



Klinikseelsorgerinnen und Klinikseelsorger als medizinethische Akteure

Profil und Kompetenzen

Ergebnisse einer partizipativen Interview-Studie

Christof Mandry – Christian Sperneac-Wolfer – Gwendolin Wanderer

Goethe-Universität Frankfurt am Main
Fachbereich Katholische Theologie
Professur Moraltheologie / Sozialethik
Arbeitsstelle Medizinethik in der Klinikseelsorge

Prof. Dr. Christof Mandry
Professor für Moraltheologie und Sozialethik
und Leiter der Arbeitsstelle »Medizinethik in der Klinikseelsorge«
Goethe-Universität Frankfurt am Main

Gwendolin Wanderer
Wissenschaftliche Koordinatorin der Arbeitsstelle »Medizinethik in der Klinikseelsorge«
Goethe-Universität Frankfurt am Main

Christian Sperneac-Wolfer
Sozialwissenschaftler mit dem Schwerpunkt qualitative Forschung
Goethe-Universität Frankfurt am Main

Liste der Teilnehmer*innen

Mitglieder der Forschungsgruppe:

Ursula Bürger, Jürgen Janik, Barbi Kohlhage, Cäcilia Kuhn, Christof Mandry,
Christian Sperneac-Wolfer, Gwendolin Wanderer

An der Studie haben sich 19 Klinikseelsorger*innen beteiligt,
von denen folgende einer namentlichen Nennung zugestimmt haben:

Ursula Bürger, Agnes Doerr-Roet, Dr. Ulrich Graser, Jürgen Janik,
Renata Kiworr-Ruppenthal, Heike Knögel, Cäcilia Kuhn, Loni Meyer,
Karl Schermuly, Wiltrud Stoer, Wolfgang Schöllner, Petra Thielen

Bezug:

Die Broschüre kann digital auf der Website der Arbeitsstelle heruntergeladen werden:
www.uni-frankfurt.de/klinikseelsorge-studie

Eine gedruckte Version ist über die Arbeitsstelle gegen eine geringe Gebühr beziehbar.

Adresse:

Medizinethik in der Klinikseelsorge
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Fachbereich 07 - Katholische Theologie
Professur für Moraltheologie/Sozialethik
Campus Westend
Norbert-Wollheim-Platz 1
60629 Frankfurt am Main

Impressum:

Prof. Dr. Christof Mandry, Frankfurt am Main, Juni 2019, (V.i.S.d.P.)
Grafik Design: Beate Oehler / info@beateoehler.de

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Studiendesign / Forschungsgruppe & Workshop / Material & Auswertung	6
Ergebnisse	9
1. »Vor welchen Herausforderungen, Hindernissen und Widerständen stehen Sie in Ihrer medizinethischen Rolle und wie gehen Sie mit diesen um?« »Medizinethische Rolle« / »Hindernisse« / »Widerstände« / »Wie gehen wir damit um?«	9
2. »Spielen in Ihrer medizinethischen Arbeit auch Organisations- und Strukturfragen eine Rolle? Wenn ja, wo sehen Sie Schwerpunkte?« »Orte und Themen« / »Rolle und Position« / »Beziehung zwischen Krankenhaus und Seelsorge« ...	13
3. »Wohin entwickelt sich die Medizinethik in der Klinikseelsorge? Wo sehen Sie besondere Herausforderungen?« »Positive Entwicklungen« / »Skepsis« / »Herausforderungen«	18
4. »Welche Kompetenzen benötigen Sie als Klinikseelsorger*in, um im Kliniksystem qualifiziert ethisch mitreden zu können und tätig zu sein?« »Fachliche Voraussetzungen« / »Professionskompetenzen« / »Selbstkompetenz«	22
Weiterführende Thesen	25
Literaturverzeichnis	26
Anhang: Poster	28



Einleitung

Klinikseelsorgende sind im Krankenhaus oftmals wichtige Akteure in medizinethischen Zusammenhängen. Neben Ärzt*innen und Pfleger*innen sind es gerade Klinikseelsorger*innen, die sich medizinethisch einbringen. Nachdem in den meisten Krankenhäusern Ethikkomitees etabliert wurden und ethische Fallbesprechungen stattfinden, ist es Zeit für eine fundierte Bestandsaufnahme des medizinethischen Kompetenzprofils von Klinikseelsorger*innen. Aufschlussreich ist es insbesondere, die spezifischen Herausforderungen zu untersuchen, vor denen Klinikseelsorgende stehen, wenn sie mit ethischen Problemen im Klinikalltag konfrontiert sind, eine Beratungsaufgabe erfüllen oder als Gesprächspartner in ethischen Fragen gesucht werden. Worin besteht das genuine Profil von Klinikseelsorger*innen, wenn sie zugleich Akteure im multiprofessionellen Feld der Medizinethik sind? Seit 2010 bildet der Zertifizierungskurs »Medizinethik in der Klinikseelsorge« am Fachbereich Katholische Theologie der Goethe-Universität katholische und evangelische Klinikseelsorger*innen zu medizinethischen Berater*innen weiter. Dabei geht es nicht allein um medizinethische Wissens- und Kompetenzvermittlung, sondern auch um die theologische und ethische Reflexion ihres speziellen Selbstverständnisses als Seelsorgende und als Ethik-Expert*innen. Die Nachfrage an dieser Weiterqualifikation ist weiterhin hoch, ebenso wird seitens der Absolvent*innen und Teilnehmer*innen ein stetes Interesse an aktuellen, fundierten und praxisnahen kontinuierlichen Fortbildungsangeboten geäußert. Daher wurde eine empirische Studie in Angriff genommen: Welche Erfahrungen machen die bisherigen Absolvent*innen des Zertifizierungskurses als medizinethische Akteure im Klinikkontext? Wie erleben sie diesen Tätigkeitsbereich, wie steht es um die Realität der medizinethischen Beratung im Krankenhaus, welche Entwicklungen nehmen sie wahr? Es war klar, dass solche Einsichten nur methodisch kontrolliert zu gewinnen sein können. Schließlich soll auf ihrer Basis das Fort- und Weiterbildungsangebot der Arbeitsstelle »Medizinethik in der Klinikseelsorge« weiterentwickelt werden. Außerdem sollten Erkenntnisse über die Praxis der Medizinethik in Krankenhäusern gewonnen werden: Der medizinische Fortschritt,

aber auch die Entwicklung in der Gesundheitsversorgung und speziell im Krankenhaus, machen auch die permanente Fortentwicklung der Medizinethik und ihrer Kompetenzstandards erforderlich. Wie nehmen Klinikseelsorgende, die im Krankenhaus tätig sind, aber keinen Gesundheitsberuf ausüben und die als Seelsorgende über einen eigenständigen Zugang zur »Lebenswelt Krankenhaus« verfügen, diese Praxis wahr? Was geben ihre Einsichten der Medizinethik, aber auch der Theologie zu denken?

Von November 2018 bis April 2019 wurde deshalb am Fachbereich Katholische Theologie der Goethe-Universität Frankfurt am Main eine Studie mit dem Titel »Kompetenzen, Herausforderungen und Entwicklungen im Berufsalltag medizinethischer Akteur*innen in der Krankenhauseelsorge – eine partizipative Studie« durchgeführt. Diese Broschüre fasst erste und zentrale Ergebnisse zusammen. Als explorative Studie verfolgt sie das Ziel, das Diskussionsfeld weiter zu öffnen, einzelne, relevante Aspekte und Anknüpfungspunkte für die weitere wissenschaftliche, gesellschaftliche und kirchliche Auseinandersetzung zu markieren und so eine Vorarbeit zu leisten für ethische und theologische Wahrnehmung von Klinikseelsorger*innen bei Akteur*innen im Krankenhaus.

Der Zertifizierungskurs »Medizinethik in der Klinikseelsorge«¹ wird seit seinen Anfängen von einem Forschungsprojekt begleitet, das eine ganze Reihe von Ergebnissen erbracht hat und weiterhin erbringt. Viel wurde beispielsweise zur Herangehensweise der Klinikseelsorge über Begegnungs- und Fallerzählungen und insbesondere zum narrativ-ethischen Ansatz geforscht.² Ergänzend zu der bisherigen Auseinandersetzung wird mit dieser Studie ein anderer Weg eingeschlagen. Das tatsächliche wie das erforderliche Medizinethik-Kompetenzprofil der Klinikseelsorge wird nun durch eine empirische, qualitative und partizipative Studie erschlossen.

¹ Weitere Informationen zum Zertifizierungskurs, der partizipativen Studie sowie zu weiteren Publikationen finden sich auf der Homepage der Arbeitsstelle »Medizinethik in der Klinikseelsorge«: www.uni-frankfurt.de/medizinethik-in-der-klinikseelsorge.

Die Studie ist partizipativ angelegt: Klinikseelsorger*innen werden selbst aktiv und schlüpfen in die Rolle von Forschenden und Mitforschenden. Entsprechend wurden die Leitfragen der Studie von Klinikseelsorger*innen entwickelt; die hier präsentierten Ergebnisse beruhen auf den Interviews und Reflexionen von Klinikseelsorger*innen, und Klinikseelsorgende sind in den Auswertungsprozess der von ihnen erhobenen Daten einbezogen. Ihnen werden auch die Ergebnisse zuerst zur Kenntnis gegeben. Mit dieser partizipativen Ausrichtung betritt die Studie im deutschsprachigen Raum Neuland und dürfte hier die erste partizipative Studie mit Klinikseelsorger*innen sein.

Wir hoffen, dass die hier präsentierten Ergebnisse Klinikseelsorger*innen in ihrem Berufsalltag unterstützen, ihr Kompetenz- und Reflexionsprofil untermauern und die Vernetzung untereinander bestärken. Hierzu konzentriert sich die Broschüre auf die Ergebnisse, die während des zentralen Workshops im Januar 2019 entwickelt wurden. Die folgenden vier Forschungsfragen standen im Mittelpunkt dieses Workshops:

(1) »Vor welchen Herausforderungen, Hindernissen und Widerständen stehen Sie in Ihrer medizinethischen Rolle und wie gehen Sie mit diesen um?«

(2) »Spielen in Ihrer medizinethischen Arbeit auch Organisations- und Strukturfragen eine Rolle? Wenn ja, wo sehen Sie Schwerpunkte?«

(3) »Wohin entwickelt sich die Medizinethik in der Klinikseelsorge? Wo sehen Sie besondere Herausforderungen?«

(4) »Welche Kompetenzen benötigen Sie als Klinikseelsorger*in, um im Kliniksystem qualifiziert ethisch mitreden zu können und tätig zu sein?«

Diese Ergebnispräsentation folgt diesen Fragen. Wo den Studienresultaten eigene Interpretationen unsererseits hinzugefügt wurden, sind diese als solche zu erkennen. Weitergehende Auswertungen des Studienmaterials sind in Vorbereitung.

Wir haben vielfachen Dank abzustatten: Ohne das verbindliche Engagement von Frau Barbi Kohlhage, Frau Cäcilia Kuhn, Frau Ursula Bürger und Herrn Jürgen Janik, die als Mitglieder der Forschungsgruppe die Studie inhaltlich mitkonzipiert und mitgeleitet haben, wäre dieses Vorhaben nicht möglich gewesen. Herzlichen Dank! Ein herzlicher Dank gilt all jenen 19 Klinikseelsorger*innen, die trotz ihrer hohen beruflichen Beanspruchung als Mitforschende an dieser partizipativen Studie teilgenommen haben. Wir danken auch allen weiteren Klinikseelsorger*innen, die aus Termingründen nicht mitwirken konnten, uns aber mit ihrem Interesse den Rücken gestärkt haben. Weiterer Dank gilt den Hilfskräften Elif Yilmaz, Phillip Schwed, Marina Brenzel und Mate Škarica für ihre tatkräftige Unterstützung an verschiedenen Stellen im Studienverlauf, Berrit Theel und Ivo Greuloch für die sorgfältige Transkription des Materials sowie David Wedmann für die fotografische Begleitung der Studie. Von sozialwissenschaftlicher Seite haben uns Michael T. Wright (Berlin) und Claudius Wagemann (Frankfurt) bei methodischen und konzeptionellen Fragen beratend zur Seite gestanden – auch ihnen sei herzlich gedankt.

*Christof Mandry, Christian Sperneac-Wolfer,
Gwendolin Wanderer
Frankfurt, den 25.06.2019*

²Wie die Publikationsreihe Medizinethik in der Klinikseelsorge, in der unter anderen bisher erschienen sind: *Perspektiven der Medizinethik in der Klinikseelsorge*, (Moczynski, Haker, Bentele, Wanderer 2009), und *Zwischen Parteilichkeit und Gerechtigkeit* (Bobbert 2015).

Studiendesign

Qualitative Sozialforschung ist ein Teilbereich der empirischen Sozialforschung und möchte die soziale Wirklichkeit verstehen. Sie zielt, so die Sozialwissenschaftler*innen Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke in ihrer Einleitung zum Handbuch »Qualitative Forschung«, auf die Beschreibung der »Lebenswelten« »von innen heraus« (Flick, von Kardorff, Steinke 2010: 14). Daher ist sie auch an den individuellen Erfahrungen und Sichtweisen interessiert. Qualitative Sozialforschung nimmt die Befragten als Expert*innen für ihre eigene Situation ernst. Eine Studie, die die Erfahrungen von Klinikseelsorger*innen auswerten und ihre Einschätzungen hören möchte, kann daher nur qualitativ-empirisch angelegt sein. Hierfür wurde ein Verfahren gewählt, in welchem Klinikseelsorger*innen selbst Daten in wechselseitigen Interviews erheben, diese gemeinsam analysieren und schließlich innerhalb der Großgruppe diskutieren. Das gewählte Verfahren ist die *Structured Interview Matrix (SIM)*, die in Kanada entwickelt wurde und in Deutschland bereits in einigen Projekten im Rahmen der Gesundheitsforschung auf Interesse gestoßen ist.³ Die Vorteile dieses Vorgehens liegen auf der Hand: Die Ergebnisse stammen aus der Wirklichkeit der Klinikseelsorger*innen und können folglich in ihre Praxis wieder Eingang finden.

