

LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

Nr. 3/2014

ISSN 2194-2730

Liebe Leserin, lieber Leser!

mit großen Schritten geht es auf Weihnachten zu. Ein Fest, das mit seinen Vorbereitungen auch die Menschen anderer Kulturen und Religionen erreicht. Während auf der einen Seite Bräuche auch von nicht-christlichen Kulturen und Religionen aufgenommen werden, besteht auf der anderen Seite in den Einrichtungen des Gesundheitswesens noch viel Potenzial, die Bedürfnisse der Menschen anderer Kulturen besser kennenzulernen. Einer der Beiträge der aktuellen Ausgabe der Ludwigshafener Ethischen Rundschau LER wird sich deshalb dem Feld der transkulturellen Pflege widmen.

Neben dieser herausfordernden Aufgabe ist es ratsam, die eigenen Wertvorstellungen auch für andere Bereiche von Zeit zu Zeit zu hinterfragen. Gesamtgesellschaftlich, aber auch im konkreten Arbeitsalltag ändern sich die Rahmenbedingungen rasant. Dem einen Change-Prozess folgt gleich der nächste. Gönnen Sie sich also die Zeit, sich in einer ruhigen Minute zu fragen, welche Wertvorstellungen Sie in den für Sie relevanten Bereichen vertreten, damit Sie sich bei aller äußeren Veränderung innerlich treu bleiben.

Ich hoffe, dass es uns mit den Beiträgen der aktuellen Ausgabe gelungen ist, Ihnen dazu wieder einige Gedankenanstöße zu verschiedenen Bereichen aus Medizin, Pflege und Psychiatrie anzubieten.

Ihr Jonas Pavelka

Das Zitat »

In fast allen Kulturen und Religionen gelten an manchen Feiertagen besondere Fastenregeln oder Verhaltensweisen, die direkte Auswirkungen auf die Pflege haben.

Elke Urban, Seite 12

Die LER entsteht in Kooperation mit:



Katholischer
Pflegeverband e.V.



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

2 **Salutogenese
Ein Paradigmenwechsel von
Krankheit zu Gesundheit**
Christoph Jacobs

6 **Wie sieht gutes Altern aus?**
Uta Müller

11 **Kultursensible Pflege
am Lebensende**
Elke Urban

15 **Mensch, worum geht's dir?**
Johannes Lorenz

19 **Wertkonflikte in der Psychiatrie**
Gisela Bockenheimer-Lucius

Fallbesprechung:

23 **Ethik-Fallbesprechung
in der Psychiatrie**
Gisela Bockenheimer-Lucius

Rezension:

27 **Rezension: »50 Tage intensiv«
hg. von Helga Strätling-Tölle**
Stefan Hofmann

Salutogenese

Ein Paradigmenwechsel von Krankheit zu Gesundheit

Hinter diesem Kunstwort aus »Salus« (Gesundheit/Heil) und Genese verbirgt sich eine der spannendsten Entwicklungen der modernen Gesundheitswissenschaften. Salutogenese meint in der Medizin und in der Pflege die Ablösung des alten defizitorientierten Modells kurativen Handelns durch ein Paradigma ganzheitlicher Gesundheitsförderung. Was steckt dahinter?

Was wir heute als »Gesundheitssystem« bezeichnen, ist in seinem Kern ein »Krankheitssystem«. Es basiert spätestens seit dem 19. Jahrhundert auf dem sogenannten »biomedizinischen Krankheitsmodell« der exakten Wissenschaften. Sein Gesundheitskonzept ist ein Krankheitskonzept und betrachtet die Gesellschaft als eine »Gesellschaft der Patienten«, d.h. der Maßstab für Leistungen des Gesundheitswesens sind Krankheiten und Krankheitsdiagnosen.

Der Bedeutungswandel von Gesundheit und Krankheit in der Geschichte

Von der Antike bis zum Beginn der Moderne, besaß die Heilkunde ein ganzheitliches Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Ob ein Patient gesund oder krank war, entschied sich für die Ärzte früherer Zeiten an der Lebensweise und dem persönlichen Lebensstil – nicht primär am »Schweigen der Organe« oder anderen »sichtbaren« Leiden.

Die in der Neuzeit aufkommende »naturwissenschaftlich« dominierte Medizin stieg auf einen anderen Ansatz um. Es gab nun die Möglichkeit, den menschlichen Körper in seinen einzelnen Organen bis hinunter auf die Ebene der Zellen



Dr. Christoph Jacobs ist Professor für Pastoralpsychologie und Pastoralsoziologie in Paderborn und Klinischer Psychologe. Er forscht über Salutogenese und ist in der Priesterfortbildung tätig.

immer eingehender und genauer zu untersuchen. Die Entdeckung und Bekämpfung von Erregern, die in den Menschen eindringen und die Krankheit verursachen, traten immer mehr ins Zentrum des Interesses. Damit änderte sich auch das Menschenbild der Medizin. Der Mensch wurde aus einer fast ausschließlich biologischen Sichtweise her definiert. So wird er heute in medizinischer Perspektive von vielen als eine Art Maschine verstanden, deren lebenswichtige Funktionen durch Krankheitsursachen, also *Pathogene*, gestört werden. Es ist die Aufgabe des Arztes, die pathogenen Prozesse zu entdecken, gezielt medikamentös oder chirurgisch einzugreifen und damit die Krankheit und auch das Leiden an der Krankheit aus der Welt zu schaffen. Krankheit wird in dieser Perspektive zu einem Störfall der Gesundheit. Das biomedizinische Krankheitsmodell hat unbestritten einen gewaltigen Fortschritt in der Behandlungsmöglichkeit von Krankheiten erbracht und wird ihn auch weiterhin ermöglichen. Die Fortschritte der modernen Medizin sind immens und sichern uns heute eine Lebensspanne und Lebensqualität, die für Menschen früherer Zeiten undenkbar war.

Ob ein Patient gesund oder krank war, entschied sich für die Ärzte früherer Zeiten an der Lebensweise und dem persönlichen Lebensstil – nicht primär am »Schweigen der Organe« oder anderen »sichtbaren« Leiden.

Nachteile des pathogenetisch orientierten Krankheitsmodells

Seit einigen Jahren ist allerdings die Einsicht gewachsen, dass das biomedizinische, pathogenetisch orientierte Krankheitsmodell *entscheidende Nachteile* besitzt: 1. Krankheit wird zur Betriebsstörung der »Maschine Mensch«, 2. die sozialen, psychologischen und verhaltensmäßigen Dimensionen von Krankheit und Gesundheit kommen nicht in den Blick, 3. durch die Alterszunahme der Bevölkerung ist das »Krankheitssystem« trotz allgemeinen Gesundheitszuwachses und gewaltiger Therapiefortschritte mit immer mehr (chronisch) Kranken konfrontiert. Dadurch wird es schlichtweg unbezahlbar. 4. Zwar kennt das pathogenetische System einen Ausweg, der »Prävention« heißt und sich der Volksweisheit bedient, die da lautet: Vorbeugen ist besser als heilen. Doch es wird nicht praktiziert: denn viel zu viele verdienen daran!

Der salutogenetische Ansatz: Was macht gesund?

An diesem Punkt setzt das neue Paradigma ein. Entscheidend dafür ist zunächst die Veränderung der Fragestellung. Die alles vorentscheidende Leitfrage lautet nun nicht mehr: »Was macht *wenige* krank?«, sondern: »Was macht *alle* gesund?«

Aaron Antonovsky, der Schöpfer dieses Denkens und Vordenker der Weltgesundheitsorganisation (WHO), veranschaulicht Theorie und Praxis dieses Modells in einem Bild: Man stelle sich einen gefährlichen Fluss vor. Der Fluss ist unser Leben. Die Blickrichtung sei flussabwärts. Der Flusslauf weist starke Turbulenzen auf, er ist gefährlich. Genau dort, wo die Turbulenzen sind, sind Menschen im Fluss, die verzweifelt versuchen, den Kopf über Wasser zu halten, denn sie kämpfen um ihr Leben. Wer pathogenetisch denkt, wird Krankenversorgungsspezialisten engagieren und entsprechende Institutionen eröffnen (Krankenhäuser, Therapiezentren). Fachleute und engagierte Menschen kommen mit bewundernswerter Hingabe und unter Zuhilfenahme einer großen Zahl von Instrumenten und komplizierten Theorien den Menschen zu Hilfe, um sie vor dem Ertrinken zu retten. Häufig gelingt es, manchmal jedoch nicht.

Salutogenetisch denken heißt, die folgende Perspektive einzunehmen: Alle Menschen befinden sich ihr Leben lang im lebendigen Fluss ihrer Entwicklung. Von der Empfängnis an bis zum Tod sind alle gleichermaßen der Dynamik des Lebens unterworfen. Niemand bleibt immer gesund, und niemand ist so krank, dass er nicht auch gesund wäre.

