

Angela Kessler-Weinrich

Moderation - Seelsorge - Supervision im klinischen Feld der Ethikberatung

Unterschiede und Gemeinsamkeiten - Erfahrungen aus der Praxis

Zusammenfassung

Basierend auf meinen langjährigen Erfahrungen in der Krankenhauseelsorge und in der ethischen Fallberatung, erfahren diese Perspektiven die Erweiterung um meinen neuen Blickwinkel der Supervision als Studentin des weiterbildenden Studiengangs Supervision und Beratung an der Universität Bielefeld. Der Artikel beschreibt Gemeinsamkeiten und Unterschiede aus diesen drei beratenden Ansätzen, ausgehend von praktischer Erfahrung im Feld Krankenhaus. Das ethische Fallgespräch bildet hierbei den Bezugsrahmen.

1. Aufgabe und Auftrag (Rollen) der Moderation in ethischen Fallgesprächen

In den letzten Jahren ist die Ethikberatung in Krankenhäusern enorm vorangeschritten. Nicht zuletzt durch Zertifizierungsprozesse wurde diese Entwicklung angestoßen. Inhaltlich angetrieben durch den sich rasant entwickelnden medizinischen Fortschritt, der besonders in der Intensivmedizin Fragen der Therapiebegrenzung aufwirft. Veränderungen zu einer pluralistischen Gesellschaft mit zahlreichen Religionen, Nationen und Kulturen, die zum Teil sehr divergierende moralische Vorstellungen haben, machen eine ethische Reflektion zusätzlich notwendig. Auch der Stellenwert der Selbstbestimmung trägt zu einem differenzierten Bild der individuellen Werteskala bei. So wie Menschen ihr Leben selbstbestimmt gestalten wollen, wollen sie es auch mit ihrem Sterben halten. Der Wunsch nach der Umsetzung der eigenen Vorstellungen vom Leben und Sterben ist groß und damit die Erwartung, dass dem auch in Institutionen des Gesundheitswesens Rechnung getragen wird.

All diese Faktoren zusammen begründen die zunehmende Nachfrage nach Ethikberatung. Die Strukturen von Ethikberatung innerhalb der Institutionen sind unterschiedlich (vgl. Neitzke 2008, S. 63ff.). Das gemeinsame Ziel ethischer Fallgespräche ist, in schwierigen Behandlungssituationen einen Raum für den Austausch ethisch begründeter Argumente für oder gegen Therapiemöglichkeiten zu geben. Diese Entscheidungsfindung ist ein Prozess, der in einem moderierten Gespräch möglichst zu einer im Konsens getroffenen Empfehlung führt.

Die Klinische Ethik im Evangelischen Klinikum Bethel (im Folgenden als EvKB abgekürzt) begann 1996 mit ersten Arbeitsgruppen (nachzulesen in den Jahresberichten z.B. evkb-klinische-ethik-jahresberichte-2018). 2000 erfolgte die Gründung des Ethikkomitees und 2007 begann der Aufbau des Ethikberatungsdienstes. Unter der Leitung eines klinischen Ethikers nahm ein interprofessionelles Team von ausgebildeten Ethikberater*innen (u.a. Ethiker*innen, Pflegenden, Ärzt*innen, Seelsorger*innen, Psycholog*innen) die Arbeit auf. Das Angebot ist seit Jahren in der Institution etabliert und birgt, dank hoher Anfragezahlen, einen großen Erfahrungsschatz. Für eine ethische Fallbesprechung wird ungefähr eine Zeitstunde angesetzt. Die Moderation verantworten in der Regel zwei Personen, von denen eine Person moderiert und die andere das Protokoll anfertigt, das später in der Patientenakte aufgenommen wird.

Die Begleitung des Gesprächs durch zwei Moderator*innen hat sich etabliert und bewährt. Einerseits dient es noch unerfahrenen Ethikberater*innen zur Schulung, andererseits können beide Aufgaben, Moderation und Protokoll, mit voller Konzentration durchgeführt werden. Die Anzahl der Personen des Ethikberatungsteams ermöglicht es, dass niemand in dem Bereich des Krankenhauses, in dem er originär beruflich tätig ist, als Moderator*in eingesetzt wird. So bleibt die Moderator*innenrolle für die Gesprächsteilnehmer*innen eindeutig. Die Methode der prozessorientierten Ethikberatung im EvKB orientiert sich mit leichter Modifikation an der Nimwegener Methode (vgl. Steinkamp 2005). Diese wird in Abständen reflektiert und im Ethikberaterteam diskutiert und ggf. überarbeitet und angepasst. In der ethischen Argumentation bedient sich die Ethikberatung des EvKB den weithin konsensfähigen Prinzipien mittlerer Reichweite, die Beauchamps und Childress (2009) publiziert haben. Der Begriff der „mittleren Reichweite“ beschreibt die Verortung der vier Prinzipien unterhalb ethischer Theorien und oberhalb einfacher Moralvorstellungen. Diese vier Prinzipien Autonomie, Nutzen, Nicht-Schaden,

