind oder Religionen, das ist wirklich sehr, sehr wichtig in diesen Bereichen. Weil es doch - es betrifft ja ganz Wien, wenn man in Wien lebt - weil ich kann jetzt nicht nach Graz fahren, um jemandem zu helfen, das wäre zu viel. Die Macht habe ich nicht. Aber wenn man wirklich alle gut behandeln möchte, begleiten möchte, dann ist das schon sehr wichtig. Oder wenn man professionelle Antworten geben möchte, wenn man gefragt wird. Das heißt jetzt Personal zum Beispiel oder so. Da sollte man auf jeden Fall schon/. #0:23:30.5 - 0:25:39.6

I: Ok passt. Und Sie hatten vorhin auch erwähnt, es gibt Schulungen hier im Haus. Gibt es auch teilweise Möglichkeiten hier zur Supervision oder Intervision, dass man teils Erfahrungen mit jemandem durchsprechen kann? #0:25:40.8 - 0:25:55.3

B: Also, soweit ich weiß, die anderen Konfessionen haben Supervisionen. Bei uns ist das noch alles/ wir haben verschiedene Möglichkeiten. Leider haben wir noch nicht wirklich so eine einheitliche. Also entweder macht das derweil jeder für sich oder es gibt im AKH eine Möglichkeit, aber die habe ich noch nicht in Anspruch genommen. Das habe ich noch nicht eröffnet sozusagen. Es gibt auch Angebote von außen, die wirklich sehr, sehr gut wären. Weil in dem Fall wäre auch die Religion wichtig. Eben um sich zu verstehen. Um die Fragen vielleicht besser gestellt zu bekommen, um das zu reflektieren oder so. Ich glaube schon, dass das eine große Wichtigkeit hat. Also Supervision ist super wichtig, super, super, super wichtig. Weil das eigene Wohlbefinden eines Seelsorgers ist für alle wichtig. Weil wenn es ihm nicht gut geht, dann fällt er entweder aus oder man hat Personen weniger oder es wird unprofessionell und das darf es nicht werden. Das soll nicht werden. #0:25:56.2 - 0:27:16.7

I: Und wie oft kann man sich vorstellen, dass so Schulungen oder vielleicht so Fortbildungen stattfinden? Muss man daran teilnehmen oder ist das halt so ein Angebot? #0:27:21.9 - 0:27:29.4

B: Es sind Angebote. Und es ist schön, wenn wir teilnehmen oder wenn zumindest ein paar Leute aus der jeweiligen Konfession teilnehmen, die das dann weiterübertragen. Aber es ist wirklich schöner, wenn man wirklich live dabei ist bei den Schulungen, vor allem im Krankenhaus, wo es sehr viele Gefahren gibt. Sehr viele Gefahren für einen selber und für die Patienten natürlich auch. Und wenn man bei diesen Schulungen mitmacht, dann ist man - ich würde nicht sagen sicher, weil einem kann jeder Zeit ein Fehler passieren - es sind so, man denkt nicht nach, greift wo rein und man hat schon ein Problem oder so Kleinigkeiten, die dann wirklich zu großen Problemen werden können. Deswegen es sind meistens von uns ins Rollen gebrachte Schulungen. Wir fragen nach also als interreligiöse Meile. Und die werden dann organisiert. Und dann kommt eben Professionalität zu uns und erklärt uns gewisse Sachen, die wir brauchen. #0:27:30.3 - 0:28:44.7

I: Und dann zu einem anderen Thema: und zwar was wäre denn für die das Ziel der Krankenbegleitung, der Krankenhausseelsorge? #0:28:48.8 - 0:28:57.0

B: Die Krankenbegleitung, der Krankenhausseelsorge. Das Ziel wäre eine professionelle, strukturierte Seelsorge. Nicht nur auf Wien bezogen, sondern ganz österreichweit. Wird nicht einfach, wird sicher noch sehr viel Zeit noch brauchen. Ich weiß auch

nicht, ob wir es schaffen, weil das Spiritual Care einfach dermaßen schnell unterwegs ist. Die ganzen Mühen, die jetzt haben, sind sicher nicht umsonst. Man kann sie sicher irgendwie weiterverwenden. ich weiß aber nicht, wie das System dann ausschauen wird. Und was auf uns zukommt, weiß man nicht. Aber ich finde schön, dass wir trotzdem kämpfen, trotzdem Menschen ausbilden, trotzdem Menschen in den Pool holen, uns vernetzen. Weil es ja um jeden Muslim in Österreich eigentlich aus dieser Sicht jetzt geht, dass er seine Rechte auch wirklich also ausnutzen kann in dem Fall. Es bringt keine Seelsorge, die jetzt an einem Fleck supertoll funktioniert und in den anderen Bereichen Menschen alleine dastehen. Wie zum Beispiel der Mann, der 25 Tage in einem Leichenschauhaus liegt und kein Mensch im Haus kennt sich aus und kann da weiterhelfen. Die Seelsorge ist nicht nur im Krankenhaus sehr wichtig. Sie ist in jedem Bereich wichtig und aus meiner Sicht würde ich die Seelsorge in Schulen, in Pflegeheimen, in verschiedenen Bereichen installieren. Sei es einfach eine Telefonnummer in bestimmten Fällen für den Anfang wäre hilfreich. Bis auf wirklich, dass jemand dann immer vor Ort wäre, eine Person. Das einzige ist, es ist schwierig, ehrenamtlich so viele Leute zu bekommen. Man kann vielleicht von Pensionisten - wie soll ich sagen - man kann Pensionisten erwarten, man kann aber keine Familien, also gerade gewordene Familien irgendwie - da ist die Zeit einfach viel zu knapp für die Seelsorge. Auch wenn man sich nur einen Tag nimmt. Oft kommt man ins Schwitzen, weil einfach der Beruf vorrangig ist oder die Kinder. Es sind einfach Lebenszeiten, wo diese Menschen wirklich gebraucht werden, aber sie für einen nicht erreichbar sind aus diesen Gründen. Und der Wunsch wäre natürlich eine bezahlte Seelsorge, weil dann würde man wirklich viel mehr natürlich Zeit da verbringen, weil man das eben als Beruf unter Anführungszeichen ausübt. Aber das sollte nicht an erster Stelle stehen. Also das Geld sollte die Professionalität nicht jetzt irgendwie übergehen. Man sollte das nicht wegen dem Geld machen, sondern einfach weil man eben diese Pflicht hat als Moslem, einen Moslem, der jetzt in irgendeiner Situation sich befindet, zu helfen, zu unterstützen, zu begleiten, da zu sein. Wenn man für die andere Welt arbeiten möchte. Die einen nehmen es gar nicht erst, also es gibt Leute, die das belächeln. Ich wünsche ihnen nicht, dass sie in so eine Situation kommen, wo sie dann jemanden von der Seelsorge brauchen. Weil dann würden sie es glaube ich von Herzen bereuen. Aber so ernstgenommen wird der Bereich nicht, außer man ist in Berührung damit. Und man bekommt professionell die Informationen, was da genau passiert. Wenn man sagt: Ja, ich mache Seelsorge und das mache ich ehrenamtlich und ich mache das von Montag

bis Freitag den ganzen Vormittag. Dann wird man irgendwie so abgestempelt: Oh mein Gott. Weil was ist dein Ziel? Oder die verstehen einfach nicht, dass man einfach von Herzen Menschen in einer schlechten Situation beistehen erstens kann, weil das kann nicht jeder, und möchte, weil man eben diese Botschaft verstanden hat. Es gibt auch Seelsorger, die zum Beispiel das Praktikum gemacht haben, die dann gesagt haben, das darf ich nicht. Ich kann das nicht. Ich habe Angst, krank zu werden. Ich habe Angst, angesteckt zu werden. Ich habe Familie zu Hause, ich bin noch jung. Es gibt Leute, die sagen, die können es emotional nicht verkraften, dass andere leiden. Die können das nicht sehen. Und aus diesen vielen verschiedenen Gründen ist es schwierig, Seelsorger zu gewinnen. Aber ich hoffe, der liebe Gott schickt uns wirklich professionelle Menschen, die da unterstützen. Wo wir wachsen können, wo wir das nachholen können, was all die Jahre irgendwie nicht so gegeben war. Damit die Menschen Frieden finden, damit sie Antworten bekommen. #0:28:58.3 - 0:34:16.7