Die alles vorentscheidende Leitfrage lautet nun nicht mehr: Was macht wenige krank?, sondern: Was macht alle gesund?

Das eigentliche Geheimnis angesichts der gefährlich-faszinierenden Herausforderung, die da »Leben« heißt, lautet: Wie kommt es eigentlich, dass so überraschend viele von uns ihr Leben so gut meistern, ja sogar in Krankheiten und Krisen wachsen und ihr Leben heil und ganz vollenden? Das Geheimnis der Gesundheit ist größer als das Problem der Krankheit und ihrer Vermeidung.

Das Salutogenesekonzept ist ein umfassendes Förderungskonzept gelingender Lebensentwicklung. Es integriert und erweitert das klassische Therapiekonzept und auch das Präventionskonzept. Die Dichotomie zwischen Kranken und Gesunden wird aufgehoben. Gesundheitswirksames und therapeutisches Handeln gehören zusammen. Therapeutisches Handeln wird zur »Teilmenge« heilsamen Handelns mit dem übergeordneten Ziel ganzheitlich gelingenden Lebens.

»Sinn für die Kohärenz des Lebens« – Herzstück der Salutogenese

Herzstück des Salutogenese-Prozesses ist ein überdauerndes und doch dynamisches Gefühl der Verankerung und des Getragenseins: ein Sinn für die Kohärenz des Lebens. Dazu gehört auch das Überzeugtsein von der eigenen Handlungsfähigkeit angesichts von Bedrohung. Auch der Leidende wird so eher als Handelnder verstanden denn als abhängiger Hilfsbedürftiger.

Das Kohärenzgefühl besteht aus Dimensionen bzw. Zielgrößen:

1. Förderungswürdig ist die Überzeugung: Ich kann mein Leben verstehen! – die Dimension der Stimmigkeit.
2. Förderungswürdig ist die Überzeugung: Ich habe oder bekomme die Mittel, die mir helfen, mein Leben zu meistern! – die Dimension der Gestaltungskraft.
3. Förderungswürdig ist die Überzeugung: Für mein Leben (oder das Leben anderer) ist wirkliches Engagement sinnvoll! – die Dimension der Motivation.

Der zentrale Faktor einer gelingenden Lebensentwicklung ist also nicht das Management der Krankheitserreger oder Stressoren, sondern die Förderung der Ressourcen der Lebensbewältigung und des Gelingens. Ganz praktisch könnte das heißen: Für jeden Menschen muss es das Ziel sein, die persönlichen »Gesundheitserreger« (Salutogene) zu kultivieren und zu optimieren. Dazu steht dem Menschen grundsätzlich ein großes individuelles »Ressourcenuniversum« zur Verfügung: organismisch-konstitutionelle Ressourcen (z.B. Immunsystem, körperliche Fitness), materielle bzw. kulturelle Ressourcen (z.B. Geld, Wohnung, Arbeit, Zeit), emotional-kognitive Ressourcen (z.B. emotionale Intelligenz, Wissen, Bildung), soziale Ressourcen (Freundschaft, Fähigkeit zur Mobilisierung sozialer Unterstützung) und sicher auch die spirituellen Ressourcen (Kraftquellen der Verankerung und geistliche Stärke).

Herzstück des Salutogenese-Prozesses ist ein überdauerndes und doch dynamisches Gefühl der Verankerung und des Getragenseins: ein Sinn für die Kohärenz des Lebens.

Für jeden Menschen muss es das Ziel sein, die persönlichen »Gesundheitserreger« (Salutogene) zu kultivieren und zu optimieren.

Salutogenese und Christentum

Aus religiöser, besonders auch aus christlicher Sicht, wird man sich durch das Salutogenesemodell der Gesundheitswissenschaften durchaus bestätigt fühlen: Die Religionen der Welt haben schon immer salutogenetisch gedacht und gehandelt. Es ist an der Zeit, salutogenetisches Denken und Handeln für sich persönlich und in unseren Institutionen der Gesundheitsversorgung sowie der Altenhilfe zu praktizieren.

Wie sieht gutes Altern aus?

Es ist ein alter Traum der Menschheit, nicht zu altern, jung zu bleiben und möglichst lange zu leben. Aber was meinen wir mit »nicht altern«, »jung bleiben« und »lange leben«? Wollen wir wirklich möglichst lange jung bleiben und wirklich möglichst lange leben? Oder wollen wir doch eher lange gut leben? Verschiedene Bereiche der Altersforschung wollen diese Fragen beantworten, und diese Antworten fallen sehr unterschiedlich aus. Im Folgenden soll die biologische Altersforschung, die Biogerontologie, vorgestellt werden, die auf manche der oben gestellten Fragen keine ausdrücklichen Antworten gibt. Aber es lassen sich an die Forschungsziele der Biogerontologie Überlegungen anschließen, die zeigen, dass gutes Altern aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden kann und sollte.

Was erforscht die Biogerontologie und zu welchem Zweck?

Seit den 90er Jahren wird vor allem in den USA und England in großem Umfang an der Entschlüsselung derjenigen biologischen Prozesse geforscht, die für das Altern verantwortlich sein sollen. Die Forscher wollen die biologischen Alterungsprozesse und deren Ursachen besser verstehen, um zukünftig Möglichkeiten entwickeln zu können, altersassoziierte Krankheiten zu behandeln. Damit vertritt die Biogerontologie ein neues Prinzip der medizinischen Intervention: Es sollen nicht Therapien gegen einzelne Krankheiten, die im Altern vermehrt auftreten, gesucht werden, sondern es sollen die Ursachen des Alterns – die biologischen Alterungsprozesse selbst – bekämpft werden. Mit Hilfe biogerontologisch fundierter Therapien soll also die Spanne der gesunden Lebensphase des Menschen verlängert werden; die Menschen würden dann auch vermutlich länger leben.



Dr. Uta Müller arbeitet im Internationalen Zentrum für Ethik in den Wissenschaften in Tübingen an Themen wie Glück, Altern, sowie Biogerontologie, und Leiblichkeit und Körperlichkeit des Menschen. Sie hält Vorträge und publiziert in Fachzeitschriften.

Die Biogerontologie untersucht Alterungsprozesse insbesondere auf der molekularen und zellulären Ebene. Dabei arbeitet sie mit verschiedenen Modellorganismen, z.B. mit Fadenwürmern, Hefen und Mäusen. In den letzten Jahrzehnten hat die Forschung unterschiedliche Mechanismen des Alterungsprozesses entdeckt und beschrieben. Nun versuchen die WissenschaftlerInnen, die verschiedenen Mechanismen zu einer einheitlichen Theorie des biologischen Alterns zusammenzufassen, wobei sich die Theorien teilweise unterscheiden. Relative Einigkeit herrscht darüber, dass Altern die Folge biologischer Prozesse auf molekularer, zellulärer und histologischer Ebene ist. Die evolutionsbiologische These, dass die Alterung einer Spezies evolutionäre Vorteile bringe und deswegen »sinnvoll« sei – etwa dadurch, dass zu große Populationen verhindert werden – ist mittlerweile nicht mehr allgemein anerkannt. Die Evolutionsbiologie nimmt an, dass Altern evolutionär in gewisser Weise »in Kauf genommen« wird, insofern die zellulären und molekularen Reparaturmechanismen des Organismus, welche Alterungsprozesse verhindern, nach der Reproduktionsphase nachlassen. In der natürlichen Umgebung wäre es für viele Organismen gar nicht von Vorteil, evolutionär besonders gut für ein langes Leben ausgestattet zu sein. Denn die meisten von ihnen sterben sowieso aufgrund anderer Ursachen (Nahrungsmangel, Kälte, Feinde) früh.

Der Zweck und die Ziele der biogerontologischen Forschung werden differenziert gesehen: Zunächst geht es der Biogerontologie um das Verstehen der Alterungsprozesse. Die Frage, ob in den Alterungsprozess auch mit wissenschaftlichen Methoden (z.B. Hormonbehandlung, Stammzelltherapie) eingegriffen werden soll, ist eine andere Frage. Die meisten ForscherInnen streben für die Zukunft Eingriffe in den Alterungsprozess an und rechtfertigen ihre Forschungen mit diesem Ziel, den Alterungsprozess zu verlangsamen. Mit welchen Perspektiven das Altern von Menschen verlangsamt werden soll, führt zu den oben gestellten Fragen: Ewig jung zu bleiben, d.h. das Altern ganz abzuschaffen, wird von der Mehrzahl der Biogerontologen nicht angestrebt und auch nicht als realistisches Ziel gesehen. Länger gesund zu leben dagegen wird als sinnvolles und realistisches

Es sollen nicht Therapien gegen einzelne Krankheiten, die im Altern vermehrt auftreten, gesucht werden, sondern es sollen die Ursachen des Alterns – die biologischen Alterungsprozesse selbst – bekämpft werden.