und Gerechtigkeit ermöglichen ein grobes Raster, das Spielräume für Einzelfallentscheidungen lässt, ohne einerseits einen zu starren Rahmen vorzugeben oder andererseits beliebig zu werden.

Aufgabe und Rolle der Moderator*in ist es, dem Leitfaden dieser Prinzipien zu folgen. Die Moderation hat die Leitung des Settings und übernimmt die Begrüßung, Vorstellung und Erläuterung des Vorgehens. Anschließend ist sie dafür verantwortlich, dass alle Beteiligten in angemessener Form zu Wort kommen. Manchmal muss sie begrenzen oder auf den Fokus zurückführen. In einzelnen Fragen ist sie auch als Expert*in gefragt, der*die z.B. die aktuelle Rechtsprechung kennt und in die Diskussion einbringt.

1.1. Aufgabe und Auftrag der Moderation (Rollen) von Seelsorger*in im Krankenhaus

Der Platz der Kinderkrankenhauseelsorger*in ist mitten im Krankenhausalltag, bei den Kindern und Jugendlichen, bei den Eltern und Familien, aber auch bei den Pflegenden und Ärzt*innen. Eine grundlegende Konzeption zur Seelsorge in Kinderkliniken wurde schon 1995 von der EKD Fachkonferenz für Seelsorger*innen in Kinderkliniken formuliert.

*Demnach ist die Aufgabe von Seelsorge im Krankenhaus: „[...]dem Kind zu begegnen und bei ihm auszuhalten, ohne die Spannung, in der es lebt, auflösen zu müssen. [...] Seelsorge mit dem kranken Kind beginnt mit dessen Wahrnehmung. [...] In der Kontaktaufnahme zu und der Begegnung mit dem Kind und seiner Familie drückt sich Wertschätzung und Würdigung aus. Die seelsorgliche Begegnung wird von Zuwendung und Offenheit getragen. Seelsorge geschieht durch die Begleitung des Kindes und seines Umfeldes. Sie ist an den Bedürfnissen des Kindes ausgerichtet“ (Konzeption zur Seelsorge in Kinderkliniken der EKD-Fachkonferenz für Seelsorger*innen in Kinderkliniken 2007).*

Dazu braucht es spezifische Kompetenzen wie z.B. „...mit Krisen und potentiell traumatisierenden Situationen für Kinder, Jugendliche, Familien und Mitarbeitenden umgehen; sterbenden Kindern und Jugendlichen und ihren Familien begegnen, sie begleiten und bei ihnen bleiben ; in die jeweilige Situation hinein und auf jeweils neue Menschen bezogene, individuell gestaltete Rituale, Andachts- und Gottesdienstformen entwickeln und glaubwürdig ausführen (Gottesdienste auf Station, Taufe, Segnung, Abschied, Gedenken); die eigene Theologie in Frage stellen und weiter entwickeln auf die spezielle Situation der erkrankten oder sterbenden Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien hin; kontinuierlich und verlässlich im Klinikgeschehen präsent und direkt erreichbar sein“ (Stellungnahme des Kinderkrankenhauseelsorgekonvents für die Kirchenleitungen der Landeskirchen und die EKD 2013, S.1).

Praktisch realisieren lässt sich Kinderkrankenhauseelsorge immer nur in Abstimmung und Kooperation mit den anderen Berufsgruppen, die an der Betreuung des Kindes beteiligt sind.

Seelsorger*innen sind auch Teilnehmende ethischer Fallgespräche. Entscheidend ist in diesem Fall die Rollenklarheit. Als Seelsorger*in, die mit dem Patienten bzw. Angehörigen im Gespräch ist, unterstützt sie diese im ethischen Fallgespräch. Sei es durch das in Worte fassen dessen, was die Angehörigen gerade nicht aussprechen können, oder durch einfaches Dasein und Rücken stärken. Diese Aufgabe ist abzugrenzen von der Rolle der Moderator*in ethischer Fallgespräche, in der die eigene Profession als Pfarrer*in keine Rolle spielt.