I: Und darf ich fragen, wie Sie persönlich dazu gekommen sind, Seelsorge /zu machen/? #0:34:20.8 - 0:34:27.4

B: /Also hätte man/ mich gefragt: magst du Seelsorge machen ehrenamtlich von Montag bis Freitag. Damals vor der Ausbildung, hätte ich gesagt: nein. Wäre wirklich klar nein gewesen, weil ich habe zwei kleine Kinder. Ich bin genauso eine Familie, die eben keine Zeit hat. Oder keine Zeit verschwenden kann. Ich habe die Ausbildung gemacht. Ich habe dann den Bedarf gesehen. Mir hat es leidgetan, dass die Muslime irgendwie immer so im Rückstand sind. Ich lebe in diesem Land. Mich kann es morgen treffen, meine Kinder, meine Familie, meine Freunde. Vielleicht sollte man nicht egoistisch sein und vielleicht sollte man helfen. Und aus diesem Grund, weil ich ein Mensch bin, der schon immer geholfen hat, also von klein auf, gerne geholfen hat. Man hat es oder man hat es nicht. Und wirklich aus diesem ehrlichen Punkt, weil ich einfach helfen will. Dass da bedürftige Menschen, professionelle Unterstützung bekommen. Und weil ich weiß, dass in Österreich es möglich ist. Und weil ich weiß, dass die Leute nur warten, dass da Muslime kommen, die wirklich professionell das machen können. Wir werden mit beiden Händen wirklich empfangen, weil einfach so ein großer Bedarf ist. Ich war unlängst in Graz und da habe ich ein paar katholische Seelsorgerinnen kennengelernt, getroffen. Die Geschichten sind mir sehr ans Herz gegangen, weil sehr viele Muslime dort leben. Weil sehr viele Muslime, diese Hilfe wirklich gut käme, aber sie niemanden wirklich haben oder unterbesetzt sind. Oder ich habe mich noch nicht erkundigt, was

da los ist. Aber das Personal oder die katholische Seelsorge oder die evangelische Seelsorge kommt mit diesen Personen nicht weiter. Sie können das Gespräch bis zu einem gewissen Punkt führen, aber dann sind sie aufgeschmissen. Und jetzt eben die Fragen: Wie gestalten man das weiter? Mit wem arbeitet man zusammen? Wir haben Gott sei Dank in jedem Bundesland einen Koordinator, eine Koordinatorin. Natürlich kann man die auch nicht allein lassen. Da ist die Ausbildung wichtig für das Bundesland. Und wir haben die Ausbildung derzeit nur in Wien. Es sind viele, viele Faktoren. Es sind viele, viele Baustellen noch, die wir wirklich aufgearbeitet werden müssen. Überall dort, wo es Baustellen gibt, gibt es sicher sehr viel zu tun. Wenn man da keine professionellen Leute hat, habe ich die Angst, dass da einfach etwas Falsches entsteht und das würde ich mir nicht wünschen, weil die Muslime brauchen Professionelles, um einfach den Islam zu wahren, so wie er ist. Und nicht den Ruf zu schädigen und nicht irgendwie sich etwas einzufangen, wo man dann nur irgendwas ausbügeln muss, weil für das hat man die Zeit nicht wiederum. Also ich wünsche uns viel Erfolg, viele (unv.) Menschen und so weiter und so fort. #0:34:26.9 - 0:38:00.0

I: Meinen Sie, das ändert sich vielleicht in den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren oder wie sieht da vielleicht die Krankenbegleitung aus? Hat sich da vielleicht was getan? #0:38:02.1 - 0:38:11.6

B: Man kann es ändern. Man braucht Unterstützung aus vielen Bereichen, aus vielen islamischen Bereichen auch. Allein kann man das nicht schaffen, ist logisch. Man darf aber etwas nicht im Stich lassen, wo man merkt, es ist kurz vor dem Frühling. Und wenn man etwas merkt, was nicht gut ist, muss man aufzeigen. Egal, wer das jetzt ist. Egal, wie gern man den Menschen hat. Egal, wie gut die Menschen in verschiedenen Bereichen sind. Aber vielleicht ist dieser Bereich nicht der geeignete für sie. Das muss man aufzeigen, weil sonst kommen wir nicht weiter. Und das ist die Schwierigkeit. Weil man will niemandem wehtun, man will niemanden verletzen, man will niemanden etwas wegnehmen. Eigentlich kann man in der Seelsorge, in der islamischen, niemandem etwas wegnehmen, weil wir so viel Personal brauchen. Eigentlich sind wir total unterbesetzt aus meiner Sicht jetzt, auch meine persönliche Meinung. Man sollte keine Angst haben. Jeder kann so viel machen, wenn er will. Aber wir brauchen keine Statuen, die einfach nur körperlich da sind oder irgendwo ihren Namen stehen haben und nichts sonst bewirken oder machen oder sich bemühen. Das wäre ganz schlecht. Weil

was hat der Patient davon. Also wir brauchen Leute, die wirklich aktiv Patienten besuchen, wo wir uns austauschen, wo wir wachsen, wo wir uns stärken, wo wir uns entlasten. Oft, sehr, sehr oft also die Seelsorge machen und dann die Seelsorge für einen Seelsorger - das passiert sehr oft bei uns. Und da kommt man und sagt: ja, das ist mir gerade passiert, das war zu viel oder das war gut oder das war wie auch immer. Und dann erlebt man eben das Ganze nochmal mit demjenigen. Und dann kann man aber frei nach Hause gehen, man ist wirklich entlastet. Und das finde ich schön, wenn es so Personen gibt, mit denen man sehr gut auskommt. Die eben aus demselben Grund da sind. Finde ich schön. Das entlastet schon sehr, eben weil die Supervision auch nicht super installiert ist bei uns. #0:38:14.3 - 0:40:43.9

I: Eine letzte Frage hätte ich noch: Sehen Sie Unterschiede in den Möglichkeiten der Betreuung zwischen Minderheits- oder Mehrheitsreligionen? Also ein bisschen ist das ja eh schon aufgekommen, aber/. #0:40:47.8 - 0:40:59.6

B: Wie meinen Sie Möglichkeiten? #0:41:01.2 - 0:41:02.0

I: Also zum Beispiel da geht es vielleicht um die Räumlichkeiten und Sie haben ja auch schon gesagt, Sie sind unterbesetzt im Gegensatz vielleicht auch zur katholischen Seelsorge. Dabei ist der Islam ja in Österreich auch relativ groß, also da gibt es halt //Unterschiede//. #0:41:03.9 - 0:41:20.4