Die Menschen sollen länger gesund und schmerzfrei altern, d.h. die altersassoziierten Krankheiten wie Arthrose, Demenz, Krebs etc. sollen hinausgezögert und die gesunde Lebenserwartung gesteigert werden.

Ziel formuliert: Die Menschen sollen länger gesund und schmerzfrei altern, d.h. die altersassoziierten Krankheiten wie Arthrose, Demenz, Krebs etc. sollen hinausgezögert und die gesunde Lebenserwartung gesteigert werden. Einhergehen würde eine solche Verlängerung der gesunden Lebensspanne vermutlich mit einer gewissen Verlängerung des menschlichen Lebens insgesamt.

Aus der Perspektive der Biogerontologie sollen also neue medizinische Therapien entwickelt werden, die die zellulären und molekularen Alterungsprozesse so beeinflussen, dass altersbedingte Krankheiten gar nicht oder viel später im Leben ausbrechen. An verschiedenen Organismen konnten bereits Erfolge dieser Therapien erzielt werden. Die Hoffnung ist, dass sich die biologischen Alterungsmechanismen artübergreifend ähneln (z.B. zwischen Maus und Mensch) und entsprechende Therapien auch beim Menschen Erfolg haben werden.

Ist die Verlangsamung des Alterns überhaupt zu wünschen?

Es ist zunächst einmal zweifelhaft, ob es tatsächlich gelingt, die Alterung von Menschen mit biomedizinischen Methoden zu verlangsamen, auch wenn die Forschung in dieser Hinsicht optimistisch ist. Es stellt sich jedoch darüber hinaus die Frage, ob dieses Ziel erstrebt werden sollte. Die Beantwortung dieser Frage führt zu einer ethischen Diskussion: Welche Dimensionen eines guten Lebens im Alter werden von der Biogerontologie herausgefordert? Um diese Frage soll es als erstes gehen.

Auf den ersten Blick scheint es völlig eindeutig zu sein, dass wir alle gerne, ohne von Krankheiten und Gebrechlichkeit gequält zu werden, alt werden wollen. Aber es gilt zu überdenken, was wir überhaupt darunter verstehen, »gut zu altern«, und ob dazu nicht (noch) andere Ziele gehören, außer gesund und ohne Krankheiten zu leben. Zum Wohlbefinden im Alter gehört etwa aus sozialgerontologischer Perspektive, dass ältere und alte Menschen ihre vorhandenen Potentiale verwirklichen können, dass sie am Gemeinschaftsleben teilnehmen können, nicht in Einsamkeit leben müssen und ihr Leben auch im Alter selbst gestalten können. Die Erfahrungen von Verletzlichkeit, Gebrechlichkeit und Krankheit können in einer bestimmten Umgebung von den Menschen sehr unterschiedlich erlebt werden, auch so, dass trotzdem

Die Erfahrungen von Verletzlichkeit, Gebrechlichkeit und Krankheit können in einer bestimmten Umgebung von den Menschen sehr unterschiedlich erlebt werden, auch so, dass trotzdem von »gutem Altern« gesprochen werden kann.

von »gutem Altern« gesprochen werden kann. Manche Philosophen vertreten sogar die These, dass die Erfahrungen von Verletzlichkeit und Endlichkeit zu den bewussten Erfahrungen der menschlichen Grundsituation gehören und bezweifeln den von der Biogerontologie vorgebrachten Wert der Verlangsamung des Alterns.

Welche Folgen müssten bedacht werden?

Für die Bewertung des Ziels der medizinischen Verlangsamung des Alterns sind weitere mögliche Folgen für den Einzelnen und die Gesellschaft zu bedenken. Eine längere gesunde Lebensphase könnte den Menschen tatsächlich eine längere Phase selbst gestalteten Lebens erlauben, da die Menschen gesund und nicht gebrechlich wären. Von vielen Seiten wird aber das Altersbild kritisiert, das von der Biogerontologie implizit vermittelt wird: Altern wird als etwas Schlimmes gesehen, das therapiert werden muss, da diese Phase von Krankheiten, Gebrechlichkeit und Verfall geprägt ist. Diese negative Sicht könnte dazu beitragen, dass alte und sehr alte Menschen diskriminiert werden, da die ganze Lebensphase des Alterns dadurch Sinn verliert. Es gibt auch kritische Stimmen, die betonen, dass erst die Erfahrung von verschiedenen Lebensphasen eines Menschen (Kindheit, Jugend, Erwachsensein, Alter) den gesamten Lebensverlauf sinnvoll macht, und die Entwertung des Alter(n)s auf andere, frühere Phasen des Lebens rückwirken könnte.

Auch Fragen der Gerechtigkeit werden gestellt: Wenn viele oder die meisten Menschen länger leben, auch länger gesund leben, sind trotzdem höhere Kosten für die Solidargemeinschaft, z.B. durch Rentenansprüche, zu erwarten. Dieser Herausforderung müssen sich viele moderne Gesellschaften in einigen Jahren aufgrund des schon jetzt erwarteten demographischen Wandels stellen. Die Situation würde sich verändern, wenn die Menschen durchschnittlich noch älter werden würden. Außerdem ist fraglich, ob sich alle Menschen gleichermaßen biogerontologische Therapien leisten könnten, die vermutlich von einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung nicht übernommen werden würden (da es sich ja nicht um Therapien gegen Krankheiten handelt). Schließlich ist auch zu fragen, ob es gerechtfertigt ist, dass so große Anstrengungen der biomedizinischen Forschung unternommen werden, um altersbedingte Krankheiten zu vermeiden, da es auf der Welt zahlreiche Krankheiten gibt,

Es ist fraglich, ob sich alle Menschen gleichermaßen biogerontologische Therapien leisten könnten.

gegen die noch keine wirksamen Mittel oder Impfstoffe entwickelt wurden und an denen jährlich viele Menschen sterben (aktuell erleben wir eine solche Tragödie mit Ebola in Westafrika). Die Wissenschaften der Biologie und Medizin sollten sich also auch solchen forschungsethischen Fragen stellen.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mit der Entwicklung die Biogerontologie Fragen und Zweifel aufkommen, die über die biologische Forschung hinausgehen und beantwortet werden sollten. Eine der wichtigsten Fragen ist, ob die Verlangsamung des Alterns und die damit einhergehende Verlängerung des Lebens der Menschen für ein gutes Leben im Alter tatsächlich eine so große Bedeutung hat, wie die Biogerontologie unterstellt. Die benannten Aspekte des menschlichen Lebens, auf die die Sozialgerontologie verweist, sind für ein gutes, zufriedenes und glückliches Leben älterer und alter Menschen offenbar wesentlich und sollten für die weitere Entwicklung der Altersforschung auch von der Biogerontologie mit berücksichtigt werden.

Kultursensible Pflege am Lebensende

Viele Menschen schöpfen am Lebensende Kraft aus ihrem Glauben. Für Sterbende kann es ein bedeutender Beistand sein, wenn auf ihre religiösen Bedürfnisse angemessen eingegangen wird. Das ist heutzutage jedoch nicht immer einfach, da in unserer Gesellschaft zunehmend Menschen verschiedenster Glaubensrichtungen und Kulturen leben. Eine Vorstellung davon, welche Art von Unterstützung für Patienten anderer Kulturen hilfreich sein könnte, kann uns sehr dabei helfen, ihnen in ihrer letzten Lebensphase einfühlsam beizustehen und ihre Pflege entsprechend zu gestalten.

Die individuellen Überzeugungen im Blick haben

Palliativpflege bedeutet, den Menschen als Ganzes zu sehen und individuell zu betreuen. Dazu gehören auch seine Spiritualität und seine Traditionen. Viele Menschen schöpfen gerade an ihrem Lebensende Kraft aus ihrem Glauben und aus Ritualen. Daher ist es besonders in der letzten Lebensphase wichtig, dass wir die religiösen Bedürfnisse der Menschen ernst nehmen und unterstützen. In Bezug auf religiöse Überzeugungen und Praktiken gibt es sehr große individuelle Unterschiede. Nicht jeder Mensch, der offiziell einer bestimmten Glaubensrichtung angehört, ist auch tatsächlich gläubig. Nicht alle gläubigen Menschen halten sich an alle Vorschriften ihrer Religion – manche richten sich nur nach den Verhaltensregeln, die ihnen persönlich wichtig sind. Da jeder Gläubige seine Religion unterschiedlich auslebt und andere Prioritäten hat, ist es also unerlässlich, möglichst frühzeitig mit den Betroffenen selbst darüber zu sprechen.

Viele Menschen schöpfen gerade an ihrem Lebensende Kraft aus ihrem Glauben.



Elke Urban arbeitet als Krankenschwester in einem stationären Hospiz in NRW und ist Autorin des Buches »Transkulturelle Pflege am Lebensende« (Kohlhammer Verlag)

Welche Informationen sind notwendig, um Menschen aus anderen Kulturkreisen am Lebensende angemessen pflegen zu können?