1.2. Aufgabe und Auftrag der Moderation (Rollen) von Supervision im Kontext von Fallbesprechungen

Supervisor*innen sind nicht Teilnehmer*innen des ethischen Fallgespräches, sondern supervidieren z.B. ein ethisches Fallgespräch im Nachhinein mit dem Ethikberatungsteam. Auf diese Weise haben sie einen Bezug zu ethischen Fallgesprächen, ohne selbst eine Rolle darin inne zu haben. In Team- oder Gruppensupervision wird die Rolle der Akteure und der Organisation, in der sie arbeiten, in den Blick genommen. Dabei werden Fälle besprochen, die die jeweiligen Akteure aus unterschiedlichen Gründen beschäftigen und einbringen. Die Aufgabe der Supervision ist es, den Prozess aufmerksam wahrzunehmen und ggf. durch Interventionen zu unterstützen. In der Regel kommt der Supervisionsprozess durch einen Kontrakt zwischen dem*r Supervisor*in und einer Organisation zustande. Je nach Organisation variiert dieser Dreieckskontrakt (Supervisor*in, Arbeitgeber*in, Teilnehmende) zwischen den Extremen, dass der Arbeitgeber lediglich die Bezahlung regelt, in den supervisorischen Prozess nicht eingebunden ist und somit die Teilnehmenden freien Gestaltungsraum haben oder ihnen keinerlei Einfluss auf das Setting gewährt wird. In diesem Kontrakt werden Zeit, Ort, Dauer und Bezahlung geregelt. Besonders zu Beginn des Supervisionsprozesses ist neben der Regelung der äußerlichen Rahmenbedingungen der Beziehungsaufbau zwischen der Supervisor*in und dem Team für die vertrauensvolle und offene Arbeit notwendig. Von der Supervisor*in erfordert

dies ein hohes Maß an Reflexionsvermögen, und die Gleichzeitigkeit von Zuhören, freischwebender Aufmerksamkeit und Verstehen. Das Verstehen des*r Supervisors*in wird erst durch die innere Teilnahme und einem echten Interesse an den Menschen und ihren Fällen möglich.

2. Ziele der Moderation von ethischen Fallgesprächen

Klinische Ethik im Krankenhaus ist handlungsorientiert. Sie ist an den Bedürfnissen eines einzelnen Patienten ausgerichtet und entscheidungsorientiert. Ziel ist es, einen Weg aus dem ethischen Dilemma zu finden, der von Patient*innen gewünscht und für diese angemessen ist. Der Ethikberatungsdienst im EvKB (vgl. Kobert 2008) ist werktags zu erreichen, so dass eine zeitnahe Beratung gewährleistet ist. Die anfordernde Station organisiert Uhrzeit und Raum und informiert die Teilnehmenden. Die Fallgespräche werden evaluiert, indem später nach der Umsetzung der Empfehlung und auch nach der Zufriedenheit der Teilnehmenden gefragt wird. Außerdem werden die Gespräche im Ethikkomitee vorgestellt, in den Treffen des Ethikberatungsdienstes besprochen und besondere Gespräche supervidiert.

Eine Besonderheit ist die Beteiligung von Angehörigen bei ethischen Fallgesprächen. Der Frage nach der Beteiligung von Patient*innen in ethischen Fallgesprächen geht die Frage der Beteiligung von Patient*innen bei medizinischen Entscheidungen überhaupt voraus. Partizipative Entscheidungsfindung (Benennung der Handlungsschritte der partizipativen Entscheidungsfindung vgl. Loh 2007; A1483-1488), beschreibt den Vorgang, in dem Arzt und Patientin gemeinsam gleichberechtigt eine Entscheidung fällen. Der Arzt als Experte für die medizinischen Fakten und der Patient als Experte für sein Leben, seine Einstellungen und Wünsche. Je weitreichender die zu fällende Entscheidung oder je größer die Wahl der Behandlungsoptionen, umso wichtiger ist die Partizipation des Patienten. Im Falle der Nichteinwilligungsfähigkeit des Patienten und wenn keine schriftliche Willensäußerung (Patientenverfügung) vorliegt, übernehmen nicht selten Angehörige die Aufgabe, in die Entscheidungsfindung einbezogen zu werden. Diese Form der Einbindung von Angehörigen in ethischen Fallgesprächen wird kontrovers diskutiert. Einige halten diese Möglichkeit für überzeugend, da Angehörige häufig entscheidende Informa-