B: Ja, das ist ja das. Deswegen ist die Nachfrage so groß und wir sind wenige Personen. Natürlich gibt es die Möglichkeit. Also wenn ich mir diesen Bereich anschaue im AKH/ Nein, es sind andere Krankenhäuser auch. Nur man erreicht sie nicht, weil man jetzt da irgendwie so beschäftigt ist, erreiche ich die anderen Krankenhäuser nicht so oft, bin nicht so oft dort. Aber egal, wo ich hinkomme, als Seelsorger in die Seelsorge, in die interreligiöse. Ich habe wirklich keine schlechten Erfahrungen. Also ich habe wirklich keine abwertenden Sachen gemerkt. Es hat mich bis jetzt noch nie irgendjemand schlecht angeschaut, nicht unterstützt, auf Fragen nicht geantwortet. Egal, was ich jetzt sage. Also für mich war das, egal wo ich war, positiv, echt positiv. Und alle waren bereit, Räume abzugeben. Alle waren bereit, zu teilen. Alle waren bereit, auf diese Dialoge. Alle waren bereit, sich auch zu treffen so vielleicht monatlich oder alle drei Monate, um sich auszutauschen. Alle waren bereit, auch in den Strukturen der Krankenhäuser mitzuhelfen. Das ist sehr wichtig, weil wenn man am Eingang steht und es erscheint einem: Wow, wo gehe ich hin? Und wer ist hier gefragt oder wer ist

die Ansprechperson die richtige? Also ich kann wirklich nur Positives berichten. Und ich würde mir wünschen, wenn das überall so wäre. Also nicht nur da, sondern wenn man dieses Miteinander irgendwie in allen Bereichen hätte. Und wo Politik uns nicht so viel kaputt machen würde, das wäre wirklich sehr schön. Aber die Politik, die ist ein eigener Manipulationsfaktor, den man leider nicht ausschalten kann. Und ich finde es traurig, dass Menschen, die kein großes Wissen eigentlich haben, ausgenutzt werden und wie soll ich sagen, dermaßen manipuliert werden, dass es uns allen schadet. Mehr oder weniger. Das finde ich ganz schlimm. Egal, wo es passiert. So viel zur Politik. (Lachen). #0:41:19.6 - 0:43:42.3

I: Könnte man wohl noch mehr dazu sagen wahrscheinlich. #0:43:46.1 - 0:43:48.3

B: Ich rede nicht gern über die Politik, weil sie zwar da. Man darf sie nicht ausschalten, weil sie eben so eine große Macht ist, aber ich lasse meinen Tag jetzt nicht kaputtgehen, weil jetzt jemand falsch da irgendwelche Sachen macht oder es nicht versteht oder sich nicht auskennt oder das Wissen dazu nicht hat, also die Kompetenzen nicht hat. Ich finde es traurig, dass solche Menschen an diese Positionen kommen. Obwohl, wer wäre der Richtige. Jeder Mensch hat Fehler. Jeder Mensch hat Schwächen und Stärken. Jeder Mensch ist für und gegen etwas. Wer wäre der Richtige. Wir haben so viele Parteien. Der einen sind für Grün, die anderen sind für Blau, die anderen sind für Rot, die anderen sind für Lila - was auch immer. Wir können es den Menschen nicht recht machen, also allen Menschen recht machen geht nicht. Deswegen lieber Gott, gib uns viel Kraft, viel Geduld und ein schönes Miteinander, weil alles andere ist ein bisschen stressig, ist wirklich zu viel. #0:43:49.6 - 0:45:01.6

I: Also theoretisch wären wir mit dem Interview am Ende. Falls Sie noch etwas erwähnen möchten, was vielleicht noch gar nicht aufgekommen ist, können Sie das gerne auch tun. #0:45:06.3 - 0:45:15.5

B: Gibt es noch irgendwelche interessante Fragen? Weil auf Fragen komme ich vielleicht eher leichter irgendwie. #0:45:17.7 - 0:45:24.2

I: Ich habe eigentlich alle meine Fragen gestellt. #0.45:25.6 - 0:45:27.3

B: Sehr schön. Dann wünsche ich Ihnen viel, viel Erfolg bei Ihrer Arbeit und ich hoffe, es wird nicht zu schwierig. #0:45:28.3 - 0:45:41.2

C11 – Exploratives Experteninterview

I: Dann danke nochmal, dass Sie teilnehmen an dem Interview. Ich möchte gleich mit einer Frage zur Evangelischen Kirche beginnen: und zwar wie begründet die Evangelische Kirche in Österreich die Seelsorge und im Speziellen die Krankenhausseelsorge? #0:00:00.0 - 0:00:24.5

B: In der Präambel vom Profil zur Evangelischen Krankenhausseelsorge steht drinnen, dass die Seelsorge verstanden wird im Namen vom diakonischen Auftrags Jesu Christi und im Auftrag der Evangelischen Kirche. Das ist ein Teil evangelischen, also kirchlichen Handelns, die Kranken zu besuchen. Wie es im Matthäusevangelium zu lesen ist. Eine ursächliche auch Aufgabe für Pfarrerinnen und Pfarrer, also für die seelsorgliche Aufgabe steht dann in der Ordnung zum geistlichen Amt, ist die Grundlage auch darin enthalten. Und das heißt eben den Gemeindemitgliedern, also den Menschen, die zur Evangelischen Kirche in Österreich gehören, an all den Orten, wo sie sind auch in den Anstalten, wenn sie dann mal sind. Also in Krankenanstalten heißt das in Österreich oder in Gefängnisanstalten oder auch in Schulen. Dann auch dort für sie da zu sein. Und Schule hat nochmal einen speziellen Auftrag, weil es ja letztendlich auch ein Unterricht ist. #0:00:28.4 - 0:01:46.6

I: Könnten Sie mir über das Projekt Seelsorge 2020 etwas berichten? #0:01:49.9 - 0:01:54.8

B: Ein Moment. Also das Projekt Seelsorge 2020 ist im Auftrag, vom Auftraggeber des Oberkirchenrates der Evangelischen Kirche A. und H.B. im Jahr 2016 in Auftrag gegeben worden bis dieses Jahr 2018 - 1.9.2016 bis 30.08.2019. Der Oberkirchenrat hat beschlossen, in diesem Projekt mit den Projektleitungen Oberkirchenrat Mag. Karl Schiefermaier und Oberkirchenrätin Mag. Ingrid Bachler im Anschluss an die Generalsynode von 2014, im Dezember 2014 zur Krankenhausseelsorge, wo auch eine Resolution zur Krankenhausseelsorge einstimmig beschlossen worden ist von der Synode und damals das Berufsbild und die Mindeststandards und die Richtlinien der Krankenhausseelsorge als Grundlage für das weitere Handeln nochmal approbiert und anerkannt worden ist. Da zu sagen, wir möchten zur Umsetzung dieses Beschlusses der Generalsynode Impulse setzen, die dann auch konzentriert auf die Inhalte dieses Beschlusses fokussiert sind. Das Projekt hat drei Ziele gehabt. Das erste war, weil es war ja 2016, im Jahr/ mit dem Blick auf die Projektleitzeit drei Ziele. Das erste Zieljahr

war im Jahr 2017 im Reformationsjahr Impulse zur Bewusstseinsbildung zu setzen zur Reformation als eine Seelsorgebewegung. Das heißt auch, sich bewusst zu werden, dass Seelsorge und dieser Akt der Seelsorge, diese Zuwendung zum Menschen einfach ein reformatorischer Akt war und ist. Also es ist nicht, wenn man diese Sermon von der Buse nimmt, sozusagen die kirchliche Institution, die Ablässe verkauft und damit Seelsorge in Anführungsstrichen betreibt, sondern diesen Mittelpunkt, den Mensch in den Mittelpunkt des Dialoges zu setzen, der aus der Beschämung heraus in die Versöhnung gerufen wird. Also dieses Bußetun eines jeden, jeden Tag ist als reformatorisches Selbstverständnis. Wir sind alle Sünder und wir sind alle gleichzeitig Gerechtfertigte. Und dass man das auch als Seelsorge, als Seelsorgebewegung, als Reformationsbewegung als Seelsorgebewegung wahrnehmen. Und das war so das Motto dann. Seelsorge als Gesicht der Kirche auch präsenter zu machen, zu zeigen. Und da gab es zwei Impulse. Das eine war: es gab erstmals, also wir haben erstmals organisiert eine Konferenz von allen Menschen, also Tätigen in der Evangelischen Kirche in Österreich, die in einem übergreifenden Seelsorgebereich tätig waren. Also Krankenhaus, Militärseelsorge, Polizeiseelsorge, Schulseelsorge, Gefängnisseelsorge, Seelsorge mit Schaustellern. Also es waren alle eingeladen zu dieser Seelsorgekonferenz. Da sind dann auch über 50 Kolleginnen und Kollegen gekommen. Das ist also so eine halbe Generalsynode in der Größenordnung unserer Kirche. Und als Auftakt zu dieser gesamtösterreichischen, ersten österreichischen Seelsorgekonferenz fand im Evangelischen Zentrum also hier in Wien statt. Also ganz prominenter Ort auch für die Evangelische Kirche. Haben dann die drei Leitungen der Evangelischen Kirchen in Österreich, nämlich Bischof Bünker, Landessuperintendent Hennefeld und Superintendent Schröckenfuchs von der Methodistischen Kirche haben einen Beitrag, also ihren Beitrag geleistet #0:01:59.4 - 0:07:07.9