Die Studie ist zudem partizipativ angelegt. Partizipativ bedeutet, dass die Studie mit der weitgehenden Beteiligung der Betroffenen durchgeführt wurde: Die Beforschten werden zu Mitforscher*innen und sind weitreichend an dem Forschungsprozess beteiligt. Sie entscheiden selbst über zentrale Fragen des Studiendesigns und der Ausrichtung, sie führen die Interviews selbst durch und sie sind maßgeblich in die Auswertung der Ergebnisse eingebunden.⁴ In allen diesen Phasen waren Klinikseelsorger*innen an der Steuerung der Studie beteiligt, entweder jede einzelne

Teilnehmende oder durch die mehrheitliche Vertretung in der leitenden Forschungsgruppe. Auch an der Ergebnispräsentation in dieser Broschüre konnten Klinikseelsorger*innen mitwirken, da sie ihnen vor Veröffentlichung zur Verfügung gestellt wurde. »Partizipativ« bedeutet also konkret: In allen Schritten – Planungsphase, Erhebungs- und Analysephase, während der Auswertung und bei der Ergebnispräsentation – sind Klinikseelsorger*innen umfangreich eingebunden.⁵ Eine partizipative Ausrichtung hat ebenso Konsequenzen für die Zielrichtung der Forschung. Nach Hella von Unger zielt partizipative Forschung auch darauf, die »soziale Wirklichkeit [zu] verstehen und zu verändern« (von Unger 2014: 46). Für Veränderungen bedarf es eines Wissens um Probleme. Aus diesem Grund werden zentrale Ergebnisse der Diskussion in dieser Broschüre Klinikseelsorger*innen und Interessierten zugänglich gemacht.

Für diese qualitative und partizipative Studie waren bestimmte Gütekriterien partizipativer Forschung sowie forschungsethische Aspekte zu berücksichtigen.⁶ Hierzu zählen unter anderem die weitreichende Information und die Freiwilligkeit der Teilnahme. Alle Teilnehmenden müssen umfangreich über die Absicht der Studie, ihren Verlauf und über die einzelnen Schritte informiert sein, bevor sie frei über eine Teilnahme entscheiden. Ihre Einwilligung können sie jederzeit widerrufen. Entsprechend wurden die Ziele und das Vorgehen des Projektes dem Adressatenkreis (allen bisherigen Absolvent*innen des Zertifizierungskurses) in mehreren E-Mails und Briefen ausführlich erklärt. Dies wurde auch unternommen, um einen möglichst großen Grad der Beteiligung zu ermöglichen – nur wenn klar ist, was passieren kann, ist eine Beteiligung möglich. Bei allen Veranstaltungen im Studienverlauf fand zusätzlich eine Einführung in das Studiendesign und in das Vorgehen statt. Schließlich wurden bei

³ Vergleiche für das Verfahren der *Structured-Interview-Matrix* das EnRich-Projekt (O'Sullivan, Corneil, Kuziemy, Lemyre, McCrann, 2013; O'Sullivan, Corneil, Kuziemy, Toal-Sullivan 2015). Für partizipative Forschung im Gesundheitswesen vergleiche u.a. das *PaKoMi Handbuch* (von Unger, Gangarova 2015) und den *Sammelband Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (Wright 2010).

⁴ Michael T. Wright und Hella von Unger haben die deutschsprachige Diskussion um partizipative Forschung stark beeinflusst. Vergleiche hierzu unter anderem: *Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung* (Wright, Block, von Unger, H. 2010) sowie die *Einführung in die Forschungspraxis des partizipativen Forschens* (von Unger 2014).

⁵ Die Relevanz der Einbindung wird u.a. in dem *PaKoMi Handbuch* betont (von Unger, Gangarova 2015: 39 f.).

⁶ Vergleiche zu kontextabhängigen Gütekriterien und ethischen Aspekten des partizipativen Forschens unter anderem den Aufsatz *Partizipative Forschungsmethoden* (Bergold, Thomas 2012) und die *Einführung in die Forschungspraxis partizipativen Forschens* (von Unger 2014: 59).

allen projektrelevanten Treffen und einschlägigen Arbeitsschritten sämtliche Teilnehmenden über ihre Rechte nach der Datenschutzverordnung aufgeklärt und ihr schriftliches Einverständnis eingeholt. Regelmäßig wurden die Teilnehmer*innen der Forschungsgruppe über den aktuellen Stand informiert.

Für die Teilnahme am Workshop wurden alle bisherigen Absolvent*innen des Zertifizierungskurses »Medizinethik in der Klinikseelsorge« im gesamten Bundesgebiet angeschrieben. Von den 62 Absolvent*innen haben 19 schließlich am Workshop teilgenommen, 12 Seelsorgerinnen und 7 Seelsorger. Unter ihnen waren 15 katholische und 4 evangelische Seelsorger*innen. Alle verfügen über mehrjährige, teilweise langjährige Erfahrung als Klinikseelsorgende und sind in Einrichtungen vielfältiger Träger tätig: konfessionelle Krankenhäuser, öffentlich getragene sowie in solchen mit kommerzieller Trägerschaft. Auch die Zusammensetzung der Forschungsgruppe ist plural: Vier Klinikseelsorgende (drei Frauen, ein Mann; zwei evangelisch, zwei katholisch) arbeiten mit drei Universitätsforscher*innen zusammen (eine Frau, zwei Männer; zwei Theolog*innen, ein Sozialwissenschaftler).

Forschungsgruppe & Workshop

Im Studienverlauf ist die Forschungsgruppe als das zentrale Steuerungsgremium tätig gewesen. Über den gesamten Projektzeitraum von sechs Monaten haben drei Treffen der Forschungsgruppe stattgefunden. Ihre Mitglieder entwickelten in einem moderierten Prozess gemeinsam die vier Forschungsfragen⁷; sie nahmen am Interview-Workshop teil und sie analysierten im Anschluss an die Transkription exemplarisch das Datenmaterial aus einer Workshop-Gruppe, nämlich jener, die mit der Frage der Kompetenz befasst war.

Der Interview-Workshop – das zentrale Ereignis der Studie – fand am 14.01.2019 in Frankfurt am Main an der Goethe-Universität statt. Während des fünfstündigen Workshops interviewten Klinikseelsorger*innen sich im ersten Schritt gegenseitig anhand der von der Forschungsgruppe ausgearbeiteten Fragen. Dabei wurden Interviewprotokolle geführt. Im zweiten Schritt wurden die Interview-Resultate in Kleingruppen bearbeitet. Jeder Kleingruppe war eine der vier Fragen zugeteilt und jedes ihrer 4-5 Mitglieder hatte zuvor 3 Interviews mit Mitgliedern der jeweils anderen Gruppen geführt. Die Kleingruppen analysierten – ohne Beteiligung akademisch Forschender – ihre Interview-Ergebnisse und erarbeiteten Präsentationen für die Gesamtgruppe. Die Kleingruppen-Diskussionen wurden mitgeschnitten. In der dritten Phase des Workshops wurden die Ergebnisse im Großplenum präsentiert und anschließend frei diskutiert. Bei der Plenumsdiskussion wurden Video- und Tonaufnahmen angefertigt.

Der Ablauf richtete sich nach der *Structured Interview Matrix*. Dieses Verfahren kombiniert die Erhebung der Daten in Einzelinterviews mit einem gestuften Kommunikations- und Verständigungsprozess aller Teilnehmenden. Die erarbeiteten Ergebnisse sind somit kommunikativ validiert: In der Abschlussrunde besteht die Möglichkeit, unzutreffende Ergebnisse zu kommentieren, zu diskutieren oder zu kritisieren. Neben dem Gewinn an neuem Wissen über die soziale Wirklichkeit der Klinikseelsorge und der gemeinsamen Forschung bietet der Ansatz die Möglichkeit für eine Verständigung innerhalb der Community der Klinikseelsorge über aktuelle Probleme und Herausforderungen.

⁷ In der Entwicklung der Forschungsfragen orientierte sich die Forschungsgruppe an der Methode des »Knowledge Mapping« (Pelz, Schmitt, Meis 2004).

Material & Auswertung

Das gesammelte Material – die Interviewprotokolle der Klinikseelsorger*innen, die Aufnahmen der Klein- und Großgruppengespräche, die Posterpräsentationen – wurde transkribiert. Insgesamt liegen knapp 4,5 Stunden Audiomaterial vor, vier Poster und 57 Interviewprotokolle.

Die folgenden Ergebnisse werden auf der Basis der Präsentationen dargestellt, die während des Workshops als Ergebnisse der Analyse vorgestellt wurden. Um eine übersichtliche Darstellung zu ermöglichen, wurden jene Punkte herausgegriffen, die bei Durchsicht des Materials als besonders wichtig erschienen, insofern sie verschiedene Aspekte desselben Themas betonen. Hauptsächlich wurde hierfür das Material der Gruppendiskussion herangezogen. Die Darstellung folgt weitestgehend dem Aufbau und den Kategorien der Plakate; Interpretationen wurden möglichst »nahe« am Material vorgenommen. Abkürzungen auf Plakaten wurden im Sinne besserer Lesbarkeit ausgeschrieben. Markierte Zitate mit Angaben entstammen den Transkripten der Gruppendiskussion (I) oder der Großgruppenpräsentation (P), Zitate von den Postern sind ohne gesonderte Angaben aufgeführt. Kurze Zusammenfassungen finden sich am Ende jedes Kapitels. Im Anhang sind die Poster abgebildet.

Auf eine umfangreiche Einbindung der Ergebnisse in die wissenschaftliche Diskussion wird hier verzichtet, da diese mehr Zeit erfordert und in einer eigenständigen Publikation erfolgen wird. Weitere Auswertungen des Materials werden außerdem in die Konzeption des künftigen Fort- und Weiterbildungsprogramms der Arbeitsstelle »Medizinethik in der Klinikseelsorge« eingehen.

Ergebnisse

1. »Vor welchen Herausforderungen, Hindernissen und Widerständen stehen Sie in Ihrer medizinethischen Rolle und wie gehen Sie mit diesen um?«

In ihrer medizinethischen Rolle treffen Klinikseelsorger*innen einerseits auf jene Herausforderungen, mit denen Medizinethik im Krankenhauskontext generell konfrontiert ist. Andererseits sehen Klinikseelsorger*innen sich auch vor spezifischen Herausforderungen, die aus den beiden Berufsprofilanteilen – der Klinikseelsorge und der Medizinethik – resultieren. Die Gruppe hat diese Aspekte ausführlich diskutiert und unter drei Kategorien geordnet. Die erste trägt die Bezeichnung »medizinethische Rolle«. Unter der zweiten Kategorie wurden »Hindernisse und Widerstände« gesammelt, die dritte Kategorie wurde als eine Frage formuliert »Wie gehen wir damit um?«. An dieser Stelle sollte ein Hinweis vorangestellt werden: Wenn im Folgenden die Probleme im Zusammenhang mit der Arbeitsweise von Ethikkomitees großen Raum einnehmen, bedeutet dies nicht, dass der Arbeitsalltag von Klinikseelsorgenden von diesen Problemen geprägt ist. Vielerorts funktionieren Ethikkomitees reibungslos und Klinikseelsorger*innen arbeiten in ihnen in eingespielter Weise mit. Eine qualitative Studie kann auch keine quantitativen Einsichten ergeben; sie macht aber sehr wohl deutlich, dass es die Klinikseelsorger*innen sehr beschäftigt, unter welchen Umständen die Ethikarbeit und ihre Mitarbeit daran gut oder weniger gut läuft.

»medizinethische Rolle«

Zu den hier besonders bearbeiteten Punkten zählt der Rollenkonflikt zwischen Seelsorger*in und Medizinethiker*in. In den Antworten lassen sich zwei Weisen finden, in denen die Rollenthematik auftaucht: erstens in der Spannung mit dem seelsorgerischen Auftrag und zweitens in der situativen Herausforderung, die beiden Rollenanteile angemessen zur Geltung zu bringen.

»Rollenkonflikt: Seelsorger*in / Medizinethiker*in«

»Bei uns im Haus gibt es überhaupt keine ethische Struktur, ich habe von daher strukturell überhaupt keine medizinethische Rolle« (I, Grü, Z: 25 – 26) berichtet eine Teilnehmerin während der Gruppendiskussion. Eine medizinethische Rollenausübung ist strukturell nicht vorgesehen. Hinzu tritt die Wahrnehmung, unerwünscht zu sein: »Ich werde zwar angesprochen, schon mal vom Personal, aber strukturell ist das nicht vorgesehen und auch nicht erwünscht.« (I, Grü, Z: 25 – 29) Diese Äußerung steht exemplarisch für die Erfahrung, einseitig auf ein Bild von Klinikseelsorge festgelegt zu werden, das den medizinethischen Anteil ausklammert. Während des Gruppengesprächs wird kurz danach über eine weitere Kollegin berichtet. Diese arbeite in einem nicht-christlichen Haus als Klinikseelsorgerin. Sie werde dort zwar als Seelsorgerin wahr- und ernstgenommen. Wann immer sie jedoch auch medizinethisch aufzutreten versucht, werde sie »als ethische Gesprächspartnerin« (I, Grü, Z: 81) nicht ernst genommen. In diesen beiden Beispielen wird deutlich, dass die Rollenproblematik vom Umfeld an die Klinikseelsorger*innen herangetragen wird und sich in einer fraglichen, jedenfalls nicht selbstverständlichen Anerkennung als Medizinethik-Akteurin bzw. ihres »Standings« in diesem Bereich äußert.