tionen über den nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten beitragen können. Bei der Eruerung des mutmaßlichen Willens eines Patienten können diese Informationen einen großen Gewinn darstellen. Allerdings kann man auch zu bedenken geben, dass die Einbeziehung in den Entscheidungsprozess für Angehörige emotional sehr belastend sein kann. Im EvKB wird die Beteiligung von Angehörigen positiv bewertet. In der Evaluation von zahlreichen Ethikberatungsgesprächen hat sich gezeigt, dass die positiven Aspekte weit überwiegen. In den meisten Fällen wird den Angehörigen in einem ethischen Fallgespräch sehr deutlich, wie sich die verschiedenen an der Behandlung ihres Angehörigen beteiligten Berufsgruppen intensiv mit dessen Situation auseinandersetzen. Ein terminiertes Ethikgespräch in großer Runde ist eine gute Möglichkeit des Informationsaustausches und der Entscheidungsfindung. Verantwortlichkeiten können geklärt und damit Belastungen für Angehörige verringert werden. So z.B., wenn darauf hingewiesen wird, dass die behandelnde Ärztin die Verantwortung für die medizinischen Indikationen und die daraus folgenden Entscheidungen trägt. Zusätzlich können Unterstützungsangebote für die Angehörigen angeregt werden, die zur Entlastung beitragen können.

Letztlich ist das Ziel, in kurzer Zeit (ca. 1h) lösungsorientiert zu arbeiten, und im besten Fall zu einer im Konsens getroffenen Empfehlung zu gelangen.

2.1. Zielsetzungen in der seelsorglichen Arbeit im Krankenhaus

Seelsorge in der Kinderklinik geschieht immer durch Begegnung und Begleitung. Die seelsorglichen Begegnungen geschehen oft spontan und kurz, passieren zwischen Tür und Angel. Aber immer wieder werden Seelsorger*innen in Krisensituationen gerufen. Ärzt*innen und Pflegende bitten um Unterstützung, wenn bei einer plötzlich eintretenden Verschlimmerung oder einer existentiell schwerwiegenden Situation eine geistliche Begleitung hilfreich ist. Dasein, dabeibleiben, gemeinsam aushalten, zuhören und Zuspruch geben können, die Krise ertragen helfen. Seelsorge wird auch gerufen, wenn ein Leben zu Ende geht oder zu Ende gegangen ist. Um in einem Arbeitsfeld mit enorm hohen Fallzahlen, wie in einer Klinik, gezielt Seelsorge anbieten zu können, ist die Seelsorge auf Hinweise von Mitarbeiter*innen des Krankenhauses angewiesen. Deshalb sind die Akzeptanz und Wahrnehmung des seelsorglichen Angebotes von Seiten der Mitarbeiter*innen von großer Bedeutung. Eine kleine explorative Untersuchung von Ärzt*innen ergab

u.a. folgende Einsichten (vgl. Kassebaum 2013, S. 333): Seelsorge unterstützt die Medizin in den Behandlungsprozessen, in schwierigen Betreuungssituationen und in ethischen Fragen. Seelsorge repräsentiert Ganzheitlichkeit und eröffnet einen spirituellen Horizont. Manchmal moderieren Seelsorger*innen auch zwischen Mediziner*innen und Eltern, bieten Vermittlung, Entlastung und emotionale Begleitung. Seelsorger*innen unterstützen die interdisziplinäre Kooperation, indem sie als Teil des Teams eingebunden sind und gleichzeitig als Gegenüber, da von der Kirche beauftragt, dem Team Impulse geben können

2.2. Zielsetzungen in der Supervision von Fällen

In der Fallsupervision, die hier im Vergleich zur ethischen Fallbesprechung und zur Seelsorge herangezogen wird, wird ein Fall von den Teilnehmenden erzählt und mit Hilfe des Supervisors in einem diskursähnlichen Gespräch (vgl. Gröning 2013, S. 133) bearbeitet. Die Supervision soll im besten Fall einen reflexiven Raum eröffnen, in dem unterschiedliche Perspektiven gleichwertig ausgetauscht und entgegengesetzte Ansichten offen besprochen werden können. Kompromissbereitschaft und Konsensfähigkeit sind dabei Voraussetzung für eine gelingende Fallarbeit.