[kurze Unterbrechung des Interviews]

B: Also sie haben einen/die drei Kirchenleitungen, gewählten Kirchenleitungen der Evangelischen Kirchen in Österreich haben jeweils einen Vortrag gehalten über die Reformatoren als Seelsorger. Also Luther als Seelsorger, Calvin und Zwingli als Seelsorger und Wesley als Seelsorger. Und damit war einerseits, ist einerseits deutlich geworden, glaube ich, so die einzelnen Charaktere der reformatorischen Richtungen, aber gleichzeitig haben wir so ein erste also als Impuls eine erste Zusammenschau bekommen, was ist denn eigentlich evangelisch oder was ist das Evangelische in der

Seelsorge. Und das ist wunderbar nachzulesen. Es ist jetzt publiziert in dem Amt und Gemeinde und ich halte das für eins der inhaltlich tragfähigsten also sozusagen auch theologischen Impulse. Anschließend war dann an diese Impulse den Tag darauf eine moderierte Workshoparbeit zu den Seelsorgebereichen, wo wir nochmal für das Seelsorgeprojekt 2020 die Kollegen abgefragt haben, was aus ihrer Sicht die Ziele sind. Also was aus Ihrer Sicht wichtig ist. Was jetzt sie mit dem Seelsorgeprojekt 2020 nochmal für die Gesamtkirchen auch verfolgt werden sollen. Also Impulse gebracht werden sollen. Und da hatten wir dann auch vier Schwerpunkte heraus also erarbeitet, die dann aber sozusagen/die kommen gleich nochmal dazu. Das zweite war im Jahr 2017, dass wir es geschafft haben auf dem großen Reformationsfest am Rathausplatz fünf Seelsorgezelte mit den Kolleginnen und Kollegen darzustellen, auszufüllen, zu präsentieren und auch zu bespielen für diesen ganzen Tag. Also bespielen in Anführungsstrichen, dass dort Angebote waren. Und da hat sich schon herauskristallisiert ein bisschen so in der Evangelischen Kirche jetzt in Österreich, wie sind denn eigentlich die praktischen Verhältnisse. Wir sind eine Minderheitenkirche und wir haben keine großen Bereiche. Wir haben tragfähige Bereiche und wir haben tragfähigere Bereiche mit einer Strukturqualität und wir haben Seelsorgebereiche mit einer Personalqualität, das heißt Personen, die das zu ihrem Eigenen machen. Und wenn aber die Personen nicht mehr da sind, müssen wieder andere Personen gefunden werden oder der Bereich ist einfach auch nicht mehr da. Das hat sich auch ein Stück herausgestellt, also wo sind Strukturqualitäten vorhanden und wo sind letztendlich wird es von den Menschen getragen, die das dann machen. Wir hatten in diesen Seelsorgezelten einerseits die Militärseelsorge, die Notfallseelsorge, also mitgehende Bereiche. Wir hatten die großen Beratungsbereiche, wie Telefonseelsorge, Studierenden, also Hochschulgemeinde und die Bewegung in unserer Kirche A und O. Also wo Menschen mit homosexueller Orientierung auch sagen, wir sind für diese Menschen in unserer Kirche da und wir versuchen in den Gemeinden auch Bewusstsein dafür zu schaffen, offen und vielfältig zu sein. Das hat auch, glaube ich, viel nach innen gewirkt. Wir hatten einen großen Bereich von der Krankenhausseelsorge mit den vielen Ehrenamtlichen da dann dabei, und Pflegeheimseelsorge und das war es dann auch. Also als einfach deutlich war, dass andere, wie zum Beispiel Blinden- oder Gehörlosen- so Gehörlosenkirche - ich würde nicht sagen Seelsorge jetzt auch bei Menschen, bei den Pfarrerinnen und Pfarrern angesiedelt sind, die auch in der Lage sind mit Gebärdensprache ein Gottesdienst zu gestalten. Also das war von 2017 ein Schwerpunkt. Das zweite Ziel für das Projekt

Seelsorge 2020 war zu sagen, wir möchten gerne eine professionelle Antwort geben auf die Resolution der Generalsynode und dort dann Impulse setzen. Das eine ist zu schauen, wo können wir Konzeptarbeit unterstützen, wo können wir die Frage von Stellen und Stellenplänen oder die Rahmenbedingungen für Krankenhausseelsorge stärken. Wo können wir die kirchliche und die diakonische, also von den diakonischen Einrichtungen verfolgte Krankenhausseelsorge, so miteinander vernetzen, dass sie gut als zukünftige Weiterarbeit, also Weiterarbeit, dass man beide Träger sozusagen für Krankenhausseelsorge, evangelische Krankenhausseelsorge nutzen können. Die Superintendenten und Superintendenzen auch dafür Bewusstseinsbildung dafür zu schaffen, dass die Krankenhausseelsorge qualitätsvolle Arbeit ist. Und letztendlich auch zu sagen, wie findet bei euch die Ausbildung statt, die KSA für Hauptamtliche. Die ehrenamtliche Ausbildung für Ehrenamtliche. Die Rahmenbedingungen, wieder strukturellen Rahmenbedingungen, Verträge mit den Landesholding und wie auch immer. Dann war so ein Bereich zu sagen, wie können wir die Kooperation zwischen Gemeindeseelsorge, also Seelsorge in den Pfarrgemeinden und den speziellen Seelsorgebereichen miteinander gut vernetzen und es auch miteinander gemeinsame Projekte gibt. Und da war ein Thema das Seelsorge im Alter, also Schwerpunkt zu setzen, dass wir Impulse geben. Dass nicht nur einzelne Personen, sondern dass es immer breiter wird, sich mit dem Thema Alter in der Gesellschaft, Thema Demenz, Angehörigenbegleitung beschäftigt wird. Neue Lernfelder waren Alter und Demenz, Spiritual Care als etwas, was auch schon 2014 angefangen hat gefragt zu werden, wie relevant wird das für Österreich und das dann mit dem interreligiösen Dialog miteinander zu vernetzen und zu verknüpfen. Und dann war so die Geschichte - den ökumenischen Dialog, also Ökumenischen Rat der Kirchen in Österreich, ökumenischer Dialog zur Krankenhausseelsorge, Seelsorge, interreligiöser Dialog, Spiritual Care so miteinander so ein Stück zu verbinden. Und dann war auch noch ein Wunsch der Vernetzung der kategorialen Seelsorgebereiche voranzutreiben in dem Sinne, dass miteinander geschaut wird, wie können wir eine Gesetzesvorlage - weil Evangelische Kirche ist demokratisch verfasst, das ist das Kirchenrecht, unsere Kirchenverfassung ist letztendlich die wichtige Grundlage unserer Arbeit und es gibt derzeit nur Richtlinien für die Krankenhausseelsorge und da zu schauen, können wir ein Seelsorgegesetz in Anführungsstreichen oder so etwas vorbereiten. Was braucht es dazu. Dann war so gesagt, was möchten wir für Produkte haben, also das war das Ziel von diesem Seelsorge/ also was haben wir haptisch in der Hand. Und da kam heraus, also einmal sollte zu