Daneben berichtet die Gruppe auch von Konflikten zwischen beiden Rollenaspekten, die situativ entstehen können. Sie diskutiert zwei Beispiele, von denen das erste als Beispiel für einen internen Konflikt und das zweite als Konflikt aufgrund der Perspektive Dritter gelten kann.



Anhand des ersten Beispiels zeigt sich, dass situativ ein Wechsel bzw. eine Umgewichtung zwischen der Rolle als Seelsorger*in und der Rolle als medizinethischer Fachperson gefragt sein kann. Ein Patient hat andere Bedürfnisse als die Mitglieder eines Ethikkomitees, die Situation verlangt andere Rollen, oder genauer: die Ausfüllung verschiedener Rollenbestandteile. Eine längere Äußerung von Daniel Fries⁸ im Rahmen der Gruppendiskussion verbildlicht dies.

Zeitdruck und dann noch einmal die Rolle, also einmal die eine sagt, einmal ist sie Begleiter bei den ethischen Entscheidungen bei den Angehörigen, sollen sie da dem zustimmen, äh, Therapieabbruch oder so, oder Therapieänderung, dann ist sie Vermittler zwischen ärztlichen Einstellungen und den Angehörigen, das heißt, sie versucht dann den Angehörigen die ärztlichen Kompetenzen zu verdeutlichen, warum die Ärzte zu so etwas kommen, zum Beispiel bei der Psychiatrie, ne, warum der, der Patient der will halt, möglichst Suizid, der will halt irgendwas anderes, seine Freiheit, und die Ärzteschaft, die ist natürlich auf der Fürsorgeebene und da versucht die halt zu vermitteln, ja also, die können ja nicht das zulassen, dass Sie sich hier aus dem Fenster werfen, also da haben die ihre Fürsorge- also versucht sie zu vermitteln. Und dann nochmal die Übersetzungsarbeit. Ärztliche Dinge, politische Bereiche, die Therapiearbeit den anderen übersetzen zu müssen. Verschiedene Rollen. (I, Grü, Z: 291 – 301)

Daniel Fries betont in seinem Beitrag die mannigfaltigen situativen Anforderungen. Klinikseelsorger*innen sind im medizinethischen Kontext eingebunden in fachliche Diskussionen, müssen bei Entscheidungen begleiten, vermitteln zwischen der Ärzteschaft und den Angehörigen oder sprechen für die Patient*innen mit Ärzt*innen. Die situative Herausforderung besteht darin, angemessen und adäquat den jeweiligen Anforderungen nach zu agieren. Die aufgezählten unterschiedlichen Aspekte sind dabei nur einige Beispiele für die vielfältigen Rollenanforderungen. Die Gruppe hat dies auch unter dem Schlagwort: »Verschiedene Rollen bezüglich Angehöriger: Begleitung, Übersetzung, Vermittlung« zum Ausdruck gebracht.

Rollenspannungen ergeben sich aus den unterschiedlichen Ansprüchen, Bedürfnissen und Erwartungen anderer, und es geht dann um einen angemessenen und verantwortlichen Wechsel zwischen den einzelnen Rollenbestandteilen, wie das zweite Beispiel verdeutlicht. Es kann jedoch ebenso die Situation eintreten, dass in der Wahrnehmung Dritter der eine Rollenbestandteil eine Auswirkung auf den anderen hat. Gabi Zimmermann führt in der Gruppendiskussion die Beobachtung an, dass Ethikberater*innen aufgrund ihrer Seelsorgetätigkeit eine spezifische moralische Voreinstellung unterstellt wird, die keinen individuellen Interpretationsraum mehr zulässt. Hier werden gewisse »Vorurteile entgegengebracht« wie »Der muss ja, eine gewisse Einstellung haben zu Therapiebegrenzung, Schwangerschaftsabbruch etc.« (I, Grü, Z: 231 – 232) Um welche Einstellung es sich handeln könnte, zeigt die ergänzende Reaktion auf das Beispiel von Max Anselm »Ja, katholisch sozusagen« und die Erwiderung von Frau Zimmermann »Katholische Einstellung, katholisch-kirchlich öffentliche Einstellung«. (I, Grü; Z. 231 – 238) Das ist ein Beispiel für den Fall, dass eine situative Anforderung begleitet ist von Annahmen auf Seiten Dritter. In Folge wirkt der eine Bestandteil – der kirchliche Auftrag der Klinikseelsorge – beschränkend auf den anderen Bestandteil – den medizinethischen. Im Raum steht die Frage, ob ein Klinikseelsorger nach den Bedürfnissen der betroffenen Person ethisch adäquat beraten kann oder in erster Linie eine kirchenoffizielle Einstellung vertritt.

Hierin findet sich ein Berührungspunkt zu dem, was unter »Selbstdefinition und Fremdzuschreibung« thematisiert wurde. In Bezug auf unterschiedliche Fremdzuschreibungen formulierte ein Teilnehmer: »[D]a sind die Zuschreibungen allein schon unterschiedlich, [...]. [D]ie einen sagen, du kommst von der Seelsorge und deswegen bist du besonders kompetent, ethische Fragen zu beantworten, und die anderen sagen: Seelsorge?! Was macht die im medizinethischen Bereich, die hat von Medizin keine Ahnung.« (I, Grü, Z: 176 – 179) Deutlich wird in dem Zitat, dass Klinikseelsorger*innen unterschiedlichen Zuschreibungen ausgesetzt sind. Von diesen Zuschreibungen berühren einige

⁸ Alle Namen in der Ergebnispräsentation sind fiktiv. Details, aus denen eventuell Rückschlüsse auf den Einsatzort gezogen werden könnten, wurden getilgt.



die medizinethische Arbeit und zwar jene, die den Akteur*innen als Seelsorger*innen eine hohe Kompetenz in medizinethischen Fragen zuschreiben wie auch jene, die bei Klinikseelsorger*innen ein Defizit an Wissen vermuten.

Angesichts der unterschiedlichen Kompetenzzuschreibungen und Kompetenzerwartungen durch Dritte kommt unweigerlich die Frage nach der Selbstzuschreibung von medizinethischer Kompetenz auf. »Bin ich kompetent?« notierte die Gruppe in ihren Ergebnissen. Kapitel 4 dieser Broschüre geht explizit auf diese Kompetenzfrage ein und verweist dabei auf eine »Selbst-Kompetenz«, die Kompetenz, sich seiner selbst vergewissern zu können angesichts verschiedener und teils widersprüchlicher Erwartungen.

»Hindernisse / Widerstände«

Unter »Hindernisse / Widerstände« wurde unter anderem ein gestiegener Zeitdruck, die strukturelle Frage, ob überhaupt ein Ethikkomitee vorhanden ist, zunehmende Ökonomisierung wie auch zunehmende kulturelle Vielfalt diskutiert. Zwei Punkte werden genauer dargestellt: die Stellung der Seelsorgenden zum Krankenhaus sowie die Hierarchien im Krankenhaus. Zusammengefasst zeigt sich, dass innerhalb der Medizinethik der medizinische Diskurs als tonangebend wahrgenommen wird.

»(nicht) Teil des Krankenhauses«

Ob und inwieweit Klinikseelsorger*innen medizinethische Impulse möglich sind, hängt auch mit der Einbettung in das System Krankenhaus zusammen. Da bei medizinethischen Diskussionen eine gute Kenntnis des Falles notwendig ist, geht es hierbei etwa um den Zugang zu Informationen. Besagter Kollegin, welche sich als Medizinethikerin nicht ernstgenommen fühlt, fehlten beispielsweise wichtige Informationen, die ihr schlichtweg nicht zugänglich gemacht würden, wie in der Gruppe berichtet wird. Die Konsequenz ist: »dadurch bleibe ich immer so ein Stück außen vor oder laufe da hinterher.« (I, Grü, Z: 104) Als Gegenbeispiel führt die Gruppe in ihrem Gespräch den Sozialdienst im Krankenhaus an, denn dieser habe direkten Zugriff auf die Akten. An dieser Stelle zeigt sich die

Bedeutung der Einbindung in die Krankenhausorganisation und daraus resultierende Zugangsrechte. Dies bedeutet nicht unbedingt, dass die Gruppe dieselben Zugangsmöglichkeiten verlangt – an gleicher Stelle in der Diskussion wurde beispielsweise eingewandt, dass Medizinethik und Klinikseelsorge andere Methoden hätten als das Studium der Akten. Hierdurch werden das eigene Vorgehen und die eigene Methodik betont, das Defizit wird positiv umgedeutet.

»Hierarchien im Krankenhaus«

Einige Herausforderungen durch die Hierarchien im Krankenhaus werden an drei Beispielen deutlich. Das erste Beispiel bezieht sich auf das erwähnte Absprechen von Kompetenz und führt zur Verhinderung von Kommunikation: »[...] dass es Chefärzte gibt, die diskutieren nicht mit einer Krankenhauseelsorgerin über medizinethische Fragen. Wie sie sagen, die ist ja keine Fachfrau« (I, Grü, Z: 139 – 140). Die Sichtweise der Medizinethikerin wird nicht aufgenommen oder gar diskutiert, da sie, so das Beispiel der Gruppe, als nicht qualifiziert angesehen wird. Jedoch auch dort, wo diskutiert wird, wirken sich Hierarchien aus. Die hierarchische Stellung färbt auf das Gewicht der Aussagen ab, wie das zweite Beispiel zeigt. In einem Ethikkomitee »bildet sich das so das Hierarchiebild an der Klinik ab. Wenn der Chefarzt etwas sagt, dann hat das ein anderes Gewicht, als wenn das die kleine Seelsorgerin sagt.« (I, Grü, Z: 251 – 253)

Das dritte Beispiel betrifft die medizinethische Entscheidungsfindung und bringt zugleich ein weiteres Thema zur Sprache: die Dominanz des medizinischen Diskurses. Entscheidungen seien oft Medizinersache, wie es Daniel Fries äußert, »und die machen dann oft Entscheidungen« (I, Grü, Z: 286). Die letztendliche Entscheidung liegt bei Mediziner*innen. Dies wurde vertieft in der Gruppe unter dem Schlagwort der »Dominanz der Medizin« diskutiert. Max Anselm betont, dass bei der Rede von Hierarchien präziser auch von der Abhängigkeit von ärztlichen Hierarchien gesprochen werden müsste. Daniel Fries schiebt »Dominanz der Medizin« ein, was sogleich von Max Anselm aufgegriffen wird: »Genau, ja so, das können wir extra, schreibst du es extra. Also Dominanz medizinischer

Argumentation. Oder Person. Beides, ja« (I, Grü, Z: 443 – 445). Die Dominanz medizinischen Personals erschließt sich über deren Hierarchiestufen, ihren zugehörigen Entscheidungsvollmachten und – formell oder informell – durch entsprechende Kompetenzannahmen. Ebenso wirkt sich aus, dass juristisch die Verantwortung bei den behandelnden Ärzt*innen liegt. In der Äußerung tritt die schon erwähnte »Dominanz der Medizin« hinzu, die nicht unmittelbar personell vorliegen muss. Zum Verständnis ist hier der Hinweis wichtig, dass Therapieentscheidungen rechtlich und ethisch in der Verantwortung des/der behandelnden Ärzt*in liegt; die Diskussion dreht sich darum, inwiefern diese Entscheidungen in einen diskursiven Kontext eingebettet sind, in dem auch ethische Überlegungen von Seiten anderer Professionen Gehör finden. In diesem Zusammenhang wird von den Klinikseelsorger*innen eine Dominanz eines medizinischen Diskurses wahrgenommen.

In der Einschätzung der Klinikseelsorger*innen führt die Dominanz der Medizin zu einem Phänomen, welches als zentristische Verschlossenheit verstanden werden kann. *»Bei der Dominanz der Medizin fällt mir auch ein, [...] dass oft aufgrund [...] der Dominanz gesagt wird, wir sind die Medizin, es gibt keine medizinischen Fragestellungen, weil wir wissen, was wir tun«* (I, Grü, Z: 451 – 453). Das Zitat legt ein Verständnis nahe, demzufolge aus Sicht der Mediziner*innen Medizin und Medizinethik in eins fallen und es keine Notwendigkeit für medizinethische Diskussionen mit nicht-medizinischen Akteur*innen geben kann.

»Wie gehen wir damit um?«

Für den Umgang mit diesen Herausforderungen hat die Gruppe einige Empfehlungen und Strategien zusammengestellt. Zunächst wurde der »Rückhalt im Team« genannt. Ebenso sei es wichtig für Klinikseelsorger*innen, sich kompetent einzubringen, das System gut zu kennen und die eigene Rolle gut zu verkörpern. Als wichtig erachtete die Gruppe zudem eine Kompetenz für verschiedene Kulturen und Wissenskulturen zu haben und ein Bewusstsein für Kulturdivergenz.