3. Verbindendes und Trennendes im Vergleich - Äußere Faktoren

3.1. Auftraggeber

Sowohl das Angebot der ethischen Fallbesprechung als auch das Angebot von (Fall-) Supervision setzen eine auftraggebende Institution voraus. Geldmittel müssen zur Verfügung gestellt werden, dies ist in der Regel nur der Fall, wenn der Mehrwert des Angebotes vom Auftraggeber gesehen wird. Moderator*in bzw. Supervisor*in erhalten ein Honorar, die Arbeitszeit der Teilnehmenden stellt einen weiteren Kostenfaktor dar. Folglich wird von beiden Formaten ein Gewinn für das Unternehmen erwartet. Dieser kann sich in der höheren Arbeitszufriedenheit der Teilnehmer*innen äußern, letztlich begründet er sich aber im Ertrag für den Patienten bzw. Klienten. Auch der Aspekt der gewonnenen Rechtssicherheit ist erwähnenswert, z.B. durch die Dokumentation der ethischen Fallbesprechung in der Patientenakte. Auftraggeber der Seelsorge im klinischen Feld ist in der Regel die Kirche bzw. in manchen Fällen durch Refinanzierung auch die Klinik in Kooperation

mit der Kirche. Seelsorge arbeitet im Unterschied zu den beiden oben genannten Formaten, in den meisten Fällen aufsuchend, d.h. die Seelsorgerin sucht den Patienten in seinem Zimmer auf und bietet ihm ein Gespräch an.

3.2. Honorar

Bevor ein supervisorischer Prozess beginnt, gehen Supervisor*in und Auftraggeber*in in Verhandlungen über Zeit, Umfang und Honorar. Dies mündet in einem schriftlichen Kontrakt, in dem die vertraglichen Regeln festgelegt werden. In der Ethikberatung ist dieses Vorgehen abhängig von den Personen, die die Ethikberatung durchführen. Führt ein angestellter Ethiker die Beratung durch, ist diese Aufgabe in seinem Gehalt enthalten. Es gibt auch das Modell, dass Berater*innen anderer Professionen, wie z.B. Ärzt*innen, Pflegende, Seelsorger*innen, dies in ihre Arbeitszeit integrieren bzw. auch ehrenamtlich leisten. In einigen Bereichen wird auch ein Honorar gezahlt, wenn der Ethikberater aus einer anderen Institution für die Fallberatung angefragt wird. Welche Möglichkeit im Einzelnen favorisiert wird, ist von den Institutionen abhängig. Seelsorger*innen erhalten ihr Honorar von der Kirche bzw. teilweise refinanziert von den Kliniken. Der Staats-Kirchenvertrag regelt die Möglichkeit der aufsuchenden Seelsorge.

3.3. Teilnehmer*innen

Die Teilnahme an ethischen Fallgesprächen ist freiwillig. Sinnvoll ist eine Teilnahme aller der Menschen, die in die Behandlung des zu besprechenden Patienten unmittelbar einbezogen sind, wie z.B. in der Regel eine Stationsärzt*in, ein*e Bezugspflegende*r, aber auch Angehörige oder gesetzliche Betreuer*innen. In Einzelfällen auch Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen und andere therapeutische Berufe. Unabdingbar ist die Teilnahme der behandelnden Ärzt*in, denn allein diese hat die Berechtigung, die Empfehlung im Anschluss umzusetzen. Im Mittelpunkt steht die Situation der Patient*in, aber auch der Aspekt der Qualifizierung von Mitarbeiter*innen in ethischen Fragestellungen und ethischer Entscheidungsfindung ist zu erwähnen. Die Teilnahme an Supervisionsitzungen ist formal ebenfalls freiwillig. Allerdings ist dies bei in der Arbeitszeit angesetzten Fallsupervisionsterminen nicht immer gegeben, so gibt es auch Teilnehmende, die der

Supervision mit Abwehr begegnen. In der Seelsorge ist die Teilnahme an einem seelsorglichen Gespräch immer freiwillig, sie lebt von dem Interesse des Gegenübers an der Begegnung.