diesem ganzen inhaltlichen Bereich Demenz und Seelsorge im Alter so eine Handreichung herausgegeben werden für Besuchsdienstmenschen beziehungsweise Eure Alten werden träumen, ein Gebetsbüchlein zusammenzustellen. Eine Einführung für Seelsorge im Alter, wo man letztendlich auch in den Gemeinden Fortbildungsveranstaltungen machen können. Und Ziel war auch zu sagen, wie können die Fortbildungsveranstaltungen, die es gibt für Krankenhausseelsorge, auch jetzt auf diese Bereiche, einerseits Seelsorge im Alter und das andere Spiritual Care, ausgerichtet werden und mit der Frauenarbeit was umgestalten nochmal. Ja, das waren die ersten Ziele für dieses Projekt. Und aus dem jetzt Protokoll dieses ersten Seelsorgeworkshops kam heraus, muss ich auch gerade noch mal gucken, da gab es, einen Moment, da werde ich jetzt mal gerade schauen, da gab es dann drei also vier große Bereiche. Ganz viel also die meisten Stimmen beziehungsweise die meisten Wünsche waren darin zu sagen von den Kollegen, dass sie in dem Bereich der Fortbildung beziehungsweise Aus- und Fortbildung gesagt haben, wir brauchen mehr spirituelle Retreat Angebote für Kolleginnen, Kollegen in der Seelsorge. Das heißt, wir müssen uns selbst auch ein Stück in der Resilienz stärken. Das war so ein wichtiger Ansatzpunkt zu sagen, Welt verändert sich, es wird irgendwie schwieriger, wir müssen schauen, dass wir gut miteinander auf uns/ auch da den Raum haben, darüber nachzudenken. Der zweite Schwerpunkt war, dass sie gesagt haben, sie brauchen oder sie möchten Unterstützung haben im Bereich Seelsorgekonzeptarbeit. Also da gab es mehrere, die auch diese Stelle, also diese Projektstelle auch als Resonanzkörper in Anspruch genommen haben, sei es ein neuer Kollege, der neu angefangen hat in einem Seelsorgebereich, um sich dort systemisch und strukturell zurechtzufinden. Eine Superintendenz, die ein Seelsorgekonzept jetzt für ihre Superintendenz entwickelt hat. Dadurch dann erstmalig eine Diözesanenbeautragte auch richtig formal eingesetzt hat. Schulseelsorge als gesamt über diese drei Jahre hinweg als Ausbildung und als Konzept entwickelt worden, also ein ganz neuer Bereich eingerichtet worden. In der Polizeiseelsorge hat sich herauskristallisiert, dass sich die innere Verfassung, die innere Struktur der Kollegen weiter aufgestellt und verbessert aufgestellt werden muss. Also das sind so einige Themen gewesen. Und das war das Thema, das große Thema Seelsorge im Alter ist sehr bestätigt worden, gesagt worden, das möchten wir auf jeden Fall haben. Und so ist es auch mit diesem Gebetsbüchlein tatsächlich ein größeres Projekt geworden, also nicht nur eine kleine Sache, sondern ein Buch in Zusammenarbeit mit dem Evangelischen

Presseverband und es sind jetzt schon ich glaube über 1000 Stück, 1500 Stück gedruckt und verkauft worden. Und es waren, glaube jetzt, fast 30 Termine zum Thema, also 25 Termine also zu diesem Thema in verschiedenen kirchlichen Öffentlichkeiten, sei es von Fortbildungen, Frauenarbeit, Buchpräsentationen, Projekterzählungen, also die stattgefunden haben zwischen - jetzt muss ich schauen - April 2018 und jetzt Juni 2019. Und dann gab es so ein Strategieworkshop zur Weiterarbeit, also sozusagen mit Kollegen zusammen diese Frage, wie geht es weiter mit Spiritual Care oder Kirche in diesen säkularen Raum hinein? Also wo es darum geht, Ökumene, Interreligiöses, aber auch nicht-kirchliche, nicht-kirchlich gebundene Menschen auch mit anzusprechen. Da sind wir in diese ethischen Fragen hineingekommen, wo man sagt, da könnte sich Krankenhausseelsorge auch gut einbringen in diesen medizinethischen Diskurs. Und der vierte Bereich war die Ausbildungen in Blick nehmen, Reformvorschläge erarbeiten, Synergien herstellen. Und zusätzlich kam noch hinzu. Das ist sozusagen als Thema noch von außen dazugekommen, die neue Datenschutzgrundverordnungen. Mit den Auswirkungen auf die Seelsorge, auf die Gemeinden, auf die Seelsorge der Gemeinden, auf die Präsentation nach außen, wie wir uns nach außen darstellen. Und daraus hat sich dann entwickelt ein Stück ein Konzept zur Öffentlichkeitsarbeit und zu so einer Logoentwicklung, so ein Kurzlogo zu diesem Seelsorgebereich. So Handreichungen, wie man damit gut umgehen kann. Also so eine Besuchskarte, ich möchte sie gerne besuchen - oder kann ich ihnen jetzt dann auch da lassen - also so Ich war da. Dass Kirche sich präsentiert, aber die Datenschutzgeschichte dann darauf reagiert und positiv darauf reagiert. Also das hier ist zum Beispiel das Logo. Das hat sich entwickelt aus den Überschriften aus den Rathausplatzzelten. Seelsorge ist da, hört zu, geht mit. Ja, das war das Projekt oder ist das Projekt. #0:00:00.0 - 0:16:27.9

I: Sie hatten zwar schon ein paar Sachen zur Kooperation auch erwähnt - seit wann sehen Sie ungefähr die Bewegung in der Evangelischen Kirche, dass man sich zu einer interreligiösen oder zu einer ökumenischen Arbeit hinbewegt. Sie haben ja erzählt 2014 diese Spiritual Care Konzepte, war das schon vorher? #0:16:33.2 - 0:16:52.7

B: Ja, also das kann man nachlesen in der Geschichte zur Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen Krankenhausseelsorge in Österreich. Also was ich ganz grundsätzlich finde in unserem Dienstauftrag oder in unseren Dienstaufträgen steht immer auch die Bereitschaft zur ökumenischen Zusammenarbeit drinnen. Das heißt selbstverständlich

ist für eine Seelsorge, die aus einer Minderheitenkirche heraus angeboten wird, immer auch die Zusammenarbeit, also die Öffnung. Das heißt wir können gar nicht allein arbeiten und sagen, es interessiert uns Nichts links und Nichts rechts, ja das funktioniert nicht. Das funktioniert deshalb nicht, weil dann können wir weder diese Qualitätsstandards entwickeln noch halten und zweitens funktioniert es nicht, weil wir dann auch gar nicht wahrgenommen werden. Weder von den Systemen, in die wir hineingehen, noch von den Menschen, für die wir eigentlich da sein möchten. Daraus entwickelt sich aber, also wenn dieser Dienstagauftrag darin ist, dass wir sagen, einen offenen Blick haben müssen. Heißt einerseits, wir müssen auch eine sogenannte ökumenische Kompetenz haben, das heißt, die Wahrnehmung auch, dialogbereit zu sein, auf die anderen zuzugehen, zu sagen wir haben dies Situation in Österreich, dass die katholische Kirche Seelsorge in jedem Krankenhaus garantiert hat. Und wir sind, ich sage das aufgrund dieser Vorrecherche für die Generalsynode, gab es einen Studientag und da haben wir dann eine große Erhebung gemacht zu Situation, zur Ist-Situation der Krankenhausseelsorge in Österreich. Wo wir gesagt haben, Evangelische Seelsorge ist nicht generell, sondern speziell da. Also wir sind nicht überall, das können wir gar nicht garantieren, weil wir gar nicht überall in Österreich präsent sind, auch nicht als Kirche. Aber was wir tun können ist, dass wenn wir dort sind, dort auch den Kontakt zu den katholischen Kollegen suchen und je nachdem, wie dort die Offenheit ist auch für Ökumene, haben wir auch dort einen Zugang oder auch nicht. Weil das sind ganz praktische Dinge. Bekomme ich einen Schlüssel oder muss ich dann kommen, wenn die Kollegen da sind. Also sozusagen, wenn die Öffnungszeiten da sind. Habe ich einen Kleiderhaken oder habe ich vielleicht einen eigenen Kleiderspint? Habe ich ein Büro? Habe ich Zugang zum Computer? Habe ich irgendwie einen Mantel? Bin ich im System des Krankenhauses drin oder gelte ich als Besucherin? Also diese ganzen Dinge müssen geregelt sein und da sind wir auch jetzt erst richtig durch die Datenschutzgrundverordnung wieder, glaube ich, auch gut sozusagen auf die Realität zurückgestutzt worden. Dass wir das immer wieder auch einfordern müssen udn erstreiten müssen udn da aber auch zeigen müssen, dass das da nicht irgendjemand kommt, sondern dass dort qualifizierte Personen hinkommen. Weil das gehört auch zur Krankenhausseelsorge dazu. #0:16:54.1 - 0:20:40.6