Unter der Zwischenüberschrift »Bündnispartner, Vernetzung im KH« finden sich im Gesprächsverlauf einige interessante Hinweise. Ein Vorschlag betrifft das gezielte Einbinden von Ärzt*innen. Die folgende Aussage versucht die Hierarchie im Krankenhaus dafür zu nutzen, um die Arbeit eines Ethikkomitees überhaupt zu ermöglichen: *»Ich bin ja ganz fest darin, dass zum Beispiel die Hierarchie im Ethikkomitee, ganz oben, die muss auch da sein. Der Chef des Ethikkomitees sollte ein Arzt sein. Sollte zumindest ein Oberarzt oder Chefarzt sein.«* (I, Grü., Z: 506 – 508). Angesichts der Dominanz des medizinischen Diskurses muss die Medizinethik vorrangig für die Einbeziehung von Mediziner*innen sorgen. Die Gruppe konkretisiert auch, auf welche Hierarchiestufen es dabei ankommt. Er rät: *»mach nur mit Oberärzten Schicht. Weil die hatten überhaupt Interesse an medizinischen Fragen«* (I, Grü, Z: 527 – 528). Die Grundvoraussetzung für Strategien und Bündnisse, die systematisch die Hierarchien miteinbeziehen, wird auch genannt. *»Und man muss klug mit den Hierarchien, strategisch klug umgehen«* (I, Grü, Z: 537) Strategisch gut umzugehen setzt voraus, dass ein klares Ziel vorhanden ist, worum es gehen soll.

Zusammenfassung

Die Hindernisse, Widerstände und Herausforderungen, vor denen Seelsorgende als Medizinethiker*innen stehen, liegen einerseits in ihrem Berufsprofil und den damit verbundenen Rollenbestandteilen begründet, andererseits in den Hierarchien im Krankenhaus und der »Dominanz der Medizin«. Verschiedene Strategien existieren, die einen Umgang damit erleichtern können. Situativ können sich die Herausforderungen verstärken. Auffallend ist, dass in den beschriebenen Fällen Medizinethik und die Auseinandersetzung mit medizinischen Fragen im Klinikalltag keine Selbstverständlichkeit darstellen und Klinikseelsorger*innen mitunter Umwege beschreiten müssen, um einer medizinethischen Diskussion Raum zu verschaffen.

2. »Spielen in Ihrer medizinethischen Arbeit auch Organisations- und Strukturfragen eine Rolle? Wenn ja, wo sehen Sie Schwerpunkte?«

Angesichts des Personal- und Zeitmangels im Gesundheitswesen sowie des häufig thematisierten Ökonomisierungsdrucks stellte sich die Frage, ob die medizinethisch aktiven Klinikseelsorger*innen mit Strukturfragen und Organisationsfragen konfrontiert sind. Wie aus den Aussagen der Gruppe 1 zu erwarten, konnte dies mindestens die Frage der strukturellen Einbettung eines Ethikkomitees im Krankenhaus betreffen.

Ihre Ergebnisse hat die Gruppe wie folgt gegliedert. Unter der Kategorie »Orte und Themen« finden sich die »Einbindung der KHS in Ethik-Strukturen«, die »Initiative der KHS« sowie die Relevanz »konkreter Fragestellungen«. Die Kategorie »Rolle und Position« fasst die Rolle und Position von Klinikseelsorger*innen und die spezifische Frage ihrer Innen- oder Außenposition, sowie potentielle Bündnisse zusammen. Für Aspekte wie die »Dominanz der Medizin« und die »Dominanz der Ökonomie« aber auch widerstrebende »Organisationslogik[en]« wurde die Kategorie »Beziehung Krankenhaus ↔ Seelsorge« gefunden.

»Orte und Themen«

Die Relevanz von Organisationsfragen wird unter anderem an den Ethikkomitees deutlich. Diskutiert hat die Gruppe dies unter der Unterüberschrift: »Einbindung der KHS in Ethik-Strukturen: z.B.: Ethik-Komitee, med.-eth. Fortbildung, Arbeitskreise Ethikcafé«.

Die Arbeit von Ethikkomitees ist stark betroffen von ihrer jeweiligen organisatorischen Einbettung. Die folgende Äußerung macht deutlich, dass dies in zweierlei Hinsicht relevant ist: Erstens geht es um die Frage, wie ein Ethikkomitee satzungsmäßig-organisatorisch eingerichtet ist und ob es Klinikseelsorgende einbezieht; zweitens, ob es in der Einrichtung zusätzlich durch das Engagement maßgeblicher Einzelner

verankert ist. »... dadurch, dass zwei echt nicht ihre Satzung kannten zum Ethikkomitee, also dass ihnen nicht ganz bewusst war, sind wir da per Satzung eingebunden oder per good will?« »Und bei einem Anderen, den ich interviewt habe, der hat gesagt, es gab ein Ethikkomitee, was initiiert worden ist, dann ging derjenige, der es initiiert hat, der Chefarzt, in den Ruhestand, dann lag es brach und er weiß nicht, ob seine Rolle ist, es wieder aufzuwecken, sozusagen, oder ob er sagt, als Klinikseelsorge muss, lasse ich das einen Arzt machen.« (I, G, Z: 130 – 138) Deutlich zeigen sich die beiden Aspekte: die Einbindung über eine Satzung und die Einbindung über das Interesse und das Wohlwollen (den »good will«) einzelner Ärzte in Führungspositionen. Dies hat Folgen für den Bestand des Komitees und für die medizinethische Arbeit. Falls Personen die Klinik verlassen, an deren Engagement ein Ethikkomitee hing – liegt es in der Kompetenz und den Möglichkeiten der Klinikseelsorge, den Fortbestand ethischer Arbeit zu sichern? Die Gruppe erwähnte in ihrer Diskussion, dass Ähnliches auch für andere Institutionen gilt, in denen medizinethische Arbeit geschieht, wie einem Arbeitskreis und Fortbildungen. Bei beiden stelle sich, so die Gruppe, die Frage, ob sie vom guten Willen abhängig seien oder per Satzung eingebunden sind. Bei Arbeitskreisen kommt hinzu, wie in der Diskussion betont wird, ob ihr Besuch freiwillig möglich oder ob er verpflichtend für Mitarbeitende sei. Deutlich zeigt sich, wie stark Medizinethik auch abhängig ist von Organisations- und Strukturfragen, die auf der Leitungsebene entschieden, aber auf der Arbeitsebene mitgetragen werden müssen.

Die Gruppe geht auch auf weitere Organisationsformen von Ethik ein: Ethikunterricht, Seminare zur Medizinethik, in Ausbildungsprogrammen für angehende Pflegekräfte, durch die Einrichtung von Ethik-Cafés



wie auch durch die Etablierung von Balintgruppen für Pflegende. Dies sind nur einige der genannten Möglichkeiten und Beispiele dafür, dass Klinikseelsorger*innen als Medizinethiker*innen selbst strukturbildend und organisationsentwickelnd tätig sind. Interessant ist, dass diese diskutiert wurden unter der Überschrift: »Initiative der Krankenseelsorge z.B.: Balintgruppe für Pflegende, Ethikunterricht, Seminare zu Medizinethik.« Hier lässt sich demnach folgern, dass es manchmal eben auch auf die Initiative der Krankenseelsorge ankommt – eine weitere Position neben einer satzungsgemäßen Etablierung von Klinikseelsorge und einer Klinikseelsorge, die von dem guten Willen von Chefarzten abhängt.

Andererseits heißt dies nicht, dass es für die medizinethische Arbeit nur auf eine funktionierende organisatorische Einbindung ankommt. Strukturelle Etablierung kann auch zu unvorteilhaften Effekten führen, wie das an anderer Stelle diskutierte Beispiel des Delegierens von Ethik zeigt. Wenn Akteur*innen des Krankenhauses sich auf das Vorhandensein einer Ethik-Instanz zurückziehen und dies als Argument nutzen, um sich selbst nicht ethisch positionieren zu müssen, oder wenn medizinethische Diskussionen auf Ethikkomitees verschoben werden, dann kann Medizinethik organisatorisch limitiert bzw. in ihrer Reichweite begrenzt werden. Ebenso kann eine starke Einbindung, wie weiter unten deutlich wird, zu neuen Sanktionsmöglichkeiten führen. Der Hinweis auf Vorteile des Nicht-Eingebundenseins findet sich in der Bemerkung, dass es eine dritte Kategorie gäbe: *»Aber ich habe noch eine dritte Kategorie, die immer wieder in einem Interview vorkam [...] das war eine bewusste Nichteinbindung«* (I, G, Z: 200 – 202).

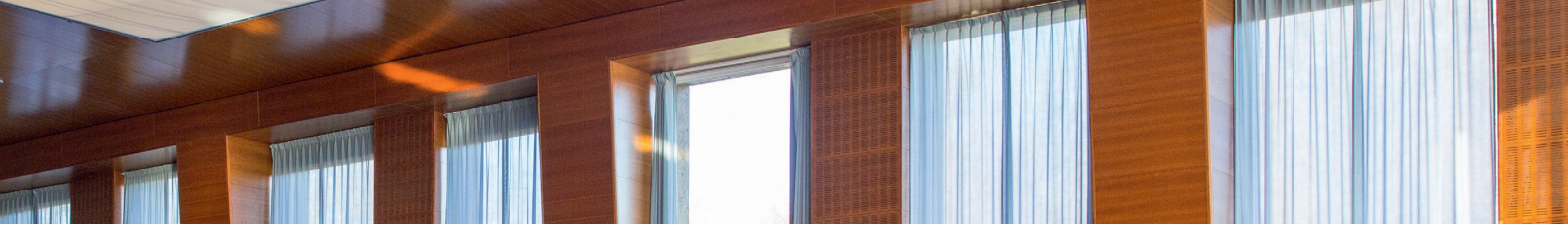
Neben diesen Aspekten hat die Gruppe weitere Organisations- und Strukturfragen beschrieben. Auf dem Poster findet sich hierzu folgende Aufzählung konkreter Fragestellungen, die im Alltag relevant sind: *»z.B.: Finanzierung, Allokation, Arbeitsdruck, Personalmangel«*. Alle Aspekte ökonomischer Prozesse, mit denen sich medizinethische Klinikseelsorger*innen auseinandersetzen. Die ökonomischen Aspekte

wurden in diesem Zusammenhang nicht tiefer von der Gruppe diskutiert, sondern in einer Weise erwähnt, die nahelegt, dass alle ähnliche Erfahrungen gemacht haben.

»Rolle und Position«

Als zweiter Bereich wurde die »Rolle und Position« diskutiert, und zwar unter anderem unter der Zwischenüberschrift: *»systemstabilisierend, außerhalb des Systems Klinik, kritische Außensicht«*. Alle drei Teilpunkte waren auf dem Poster mit einem Minus versehen, sie sind also negativ konnotiert zu verstehen, wobei sich zeigen wird, dass die Außenposition von der Gruppe auch als Chance begriffen wird. Weiterhin wurde auch diskutiert, wie weit die Klinikseelsorge in das Krankenhaus eingebunden ist beziehungsweise eingebunden sein sollte.

Dieser Aspekt wurde wie folgt eingeführt: *»ist die Rolle der Seelsorge systemstabilisierend, wie stark ist ihre Rolle, oder wie einflussmächtig ihre Rolle aufgrund ihres Systems, dass sie von außerhalb hinzutritt und nicht Teil des Kliniksystems ist, also der Brötchengeber und Finanzierer der Seelsorge ist ja nicht die Klinik, und halt eben auch, wie stark ist eine kritische Außenposition, Chancen aber auch Defizite, die diese Rolle einbringt«* (P, Z: 170 – 174). Die angesprochene Thematik der Nicht-Eingebundenheit findet sich hier wieder. Sie eröffnet eine Chance für einen besonderen Handlungsspielraum, da sie eine kritische Außenposition der Klinikseelsorge zulässt. Aus dieser Außenposition ist es beispielsweise möglich, eine Kritik zu äußern, wie im kommenden Auszug deutlich wird. Zu den Chancen zählt, *»dass sie von außen in die Klinik hinzutritt«* und wahrgenommen wird *»in der Anwaltschaft, in der Seelsorge für Einzelne oder für einzelne Fragestellungen, für die Menschen, und sie wird wahrgenommen, freiwillig wahrgenommen auch als kritisch hinterfragende Stimme«* (P, Z: 177-179). Die kritische Außenposition wird folglich auch als positiv betrachtet, nicht zuletzt aufgrund der anstellungsrechtlichen Unabhängigkeit. Sie gibt die Möglichkeit *»die Chance, einfach da mal was zu sagen. Ohne dass ich gleich deswegen vom Chefarzt zum Operieren*



aufgestellt werde, so ist das, ja« (I, G, Z: 295 – 297). Gewisse Sanktionsmöglichkeiten, denen Ärzt*innen ausgesetzt sind, scheinen aufgrund der besonderen Position nicht anwendbar zu sein.

Dieser »kritischen Außensicht« wird die Frage gegenübergestellt, ob Klinikseelsorge nicht auch eine systemstabilisierende Funktion erfüllt. Damit ist gemeint, dass die Konfliktbearbeitung der Klinikseelsorge reale Missstände abfedert und so das »System Krankenhaus« im Ganzen stabilisiert. Die Außenposition gestattet es beispielsweise, für die Sorgen von Mitarbeitenden ansprechbar zu sein – mit dem Effekt, dass kurzfristig ein Unbehagen gemildert wird. Eine weitere Herausforderung neben der Frage, wie die eigene Tätigkeit im Gesamtzusammenhang eines Systems zu betrachten ist, liegt, wie in der Gruppendiskussion ausgeführt wird, in der Schwäche der Außenposition (vgl. I, G, Z: 473). Manche der in Kapitel 1 angesprochenen Herausforderungen können hier als exemplarisch für die schwache Außenposition gelten.