3.4. Ergebnis der Beratung

In allen drei Beratungsformen geht es um den Menschen. In erster Linie um den Patienten und Klienten, aber auch um die Mitarbeitenden, d.h. die Teilnehmer*innen. Das Ziel von Ethikberatung und Fallsupervision ist die Verbesserung der Situation des/r Patienten/Klienten durch einen kommunikativen Prozess der ihn/sie beruflich betreuenden Menschen. Damit dies gut gelingen kann, ist es erforderlich, in diesem Prozess eine Atmosphäre herzustellen, in der die Teilnehmenden aus unterschiedlichen hierarchischen Ebenen gleichwertig miteinander sprechen und sich zuhören können. Bei der Seelsorge fehlen die Teilnehmenden, die über eine nicht anwesende Person beraten. Dort ist die Kommunikation direkt mit dem Menschen, der das seelsorgliche Gespräch sucht. Der Kontakt ist unmittelbar.

3.5. Themen

In der ethischen Fallberatung steht das Thema schon vor Beginn der Sitzung fest. Auch wenn die Formulierung der ethischen Fragestellung nicht immer von Beginn an vorliegt, kennt jeder der Teilnehmenden das ethische Thema des Treffens. Nach Begrüßung und kurzer Vorstellungsrunde, da sich die Teilnehmenden zum Teil fremd sind, folgt der Einstieg in die Diskussion. Es ist allen bekannt, worum es geht. In der Fallsupervision ist das anders. Da wird das Thema meist zu Beginn erst gesucht. Manchmal muss geklärt werden, welche der angebotenen Themen in dieser Sitzung besprochen werden sollen. Prioritäten müssen ausgehandelt werden, es muss geklärt werden, wer seinen Fall vorstellt. Dann erst bringt jemand den Fall ein und nicht alle Teilnehmenden sind gleichermaßen damit vertraut. In der Seelsorge gibt es keinen Fall. Da gibt es einen Menschen oder mehrere, wie z.B. bei einem Trauerfall, die sich mit ihren Sorgen, Ängsten, Nöten mit ihren ganzen ungeordneten und widerstreitenden Gefühlen der Seelsorger*in anvertrauen und sich dessen sicher sein können, dass nichts davon weiter gegeben wird, da die Seelsorger*in unter Schweigepflicht steht und das Beichtgeheimnis wahren wird.

4. Verbindendes und Trennendes - Innere Faktoren

4.1. Rollenklarheit

Bei den Überlegungen zu den drei Rollen, die durchaus eine Person innehaben kann, ist die Rollenklarheit von entscheidender Bedeutung. Es ist unabdingbar wichtig zu unterscheiden, ob jemand in seiner Rolle als Ethikberater*in, Supervisor*in oder Seelsorger*in unterwegs ist und das Setting leitet. Eine deutliche Abgrenzung, schon bei der ersten Auftragsanfrage, hat sich als sinnvoll erwiesen. Denn die Realität des eigentlichen hauptberuflichen Feldes und der vom Beruf geprägten Herkunft bleiben. Diese muss m.E. weder geleugnet, noch verschwiegen werden, sondern kommuniziert und transparent sein. In der Vorstellungsrunde in ethischen Fallgesprächen ist es sinnvoll, darauf hinzuweisen, dass man sich z.B. als Pfarrerin, hier aber in der Funktion als Ethikberaterin, mit Teilnahme im Ethikkomitee und als ausgebildete Ethikberaterin vorstellt.

4.2. Haltung

Für alle drei hier betrachteten Bereiche ist eine Kontakt- und Beziehungsfähigkeit während des gesamten Prozesses als Grundkompetenz von grundlegender Bedeutung. Man zeigt eine ganzheitliche Aufmerksamkeit gegenüber den einzelnen Teilnehmer*innen, ihren Äußerungen, ihrer nonverbalen Gestik und Mimik. Wahrnehmen, Einfangen und Aufnehmen, was da ist, dies verbalisieren und zur Verfügung stellen, das ist eine Aufgabe der Berater*in in allen drei Formaten. Letztlich ist die Person das mit dem, was sie an theoretischem Wissen für die Ethikberatung, für die Supervision und für die Seelsorge mitbringt und mit ihrer freien, ungeteilten Aufmerksamkeit und Intuition verbindet. Es geht um das Verstehen in all seinen Facetten, um Allparteilichkeit, um die Hilfe beim Perspektivwechsel und die Reflexion des Denkens, Fühlens und Handelns.