I: Und am Telefon hatten wir auch schon oder hatten Sie auch schon einige rechtliche Rahmenbedingungen für eben die Kooperation oder die Krankenhausseelsorge im Allgemeinen erwähnt. Gibt es da auf gesetzlicher Ebene schon teilweise Zusammenarbeiten mit / Also in der Ökumene gibt es ja diese Standards, von denen sie ja erzählt hatten, aber auch mit anderen religiösen Gruppen? #0:20:45.3 - 0:21:09.2

B: Ja, also man muss differenzieren. Einerseits, wie ist die gesetzliche Lage in Österreich und wie ist die Grundlage der ökumenischen oder interreligiösen Zusammenarbeit in Österreich. Die grundgesetzliche Lage in Österreich ist, dass jede Patientin, jeder Patient das Recht auf religiöse Betreuung hat und dass das in jedem Krankenhausgesetz und Krankendurchführungsgesetz jedes öffentlichen Krankenhauses auch enthalten ist. Und dieser religiösen Begleitung kommt nach der Vorstellung des öffentlichen Gesetzgebers die jeweilige Kirche nach. Und zwar durch die anerkannten Religionsgemeinschaften. Die sagen, ich muss einer anerkannten Religionsgemeinschaft angehören und dann habe ich das Recht auf Begleitung dieser Person. Wie diese Person informiert wird, dass ich im Krankenhaus liege, das ist unterschiedlich. Das heißt die Krankenhäuser gehen davon aus, dass es erstens so ist, dass ich mich selber rühre und dass ich sage, ich möchte. Also dass ich sage, ich möchte seelsorgerliche Begleitung haben, damit kann ich mich wenden an die Schwester oder den Pfleger der Station oder an den Portier oder wie auch immer an Vertreter des Krankenhauses. Und die werden dann sich bemühen, dass dann jemand kommt. Also sozusagen diese Richtung: ich sage, was ich brauche und die Institution schaut, dass ich das Bedürfnis erfüllt bekomme. Jetzt ist die Institution nicht dafür da, jeden einzelnen Patienten da nachzutelefonieren, wo man die anrufen kann. Dann geht es meistens so, dass sie das sagen: ja dann sage ich das der katholischen Seelsorge, die im Haus ist. Und da gibt es jetzt wahrscheinlich, also das wissen wir nicht, aber da nehme ich jetzt mal an, grundsätzlich einen Rahmenvertrag zwischen der katholischen Kirche und diesen Krankenhausträgern auf Grundlage des Konkordates. Das ist ja auch eine gesetzliche Grundlage zwischen Staat Österreich und Staat Kirche. Dass die Zugang haben zu jedem Raum und dort auch/ und sie sagen auch: wir sind dafür da. Also geben sie diesen Auftrag, dieses Bedürfnis an uns und wir sind dafür da. Und wenn wir es nicht selbst befriedigen können, weil eben im größten Prozentteil aller Fälle sind es auch Menschen katholischen Glaubens, die das auch gerne hätten. Dann sind wir diejeni-

gen, die das gerne an andere Religionsgemeinschaften und Konfessionen weiterleiten. Das heißt die katholischen Kollegen haben immer eine Liste mit den Konfessionen und können dann sagen: du da liegt die Frau Maier, die hat gesagt, sie ist evangelisch. Und ich habe sozusagen eine Liste mit Kontakten in der Umgebung und rufe dann den Kollegen an und sage: komm doch vorbei. Das ist die Perspektive des Krankenhauses und die Selbstkonzeption und Selbstbeschreibung, Perspektive von Seelsorgern katholischen Selbstverständnisses: wir sind für alle da. Nun gibt es aber Minderheitenkirchen und das ist die evangelische Kirche, die hat ein Protestantengesetz. Das ist ein Vertrag von 1961 mit dem Staat Österreich, wo ihnen als Körperschaft des öffentlichen Rechtes erlaubt ist und zugestanden ist, zu jeder Einrichtung also zu jeder Anstalt zu gehen und zu sagen: wer ist hier evangelisch und für die sind wir da. Das heißt, wie die Anstalt dazu kommt, zu wissen, wer evangelisch ist, ist eigentlich ihre Geschichte. Sie müssen es uns nur sagen und dann können wir das Angebot machen und dann kann der Mensch sagen: nein, brauche ich nicht, nein will nicht, nein darf ich nicht. Daraus hat sich entwickelt eine Einstellung oder eine Wahrnehmung von Evangelischen, wenn ich irgendwo bin, freue ich mich, dass jemand von meiner Kirche vorbeikommt, weil dann werde ich wahrgenommen und werde ich gesehen von meiner Kirche. Das ist für eine Minderheit auch schon ein seelsorglicher Akt. Diese Wahrnehmung ist jetzt durch die neue Datenschutzgrundverordnung beziehungsweise schon immer wieder. Und das kann man jetzt auch nachsehen seit 1982 eigentlich schon durch die Datenschutzgeschichten immer in Frage gestellt worden. Dass man sagt Religionsbekenntnis gehört zu den sensiblen Daten dazu. Also alle Informationen über einen Menschen, für die er oder sie verfolgt werden kann, sind letztendlich sensible Daten. Da gehört das Religionsbekenntnis dazu. Es gehört aber auch dazu, ob ich gesund bin oder krank. Vielleicht will ja gar niemand wissen/ will ja jemand, dass ein Kurator oder Pfarrer oder wer auch immer, eine Person gar nicht, dass das jemand anderes weiß, dass er oder sie im Krankenhaus ist. Also einmal diese Dimension wahrzunehmen. Was heißt das, wenn eine Person, die innerkirchlich vielleicht irgendwie eine gewisse Öffentlichkeit hat, auf einmal auf der Onkologiestation liegt. Und das über die Krankenhausseelsorge dann weitererzählt wird. Das sind so ganz heikle und ganz sensible Daten. Also es sind immer wieder mit den Krankenhäusern, die Frage, wer bekommt die Liste oder wie wird so eine Liste zustandekommen. Wer bekommt sie in die Hand? Wie geht man damit um? Wie sind die Daten dadurch geschützt? Ist so ein