Es ist gut zu wissen,

- ob Besonderheiten bei der Kommunikation beachtet werden sollten.
- wie die Einstellung zu Arzneimitteln (besonders Schmerzmitteln) ist.
- ob bestimmte Speisegebote eingehalten werden.
- was bei der Körperpflege berücksichtigt werden sollte (z.B. gleichgeschlechtliche Pflege).
- ob den Betroffenen besondere Gebete oder Rituale wichtig sind.
- wie wir uns in der Sterbephase hilfreich verhalten können.
- wie wir mit dem Verstorbenen und auch mit dessen Angehörigen umgehen sollten.

Sinnvoll ist auch, Kontaktdaten von lokalen Geistlichen, zumindest der geläufigsten Religionen (Rabbiner, Pfarrer, Imam, Brahmanen) zu haben. Die Geistlichen können auf Bitten der Kranken benachrichtigt werden. Die Pflegenden können sie bei Fragen oder Problemen um Rat bitten. Und meist sind sie auch behilflich, wenn ein Übersetzer benötigt wird. Zudem ist es ratsam, einige Informationen über die wichtigsten Feiertage zu haben, da vielen gläubigen Menschen an diesen Tagen bestimmte Regeln oder Traditionen besonders wichtig sind. Dies gilt oft ganz besonders bei Krankheit und am Lebensende. In fast allen Kulturen und Religionen gelten an manchen Feiertagen besondere Fastenregeln oder Verhaltensweisen, die direkte Auswirkungen auf die Pflege haben. So kann es zum Beispiel sein, dass streng gläubige Juden am Sabbat die Körperpflege ablehnen, und dass sehr gläubige Muslime im Ramadan tagsüber bestimmte pflegerische Maßnahmen, wie zum Beispiel rektale Temperaturmessungen, verweigern.

In fast allen Kulturen und Religionen gelten an manchen Feiertagen besondere Fastenregeln oder Verhaltensweisen, die direkte Auswirkungen auf die Pflege haben.

Der Einfluss von Kultur und Religion auf Pflege und medizinische Behandlung

Viele Hindus sprechen aus Scham nicht über Beschwerden oder Schmerzen im Bereich des Verdauungsapparats, der Geschlechtsorgane und des Harntrakts, so dass schnell der falsche Eindruck entsteht, in diesen Bereichen sei alles in Ordnung.

Vielen Buddhisten ist ganz besonders am Lebensende wichtig, dass ihr Wahrnehmungsvermögen nicht getrübt wird. Deshalb kann es sein, dass sie vor allem Schmerz- und Beruhigungsmittel ablehnen.

Menschen aus einigen Regionen Asiens sprechen nicht gerne über Gefühle. Emotionen wie Wut oder Schmerz werden als negativ empfunden und vor den Mitmenschen verborgen. Da ist also von pflegerischer und ärztlicher Seite besonderes Einfühlungsvermögen gefragt, um eine gute Schmerztherapie und Symptomkontrolle gewährleisten zu können.

Manche Muslime interpretieren den Koran so, dass er die Einnahme von Alkohol generell verbietet. Sie lehnen daher Medikamente in Tropfenform oft ab, da einige von ihnen zwecks Konservierung Alkohol enthalten.

Ganz besonders in den letzten Lebenstagen ist es sehr vielen Sterbenden und ihren Angehörigen ein großes Bedürfnis, möglichst viel Zeit zusammen zu verbringen. Die Einbeziehung der Angehörigen in die Pflege kann sehr wertvoll sein, da besonders die Einhaltung besonderer Regeln bei der Körperpflege und Ernährung sowie die Unterstützung bei der Durchführung von speziellen Ritualen von einer Pflegeeinrichtung schwer alleine zu leisten sind.

Die Einbeziehung der Angehörigen in die Pflege kann sehr wertvoll sein.

Aber wie verhalten wir uns angemessen gegenüber trauernden Angehörigen einer uns fremden Kultur? Oft sind wir gehemmt, weil wir in diesen traurigen Situationen nichts falsch machen wollen, und ziehen uns daher lieber ganz zurück. Da ist nur eines wirklich ratsam: wir sollten unserem Mitgefühl für den Menschen, der uns gegenüber steht, folgen. Trauer braucht kein politisch korrektes, verkopftes Handeln, sondern Menschlichkeit und Einfühlungsvermögen.

Schlussgedanken

Eine gute, vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, muss gar nicht so kompliziert sein. Wir können zum Beispiel dafür sorgen, dass für einen jüdischen Patienten am Sabbat eine Kerze angezündet wird, oder einem Muslim dabei helfen, die Gebetsrichtung herauszufinden. Gerade solche kleinen Gesten können einem Todkranken und seinen Angehörigen besonders viel bedeuten. Wenn wir offen und interessiert auf die Betroffenen zugehen, ebnen wir den Weg für ein gutes, vertrauensvolles Miteinander in den letzten Lebenstagen. Durch unser Interesse an ihrer Kultur, das vielleicht gar nicht von ihnen erwartet wird, zeigen wir Patienten anderer Kulturen und ihren Angehörigen ganz besonders, dass wir sie wertschätzen. Und nebenbei lernen wir auch eine Menge für unser eigenes Leben – und vielleicht auch für unser eigenes Sterben.



Gemeinsam Zukunft sichern!

Versicherungsverein
auf Gegenseitigkeit

Altersvorsorge

Unsere Stärken – Ihre Vorteile

- Hohe Garantieleistungen und jederzeitige Beitragsflexibilität
- Allein den Mitgliederinteressen verpflichtetes Unternehmen
- Tarife ohne Abschlussprovision und dadurch hohe Vertragsguthaben ab dem ersten Beitrag

Nur für Mitarbeiter von
Kirche und Caritas und
deren Angehörige!



Mehr Informationen: www.sh-rente.de
info@sh-rente.de · Tel.: 0221 46015-0

 **SELBSTHILFE**
Pensionskasse der Caritas VVaG

Mensch, worum geht's dir?

»Mensch, worum geht's dir?« Diese Frage taucht in der fünften der sieben Weisungen auf, die Heinrich Spaemann 1979 im »Christ in der Gegenwart« publiziert hatte. Heinrich Spaemann war der Sohn eines evangelischen Schulrektors; er konvertierte zusammen mit seiner Frau 1930 zum Katholizismus und wurde nach dem Tod seiner Frau zum Priester geweiht. In den sieben Weisungen versucht er eine Kurzfassung dessen zu geben, was es heißt, ein Glaubender zu sein. Angesichts der zunehmend negativen öffentlichen Bewertung von Religion ist es hilfreich, immer wieder zu versuchen, ihren inneren Wert herauszustellen. Ein kleiner Versuch für das Christentum.

Christ zu sein heißt, Jesus Christus nachzufolgen. In welcher Intensität dies auch immer geschehen kann, es geht darum, mich mit meinen begrenzten Möglichkeiten zu seinen Jüngern zu zählen. So wie die Jünger Jesus nachgefolgt sind, so sollen auch wir Christen ihm nachfolgen. Die Bedeutung des deutschen Wortes »folgen« kann zu einem besseren Verständnis verhelfen. Drei Bedeutungsebenen des Wortes »folgen« sollen hier unterschieden werden:

»Hinterher-Gehen«

Zunächst einmal meint »folgen« schlicht, jemandem hinterher zu gehen. In diesem Sinn sind die Jünger Jesus hinterhergegangen. Jesus hat die beiden Fischer Petrus und Andreas zu sich gerufen und gesagt: »Folgt mir nach, und ich werde euch zu Menschenfischern machen.« (Mk 1,17) Beide ließen ihre Netze liegen und gingen ihm hinterher. Sie hörten Jesus rufen, setzten den Inhalt seines Rufens in die Tat um, und bewegten ganz konkret ihre Füße in seine Richtung. Nachfolgen meint also in diesem ersten Sinn etwas Physisches. Der Mensch, der von Jesus gerufen wird, bewegt sich mit seinem ganzen Leib in Jesu Rich-



»
Johannes Lorenz arbeitet als Studienleiter im Bereich Weltanschauungsfragen und Lebenskunst im Haus am Dom in Frankfurt und beschäftigt sich in seinem Promotionsvorhaben mit Bernhard Weltes Verständnis von Personsein.

tung. Es ist damit nicht nur der sonntägliche Kirchgang gemeint, bei dem wir uns in Bewegung setzen können. Christsein bedeutet vielmehr, die Nachfolge immer ganz konkret sichtbar zu machen. Der barmherzige Samariter hat angehalten und sich dem verprügelten Mann zugewandt. Dadurch ist er Jesus nachgefolgt, er war somit wirklich ein Jünger Jesu.

Es ist damit nicht nur der sonntägliche Kirchgang gemeint, bei dem wir uns in Bewegung setzen können. Christsein bedeutet vielmehr, die Nachfolge immer ganz konkret sichtbar zu machen.