4.3. Menschenbild

Wenn Ethikberatung und Supervision weltanschaulich unabhängig sind, so ist dies bei der Seelsorge anders. Theologie - und damit die Seelsorge - geht von der Gottesebenbildlichkeit des Menschen aus, von einer Würde, die permanent, auch über den Tod hinaus,

da ist. Diese Würde äußert sich im Menschsein an sich, nicht aufgrund eigener Verdienste, sondern aufgrund der Zuwendung und Treue Gottes. Aus der Übernahme von Verantwortung, wie es in ethischen Fallgesprächen und auch in der Supervision geschieht, folgt die Möglichkeit, schuldig zu werden. Auch wenn der Konsens in der ethischen Fallbesprechung entstanden ist, bleibt manchmal die Unsicherheit, ob die Empfehlung den Patienten voll und ganz entspricht, manchmal bleibt etwas offen. Es gibt dann nicht „die“ richtige Entscheidung, weder Entscheidung A noch Entscheidung B sind gesichert richtig, folglich bleibt die Möglichkeit, theologisch gesprochen, schuldig zu werden. Die Lehre Martins Luthers von der Rechtfertigung (*sola gratia, sola fide, solus christus*) hilft, damit umzugehen. Nicht durch eigenes Tun wird der Mensch vor Gott gerecht, sondern allein durch die Gnade Gottes. Diese Erkenntnis kann für die Akzeptanz eigener Grenzen hilfreich sein.

5. Fazit

Das Moderieren ethischer Fallgespräche, die Supervision von Fällen und die Seelsorge im Feld Krankenhaus erfordern die Fähigkeit, mit Komplexitäten umgehen zu können. Es erfordert Mut zur Übernahme von Verantwortung (und Schuld). Einfühlung, Wertschätzung, Zuwendung, Ermutigung, Unterstützung und Vertrauen sind für alle drei Beratungsformate unerlässlich. Es lassen sich, wie oben angedeutet, durchaus verbindende Elemente finden, die es sich detaillierter zu betrachten lohnen.

Literatur

Beauchamp, Tom L. & Childress, James F. (2009): Principles of biomedical ethics. New York, Oxford: University Press.

Fachkonferenz für Kinderklinikseelsorger und Kinderklinikseelsorgerinnen (2007): Konzeption: Seelsorge in Kinderkliniken und auf Kinderstationen, [online] URL: <https://www.ekd.de/Kinderkrankenhauseelsorge-24394.htm> & www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/konzeption_kinderklinikseelsorge.pdf [Stand: 07.01.2021].

Fachkonferenz für Kinderklinikseelsorger und Kinderklinikseelsorgerinnen (2013): Stellungnahme: 25 Jahre Kinderklinikseelsorge im Bereich der EKD, [online] URL: <https://www.ekd.de/Kinderkrankenhauseelsorge-24394.htm> & www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/Statement_25_Jahre_Kinderklinikseelsorge.pdf [Stand: 07.01.2021].

Gröning, Katharina (2013): Supervision. Traditionslinien und Praxis einer reflexiven Institution. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Kassebaum, Heike & Kessler-Weinrich, Angela (2013): Seelsorge mit Kindern. Gelingende Kooperation

- von Medizin und Kinderkrankenhauseelsorge. In: Zimmermann, Miriam; Klein, Constantin & Büttner, Gerhard (Hrsg.): Kind - Krankheit - Religion. Medizinische, psychologische, theologische und religionspädagogische Perspektiven. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagsgesellschaft, S. 326 - 333.
- Kobert, Klaus; Pfäfflin, Margarete & Reiter-Theil, Stelle (2008): Der klinische Ethik-Beratungsdienst im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld. Hintergrund, Konzepte und Strategien zur Evaluation. In: Ethik in der Medizin, 2008, 20, S. 122 - 133.
- Loh, Andreas; Simon, Daniela; Kriston, Levente & Härter, Martin (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. In: Deutsches Ärzteblatt 2007, 104 (21), A 1483 - 1488.
- Neitzke, Gerald (2008): Aufgaben und Modelle von Klinischer Ethikberatung. In: Dörries, Andrea; Neitzke, Gerald; Simon, Alfred & Vollmann, Jochen (Hrsg.): Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch. Stuttgart: Kohlhammer, S. 58 - 74.
- Steinkamp, Norbert & Gordijn, Bert (2005): Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. Köln & München: Hermann Luchterhand Verlag.