Die besondere Position von medizinethischen Krankenhausseelsorger*innen wird beschrieben mit der Überschrift: »Neutralität der Krankenhausseelsorge als wertgeschätzte Berater, Stimme (Unabhängigkeit), Anwaltschaft für die Belange Einzelner, Kritische Stimme für personale Anliegen versus Ökonomie«. Neutralität bezeichnet hierbei, nicht auf eine Zielsetzung verpflichtet zu sein, die sich in die Versorgungs- bzw. Geschäftsstrategie des Krankenhauses einfügt, sondern davon unabhängige, ethisch legitimierte Anliegen verfolgen zu können. Die Anwaltschaft für die Belange Einzelner ist zentraler Bestandteil des Aufgabenprofils von Klinikseelsorge. Bemerkenswert ist, dass bei der Sorge um die Belange Einzelner ebenso Fragen der Organisation in den Mittelpunkt rücken. Denn Medizinethiker*innen haben es nicht nur mit Patient*innen zu tun, sondern ebenso mit Mitarbeitenden. So geht es *»nicht nur darum, wie mit den Patienten umgegangen wird, sondern es geht auch in der Organisation Krankenhaus darum, dass es ein, einen fairen und guten Umgang mit den Mitarbeitern gibt*« (I, G, Z: 326 – 330).

Weitere Aspekte, die vor allem den engeren Bereich der Klinikseelsorge betreffen, wurden unter der Überschrift »Bündnispartner Seelsorge, Vernetzungs- und Vermittlungskompetenz der Seelsorge, prophet.-kritische Kompetenz der Seelsorge« ausgeführt.

»Beziehung zwischen Krankenhaus und Seelsorge«

Die Beziehung von Krankenhaus und Seelsorge, von medizinethischen Themen und medizinischer Routine ist nicht konfliktfrei. Bisher ist deutlich geworden, dass Klinikseelsorger*innen teilweise die Anerkennung ihrer medizinethischen Kompetenz bzw. Funktion als schwierig wahrnehmen sowie eine Dominanz der Medizin feststellen. Auffallend ist, dass diese Kleingruppe das gleiche Vokabular zur Beschreibung verwendet hat. Die mitunter konflikthaften Verhältnisse wurden von ihr unter der Überschrift: »Organisation Krankenhaus versus Seelsorge, Dominanz der Medizin, Dominanz der Ökonomie, hierarchische Entscheidungswege versus Kommunikations(form) v. Seelsorge« diskutiert. In der Analyse dieser Gruppe besitzen Seelsorge und Krankenhaus unterschiedliche Organisationslogiken.

Für die Gruppe ist die Seelsorge nicht identisch mit der institutionellen Logik des Krankenhauses. In der Gruppendiskussion wurde dem Krankenhaus eine hierarchische Struktur zugeschrieben mit entsprechend unterschiedlich verteilten Autoritäten. Zur Sprache kommen außerdem formelle oder informelle Sanktionsmöglichkeiten der Institution Krankenhaus gegenüber Angestellten, beispielsweise indem ein unliebsamer Assistenzarzt dadurch sanktioniert werden kann, dass er kaum noch Operationen zugeteilt bekommt. Der Auffassung der Gruppe zufolge besteht eine Differenz zwischen der Wert- und Motivationslogik der Klinikseelsorge und der Institutionslogik des Krankenhauses und deren Werten. Implizit lässt sich hier die Wahrnehmung des Krankenhauses als eines multiprofessionellen Orts finden. Vor diesem impliziten Konzept schärfen sich die von der Gruppe ausgemachte »Dominanz der Medizin« (I, G, Z: 501) und die »Dominanz der Ökonomie« (ebd.) wie auch die

»hierarchische[n] Entscheidungsweg[e]« (ebd.). Die Dominanz-Diagnose von Medizin und Ökonomie spitzt sich insofern zu, da beide Dominanzen in Spannung zum multiprofessionellen Arbeiten mit einer Vielfalt an Ansätzen und Vorgehensweisen gesehen werden. Der Gruppe zufolge steht das Profil der Klinikseelsorge dem jedoch entgegen und nimmt eine latente Widerstandsposition ein. In der Gruppendiskussion heißt es: »dagegen setzt die Seelsorge unsere Kommunikationsform, unsere Kommunikationskompetenz« (ebd.). Gegen die Institutionslogik und ihren dominanten Orientierungen wird kommuniziert, durch – so zumindest dem Anspruch nach – alle Ebenen hindurch.

Mitunter geraten Krankenhauslogik und Klinikseelsorge in ein spannungsvolles Verhältnis, wie es sich anhand von Dokumentationspflicht und Schweigepflicht zeigt. Die Gruppe diskutiert dies am Bericht von einer Palliativstation: »Ich hab noch eine Sache [...], noch ein Thema habe ich aus dem ersten Interview, wo Organisationen aufeinander prallen, ist beim [...] Dokumentieren, Schweigepflicht, also sowas, also aus dem Palliativbereich, wo die bei uns eingebunden sind, eigentlich dokumentieren müssen, kirchliche, praktische Rechtmäßigkeit gegen die klinische« (I, G, Z: 465 – 467). Die Spannung besteht hier zwischen zwei unterschiedlichen Ansprüchen, einerseits dem Anspruch einer möglichst genauen Dokumentation aller behandlungsrelevanten Informationen, auf deren Basis die multiprofessionelle Zusammenarbeit auf der Palliativstation funktioniert, und andererseits der vertraulichen Atmosphäre des seelsorglichen Gesprächs, das vor dem Hintergrund der kirchenrechtlich verankerten Schweigepflicht von Seelsorger*innen stattfindet. Das medizinethisch bedeutsame Spannungsverhältnis besteht darin, dass im palliativen Kontext – mitunter auch in anderen klinischen Kontexten – im seelsorglichen Gespräch vom Patienten Informationen mitgeteilt werden, die auch für die anderen Professionen wichtig sein können. Wie gehen Klinikseelsorgende mit diesem Dilemma verantwortlich um?

Die besondere Stellung eröffnet jedoch auch neue Kommunikationsräume. Ein Klinikseelsorger berichtet über sein Verhältnis zur Leitungsetage folgendes: »Sie haben einfach so ein, sie haben nicht so ein Grundgefühl auf Augenhöhe, ich hab da überhaupt keine Berührungspunkte« (I, G, Z: 591). Nicht zuletzt liegt dies an den geringen Sanktionsmöglichkeiten: Seelsorger*innen können schwer an unliebsame Stellen versetzt werden. Hierin wird auch eine Chance gesehen: »dass wir das auch tun können, weil der Geschäftsführer uns nicht bezahlt, und da kann ich mit dem im Grunde genauso reden wie mit der Putzfrau, oder dem Reinigungspersonal [...]« (I, G, Z: 582 – 584). Die organisatorische und strukturelle Position der Klinikseelsorger*innen ist in dem Beispiel nicht nur analytisch von Interesse, sondern sie ist praktisch mit andersartigen Möglichkeiten verbunden, hier mit neuen Kommunikationsräumen. Die folgende Passage verdeutlicht, dass dies in den Augen der Gruppe Rückwirkungen auf das Selbstverständnis von Klinikseelsorge hat, und zwar indem die normative Orientierung thematisch wird: »Es kommt raus, hier gibt es gewisse Kommunikations- Organisationsformen in Medizin und Ökonomie, also, die, die eine Organisation einerseits hat[.], eine Kommunikationsform dessen was wir tun in der Seelsorge, wenn man da zum Beispiel direkt zum Chef kommt, wenn wir dann da vernetzten als Kommunikationspartner, auch um ethisch achtsam zu arbeiten.« (I, G, Z: 639 – 644) Die neuen Räume bieten die Chance, eigene Orientierungen – »ethisch achtsam« – und Kommunikationsformen in die Organisation einzubringen.

Weitere Aspekte wurden unter den Stichwörtern »Organisationslogik Klinik // Organisationslogik Seelsorge, Finanzierung u. Abhängigkeit, z.B. palliativ finanzierte Seelsorge« diskutiert, die aufzeigen, dass ebenso manifeste Abhängigkeiten existieren. Die Klinik wird in der Gruppe als eine straff organisierte und an ökonomischen Prinzipien orientierte Organisation beschrieben, wohingegen die Klinikseelsorge einer anderen Logik folgen würde. Nichtsdestotrotz bestehen Verbindungen. Zu dieser gehört die finanzielle Abhängigkeit der Klinikseelsorge, einschließlich ihrer

medizinethischen Funktionen, wie etwa, der Diskussion zufolge, beim Zuschnitt der Aufgabenprofile und den damit verbundenen Aufwendungen für Fortbildungen. Dies gilt ebenso für die Kirchen, wenn sie diese Stellen finanzieren. So wird berichtet, dass im Falle »von Personalknappheit unsere eigenen Arbeitgeber [...] eher das Personal in die Gemeinden stecken [...]. Also wir müssten von unserer Seite aus genauso unseren Bischöfen und Dekanen [...] klarmachen, was das heißt, Personal aus dem Krankenhaus abzuziehen. Dass das für die Kirche nicht gut ist.« (I, G, Z: 518 – 521) Das Zitat legt nahe, dass es an Klinikseelsorger*innen liegt, ihren kirchlichen Vorgesetzten die Bedürfnisse der Klinikseelsorge deutlich zu machen und für ihre angemessene Ausstattung einzutreten. Mit der Klinikseelsorge, so ließe es sich weiterhin deuten, steht

in vielen Krankenhäusern faktisch auch eine fundierte und organisationsunabhängige Ethikberatung – einschließlich der organisationsethischen Dimension – auf dem Spiel. Klinikseelsorgende sehen die Notwendigkeit, in ihren Kirchen aktiv zu sein und auf die Bedeutung ihres Tätigkeitsspektrums hinzuweisen. Damit werden sie auch in den Kirchen organisationsethisch wirksam. Denn auch diesseits der konkreten Finanzierung durch Kirchen oder durch Klinikträger existiert das Problem, dass Klinikseelsorger*innen bei Personalknappheit und Strukturveränderungen »keine Luft mehr haben« (I, G, Z: 531) um medizinethisch tätig zu sein, wie die Gruppe verdeutlicht hat.

Zusammenfassung

Klinikseelsorger*innen sind mit einer Vielzahl von organisationsethischen sowie strukturellen Aspekten in ihrer Arbeit konfrontiert. Manche Herausforderungen bieten zugleich Chancen aufgrund der relativ unabhängigen Stellung im Kliniksystem. Hier ist insbesondere ein anderer Umgang mit Hierarchien zu nennen. Gleichzeitig sind alle anderen medizinethischen Akteur*innen ebenfalls von Kürzungen und Personalmangel betroffen. Knappe Mittel und ökonomisch motivierte Strukturveränderungen führen dazu, dass die Realitätsbedingungen für Medizinethik mancherorts ungünstiger werden. Die Medizinethik im Krankenhausalltag bedarf insgesamt einer Rückenstärkung. Klinikseelsorger*innen können hier eine wichtige Rolle spielen, bei der sie struktursichernd und organisationsentwickelnd tätig werden. Medizinethik benötigt eine Einbettung in das Organisationsgefüge des Krankenhauses, damit sie voll wirksam werden kann. Damit Klinikseelsorger*innen diese medizinethischen und organisationsethischen Rollen ausüben können, bedürfen sie nicht nur der Anerkennung im Krankenhauskontext, sondern auch in ihren Kirchen. Kirchenseitig ist ein klares Commitment zur Rolle der Klinikseelsorge als medizinethische Akteurin erforderlich, das auch die erforderlichen Ressourcen einschließt. Dann kann die Klinikseelsorge die Chancen ausschöpfen, die ihre spezielle Position im Krankenhaus und ihr besonderes Motivations- und Kompetenzprofil bereitstellen.

3. »Wohin entwickelt sich die Medizinethik in der Klinikseelsorge? Wo sehen Sie besondere Herausforderungen?«

Für die Entwicklung der Medizinethik in der Klinikseelsorge sah die Gruppe, die diese Frage bearbeitet hatte, zwei Tendenzen und eine Vielzahl expliziter Herausforderungen. Die Tendenzen fasste die Gruppe in den beiden Kategorien »Positive Entwicklungen« zum einen und »Skepsis« zum anderen zusammen.

»Positive Entwicklungen«

Unter den positiven Entwicklungen hebt die Gruppe insbesondere den Ausbau bereits existierender Fort- und Weiterbildungsangebote im Bereich der Medizinethik hervor, denn, wie auf dem Plakat notiert wurde, »Fortbildung macht sprachfähig«. Den Kompetenzzuwachs erkennt die Gruppe dabei sowohl im Bereich der medizinischen als auch der ethischen Sprachfähigkeit. Beides stellt eine bedeutsame Entwicklung dar, weil an der medizinischen wie der ethischen Kompetenz die Anerkennung seitens des übrigen Klinikpersonals – vor allem des ärztlichen – hängt. Dies wurde bereits oben bei den Herausforderungen in Kapitel 1 herausgearbeitet und ist insbesondere für die Zusammenarbeit in Gremien wichtig, weil medizinische Sprachfähigkeit die »Chance [bereitet] als Externe ethische Fragen« (I, R, Z: 363) anzusprechen. Medizinische und ethische Sprachfähigkeit hängen dabei eng zusammen. In einem Rückblick auf die Situation vor dreißig Jahren habe sich einiges verbessert, wie ein Mitglied der Gruppe in der Diskussion anbringt: Mittlerweile sei in manchen Kontexten die ethische Kompetenz von Klinikseelsorger*innen anerkannt. Früher, so der gleiche Teilnehmer weiter, seien ethische Argumente »weniger wert« gewesen »als heute, wo man schon auch im klinischen Kontext mit einer ethischen Kompetenz wahrgenommen wird« (P, Z: 244 – 246). Hier lässt sich ein Aspekt aus der Gruppendiskussion anführen, wonach sich die gestiegene Anerkennung

darin ausdrückt, dass »auch ärztlicherseits die positive Wirkung ethischer Beratung realisiert wird. Und dass man insofern auch bereit ist, das in Anspruch zu nehmen« (I, R, Z: 67-68). Die positive Entwicklung besteht also darin, dass Ethikberatung im Krankenhaus als prinzipiell anerkannt wahrgenommen wird und dies auf den Zuwachs an medizinethischen Kompetenzen zurückgeführt wird: Weil das Niveau medizinethischer Beratung in Krankenhäusern – gerade auch durch Klinikseelsorger*innen – gestiegen ist, wird Medizinethik mehr akzeptiert und nachgefragt. Für die Klinikseelsorger*innen wirkt sich dies zugleich beim Anerkennungszuwachs als medizinethische Akteur*innen durch das Klinikpersonal aus. Insofern haben medizinethische Fort- und Weiterbildungen – wie etwa durch den Zertifizierungskurs »Medizinethik in der Klinikseelsorge« – eine erkennbare positive Wirkung entfaltet.