Einer Sache folgen

»Folgen« kann aber noch mehr besagen. Genauso wie ich einem Menschen folgen kann, kann ich auch einer Sache folgen. Wenn ich mir etwas vornehme, dann verfolge ich ein Ziel. Auch dieser Aspekt spielt eine wichtige Rolle, wenn wir als Christen Jünger Jesu sein wollen. Während Jesus in der Bergpredigt zu seinen Jüngern spricht, sitzt er. Wir können davon ausgehen, dass auch die Jünger entweder gestanden oder gesessen haben, jedenfalls sind sie nicht umhergelaufen. Sie haben ihm zugehört, und Jesus hat ihnen in den Seligpreisungen und den Antithesen gelehrt, auf was es ankommt. Es ging Jesus darin nicht um eine Verkündigung, sondern »um Unterweisung oder [um] eine Einführung in grundlegende Fragen des Christseins.« (Eberhard Schockenhoff, Die Bergpredigt, 127) Der Jünger hört also auch auf die Lehre Jesu. Zum Beispiel sollte er darum wissen, dass die Tür zum Leben nicht sehr groß ist. »Nur Leute ohne viel Gepäck, nur Kinder und Arme kommen durch diese Tür.« (Heinrich Spaemann, Christliche Konsequenzen, 141) Alles, was von Gott ablenkt, sei es selbstreferenzieller materieller Reichtum, sei es Stolz oder irgendetwas anderes, hindert mich daran, durch die Tür zu gehen. Die Tür ist übrigens jetzt schon da, nicht erst im Jenseits.

»Folgsam sein«

»Folgen« meint zuletzt aber auch, jemandem in etwas nachzukommen. Wenn eine Mutter ihr Kind ermahnt, ihr zu folgen, heißt das, die Autorität der Mutter anzuerkennen und das zu tun, was sie sagt. Jesus möchte, dass seine Jünger ihm auch in diesem Sinn folgen. »Ich bin der Weg, die Wahrheit und das Leben.« (Joh 14,6) »Wenn ich mit dem Finger Dämonen austreibe, dann ist das Reich Gottes schon zu euch

gekommen.« (Lk 11,20) In diesen Sätzen wird sichtbar, welche große Autorität Jesus für sich in Anspruch nimmt, um den Jüngern deutlich zu machen, dass sie ihm folgen sollen. Was ist das für eine Autorität? Heute ist der Begriff Autorität nicht selten negativ behaftet. Auffällig ist, dass die Jünger Jesus nicht widersprochen haben. Warum nicht? Die Autorität, die Jesus für sich in Anspruch genommen hat, gründete auf einer Macht, die sich aus seinem Reden und Tun ergab. Die Jünger konnten ihm vertrauen, weil sie hörten, wie er redete und sahen, was er tat. Daraus erwuchs Jesu Autorität, mit der er seine Jünger aufforderte, ihm zu folgen. Jünger Jesu zu sein heißt deshalb auch, seine Autorität anzuerkennen.

Fazit

Christ zu sein und damit Jesus nachzufolgen meint zusammengefasst, sich erstens wirklich auf den Weg zu machen, zweitens auf die Lehre Jesu zu hören und drittens ihm als Autorität zu vertrauen. Doch warum das Ganze? Weil wir Christen darauf vertrauen, dass Jesus die Antwort auf unsere Frage ist, »worum geht es dir?« Worum geht es uns als Menschen eigentlich? Darauf kann man zwar viele Antworten geben. Wenn wir uns jedoch einmal auf das besinnen, was unser tägliches Leben ausmacht, dann sehen wir, dass es die Dinge sind, die die Menschen schon immer bewegen – Eifersucht, Neid, Hass, Missgunst, Schuld, Hoffnung, Freude, Glück, Trost, Vergebung etc. In seinem letzten Roman »Die Brüder Karamasow« hat Dostojewskij eine Heldengeschichte von einem jungen Mann erzählt. Diese Heldengeschichte ist ungewöhnlich, weil Dostojewskij keinen besonders starken oder besonders intelligenten Mann in den Mittelpunkt seines Romans stellt. Der junge Mann ist schlicht deshalb ein Held, weil er lernt zu lieben und diese Haltung der Liebe in den Alltag hineinzutragen versucht, indem er ganz konkret handelt. Dostojewskij zeigt damit, dass die große Frage des Lebens, die jenseits von Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und Kunst liegt, darauf gerichtet ist, wie man lieben kann. Auch Spaemann bringt diese Haltung der Liebe in einer seiner sieben Weisungen zum Ausdruck.

Wenn wir uns jedoch einmal auf das besinnen, was unser tägliches Leben ausmacht, dann sehen wir, dass es die Dinge sind, die die Menschen schon immer bewegen – Eifersucht, Neid, Hass, Missgunst, Schuld, Hoffnung, Freude, Glück, Trost, Vergebung etc.

Der innere Wert von Religion ist die Liebe als Antwort auf die Frage »Mensch, worum geht's dir?« Für uns Christen ist diese Liebe Person geworden. Wir können und sollen ihr deshalb nachfolgen, damit »das Maß unserer Lebendigkeit, unserer Frische und Fantasie im Umgang mit Gott und dem Nächsten uns Aufschluss darüber [gibt], wie es mit unserem Glauben bestellt ist. Ob wir uns Neues einfallen ließen zur Freude unserer Mitwelt, vor allem des Je-Nächsten, aber auch in der beherzten Teilnahme am Kampf gegen Unrecht, Hunger, Not und Gewalt in der Welt.« (Heinrich Spaemann, Christliche Konsequenzen, 145)

Wir können und sollen ihr deshalb nachfolgen, damit »das Maß unserer Lebendigkeit, unserer Frische und Fantasie im Umgang mit Gott und dem Nächsten uns Aufschluss darüber gibt, wie es mit unserem Glauben bestellt ist.

Wertkonflikte in der Psychiatrie

Ein großes Problem im Umgang mit psychisch kranken Menschen stellt die Gratwanderung zwischen Freiheit und Zwang dar, die ihnen zugemutet wird. Voraussetzung für eine gewaltfreie Psychiatrie und ein Menschenbild, das die Betroffenen nicht ausgrenzt, sind bedürfnisgerechte Strukturen wie beispielsweise eine wohnungsnahe Psychiatrie in den Kommunen oder Psychose-/Triolog-Foren von Patienten, Angehörigen und Ärzten. In jüngerer Zeit bekommen darüber hinaus Strukturen der Ethikberatung zunehmend größere Bedeutung.

Grundlegende moralisch relevante Probleme

In jedem Einzelfall muss bedacht werden, dass die Entscheidungen und Weichenstellungen, die aus dem ärztlichen Umgang mit dem Patienten resultieren, für dessen weiteres Schicksal erhebliche Bedeutung haben. Ebenso wenig darf übersehen werden, dass die Diagnose einer seelischen Störung und die Indikationsstellung für eine Therapieform Wertvorstellungen des Therapeuten über Nutzen und Wohl beinhalten. Der Eingriff in die Persönlichkeit des Patienten ist erheblich, denn das Ziel der Therapie ist eine Verhaltensänderung. Die gewünschte soziale Anpassung liegt aber u.U. nicht im Interesse des Patienten. Auch das Gespräch, das seiner Aufklärung über Behandlungsoptionen und ihre Konsequenzen dienen soll, ist durch die jeweilige Erkrankung oftmals belastet. Psychotherapeutische Interventionen sind schließlich immer mit der Gefahr des Missbrauchs von Abhängigkeit verbunden. Die Motivierung des Patienten zur Kooperation verlangt nach Bedingungen, die Demütigung und Verwirrung verhindern und Vertrauen fördern. Leitgedanken psychiatrischer Interventionen lauten daher:

Der Eingriff in die Persönlichkeit des Patienten ist erheblich, denn das Ziel der Therapie ist eine Verhaltensänderung.



»
»
Dr. Gisela Bockenheimer-Lucius koordiniert das Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege, führt Seminarveranstaltungen durch und war viele Jahre Schriftleiterin der renommierten Zeitschrift »Ethik in der Medizin«

- Freiheit ist wichtiger als Gesundheit. Ein psychisch kranker Patient darf eine Behandlung ablehnen.
- Seelisch und körperlich Kranke müssen gleichgestellt sein. Für beide Gruppen müssen gleichermaßen Versorgungsstrukturen und Mittel verfügbar sein. Dass das Entgeltsystem (Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik PEPP) für psychisch kranke Menschen erhebliche Gerechtigkeitsfragen aufwirft, kann an dieser Stelle nur erwähnt werden.
- Ziel einer psychiatrischen Behandlung ist nicht nur Heilung, sondern auch Verbesserung der Lebensqualität, d.h. des Lebens mit der Krankheit.
- Anti-Stigma-Initiativen von Betroffenen brauchen Unterstützung.