Thema, das sich seit 1982 durchzieht. Und jetzt durch diese neue Datenschutzgrundverordnung scheint es so zu werden, dass es immer schwieriger wird, dass keine Erhebungen mehr stattfinden, sondern nur noch die Frage gestellt wird: Wollen Sie Seelsorge? Bei der Aufnahme. Und bei der Aufnahme diese Frage zu beantworten, ist für manche Menschen, gerade wenn sie in eine schwierige Situation kommen, wo eigentlich Seelsorge gut wäre, dann sagen: nein, bloß nicht, brauche ich nicht, weil das hieße ja, ich wäre wirklich krank. Also das spießt sich inhaltlich dann an dieser Stelle. Das sind die gesetzlichen Grundlagen. Grundlagen für eine ökumenische Zusammenarbeit gibt es nicht. Es gibt gemeinsame Papiere von katholischen Seelsorgerinnen und evangelischen Seelsorgerinnen. Es gibt Richtlinien für ökumenische Zusammenarbeit also in einzelnen Diözesen, nicht in allen. Es gibt in Tirol, das ist die große Ausnahme, eine gesetzliche Zusammenarbeit. Dadurch das mit den TILAK, mit den Landeskliniken in Tirol gemeinsam von der Superintendenz und vom katholischen Bischof dort mit den Krankenhausseelsorgern ein Vertrag verfasst worden ist und damit dann letztendlich auch die Zusammenarbeit auf eine vertragliche Grundlage gestellt wird. Aber alle anderen Diözesen oder Länder sind letztendlich ohne Verträge, ohne schriftlichen Verträge. Und wir sind derzeit in Wien dabei, einen schriftlichen Vertrag zu erstellen, in Niederösterreich, einen schriftlichen Vertrag zu erstellen. In Oberösterreich gibt es etwas für die Uniklinik. Das ist ja. #0:21:10.6 - 0:30:01.2

I: Und das beläuft sich aber auf die Ökumene erstmals, diese/. Eine weitere interreligiöse Zusammenarbeit noch nicht? #0:30:04.4 - 0:30:12.9

B: Nein. Also es gibt so was, dass interreligiöse Zusammenarbeit, die auf irgendwelchen Grundlagen stattfinden, ist etwas, was etwas, was ganz, ganz selten oder wo wir wirklich ganz am Anfang sind. Also es gibt in Frankfurt vom Rat der Religionen ein Papier, wo sie Empfehlungen geschrieben haben, wie so interreligiöse Zusammenarbeit geht. Aber ich habe zum Beispiel von meinem Kollegen vom Krankenhaus in Frankfurt erfahren, das ist es ohne Einbindung der Krankenhausseelsorge geschehen. Es gibt Willensbekundungen zur Ökumene, es gibt praktische Kooperationen und Projekte der interreligiösen Zusammenarbeit, aber es gibt keine offiziellen. Und damit ist das Ganze immer eine good will Aktion. Wir haben viel, also viele Traditionen, gute Traditionen, gute Erlebnisse von diesem wirklich Auseinanderzugehens, aber das hängt von Personen ab, das hängt von Zeit ab, das hängt von Projekten ab. Und die sind mal gut und mal wieder nicht. Also es ist noch alles sehr herzlich. Wirklich die

wichtigste Grundlage ist tatsächlich eine herzliche Grundlage, Vertrauensgrundlage, aber es ist keine, die hält, also die sozusagen strukturell hält. Die muslimischen Kolleginnen und Kollegen haben jetzt in den letzten Jahren ganz viel erreicht, indem sie eine Ausbildung entwickelt haben. Postgraduate Center der Universität Wien in Kooperation mit den Islamstudien, religionswissenschaftlichen Studien, Islamstudien. Da haben die dort eine Qualifizierung von Leuten gemacht haben für die Gefängnisseelsorge und für die Krankenhausseelsorge. Auch mit dem Ziel, das ähnlich zum Beispiel Gefängnis oder Militär, dass das auch finanziert wird, dass da mehr/ Die katholische Kirche hat einem Militärkaplan, der ist Bundesbediensteter. Die evangelische Kirche kriegt Stellen, sozusagen nach einem Stellenplan und das müsste eigentlich für Muslime auch dabei sein, aber das ist momentan nicht. Und dann haben wir so schwierige Situationen, wo alle da sind, aber dann halt ehrenamtlich bleiben sollen. Und dann hat man eine Differenzierung zwischen finanziell und professionell aufgestellten Seelsorge und einer ehrenamtlich tätigen großen Gruppe aus den anerkannten Religionsgemeinschaften. #0:30:13.4 - 0:33:23.4

I: Ok, herzlichen Dank. Ich wäre so eigentlich mit meinen Fragen schon durch ich weiß nicht, ob Sie von sich aus noch was sagen, was vielleiht noch gar nicht aufgekommen ist, was vielleicht noch wichtig wäre in dem Kontext, ansonsten. #0:33:27.9 - 0:33:47.6

B: Was interessiert Sie denn, also das strukturelle oder das inhaltliche? #0:33:49.8 - 0:33:56.5

I: Also ich finde es beides sehr interessant. Also es geht in meiner Arbeit also erstmal darum, zu schauen, was ist eigentlich da. Was sind die Inhalte, was sind die Ziele auch von den Seelsorgekonzepten, die die einzelnen Kirchen vielleicht haben. Also wie schaut das Konzept aus und wie funktioniert das dann auch in der Praxis. Also auch so ein Befund im Prinzip. #0:33:57.2 - 0:34:22.6

B: Also wir können jetzt nochmal ganz in den Fokus gehen auf das AKH, Allgemeines Krankenhaus in Wien, was im Vergleich zu Gesamtösterreich zu den einzelnen Bundesländern vielleicht wirklich eine Sonderstellung einnimmt. Also das muss man auch so sagen. Und diese Sonderstellung ist dadurch gegeben, dass die Gemeinde Wien als sie damals das neue AKH gebaut haben Anfang der 80er Jahre drei Religionen nebeneinander in Gebetsräume ein - die haben Sie auch schon besucht nehme ich an. Also auch dort diese Besonderheit ist, dass es die einzige evangelische Kapelle in

einem öffentlichen Krankenhaus in Österreich im AKH in Wien zu finden ist. Alle anderen, auch jetzt das Krankenhaus Floridsdorf, Krankenhaus Nord hat einen großen christlichen Gebetsraum, der von evangelischer und katholischer Kirche gemeinsam vorbereitet worden ist, wo es ein Eck gibt auch, wo die Orthodoxie sich wiederfinden kann. Es gibt einen muslimischen Gebetsraum und einen jüdischen Raum der Stille. Keine Synagoge mehr, weil es auch zu groß ist und so einen Platz der Religionen für alle anderen. Im AKH ist es so, dass es gibt, die beiden großen christlichen Kapellen. In der katholischen Kapelle ist ein Seitenbereich mit zwei orthodoxen Ikonen von der griechisch-orthodoxen Kirche eingerichtet worden. Als die griechische-orthodoxe Kirche kurz vor der Errichtung oder Eröffnung des AKH gemerkt hat, dass die Orthodoxie nicht vorkommt, haben sie diese Ikonen gespendet und damit gibt es diesen Raum in der katholischen Kapelle. Der ist jahrelang von den orthodoxen Kirchen nicht genutzt worden und das hat sich erst in den letzten - jetzt muss ich überlegen - fünf bis acht Jahren ergeben. Und dort hat sich jetzt auch, das ist auch neu, es gibt eine orthodoxe Konferenz der Kirchen in Österreich mit einem Vorsitzenden, der das auch vorantreibt. Es haben sich ausdifferenziert die altorientalisch-orthodoxen Kirchen und die orthodoxen Kirchen, um nicht auch verwechselt zu werden, weil sie auch keine Kirchengemeinschaft haben miteinander. Also wir haben jetzt im AKH dadurch einen koptisch-orthodoxen ehrenamtlichen Diakon, der von seinem Bischof gesendet worden ist. Wir haben zwei griechisch-orthodoxe SeelsorgerInnen, wo von einer auch gesendet ist und auch richtig sozusagen richtig ausgebildet zu diesem Bereich dafür. Es gibt Kontakte zu den anderen orthodoxen Kirchen in Wien, die aufgeschlossen oder weniger aufgeschlossen sind. Es kristallisieren sich auch Besonderheiten heraus.