»Skepsis«

Mit Blick auf künftige Entwicklungen überwiegen in der Gruppe jedoch eher kritische Einschätzungen. Auf dem Poster wurde erwähnt, dass die »Rahmenbedingungen im Klinikalltag [...] prekär (Zeit-, Personalmangel, Geldmangel)« werden würden und die »Einbeziehung der Krankenhauseelsorge in Entscheidungsprozesse« unsicherer würde. Als weitere Erwartung wird »Ethik als Konfliktfeld« genannt.

Deutlich drückt sich die Sorge um die künftige Entwicklung aus, wenn diese ökonomischen Prinzipien folgt, wie die Gruppe in der Präsentation ihrer Ergebnisse klargestellt: »Personal hat keine Zeit mehr, Personal ist Mangelware, in Anführungszeichen, in den Kliniken und gerade die kleinen Häuser müssen immer fester ihre Haushalte stricken und dann bleibt



*einfach Zeit und Personal, am Ende fällt das hinten runter und das wird dann wieder zu Lasten des Patienten ausgetragen» (P, Z: 249 – 252). Die Ökonomisierung treffe besonders, so die Einschätzung der Gruppe an gleicher Stelle, die kleinen Häuser. Sie haben schlichtweg einen zu engen Haushalt, der sich auch auf die Patienten auswirken würde. Es sind nicht nur die Konsequenzen für die Patient*innen – auch die medizinethische Tätigkeit der Klinikseelsorger*innen ist hiervon betroffen. So wird nach Einschätzung der Gruppe ein zunehmender Druck auf das Personal sich auch in den Komitees niederschlagen. Der Druck wird sich als Stress in der »Ethikarbeit, Ethikkomitee-Arbeit« (I, R, Z: 48) auswirken, weil diese aufgrund der Arbeitsbelastung und veränderter Wertigkeiten in den Hintergrund gedrängt wird. Anhand einer kurzen Sequenz über ein Ethikkomitee lässt sich die Einschätzung nachvollziehen:*

»Die ganzen Chefärzte kommen nie. Die waren am Anfang einmal dabei, aber. Und dann kommen die Ärzte nicht her wegen Überbelastung auf Station, ganz oft. Oder die Besetzung, wer immer da ist, ist die Klinikseelsorge und vielleicht die Patientenführer und paar... Aber das ganz oft auch nicht richtig besetzt, weil wegen Überbelastung und die dann keine Zeit haben. Das ist genau der Punkt. Und die Geschäftsführung liest das Protokoll, aber ja, mehr auch nicht.« (I, R, Z: 59 – 64).

Die zunehmende Ökonomisierung hat der Einschätzung der Gruppe zufolge schwerwiegende Folgen. Engere Haushalte, weniger Personal, Konsequenzen für die Patient*innen sind die eine Seite. Die andere Seite besteht in den erschwerten Bedingungen, medizinisch tätig zu sein. Diese Einschätzung lässt aufhorchen, denn gerade im Fall engerer Haushalte lässt sich vermuten, dass diverse medizinethische Probleme eher häufiger auftreten beziehungsweise öfters schwierige Entscheidungen zu treffen sind. Die oben berichtete gestiegene Anerkennung durch medizinisches Personal steht dieser Entwicklung nicht nur kontrastiv entgegen: alle Anerkennung medizinischen Engagements erscheint dort bedroht, wo schlichtweg kaum Zeit ist für Reflexion und Diskussion.

Als weiterer Punkt wurde in der Präsentation »Ethik als Konfliktfeld« genannt. Hiermit ist gemeint, dass Ethik »als Auslöser für einen Konflikt« (P, Z: 257) fungieren kann. Die Diskussion innerhalb der Gruppe verdeutlicht, was hiermit gemeint ist. Es wird ausgeführt, dass »sich die Klinik durch die einzelnen Ethikkomitees im Grunde genommen davon distanz[iert], sich mit ethischen Fragen auseinanderzusetzen. Weil das jetzt dann auch in einer entsprechenden Arbeitsgruppe verankert wird, die aber selbst gar nicht mehr ethisch arbeitet.« (I, R, Z: 395 – 399). Aus der Sequenz wird klar, weshalb »Ethik als Konfliktfeld« zur Diagnose einer kritisch betrachteten Entwicklung gezählt wird. Die Einschätzung ist, dass im Verlauf zunehmender Institutionalisierungen von Ethikkomitees, die von ethischer Reflexion aufgeworfenen Konflikte in einem eigenen Raum begrenzt und dort eingehegt werden. Ethische Konflikte werden an vielen Orten vermieden, indem sie einen festen Raum bekommen. Kritisch wird an dieser Institutionalisierungsweise von Ethik gesehen, dass sie medizinethische Auseinandersetzungen ermöglicht, sie zugleich jedoch auch in ihrem Geltungsraum reduziert.

Angesprochen ist hierin auch ein Phänomen, welches sich als zunehmende Delegierung von Ethik und die Expertisierung begreifen lässt. Direkt im Anschluss greift ein Teilnehmer den Faden auf und konkretisiert in einer Frage das Problem: »Also die machen das so: Ich muss selbst nicht mehr reflektieren?« »Ethik wird abgegeben« (I, R, Z: 400 – 402) lautet die Antwort, die eine Teilnehmerin gibt. In der darauffolgenden Äußerung wird das Problem bei Qualifizierungsmaßnahmen gesehen: »Dann macht man das für die Qualifizierung, aber man steht nicht dahinter« (I, R, Z: 404). Zu der Delegierung von Ethik und der Expertisierung von Ethik tritt eine weitere, problematische Tendenz hinzu. Im Zuge von Qualifizierungsmaßnahmen, die auf dem Papier eine medizinethische Befähigung der in diesem Bereich Zertifizierten nachweisen, ist es unklar, ob diejenigen »dahinter« stehen. Problematisch ist die Tendenz, dass Ethik »dann zur Makulatur« (I, R, Z: 406) wird. Auch auf Seiten der Fortgebildeten bedarf es eines kontinuierlichen Einsatzes für Medizinethik. Die Institutionalisierung von Ethik-Gremien und Qualifizierung der Medizinethiker*innen wird

also als zweischneidig angesehen: sie ist – wie viele Maßnahmen – nicht davor gefeit, zum Oberflächenphänomen zu verkümmern, unterhalb dessen alles beim Alten bleibt. Könnten Klinikseelsorger*innen besonders aufmerksam für diese Gefährdung sein?

»Herausforderungen«

Neben den positiven und den kritisch betrachteten Entwicklungstendenzen hat die Gruppe weitere Herausforderungen aufgelistet, die sie auf die Medizinethik in der Klinikseelsorge zukommen sieht. Bei einigen dieser Herausforderungen kann auf die bereits oben dargestellten Ergebnisse der anderen Gruppen verwiesen werden.

Genannt werden als Herausforderungen die »existentielle / spirituelle Dimension«, der Erwerb einer »interkulturellen Kompetenz« sowie die »Unterschiedlichkeit der Systeme (Kirche/Klinik)«, die auch in anderen Gruppen diskutiert wurden. Die relative Fremdheit von Seelsorger*innen im Kliniksystem, ihr spezifischer Status in der Organisation des Krankenhauses lässt sich auch der nächsten genannten Herausforderung zurechnen. Die Gruppe geht davon aus, dass das »Thema Fremdheit in dem Ganzen« (I, R, Z: 328) weiter relevant bleiben wird.

Aber auch bei den »kirchlichen Ressourcen« werden Herausforderungen gesehen. Klinikseelsorge und die hiermit verbundene Medizinethik sind in ihrer heutigen Form kirchlich gebunden und nicht zu verwechseln mit spiritual care. Die prinzipielle Zugangsmöglichkeit zu Krankenhäusern ist für die Seelsorge rechtlich verankert. Als künftige Herausforderung wird gesehen, »wie die Kirchen überhaupt Klinikseelsorge-Stellen bereitstellen« (I, R, Z: 19) »und Klinikseelsorger [...] die dieses Thema, Medizinethik, dann wachhalten« (I, R, Z: 20). Inwieweit werden die Kirchen bereit sein, angemessen finanzierte Stellen und qualifiziertes Personal zur Verfügung zu stellen? Zur selben Herausforderung zählt die Gruppe auch das Engagement der Kirchen für die institutionelle Verankerung von Medizinethik im eigenen Raum. So wird in der Diskussion berichtet, dass ein Erzbistum in Deutschland ein eigenes Curriculum für die Klinik-

seelsorge-Ausbildung entwickelt habe, in welchem Medizinethik einen Platz hat – eine gute Entwicklung in den Augen der Gruppe.

Als eine weitere Herausforderung werden »Vernetzung, Kommunikation plus Sprachfähigkeit in der Klinik« genannt sowie die Herausforderung, das »eigene[.] Proprium [zu] bewahren«. Ein in der Diskussion aufgeworfener Gegensatz kann klären, wo die Herausforderung gesehen wird. Eine Teilnehmerin konkretisiert, dass sie keine Philosoph*innen, sondern Theolog*innen seien. Dieser Gegensatz weist auf das religiöse und theologische Profil hin, das nach Ansicht der Teilnehmerin Klinikseelsorger*innen auch bei ihrer medizinethischen Tätigkeit haben sollten, ohne dass damit die Standards nicht-direktiver Beratung u.Ä. in Frage gestellt würden. Dass es sich hierbei um eine Herausforderung handeln kann, zeigt sich in der sich anschließenden Bemerkung im Gespräch zur gleichen Stelle. »Wie weit müssen wir uns einbinden lassen, um überhaupt da sein zu dürfen oder zu können?« (I, R, Z: 74 – 75) Die Frage verweist auf eine weitere Frage, nämlich jene, wie sehr eigene Überzeugungen überhaupt thematisiert werden können, um zugleich eine Anschlussfähigkeit für Andere weiterhin zu besitzen.¹⁰

Als weitere Herausforderungen werden andere bereits erwähnte Bereiche genannt, beispielsweise die »Ökonomisierung«, »Ethik wird (nur noch) an Experten delegiert« und »sind wir Experten oder die anderen, die Mediziner, sind Experten« (P, Z: 297). Die Medizinethik wird sich zudem mit neuen technischen und medizinischen Entwicklungen auseinanderzusetzen haben, wie die Nennung »neue eth. Fragen entstehen mit med. Entwicklungen (Pflegeroboter, Pränataldiagnostik)« verdeutlicht. In der weiteren »Qualifizierung aller Berufsgruppen« besteht ebenso eine Herausforderung. Mit Blick auf die oben erwähnte Befürchtung, dass eine Qualifizierung auch zu einer Einhegung von medizinethischen Diskussionen führen kann, lässt sich ergänzen, dass es vermutlich ebenso auf die Art und Weise der Qualifizierung ankommen wird.

¹⁰ Auf Seite 10 dieser Broschüre findet sich die Herausforderung, als Repräsentant*in der katholischen Kirche und deren Morallehre zu gelten.

Zusammenfassung

Neben den positiven Tendenzen einer gestiegenen und weiter steigenden Anerkennung der Medizinethik im klinischen Kontext identifiziert die Gruppe problematische Tendenzen. Zu diesen gehört die Gefahr einer Delegation von Ethik an Expert*innen, die Einhegung ethischer und medizinethischer Diskussionen in Gremien sowie Qualifizierungen, wenn sie nur auf dem Papier existieren. Als Frage für die Zukunft lässt sich hier formulieren, wie eine umfassende Qualifizierung gelingen kann, die einen produktiven Umgang mit diesen Tendenzen ermöglicht. Hierzu gehört es sicherlich, den Fokus über Ethikkomitees und strukturelle Einbindungen hinaus zu öffnen. Des Weiteren scheint die Verankerung der Klinikseelsorge in den Bistümern und Landeskirchen eine Herausforderung zu sein, bei denen – insbesondere im Blick auf die ökonomische Entwicklung – das Verständnis für die Klinikseelsorge einschließlich ihrer medizinethischen Rollen Aspekte zu erhalten sein wird.

4. »Welche Kompetenzen benötigen Sie als Klinikseelsorger*in, um im Kliniksystem qualifiziert ethisch mitreden zu können und tätig zu sein?«

Angesichts des breiten Tätigkeitsfeldes im medizinischen Bereich, angesichts der genannten Entwicklungstendenzen sowie der spezifischen Organisations- und Strukturaspekte ihrer Tätigkeit im Krankenhaus ist zu vermuten, dass Klinikseelsorger*innen eine breite Palette an Kompetenzen benötigen. Mit der Frage nach den erforderlichen Kompetenzen hat sich die vierte Gruppe befasst. Ihre Antworten sind unmittelbar relevant für bestehende oder künftige Fort- und Weiterbildungskonzepte.