Spezifische ethische Probleme im Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patienten

Ein besonderes Problem erwächst aus der Tatsache, dass Rationalität als Merkmal der menschlichen Selbstbestimmung gilt. Die Einwilligungskompetenz wird als kognitive Fähigkeit definiert. Psychisch Kranke könnten somit per definitionem aus der Einwilligungsfähigkeit ausgeschlossen werden. Inzwischen sind Graduierbarkeit und Kontextspezifität jedoch ein wesentliches Kriterium des Kompetenzbegriffs geworden, zumal wenn der Patient über seine individuelle Lebensqualität entscheidet. Wer aber beurteilt die Kompetenz des Patienten? Aus der medizinischen Diagnose allein kann nicht auf Einwilligungsunfähigkeit oder auf Unfreiwilligkeit geschlossen werden. An dieser Stelle greift nämlich der Arzt mit seiner professionellen Kompetenz ein, und es droht prinzipiell die Gefahr eines paternalistischen Übergriffes.

Andererseits darf die Gefahr der Selbstgefährdung des Patienten nicht einfach negiert werden. Suizidalität, krankheitsbedingte Verkennung des eigenen Wohls, Ablehnung therapeutischer Maßnahmen, die der Wiederherstellung der Lebensqualität dienen, schädigen den Erkrankten.

Auch im Maßregelvollzug, der das Ziel hat, sowohl die Sicherheit für Dritte zu gewährleisten als auch eine angemessene Therapie für den psychisch Kranken zu ermöglichen, müssen die Grundrechte des straffällig gewordenen Unterbrachten gegen Interessen der Einrichtung gewahrt sein.

Den Interessen Dritter, beispielsweise durch erhebliche Gefährdung von Rechtsgütern Anderer, sind durch rechtliche Vorgaben wie das Unterbringungsgesetz und die Regelungen im Betreuungsgesetz klare Grenzen gesetzt. Auch im Maßregelvollzug, der das Ziel hat, sowohl die Sicherheit für Dritte zu gewährleisten als auch eine angemessene Therapie für den psychisch Kranken zu ermöglichen, müssen die Grundrechte des straffällig gewordenen Unterbrachten gegen Interessen der Einrichtung gewahrt sein. Möglichkeiten der Unterstützung und Begleitung dürfen nicht eingeschränkt werden. Der dringliche Schutz der Betroffenen vor Unverhältnismäßigkeit von Maßnahmen und vor Zwangsbehandlung hat durch das *Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme vom Februar 2013* eine rechtliche Grundlage bekommen. Hier geht es nicht mehr um den Schutz Dritter, sondern allein um den Schutz des Kranken. Eine medikamentöse Behandlung ohne Einverständnis des betroffenen Patienten ist demnach nicht erlaubt und kann auch durch den Betreuer nur mit gerichtlicher Genehmigung veranlasst werden. Zweifellos kann dies im Einzelfall eine höchst schwere Entscheidung sein, um einem Patienten durch eine Zwangsbehandlung die Möglichkeit offen zu lassen, wieder in seine gewohnte Umgebung zurückzukehren.

Ein schwerwiegendes ethisches Problem kann aus der Tatsache resultieren, dass in diesem Zusammenhang der Begriff des *natürlichen Willens* auftaucht, gegen den therapeutische Maßnahmen nicht durchgeführt werden dürfen. Hier können wesentliche ethische Prinzipien miteinander in Konflikt kommen. Zum Beispiel kann die Autonomie des Patienten mit den Fürsorgepflichten der Behandelnden, die das Wohl des Kranken im Blick haben, kollidieren. Darüber hinaus können auf Seiten der Behandelnden Abwägungskonflikte über die Auslegung des Fürsorge- und des Nichtschadensgebotes entstehen. Der Begriff ist schwammig, der Interpretationsspielraum ist sehr breit, und er birgt die Gefahr der Willkür.

Ein schwerwiegendes ethisches Problem kann aus der Tatsache resultieren, dass in diesem Zusammenhang der Begriff des natürlichen Willens auftaucht, gegen den therapeutische Maßnahmen nicht durchgeführt werden dürfen.

Gesprächskultur und strukturelle Erfordernisse

Der relevante Ruf nach einer Psychiatrie ohne Zwangsbehandlungen hat zu einer Beteiligung der betroffenen Patienten und Angehörigen geführt, die ihre jeweilige Perspektive im Gespräch mit den Ärzten einbringen. Darüber hinaus kann es aber in besonders konflikthaften Einzelfällen notwendig und für den Patienten hilfreich sein, durch eine Ethikberatung eine spezifische Form der Fallbesprechung und Gesprächsführung vorzunehmen.

Ethikberatung ermöglicht durch die multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammensetzung der Gruppe eine größere Vielfalt an eingebrachten Perspektiven. Unterschiedliche Berufsgruppen mit spezifischem Erfahrungsspektrum erweitern den Blick auf moralische Dilemmata, auf den Lebensentwurf des Patienten und Aspekte des guten Lebens. Zum Verfahren gehören außerdem die Gesprächsmoderation durch einen kompetenten, nicht in den Fall involvierten Ethiker und die strukturierte Analyse des Wertekonflikts. Ethikberatung trägt alle Gesichtspunkte medizinischer, pflegerischer, psychosozialer und rechtlicher Art zusammen und hilft dabei, die betroffenen Werte zu klären und voreilige oder unangemessene Einstellungen auszuräumen. Alle Beteiligten bekommen die Möglichkeit, systematisch die anstehenden ethischen Fragen zu reflektieren, zu diskutieren und zu ethisch besser begründeten, tragfähigen Entscheidungen zu kommen. Ethikberatung kann und soll den Dialog nicht ersetzen, kann aber im Einzelfall eine notwendige Ergänzung sein. Dafür müssen in den Einrichtungen allerdings Strukturen vorhanden sein. Psychiatrische Kliniken sollten über ein Ethikkomitee und entsprechende Kommunikationsstrukturen verfügen.

Ethikberatung trägt alle Gesichtspunkte medizinischer, pflegerischer, psychosozialer und rechtlicher Art zusammen und hilft dabei, die betroffenen Werte zu klären und voreilige oder unangemessene Einstellungen auszuräumen.

Ethik-Fallbesprechung in der Psychiatrie

Die Vielfalt der zu berücksichtigenden Aspekte, die Schwierigkeiten im konkreten Fall und der Sinn einer Ethikberatung sollen an einem Beispiel, das kürzlich in der Zeitschrift Ethik in der Medizin publiziert wurde (hier mit den wesentlichen Problemen zusammengefasst), kurz demonstriert werden.

Fallbericht

Ein ca. 40-jähriger, seit rund 20 Jahren an Schizophrenie erkrankter Patient wurde gemäß den Vorgaben des Betreuungsrechts mit akuten psychotischen Symptomen in einer psychiatrischen Klinik untergebracht. Er litt unter einem paranoid-psychotischen Zustand mit religiösem Wahnsystem, Verfolgungs- und Vergiftungsideen, akustischen Halluzinationen, Angst und häufigen starken Erregungszuständen. Die Behandlung war dadurch enorm erschwert, dass eine medikamentöse Therapie selbst mit hohen Dosen nur eine geringfügige Verbesserung brachte und mit erheblichen Nebenwirkungen belastet war. Jeder Versuch einer Reduzierung führte zu erneuten schweren psychotischen Symptomen.

Die Erregungszustände und Situationsverkennungen waren mit gefährlichen Übergriffen auf die Mitpatienten und ernsthaften Verletzungen beim Personal verbunden, die Ablehnung von Nahrung und Flüssigkeit führte bei dem Patienten zu einem bedrohlichen Gewichtsverlust. Die behandelnden Ärzte erwogen angesichts der schwerwiegenden Symptomatik und der Therapieresistenz den Einsatz einer Elektrokrampftherapie. Diese lehnte der Patient jedoch in einer als valide akzeptierten Patientenverfügung ab.

Zugleich war aus der Anamnese bekannt, dass vor einigen Jahren gegen seinen Willen nach richterlicher Genehmigung eine Elektrokrampftherapie durchge-



Dr. Gisela Bockenheimer-Lucius bietet u.a. im HPH Seminarveranstaltungen zu ethischen Fragestellungen in der Altenhilfe und Psychiatrie an.

führt wurde. Diese Maßnahme war für ihn aber erfolgreich und hilfreich, er konnte damals wieder nach Hause entlassen werden. Die aktuell vielfachen Versuche, die Situation mit dem Patienten und seinen Angehörigen zu besprechen, scheiterten. Er blieb dabei, »nie mehr in eine Klapse gehen« zu wollen.

Sein früherer, ihm sehr wichtiger Lebensinhalt in Form einer künstlerischen Tätigkeit, war ihm fast vollständig verloren gegangen. Da er zudem bei Alltagsverrichtungen wie An- und Auskleiden, Nahrungszufuhr oder Toiletten-gang, zunehmend auf Hilfe angewiesen war, konnte der Patient nicht nach Hause entlassen werden, wo er zuvor alleine gewohnt hatte. So wurde er in Absprache mit der gesetzlichen Betreuerin und nach Einholung einer richterlichen Genehmigung in einer geschlossenen Pflegeeinrichtung für psychisch Kranke untergebracht.