[kurze Unterbrechung].

Es ist zum Beispiel eine große Kirche ist die serbisch-orthodoxe Kirche, die sich dann in Wien aufgeteilt hat in Bezirke und dann kommt auch nur der Pope von dem Bezirk. Das heißt, wenn sie dort anrufen, fragt der immer, wo wohnt die Person. Das kann man aber nie sagen, deswegen kommt es dann immer mal wieder zu Komplikationen. Der eine sagt: ich komme trotzdem. Der andere sagt: nein, ich komme nur wenn ich weiß, wo er wohnt und ob der zu meinem Sprengel dazugehört oder nicht. Das sind dann so Komplikationen, die dann in der Praxis entstehen. Und es gibt von der jüdischen Gemeinde, also wenn es jetzt interreligiös hinausgeht, von der jüdischen Ge-

meinde zwei Menschen, die für ganz Wien dafür zuständig sind, die Belange von jüdischen Patientinnen und Patienten nachzukommen. Das ist meistens koscheres Essen und die Frage der Versorgung von Menschen, die verstorben sind, weil das ganz wichtig ist. Und da sieht man auch den Unterschied in dem, was als Seelsorge verstanden wird. Also die einen sagen für uns ist es wichtig, dass jemand nach seinen Gesetzen leben kann auch im Krankenhaus, also dass er die Gesetze einhalten kann. Für die orthodoxen Kollegen ist es eigentlich, dass dort auch kirchliche Sakramente gespendet werden oder nicht. Das ist ein Mix bei den katholischen Kollegen, weil dort auch gesagt wird, Krankensalbung ist ein Teil von seelsorglichem Handeln auch. Aber das Gespräch ist auch da, auch von der langen Tradition der Ausbildung her. Die evangelische Seelsorge, die ganz stark auf Gespräch setzt und sagt: aber wir sind auch da, wenn Segen, wenn Verabschiedung, wenn Abendmahl am Krankenbett, wenn Gottesdienste im Krankenhaus - sind wir auch, aber das ist jetzt nicht das Vordringliche. Und die muslimische Seelsorge, die interessanterweise sich wieder sehr mit der jüdischen Betreuung von Patienten deckt, wo es darum geht nach den Gesetzen zu essen, die Gebete einhalten zu können fünf Mal am Tag und wenn die verstorbenen sind, dass sie auch innerhalb kürzester Zeit in die Erde kommen können, dass sie nicht in die Pathologie kommen. Also solche wichtigen Dinge. Aber gleichzeitig, weil sie schon die zweite und die dritte Generation auch in Österreich betreuen, sagen wir haben hier auch ein ganz starkes Bedürfnis von Menschen muslimischen Glaubens, die möchten auch besucht werden und die möchten auch ein Gespräch haben. Wo sich diese Familientradition, dass diese Versorgung von der Familie gehalten wird, von der Großfamilie und es dort auch zur Pflicht gehört, zu besuchen. Also man sagt immer, dieses große Problem, 20 Leute stehen dann am Krankenbett. Ja, das ist eine Pflicht. Das ist so wie wir sagen: ich war krank und ihr habt mich besucht. Und diese Pflicht gilt aber für Familienangehörige und ich verliere mein Gesicht, wenn ich nicht da war. Deswegen rennen auch immer alle so hochgradig motiviert dorthin. Aber wenn das von der Seelsorge auch aufgenommen wird von der muslimischen Seelsorge, geht das auch. Also das heißt, da verändert sich auch was. Und das zu wissen, das voneinander zu wissen, ist auch ein ganz großes Ergebnis von einer interreligiösen Plattform im AKH von einer - zeitweise war es interreligiöse Seelsorge, wie ein katholischer Kollege immer gesagt hat: wir sind die AG interreligiöse Seelsorge. Da haben wir lange diskutiert, dass wir nicht interreligiöse Seelsorge machen, sondern halt gemeinsam die Plattform haben von Veranstaltungen, dass das auch als Fortbildungseinheit für uns jeweils war.

Von Ethikgesprächen, wo evangelische Seelsorgerinnen mit einer muslimischen Seelsorge zu einem Thema gefragt sind oder gesprochen werden. Oder wo wir gemeinsam aus unserer Wahrnehmung - im Grunde genommen - Fragen am Anfang des Lebens, am Ende des Lebens, Frage zur Medizinethik, zur Frage zum Thema Suizid, zum Thema Sterben dürfen, wollen. Also so das Ganze abhandeln und dort präsentiert haben und damit glaube ich auch sehr viel im AKH auch hineingewirkt haben bei den Ärztinnen und Ärzten in die Auseinandersetzungen, in die Wahrnehmungen der Seelsorge. Und jetzt komme ich zum letzten Punkt, weil das gehört zu diesem Interreligiösen oder diesem Grenzüberschreitenden dazu. In dem Moment, wo wir in diese Diskussion hineinkommen und miteinander ins Gespräch kommen und fragen, was ist deine Aufgabe, was ist meine Aufgabe, wofür bin ich hier im Sinne des Patienten. Dann kommen wir in diesen Diskurs, den wir kennen von der WHO, vom Palliative Care Bereich, wo Spiritual Care als ein Teil von den ganzen Caring Anliegen im Krankenhaus behandelt wird. Und wo Seelsorge dann als spezialisierte Spiritual Care ihren Ort hat. Und dieses Konzept oder diese Wahrnehmung fängt auch erst in den letzten Jahren an, auch von Seelsorgerinnen und Seelsorgern ganz bewusst auch im Krankenhaus anzusprechen und anzugehen. Und auch hier haben wir unterschiedliche Entwicklungen, also katholische Seelsorge, katholische Theologie, katholische Wahrnehmung in Österreich hat jetzt gesagt: Ok, sie haben jetzt eine Spiritual Care Ausbildung im Kardinal-König Haus angeboten mit dem A. ganz stark und das heißt, der prägt auch diese Wahrnehmung von Spiritual Care als Care Konzept als Caring. Also die Sorge ist ganz wichtig in Mittelpunkt gestellt. Es gibt einen Systematiker an der Universität Wien, der hat gesagt, Spiritual Care ist für ihn Christus Medicus, also von daher ist es sehr christlich ausgerichtet. Also Spiritual Care ist die christliche Seelsorge und alle anderen ist sozusagen die Wahrnehmung, dass wir für alle da sind. Und es gibt eine evangelische Wahrnehmung, die ist auch orientiert vielleicht ein bisschen an dem Diskurs, der in Deutschland und in der Schweiz stattfindet und wo man sagt, Spiritual Care ist eine Haltung der Offenheit. Der Systematiker U.K. hat dazu gebracht, dass es so ein institutionsethisches Konzept ist. Das heißt viel stärker nochmal an das System angebunden als eine Wahrnehmung, dass nicht alles in unserer Hand liegt und dass es auch endlich sein kann. Und dann Seelsorge, christliche Seelsorge mit der Hoffnung also mit der Lebenshoffnung letztendlich dort als spezialisierte Spiritual Care in die Transzendenz auch ein Stück bringen kann - Sie merken, es wird schon

auf einmal theoretischer dann. Dort dann in der Praxis unterschiedliche Rollen einnehmen kann: Vermittlung, Mediation, Dasein, Angebot zu machen, liturgische Handlungen - ganz unterschiedlich nach dieser Frage, was ist jetzt Not, was tut jetzt gerade not. Und das ist immer ein Aushandlungsprozess. Da sind wir zurzeit in der Diskussion - also es ist noch nicht abgeschlossen, also es ist noch nicht klar, was wir da sind, was wir da sein werden und was wir da sein können. Gut. #0:34:23.8 - 0:46:58.9

I: Dann herzlichen Dank nochmal. Dann würde ich aufhören aufzunehmen. #0:47:00.3 - 0:47:05.8