Wegen der besonderen Relevanz dieser Frage für die Studienzielsetzung waren die Ergebnisse der Gruppe Gegenstand einer gemeinsamen Auswertungssitzung,¹¹ bei der die Forschungsgruppe das Datenmaterial der Gruppe untersucht und entlang der von der Workshop-Gruppe verwendeten Kategorien »Fachliche Voraussetzungen, Struktur, Persönliche Fähigkeiten, Rückhalt außerhalb des Systems« geordnet hat. Des Weiteren wurde versucht, die genannten Kategorien mit Kompetenzkategorien in Verbindung zu setzen. Einige Aspekte ließen sich anhand des während der Analysesitzung entwickelten Kompetenzbündel »Feldkompetenz« und »Professionskompetenz« nicht eindeutig zuordnen. Für diese wurde während der Gruppensitzung eine Kategorie auf derselben Ebene gefunden, die der »Selbstkompetenz«.

»Fachliche Voraussetzungen« / »Professionskompetenzen«

Die ersten Kompetenzen, die von der Gruppe genannt wurden, sind »Fachliche Voraussetzungen«, die sich ihrerseits oft mit dem Kompetenzbereich decken,

den die Analysegruppe hierfür entwickelt hat, den »Professionskompetenzen«. Zu diesen zählen ein profundes fachliches Wissen über »medizinisches Wissen«. Ausdrücklich wurde dies von der Gruppe wie folgt genannt: »Fachjargon der Medizin kennen«. Zu den Professionskompetenzen zählt ebenso ein umfangreiches Wissen in der Ethik, nämlich der verschiedenen medizinethischen Positionen und Ethik-Ansätze. Explizit aufgezählt wurden hierfür unter anderem eine »Grundkompetenz für ethische Fragen« sowie Ethikansätze wie »Prinzipienethik, Careethik, normative Ethik«. Zusätzlich zu den Kenntnissen und der Sprachfähigkeit in den Feldern der Medizin und der Ethik hat die Gruppe eine »Interdisziplinäre Kompetenz« hervorgehoben, die von der Analysegruppe erneut betont wurde. Zu den Professionskompetenzen rechnete die Analysegruppe ebenso ein umfangreiches Wissen um die eigene Rolle und die eigenen Aufgaben, »Rollenbewusstsein und Aufgabenbewusstsein«.

Von einer anderen Gruppe wurde die Notwendigkeit herausgearbeitet, sich im Feld kompetent zu bewegen, seine eigene Kompetenz zu zeigen und sich hierdurch ein Standing zu erarbeiten.¹² Es liegt nahe, insbesondere die erwähnten Wissenskompetenzen als unabdingbar hierfür anzusehen. Sie legen gewissermaßen den Grundstein für eine Etablierung als kompetente medizinethische Akteur*innen im Gesundheitswesen. Wissenskompetenzen sind jedoch nicht ausreichend. Sie müssen durch situationsspezifische Anwendungskompetenzen ergänzt werden.

¹¹ In der Auswertung hat sich die Forschungsgruppe an Suzanne F. Jackson (Jackson 2008) und an Phillip Mayring (Mayring 2003) orientiert. Zum Analyseverfahren in der Praxisforschung vergleiche die Monographie Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen (van der Donk, van Lanen, Wright 2014) und Uwe Flick (Flick 2006a, 2006b) sowie, für partizipative Forschung, auch Melanie Nind (Nind 2011).

¹² Vergleiche Seite 9 dieser Broschüre

Für die praktische Umsetzung identifiziert die Analysegruppe weitere Professionskompetenzen wie die »Moderationskompetenz«, eine »Wahrnehmungskompetenz« sowie eine »Kommunikations- und Übersetzungskompetenz«. Alle beziehen sich auf Situationen, in denen medizinethische Akteur*innen sich mit Anderen auseinandersetzen – indem sie moderieren, indem sie wahrnehmen und indem sie kommunizieren und übersetzen, beispielsweise indem sie Angehörigen die Entscheidung des Arztes/der Ärztin erläutern, oder den Willen der Patient*innen der Ärztin verständlich machen. In einem ähnlichen Terrain der Vermittlung ist die nächste Kompetenz zu verorten.

Nun geht es um eine »didaktische Kompetenz«. Die Aufgaben von medizinethischen Klinikseelsorger*innen liegen auch darin – wie die Gruppe in der Diskussion verdeutlicht – Vorträge und Weiterbildungen zu organisieren. Luisa Segler merkte dazu an: »Wir halten zum Beispiel auch Vorträge über Patientenverfügungen reihum oder so. Jeder von uns muss das dann auch können.« (I, B, Z: 353 – 354) Auch hier findet sich die Anwendung des Wissens wieder, diesmal im Sinne einer Wissensweitergabe, einer umfangreichen Vermittlung und Qualifizierung der Zuhörenden. Es bedarf dieser Kompetenz wahrscheinlich auch, um der Herausforderung einer umfangreichen Qualifizierung aller Berufsgruppen, die auf Seite 20 erwähnt wurde, zu begegnen. Die erwähnte »interdisziplinäre Kompetenz« schärft sich hieran, denn zur vermittelnden Kommunikation bedarf es der Fähigkeit, zwischen verschiedenen Disziplinen, Professionen und Diskursen zu übersetzen.

Ebenso finden sich Kompetenzen bezüglich der eigenen theologischen Orientierung, die an die Herausforderung erinnern, das eigene Proprium zu bewahren. Erwähnt wurde unter anderem die »theologische Fundierung« und der »eigene theologische Standpunkt«. In diesem Kontext lassen sich die theologische Kompetenz und eine Kenntnis des eigenen theologischen Standpunktes in dem Sinne verstehen, dass es wichtig ist, zu wissen, wo man steht. Als Teil des Kompetenzprofils hat die Analysegruppe die von der Workshopgruppe entwickelte Kategorie der »Reflexionskompetenz« angesehen.

Des Weiteren bedarf es verschiedener »persönlicher Fähigkeiten«, wie die Workshopgruppe verdeutlicht hat. Besonders erwähnenswert ist die »Fähigkeit, an Themen dranzubleiben«, da diese Kompetenz auf etliche der oben genannten Herausforderungen reagiert. Die erste Bedeutungsebene der Kompetenz scheint recht klar zu sein. Luisa Segler legt in der Gruppendiskussion den Fokus darauf: »Also ich merke dann manchmal, wenn es dann heißt: Ne, das können wir doch gar nicht machen, und das, wer soll da mitarbeiten, und dann ist wieder keine Zeit. Und dann zu sagen wir müssen da dranbleiben! Das ist ein Thema! Das ist wichtig! Das ist gut für die Leute!« (I, B, Z: 424 – 427) Es bedarf einer Hartnäckigkeit, wie es die Gruppe auch genannt hat. Zugleich wird dies auch im Rahmen der Organisation relevant. Lea Schnell greift kurz darauf den Faden erneut auf und konkretisiert: »Also es war auch hier ein großer Unterschied, ob ein Ethikkomitee da ist oder nicht. Wenn nämlich kein Ethikkomitee da ist, muss ich [die] Fähigkeit [haben] immer wieder an Ärzte anzudocken und mit denen im Gespräch [zu] bleiben und so.« (I, B, Z: 433 – 435) An Themen dran zu bleiben heißt, so verstanden, ebenso an den richtigen Stellen anzudocken, mit den jeweiligen Organisationsgeflechten klug umzugehen und einzelne Aspekte wachzuhalten.

Damit wird das Thema der Organisation aufgerufen, auf die sich spezifische Kompetenzen beziehen. Die Analysegruppe hat sie – unter Ersetzung des »Struktur«-Begriffs – im Begriff der allgemeinen »Feldkompetenz« gesammelt. Damit sind alle jene Kompetenzen gemeint, die mit der Fähigkeit verbunden sind, sich im Tätigkeitsfeld der Klinik zu situieren und zu orientieren. Unter die Feldkompetenz zählen die schon erwähnte »interdisziplinäre Kompetenz«, ein »Rollenbewusstsein«, eine gute »Kenntnis des Systems Klinik« sowie eine »Updatefähigkeit im medizinischen Bereich« – d.h. die Fähigkeit sich regelmäßig auf den neuesten medizinischen, ethischen und organisationalen Stand bringen zu können, wie die Workshopgruppe verdeutlicht. Wichtig sei auch, den »Fachjargon zu kennen, [zu] verstehen und sich einbringen zu können«. Um medizinethisch tätig zu sein, bedarf es also ebenso einer tiefen Kenntnis der Organisation der jeweiligen Klinik – eine Kenntnis, die mitunter erst vor Ort erworben werden kann.

»Selbstkompetenz«

Als dritten Bereich hat die Analysegruppe die »Selbstkompetenz« als eine implizite Kategorie der Großgruppe identifiziert. Zur Hinleitung eignet sich ein Diskussionsbeitrag von Lea Schnell während der Workshopgruppendifkussion, der die Bedeutsamkeit dieses Bereiches unterstreicht.

»Ich hab das mal so geschrieben. Geht das so: Eigene Reflexion, Nähe und Distanz zu den Problemfällen aufarbeiten. Ja, denn das kann schon sein. Wir hatten auch eine Mitarbeiterin, die war nach einem Fall total fertig, die Tage danach. Und haben wir jetzt auch einen richtigen Rat gegeben oder nicht gegeben?! Und war so betroffen davon, also eine Pflegekraft jetzt. Das war schon heftig. Dann haben wir gesagt, wenn sowas ist, soll sie immer sofort wieder paar Leute zusammenerufen, damit man Psychohygiene machen kann. Ja.« (I, B, Z: 384 – 389).

Ein Vorkommnis im Krankenhaus beschäftigt eine Mitarbeiterin stark, denn im Nachhinein ist es fraglich, ob ein richtiger Rat gegeben wurde oder nicht. Die Seelsorgerin berichtet, dass daher Maßnahmen ergriffen wurden, um die Psychohygiene der Krankenpfelegerin zu unterstützen. Exemplarisch steht die Erzählung für die seelischen Folgen, die die Arbeit in Kliniken mit sich führen kann, für die individuelle Betroffenheit nach und in medizinethischen Situationen. Als eine Kompetenz, die darauf angemessen und verantwortlich reagiert, wurde die Kompetenz der »Selbstsorge« herausgearbeitet. Weitere Kompetenzen, die sich unter der »Selbstkompetenz« finden, sind folgende: »Arbeit am Selbst«, »philosophisch-theologische Kompetenz«, ein Bewusstsein der »eigenen Positionalität«. Angebracht wurde hierbei auch die »Selbstvergewisserung«.

Zusammenfassung

Betrachtet man den Ausgangspunkt der Gruppendiskussion – welche Kompetenzen werden benötigt, um im Kliniksystem qualifiziert ethisch mitreden zu können und tätig zu sein? – dann ist die Kategorie der »Selbstvergewisserung« auffallend, wie der gesamte Bereich der »Selbstsorge«. Denn sie scheinen nahezu legen, dass die medizinethische Tätigkeit Anforderungen an die Akteur*innen stellt, die nicht ohne Auswirkungen auf das Selbst dieser Akteur*innen bleiben. Daher braucht es eine erhöhte Selbstsorge, wie auch eine »Selbstvergewisserung«. Werden diese Kompetenzen als Antwort auf die Herausforderungen begriffen, so ist anzunehmen, dass sie als intensiv wahrgenommen werden und eigene Positionen, Überzeugungen und Selbstbilder in Frage stellen. Ihnen wird mit einer selbstsorgenden Selbstreflexion – der „Selbstkompetenz“ – begegnet. Worin diese Herausforderungen genau bestehen und wie die Kompetenzen der »Selbstsorge« gestärkt werden können, wird eigens herausgearbeitet werden müssen. Dass aber in dieser starken Weise das Selbst im Mittelpunkt steht, ist zugleich ein Hinweis, den künftige Fortbildungen, kirchliche Institutionen und die jeweiligen Krankenhäuser berücksichtigen müssten.

