

Formalia zur Erstellung eines Fallberichts aus der Seelsorge

Impuls:

Das gibt es im Altenheim / Krankenhaus heute so nur in der Seelsorge! Eine Geschichte aus meiner Praxis, die etwas verändert hat (bei mir, beim Gegenüber, bei der Institution ...) und wie es dazu kam.

Der Fallbericht stammt aus der Begleitung von Patient_innen, Bewohner_innen und / oder ihrer Angehörigen, oder aus der Begleitung eines Teams oder einer Situation innerhalb der Einrichtung

Nach Fitchett / Nolan¹ sind folgende Aspekte wichtig

1. Darstellung von Kontext, Patientin oder Patient (und/oder Familie), eigener Person und Institution.
2. Darstellung der Geschichte der Beziehung zu der Seelsorgepatientin/dem Seelsorgepatienten, fokussiert auf signifikante Momente und Interventionen, einschließlich Verbatim-Auszügen wichtiger Gespräche, wenn vorhanden.
3. Reflexion der eigenen Wahrnehmung der Patientin oder des Patienten, der seelsorglichen Interventionen und der Outcomes («changes that did or did not occur as a result of the care they provided«

Da Fallgeschichten unter Umständen persönliche und vertrauliche Informationen enthalten können, ist besonders auf ethische Aspekte zu achten:

- Schutz der Identität und Vertraulichkeit durch Unkenntlichmachung durch sorgsame Pseudonymisierung ohne Verdrehung wichtiger Angaben zum Verständnis
- Respekt auch gegenüber mittelbar Betroffenen/Beteiligten (z. B. andere Begleitende / Betreuende): Bemerkungen oder Einschätzungen, die anderen Unrecht tun könnten, seien zu vermeiden.
- Wo und wenn dies möglich ist, wäre eine Einverständniserklärung der unmittelbar beteiligten Personen sinnvoll. Bei Fallberichten aus einer klinischen/pflegerischen Einrichtung wäre es sehr gut, wenn der Fallbericht der Leitung (Stationsleitung, PDL, Chefärztliche Person) vorgelegt und zur Kenntnis bzw. zu korrigierenden Hinweisen gegeben wird.

Für eine Fallgeschichte sind folgende Formalia wichtig

- Deckblatt
Bitte notieren Sie auf einem Deckblatt Name, Einsatzort und zentrale demographische Angaben (Alter, Geschlecht, Jahre der Tätigkeit in der konkreten Einrichtung) zur eigenen Person. Wir werden über ein Codierungs-Verfahren Deckblatt und Fallgeschichte separat

¹ George Fitchett, Steve Nolan (Hg.), Spiritual Care in Practice. Case Studies in Health Care Chaplaincy, London/Philadelphia 2015

aufbewahren, so dass die Geschichten pseudonymisiert behandelt werden können, wir Sie aber bei Rückfragen dennoch kontaktieren können.

- Fallgeschichte:
 - Setting (Einrichtung, Station, Zeit etc) und die Umstände des Falles
 - Bei Patient_innen/Bewohner_innen-Geschichte:
Angaben zu Alter, Geschlecht, Familienstand / Familiensystem (soziales Umfeld), religiöse Zugehörigkeit und (Berufs-)Tätigkeit der Patientin/des Patienten unter Berücksichtigung der Regeln von Pseudonymisierung
Erkrankung, Dauer des Aufenthalts in der Einrichtung.
 - Beteiligte Akteure (oder Professionen), deren Kontakt zur Seelsorgeperson.
 - Zustandekommen, Vor- und Nachgeschichte des Seelsorgekontakts, Häufigkeit und Dauer der Kontakte
 - Ablauf des Kontakts und – wo möglich – die zentrale Sequenz des Kontakts mit Sprecher-Rollen, zB P (Patient_in), S (Seelsorge), A (Arzt/Ärztin), Pf (Pflegerperson), (wie in einem Verbatim) Nummerierung der Redebeiträge
 -
- Reflexion (wenn möglich) im Blick auf die Impulsfrage: Eine Geschichte aus meiner Praxis, die etwas verändert hat (bei mir, beim Gegenüber, bei der Institution ...) und wie es dazu kam.
 - Persönlicher Eindruck der Seelsorgerin/des Seelsorgers, v.a. im Blick auf die seelsorgliche Rolle
 - Das seelsorgliche Handeln und Verhalten unter Bezug auf das eigene Seelsorgeverständnis
 - Veränderungen, Wirkungen, Gelingen, Prozess etc.
 - Emotionale Ebene: wie ging es Ihnen im Gespräch? Was hat Sie bewegt, beschäftigt, belastet, gefreut, etc.?
 - Organisationsebene: Zusammenarbeit, Konflikt/Reibungen, Einbindung ...
 - Hinweise auf Spiritualität und Spiritualität

Die Fallberichte als Word oder ODT-Dokument, Times New Roman 12 Pkt., 1-Zeilig. Keine weiteren Formatierungen