Er blieb dabei, »nie mehr in eine Klapse gehen« zu wollen.

Relevante ethische Aspekte in einer Ethikberatung

Im vorliegenden Fall steht der Konflikt zwischen der Autonomie des Patienten und den Fürsorgepflichten der Ärzte im Vordergrund. Der Patient hat seinen Willen unmissverständlich in einer Vorausverfügung dargelegt. Psychisch erkrankte Menschen können für den Fall einer Einwilligungsunfähigkeit durch eine Vorausverfügung einer Behandlung gegen ihren Willen verbindlich zustimmen. Sie können eine Zwangsbehandlung aber ebenso verbindlich ablehnen. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Patient sich dadurch schadet.

Die wichtigsten Fragen, die im Rahmen einer Ethikberatung geklärt werden müssen, betreffen die Bedingungen der Selbstbestimmung des Patienten, seinen Willen zur Freiheit von therapeutischem Zwang, die Konsequenzen im Sinne einer zu vermutenden erheblichen Einschränkung seiner Lebensqualität und schließlich die Rahmenbedingungen für sein zukünftiges Leben.

Wie sah die Selbstbestimmungsfähigkeit bei der Erstellung der Patientenverfügung aus? Hatte der Patient zu diesem Zeitpunkt alle notwendigen Informationen über den Ablauf therapeutischer Maßnahmen, insbesondere einer Elek-

Psychisch erkrankte Menschen können für den Fall einer Einwilligungsunfähigkeit durch eine Vorausverfügung einer Behandlung gegen ihren Willen verbindlich zustimmen.

trokrampftherapie, und über die Konsequenzen einer generellen Ablehnung medizinischer Maßnahmen? Da er den Vordruck einer Betroffenenengruppe genutzt hat, die jegliche psychiatrische Intervention ablehnt, wäre zu klären, wie weit dadurch eine massive Einflussnahme die Entscheidungsfreiheit des Patienten bei der Abfassung der Vorausverfügung eingeschränkt hat. Die Urteile und Begriffe der *Bundesvereinigung Psychiatrieerfahrener* müssen unter ethischen Aspekten ebenso hinterfragt werden wie die von den Ärzten als erforderlich vorgeschlagene Therapieform. Der Patient kann aber auch aufgrund seiner Erfahrung mit der Elektrokrampftherapie bestens informiert gewesen sein und sie begründet abgelehnt haben.

Worauf beruht der zum Ausdruck gebrachte Wille zur Freiheit? Hat der Patient in der Klinik bereits die Erwähnung der Elektrokrampftherapie als subtilen Zwang zur Unterordnung erlebt? Wirkte die vorgeschlagene Therapie als Drohung, als Strafe für das Ablehnen der bisherigen Maßnahmen oder für die aggressiven Zustände? War der frühere Eingriff möglicherweise traumatisch, weil er gegen den Willen des Patienten mit Zwang durchgesetzt wurde?

Die momentan bestehende völlige Abhängigkeit des Patienten von Anderen und der Verlust von Freiheit und persönlicher Lebensgestaltung als Künstler fordern dazu heraus, auch die Frage zu stellen, ob die – zumindest aus der Sicht der Gesunden – erhebliche Selbstschädigung des Patienten hingenommen werden muss. Fällt der Verzicht auf eine vermutlich hilfreiche Zwangsbehandlung unter das Gebot des *Nichtschadendürfens*? Ist es vielmehr geboten, den Patienten auch gegen seinen Willen zu therapieren? Misst der Patient dem Wert der Freiheit von medizinischen Eingriffen auch in seiner jetzigen Situation tatsächlich eine höhere Bedeutung bei als die Freiheit der eigenen Lebensgestaltung? Wie weit hat die Erkrankung die Persönlichkeit des Patienten bereits zerstört? Ist es wirklich – wie im *Handbuch zur Patientenverfügung der Bundesgemeinschaft Psychiatrieerfahrener* zugrunde gelegt – die je eigene Entscheidung, ob man durch eine willkürliche Diagnose als »geisteskrank« gilt oder tatsächlich krank ist und medizinische Hilfe braucht?

Ist es vielmehr geboten, den Patienten auch gegen seinen Willen zu therapieren?

Die behandelnden Ärzte haben die Pflicht, nach bestem Wissen und Gewissen zu entscheiden. Sie müssen die verbliebene Therapiechance anbieten, um das *Wohl* des Patienten nicht aus den Augen zu verlieren. Eine Zwangsbehandlung mit richterlicher Genehmigung darf nur als letztes Mittel in einer Notsituation eingesetzt werden, wenn medizinische Maßnahmen Hilfe zur Heilung versprechen und einer zwangsweisen Dauerverwahrung vorzuziehen sind. Zuvor müssen aber alle erforderlichen Versuche unternommen werden, den Patienten zu seiner Einwilligung zu bewegen, damit er wieder selbständig in gewohnter Umgebung leben kann. Hier muss immer wieder geprüft werden, ob wirklich alle Gesprächsmöglichkeiten genutzt wurden. Im vorliegenden Fall gehen die Äußerungen des Patienten über Zeichen seines natürlichen Willens hinaus, er begründet seine Entscheidung aber nicht, wobei unklar bleibt, ob er es bewusst nicht tut oder krankheitsbedingt nicht kann. Die äußerst schwierige Gesprächssituation erfordert, dass besonders qualifizierte Therapeuten, die die Persönlichkeit des erkrankten Menschen wahrnehmen, Vertrauen herstellen und Wertschätzung vermitteln, dem Patienten ohne Versuche der Manipulation gegenüber treten. Im Rahmen einer Ethikberatung wird es ganz wesentlich darauf ankommen, selbstkritisch zu prüfen, ob die erfolgte ärztliche Einflussnahme ethisch zu rechtfertigen ist.

In einer Ethikberatung wird es letztlich erforderlich sein, die jeweiligen Werte gegeneinander abzuwägen. Im hier dargestellten Fall spricht Vieles dafür, den Willen des Patienten zu respektieren. Dafür hat er seine Patientenverfügung erstellt. Es bleibt jedoch die belastende Gewissheit, dass auch Bemühungen um eine zugewandte, gewaltfreie und hierarchiefreie Kommunikation mit dem Patienten scheitern können und die Frage offen bleiben muss, ob das Ergebnis der Beratung wirklich dem Willen und dem Wohl des betroffenen Patienten entspricht. Dieses Problem kann auch eine Ethikberatung nicht lösen, sie kann aber die Sicherheit bieten, dass alle in irgendeiner Weise relevanten Gesichtspunkte berücksichtigt werden und in eine Lösungsfindung einfließen.

Buchbesprechung

»50 Tage intensiv«

hg. von Helga Strätling-Tölle

»Eine Krankenschwester holt mich ab, bringt mich in das Beatmungszimmer. Fünf oder sechs Betten, zum Teil getrennt durch weiße Laken, Apparate, Schläuche, summende Geräusche, unterschiedliche Pieptöne ... Ein Arzt begrüßt mich, führt mich an Bernds Beatmungsbett. Ich fasse seine kühlen Hände an. Seine Zunge hängt groß und schwer neben dem Beatmungsschlauch. Ein paar klärende Sätze ›... künstliches Koma – für ein paar Tage – er braucht Sauerstoff – wir werden sehen ...‹ Ob ich noch Fragen habe? Ich habe keine. Ich kriege kein Wort heraus.«



Helga Strätling-Tölle (Hrsg.)
50 Tage intensiv
Oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus
Mabuse-Verlag 4. Aufl. 2014,
192 S., 16,90 Euro
ISBN 978-3-933050-53-3
www.mabuse-verlag.de

Erfahrungen des Ehepaars

Diese Sätze machen betroffen. Sie knüpfen an weit verbreitete Klinik-Erfahrungen an und führen direkt in die existentielle Not, wie sie das Ehepaar Teresa und Bernd Steins erleben musste (die Namen wurden für das Buch geändert). Ist es angemessen, mit derart persönlichen Erfahrungen schon auf dem Bucheinband zu werben? Ich weiß es nicht. Ich muss da erst mal innehalten. Jedenfalls ist damit bereits die zentrale Attraktivität des Buches »50 Tage intensiv« aufgezeigt: Es ist die personale Erfahrungsdichte des Berichteten, an der der Leser und die Leserin teilhaben können.