Weiterführende Thesen

- 1) Klinikseelsorger*innen müssen sich die Anerkennung als kompetente Akteur*innen in der Medizinethik in der Regel erarbeiten. Die Kompetenzanforderungen im Bereich der Medizinethik sind zudem sehr hoch, umfassen ein größeres Spektrum an Einzelkompetenzen und fordern ständige Weiterentwicklung. Für das Standing der Klinikseelsorger*innen in der Medizinethik ist es hilfreich, ihre Kompetenzen durch Weiterbildungen und Zertifizierungen untermauern zu können.
- 2) Klinikseelsorger*innen müssen sich ihre Anerkennung auch in der Hierarchie des Krankenhauses erarbeiten. Ebenso müssen häufig auch die Möglichkeiten für medizinisches Arbeiten im Gefüge von unterschiedlichen Professionen und Entscheidungsebenen gefunden werden. Daher ist insbesondere die Kommunikationsfähigkeit von Klinikseelsorger*innen herausgefordert, die sie im medizinischen Kontext kompetent und spezifisch einbringen können.
- 3) An Klinikseelsorger*innen werden in ihrem Arbeitsfeld Krankenhaus vielfältige Erwartungen herangetragen und sie erleben sowohl die Möglichkeit als auch die Herausforderung, zwischen verschiedenen Bestandteilen ihrer Rolle als Klinikseelsorger*in situationsspezifisch auszuwählen. Sie entwickeln daher eine situative Sensorik für Situationen und die darin enthaltenen Rollen- und Handlungsanforderungen. Insgesamt wächst die Bedeutung für die Klinikseelsorgenden, eine eigenständige *Selbstkompetenz* auszuprägen. *Selbstkompetenz* meint hierbei die Fähigkeit, die eigene Position in einem komplexen Interaktions- und Organisationsgefüge wahrzunehmen, kompetent mit Erwartungen umzugehen, eigene professionelle Bedürfnisse zu registrieren und sich entsprechende Unterstützung zu verschaffen. Medizinethische Fort- und Weiterbildungen müssen gerade auch die Ausbildung und die Erweiterung dieser Selbstkompetenz miteinbeziehen.
- 4) Klinikseelsorger*innen nehmen einen zunehmenden Ökonomisierungsdruck im Krankenhaus wahr. Der Zeit- und Personalmangel wirkt sich auch auf die Realität der medizinischen Arbeit – in Ethikkomitees, aber auch auf den Stationen – aus, da dafür dann teilweise weniger Raum bleibt. Unter dem medizinischen und pflegerischen Personal wächst die Frustration und das Burn-Out-Risiko, wenn sie den Eindruck haben, aufgrund ökonomischer Faktoren gegen ihr professionelles Ethos handeln zu müssen. Zum Kompetenzprofil der Klinikseelsorge gehört es immer mehr, die sozialetischen Herausforderungen im Gesundheitswesen und die organisationsethischen Dimensionen der Arbeit im Krankenhaus zu erkennen und sie ansprechen zu können.
- 5) Klinikseelsorge versteht sich nicht nur als *Krankenseelsorge*, sondern in einem umfassenderen Sinne als *Krankenhausseelsorge*. Für Klinikseelsorgende ist es daher wichtig, auch die Kontextbedingungen kritisch wahrzunehmen, unter denen die existentiellen Fragen von Patienten und Angehörigen aufkommen und in denen sie zur Sprache kommen können – oder wahrzunehmen, wo diesen nur wenig Aufmerksamkeit eingeräumt wird. Dies ist eminent wichtig, um auch die medizinischen Wünsche und Bedürfnisse der Patient*innen richtig verstehen und sie – gegebenenfalls auch anwaltschaftlich – unterstützen zu können. Klinikseelsorge steht insofern zunehmend vor der Herausforderung, seelsorgerliche, medizinethische und organisationsethische Aspekte in ihrer Wechselwirkung zu berücksichtigen. Gerade organisationsethischen Kompetenzen sollte künftig mehr Gewicht in ethischen Fort- und Weiterbildungen beigemessen werden.
- 6) Klinikseelsorgende haben eine große Sensibilität für ihre besondere Situation im Krankenhaus, in dem sie oft eine Grenzgängerstellung einnehmen. Diese spezifische Stellung bringt bestimmte Beschränkungen mit sich, wird aber häufig auch als Chance für kritische Anwaltschaft wahrgenommen. Die Erfahrungen und Einsichten, die Klinikseelsorgende mit dieser kritischen Anwaltschaft machen, sollten in Kirche und Gesellschaft als wertvolle Ressource für eine fundierte Diskussion der Chancen, aber auch der Herausforderungen in der gegenwärtigen Krankenversorgung genutzt werden.

Literaturverzeichnis

BERGOLD, JARG; THOMAS, STEFAN (2012):

Partizipative Forschungsmethoden.

Ein methodischer Ansatz in Bewegung. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 13 (1) Art. 30.

BOBBERT, MONIKA (HG.) (2015):

Zwischen Parteilichkeit und Gerechtigkeit.

Schnittstellen von Klinikseelsorge und Medizinethik. Berlin, Münster: Lit.

FLICK, UWE; KARDORFF, ERNST VON; STEINKE, INES (2010):

Was ist qualitative Forschung?

Einleitung und Überblick. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl., S. 11–29.

FLICK, UWE (2006A):

Qualitative Evaluationsforschung zwischen Methodik und Pragmatik - Einleitung und Überblick.

In: Uwe Flick (Hg.): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte - Methoden -Umsetzung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl., S. 9–29.

FLICK, UWE (2006B):

Qualität in der Qualitativen Evaluationsforschung. In: Uwe Flick (Hg.): Qualitative Evaluationsforschung.

Konzepte - Methoden -Umsetzung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. S. 424–443.

HAKER, HILLE; BENTELE, KATRIN; MOCZYNSKI, WALTER; WANDERER, GWENDOLIN (HG.) (2009):

Perspektiven der Medizinethik in der Klinikseelsorge. Berlin, Münster: Lit.

JACKSON, SUZANNE F. (2008):

A Participatory Group Process to Analyze Qualitative Data. In:

Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action 2 (2), S. 161–170.

MAYRING, PHILIPP (2003):

Qualitative Inhaltsanalyse.

Grundlagen und Techniken. 8. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.

MOOS, THORSTEN; EHM, SIMONE; KLIESCH, FABIAN; THIESBONENKAMP-MAAG, JULIA (2016):

Ethik in der Klinikseelsorge. Empirie, Theologie, Ausbildung. Göttingen, Bristol, CT, U.S.A.:

Vandenhoeck & Ruprecht.

NIND, MELANIE (2011):

Participatory data analysis. A step too far?

In: Qualitative Research 11 (4), S. 349–363.



O'SULLIVAN, TRACY; CORNEIL, WAYNE; KUZIEMSKY, CRAIG; LEMYRE, LOUISE; MCCRANN, LYNN (2013):
The EnRiCHCommunity Intervention: Collaborative Asset-Mapping to Enhance Resilience for High-Risk
Populations, a publication prepared on behalf ofThe EnRiCH Collaboration,
verfügbar unter: <http://enrichproject.ca/publications-and-resources.html>.

O'SULLIVAN, TRACEY L.; CORNEIL, WAYNE; KUZIEMSKY, CRAIG E.; TOAL-SULLIVAN, DARENE (2015):
Use of the Structured Interview Matrix to Enhance Community Resilience Through Collaboration and
Inclusive Engagement. In: Syst. Res 32 (6), S. 616–628.

PELZ, CORINNA; SCHMITT, ANNETTE; MEIS, MARKUS (2004):
Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen
in der Markt- und Evaluationsforschung. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum:
Qualitative Social Research 5 (2) Art. 35.

VON UNGER, HELLA; GANGAROVA, TANJA (2015):
PaKoMi Handbuch. HIV-Prävention für & mit Migrant/inn/en. 4. Auflage, (unveränderter Nachdruck
der 3. Auflage 2013). Berlin, Berlin: WZB Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung;
Deutsche AIDS-Hilfe.

VON UNGER, HELLA (2014):
Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS.

VAN DER DONK, CYRILLA; VAN LANEN, BAS; WRIGHT, MICHAEL T. (2014):
Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen. Bern: Verlag Hans Huber.

WRIGHT, MICHAEL T. (HG.) (2010):
Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber.

WRIGHT, MICHAEL T.; BLOCK, MARTINA; VON UNGER, HELLA (2010):
Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M. T. Wright (Hg.).
Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention, Bern:
Verlag Hans Huber, S. 36-53.

Anhang: Poster

Spielen in Ihrer medizinischen Arbeit auch Organisations- und Strukturfragen eine Rolle? Wenn ja, wo sehen Sie Schwerpunkte?

Orte und Themen

Einbindung des ICHS in Ethik-Strukturen:
z.B. E. Komitee; med.-eth. Fortbildung; Arbeitskreis Ethikcafé

Initiative des ICHS
z.B. - Arbeitsgruppe f. Pflege
- Ethikunterricht
- Seminare zu Med.-Eth.

z. Konkret. Fragestellungen:
z.B. Finanzierung; Allokation
z.B. Arbeitsdruck; Burnout
...

Rolle und Position

Rolle u. Position
- systemisches Element? (-)
- außerhalb des Systems? (-)
- kritische Ausseiter? (-)

- Neutralität des ICHS als wesentliche Beding. (Unabhängigkeit)
- Anwaltschaft für Belange Einzelner
- kritische Stimme für personelle Angelegenheiten (-> Ökonomie)

↳ bindungslos zur Seelsofie
↳ Vernetzung- u. Kooperationskompetenz d. Seelsofie
↳ proz. - kritische Kompetenz d. Seelsofie

Beziehung Ko'haus <-> Seelsofie

Organisation ICHS <-> Seelsofie
- Dokumentation der Medizin
- Dokumentation der Ökonomie
- hierarchische Entscheidungswege
=> Kommunikation(funk.) u. Seelsofie

z.B. - Dokumentation, ja/nein?
- Schweigepflicht oder Kooperation an Information
- Kommunikation nur durch alle Mitglieder (im Präsenz- oder Online-Chat?)

- Organisationslogik bewirkt z. Seelsofie
- Finanzierung u. Abhängigkeit (z.B. Reduktion finanzieller Ressourcen)

pos. Entwicklungen

- Fortbildung macht sprachfähig
- Chance als "Externe" eth. Fragen anzusprechen

Skopsis

- Rahmenbedingungen im Klinikalltag werden prekär (Zeit, Personalmangel, Geldmangel)
- Einbeziehen der KHS in Entscheidungsprozesse
- Ethik als Konfliktfeld

Wohin entwickelt sich die Medizinethik in der Klinikseelsorge? Wo sehen Sie besondere Herausforderungen?

Medethik in der KHS

Herausforderungen

existentielle / spirit. Dimension

interkulturelle Kompetenz

eigenes Proprium bewahren

Qualifizierung aller Berufsgruppen in d. Kliniken

Kirchl. Ressourcen

Ökonomisierung

neue eth. Felder entstehen mit med. Entwicklung (Pflegeroboter, Pränatale Diagnostik...)

Unterschiedlichkeit des Systeme (Kirche / Klinik)
Begriff: Medizin - Ethik

Vernetzung Kommunikation + Sprachfähigkeit in der Klinik

Ethik wird (nur noch) an Experten delegiert

Frage nach Selbstverständlichkeit med. eth. Arbeit in den Kliniken

Anhang: Poster

Vor welchen Herausforderungen, Hindernissen und Widerständen stehen Sie in Ihrer medizinischen Rolle und wie gehen Sie mit diesen um?

Med.-eth. Rolle

- Rollenkonflikte

- Seelsorgerin / Medizinerin
- Selbstdefinition u. Fremdzuschreibung (Bin ich kompetent? unterschiedl. Kompetenzzuschreibung)
- Verschiedene Rollen bzgl. Angehörige
 - Begleitung
 - Übersetzung
 - Vermittlung

Hindernisse / Widerstände

- Zeitdruck
- strukturelle Fragen (Gibt es Ethikkomitee? Bin ich Mitglied?)
- (Nicht) Teil des Systems Krankenhaus
- Hierarchien im KH
- zunehmende Ökonomisierung
- Dominanz der Medizin (Personen, Inhalt)
- kulturelle Vielfalt
- ethische Frage als "Schwäche"?

Wie gehen wir damit um?

- Rückhalt im Team
- Bündnispartner, Vernetzung im KH
- ganzheitl. Menschenbild einbringen
- sich als kompetente mediz. Akteure bewegen u. zeigen
- Kompetenz für kulturelle Vielfalt einbringen.

Welche Kompetenzen benötigen Sie als Klinikseelsorger*In, um im Kliniksystem qualifiziert ethisch mitreden zu können und tätig zu sein?

Fachliche Voraussetzungen

- Grundkenntnisse für eth. Fragen
 - Fallpraxis
 - eth. u. jur. Kompetenz

Sensibilität für eth. Problemfelder

Mitbestimmung
 - Applikation-Fähigkeit für Institutionen
 - Zeit zur Reflexion

multiz. Sprachkompetenz
 - mehrsprachig
 - Kenntnis über Fachsprache

den Kunden genaue Kl. beibringen können

Hochschulbildung
 - didaktische Kompetenz
 - Wissen aufbereiten u. weitergeben können

in der Praxis kompetent
 - Fallfragen des Alltags lösen können

interkulturelle Kompetenz
 - in der Praxis kompetent

Selbstbestimmung
 - es ein Standfestig aufbauen

Vernetzungskompetenz

Persönliche Fähigkeiten

- eigene Haltung / Haltung "positiv"
 - eth. Positionen der Kirche kennen (Theol. u. eth.)
 - Bewusstsein über die eigene persönl. Theolog. Position

Fähigkeit an Themen dran zu bleiben

Zeit, sich
 - einen Systemfreund, aber systemkritisch zu sein
 - systemkritisch aber systemfähig sein

eigene Reflexion
 - Nähe und Distanz zu den Patienten aufbauen

Rolle als Klinikseelsorger
 - muss gut reflektiert sein können

Struktur

- Einverständnis der Klinik
 - Ethikkommissionen
 - Organisationsstruktur der Klinik

die eth. Kompetenzen
 - in der Klinik
 - in der Ethikkommission (Sollte für beide vorhanden sein)

Rolle außerhalb des Systems

Ausgangspunkt im Selbstverständnis
 - kollektive Verantwortung / Solidarität



Von November 2018 bis April 2019 hat die Arbeitsstelle »Medizinethik in der Klinikseelsorge« am Fachbereich Katholische Theologie der Goethe Universität Frankfurt am Main eine partizipative Studie über Herausforderungen und Kompetenzprofile der Medizinethik in der Klinikseelsorge durchgeführt.

Im Zentrum dieser Broschüre stehen die Ergebnisse, die eine Gruppe von 19 Klinikseelsorger*innen erarbeitet hat. Welche Kompetenzen benötigen Klinikseelsorger*innen, um medizinethisch tätig zu sein? Welche Herausforderungen erleben sie im Alltag? Wie sehen sie die Zukunft der Medizinethik? Diese Broschüre präsentiert einige der Ergebnisse in aufbereiteter Form.