Die persönlichen Notizen des Ehepaares stehen im



Dr. Stefan Hofmann ist Jesuit und habilitiert am Lehrstuhl für Moralthologie in Tübingen

Mittelpunkt: Teresa Steins' Protokoll »50 Tage intensiv« – ursprünglich nur zur eigenen Verarbeitung des Erfahrenen gedacht – und Bernd Steins' »Erinnerungen aus dem Koma«. Beide Texte fesseln. Beide nehmen einen schnell und ohne weiteres mit in die erlebten Tage auf der Intensivstation. Ungefiltert, subjektiv und ohne zu beschönigen. Dem wurden Kommentare aus psychologisch-seelsorgerlicher, pflegerischer und ärztlicher Sicht hinzugefügt. Insgesamt erhält der Leser bzw. die Leserin also nicht nur persönliche Erlebnisberichte von Patient und Angehörigen sondern auch ehrliche und erhellende Stellungnahmen vonseiten des klinischen Fachpersonals. Der Herausgeberin ist insofern ein rundes Ganzes gelungen, das Buch schlägt die Brücke von der konkreten, praktischen Erfahrung hin zur theoretischen, fachlichen Reflexion.

Ist es um das Gesundheitssystem in Deutschland wirklich so schlimm bestellt? Oft fallen im Protokoll Begriffe wie »Zwei-Minuten-Gespräch«, »drei Minuten Gespräch am Gang«. Als Leser denke ich da schnell an eigene Erfahrungen mit Angehörigen im Krankenhaus. Sind die Erlebnisse des Ehepaares ein typisches Beispiel für einen längeren Aufenthalt auf einer deutschen Intensivstation? Vielleicht ist es eine Stärke des Büchleins, dass es hier mehr zum Fragen anregt, als Antworten zu geben. Ohne umständliche Einführung erlebt der Leser, wie die protokollierende Ehefrau, Fr. Steins, angesichts der »Apparatemedizin« und der Krankenhausroutine um Haltung ringt und wie wertvoll jede mitfühlende und verständnisvolle Begegnung am Krankenbett für sie wird. Ist es Bestechung, wenn sie dem Pflegepersonal ein Fresspaket schnürt, mit Kaffee und Tee, Kuchen und Schaumküssen und einer Karte, in der sie den Schwestern und Pflegern für ihre Geduld und ihr Engagement für ihren schwerkranken Ehemann danken will? Es fällt nicht schwer, die Anliegen und Sorgen von Frau Steins zu teilen und ihren Weg während des fünfzig-tägigen Krankenhausaufenthaltes ihres Mannes mitzugehen.

*Ist es Bestechung,
wenn sie dem
Pflegepersonal ein
Fresspaket schnürt?*

Erinnerungen aus dem Koma

Ähnliches gilt für die »Erinnerungen aus dem Koma« des Patienten selbst. Auch wenn sie nicht, wie auf der Rückseite des Buches vermerkt, »noch im Krankenhaus« sondern (wie Frau Steins eigens anmerkt) Monate später verfasst wurden: Sie bieten einen seltenen Einblick in die Erlebnis- und Leidenswelt eines Intensivpatienten. In

die Frustration, nicht ernst genommen zu werden, weil den Pflegenden offensichtlich nicht bewusst ist, dass der Patient phasenweise mehr mithören und verstehen kann, als sein äußeres Erscheinungsbild erwarten lässt. In seine hilflose Wut darüber, dass da jemand achtlos an seinem Hals herumhantiert. In den Zustand zwischen Traum und Wirklichkeit. Dass die erzählten Erlebnisfragmente keine Zeitstruktur mehr haben, stört da nicht. Auch nicht, dass Bernd Steins die Frage offen lässt, inwiefern seine »Erinnerungen« reale Ereignisse berichten können. Im Gegenteil, gerade hier denke ich als Leser mit: Sind da wirklich seine jüngsten Töchter am Bett gewesen? Wieso verkleidet? Wieso sollten sie ihn gesiezt haben? Und, was hatte es mit dem Einpassen der Kanüle auf sich, das der Patient als rücksichtsloses Herumhantieren an seinem Hals erlebt? Fachleute und medizinische Laien können sich so ein gutes Bild vom inneren Erleben eines Intensivpatienten machen. Fachliches Vorwissen ist nicht vorausgesetzt. Hier geht es darum, die Ichperspektive des Patienten zu erahnen und sie ein kleines Stück weit nachzuvollziehen. Der Text bietet sich dazu an. Mir scheint, dass nach dem Protokoll seiner Frau auch eine ganz andere Persönlichkeit erlebbar wird. Der Text ist direkt, ehrlich, ungeschönt, so bruchstückhaft, wie die Erinnerungen sind. »Andauernd fragt mich jemand, ob ich weiß, wo ich bin. Ich antworte nicht, ich bin doch kein Kind, das sich verlaufen hat.« [51] Der Leser, die Leserin, erhält das Privileg, sich in die Wirklichkeit des Schwerkranken hineinzugeben, auch dort, wo diese sich unklar zwischen Traum und Wirklichkeit bewegt.

Fachleute und medizinische Laien können sich ein gutes Bild vom inneren Erleben eines Intensivpatienten machen.

Medizinische, psychologische und seelsorgerliche Beiträge

Die folgenden medizinischen und psychologisch-seelsorgerlichen Beiträge ergänzen die beiden subjektiven Perspektiven aus wissenschaftlicher Sicht. Sie analysieren und kommentieren den Behandlungsverlauf und bleiben dadurch erfreulich konkret mit dem zuvor Berichteten verbunden. Für den Leser ist das einerseits erhellend: Nach den persönlichen Erlebnisberichten erfahre ich endlich, woran Bernd Steins genau erkrankt war. Das Verschwimmen von Wirklichkeit und Traum wird durch die Narkotika verständlich. Und zu

Nach den persönlichen Erlebnisberichten erfahre ich endlich, woran Bernd Steins genau erkrankt war.

wissen, dass es für Bernd Steins angesichts seiner Biographie eigentlich keine harmlose Erkältung mehr gegeben hätte, lässt bei aller persönlicher Betroffenheit wieder etwas sachlicher auf die dramatisch-traurige Intensiv-Erfahrung blicken. Allerdings ist die Lektüre dieser fachlichen Stellungnahmen unvergleichlich mühsamer als die der Erinnerungen und des Protokolls. Hier kommt schnell die Frage: Weshalb so umständlich wiederholen, was der Leser, die Leserin doch eben erst gelesen hat? Habe ich mir als Leser nicht gerade selbst ein Urteil bilden können?

Im Rahmen einer psychologischen oder pflege-wissenschaftlichen Publikation wird eine detaillierte Kommentierung des Falls sicher sinnvoll sein. Für den fachfremden Leser und das breite Publikum, die das Buch ja ausdrücklich erreichen will, sollten diese Anmerkungen allerdings nicht den Umfang von

Protokoll und Erinnerungen übersteigen. Im Buch ist das Verhältnis leider zugunsten der eher mühsamen Kommentare und Anmerkungen ausgefallen. Vielleicht war zumindest hier doch eher ein fachkundlicher Leser bzw. eine solche Leserin im Blick?

Im Buch ist das Verhältnis leider zugunsten der eher mühsamen Kommentare und Anmerkungen ausgefallen.

Erfreulich ist jedenfalls, dass die medizinischen und pflegerischen Fehler direkt benannt und zugegeben werden – so schmerzlich und peinlich sie auch sind. Von besserwisserischer Attitüde ist da nichts zu spüren. Menschliche Grenzen werden ehrlich aufgezeigt und – ohne zu verurteilen – analysiert. Nicht nur der fachlich Interessierte wird dies zu schätzen wissen. Auch das Ideal einer gelingenden Kommunikation zwischen allen Beteiligten wird deutlich. Die Berichte des Ehepaars Steins öffnen dazu neu den Horizont: Sie schockieren, reißen mit, fordern heraus. Gerade dadurch helfen sie, dass die Perspektive und das subjektiv-persönliche Erleben der Betroffenen neu wahrgenommen werden kann. Das Anliegen, zu einem menschenwürdigen Umgang im Klinikalltag beizutragen, wird so spürbar. Die Lektüre des Buches kann deshalb – trotz mancher mühsamer Passagen im zweiten Teil – sehr empfohlen werden.

Die Berichte des Ehepaars Steiner schockieren, reißen mit und fordern heraus.



LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

Impressum

Herausgeber

Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

vertreten durch

P. Johann Spermann SJ (Direktor)

Frankenthaler Straße 229
67059 Ludwigshafen

E-Mail: info@hph.kirche.org
Tel.: 0621/5999-0

Schriftleitung

Dipl.-Theol. Jonas Pavelka
E-Mail: pavelka@hph.kirche.org
Tel.: 0621/5999-159

Redaktion

Dipl.-Theol. Johannes Lorenz
Dr. Klaus Klother

Erscheinungsweise

digital mehrmals jährlich, kostenlos

Layout/Design:

wunderlichundweigand – Büro für Gestaltung

Kontakt

Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar
Postfach 21 06 23
67006 Ludwigshafen

Tel.: 0621/5999-0
Fax: 0621/517225

E-Mail: info@hph.kirche.org
Internet: www.heinrich-pesch-haus.de

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

In Kooperation mit:

