

LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

Nr. 2/2014

ISSN 2194-2730

Liebe Leserin, lieber Leser!

Mit unserer neuen Ausgabe der LER bieten wir Ihnen wieder die Möglichkeit, sich über aktuelle ethische Themen in Pflege und Medizin zu informieren.

Mit einem Beitrag zum Thema der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen beenden wir in dieser Ausgabe die Reihe über die vier medizinethischen Prinzipien. Darüber hinaus bieten wir Ihnen neben einem Beitrag über die ethischen Aspekte bei neuen Assistenzsystemen in der Pflege eine Rezension und eine Fallbesprechung zum Werdenfelser Weg zur Lektüre an. Ferner möchten wir auf den wachsenden Entscheidungsdruck hinweisen, der schwangere Frauen angesichts wachsender Diagnose- und Therapieoptionen zunehmend belastet.

Sie sind herzlich eingeladen, sich selbst ein Bild zu machen und bei kontrovers diskutierten Themen zu Ihrer persönlichen Einschätzung zu gelangen. Die ethischen Positionen, die die Autorinnen und Autoren vertreten, sind dabei nicht immer identisch mit der Meinung der Redaktion. Wir hoffen, dass die verschiedenen Sichtweisen zur Diskussion anregen und auf diese Weise dazu beitragen, tragfähige Lösungen zu komplexen Herausforderungen Ihres Arbeitsalltags zu finden.

Bleiben Sie mit uns ethisch am Ball!

Ihr Jonas Pavelka

Das Zitat »

Angst ist kein fixer Zustand. Angst kann ebenso erzeugt wie besänftigt werden. Sie kann sich auflösen oder verwandeln. Bis zu dem Punkt, an dem Gewissheit und Freude darüber entsteht, das Richtige getan zu haben.

Marion Baldus, Seite 15

Die LER entsteht in Kooperation mit:



Katholischer
Pflegeverband e.V.



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

2

Gerechte Verteilung. Einblick in eine komplexe Materie

Johannes Lorenz

7

Ethische Aspekte beim Ambient assisted living (AAL) und Assistenzsystemen in der Pflege

Katrin Grüber

11

Medizinischer Fortschritt und gesteigerter Entscheidungsdruck am Beispiel der Pränataldiagnostik

Marion Baldus

16

Entscheidungen – hören und unterscheiden

Klaus Klother

20

Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege als ethisches Problem und der Werdenfelser Weg als Lösungsansatz

Carola Nick/Jonas Pavelka

26

Rezension: Lisa Tambornino, »Schmerz«

Dominik Baltés

Gerechte Verteilung

Einblick in eine komplexe Materie

Herr P. ist Rentner. Er hat sein Leben lang hart gearbeitet und musste in Folge seiner harten Arbeit bereits mehrere Operationen an seiner Wirbelsäule über sich ergehen lassen. Derzeit klagt er wieder über heftige Schmerzen; eine Operation steht dringend an. Doch das Krankenhaus lehnt einen nochmaligen Eingriff mit der Begründung eines zu hohen Risikos für den Gesamtgesundheitszustand des Patienten in Folge der Belastung durch die Operation ab. Statt sich einer erneuten Operation zu unterziehen, wird Herr P. mit starken Schmerzmitteln versorgt. Im Gespräch mit einem Spezialisten aus einer anderen Einrichtung stellt sich heraus, dass die Operation durchaus möglich sei. Wird hier womöglich aus Kostengründen auf eine mögliche Operation verzichtet? Wir wissen es nicht genau. Doch wird die Frage in unseren Tagen immer lauter gestellt, ob und inwieweit die Mittel, die unsere Gesellschaft für Gesundheit ausgeben kann so verteilt sind, dass jedem die Mittel zur Verfügung stehen, die er benötigt.

Die Frage berührt das medizinethische Prinzip der Gerechtigkeit, das, neben dem Prinzip der Selbstbestimmung, der Fürsorge und des Nicht-Schadens, von den beiden Amerikanern Thomas L. Beauchamp und James F. Childress zur Entscheidungsfindung bei ethisch relevanten Fragen formuliert wurde. Die Behandlung des Prinzips der Gerechtigkeit beschließt die Reihe der Artikel zu den anderen drei medizinethischen Prinzipien, die in den vergangenen Ausgaben der LER behandelt wurden.



Johannes Lorenz,
Doktorand am Lehrstuhl für
Moraltheologie Freiburg bei
Prof. E. Schockenhoff, Freier
Mitarbeiter des Heinrich
Pesch Hauses Ludwigshafen

Gründe für die Knappheit der Ressourcen

In oben beschriebenem Fall könnte das Krankenhaus, das die Operation für Herrn P. ablehnt, durchaus argumentieren, dass eine Operation einer effizienten Kosten-Nutzen-Rechnung nicht standhalten würde. Das heißt, dass die Kosten und der damit verbundene Aufwand für die Operation in keinem Verhältnis zum eigentlichen Nutzen für den bereits 80jährigen Patienten stünden.

Im Hintergrund einer solchen Argumentation steht ein Problem, das heutzutage immer wieder zu heftigen Auseinandersetzungen führt, etwa zwischen Vertretern der Krankenkassen, der Ärzte, der Politik und der Wirtschaft. Es geht um folgende Frage: Nach welchen Kriterien sollen die vorhandenen Ressourcen für die Gesundheit so verteilt

werden, dass jeder das bekommt, was ihm zusteht? Die Frage fragt nach der Verteilungsgerechtigkeit (oder Allokation) in unserer Gesellschaft. Wieso ist diese Frage so wichtig? Aufgrund des demographischen Wandels werden in Zukunft immer weniger Menschen die Kosten von einer immer größer werdenden Zahl von Menschen übernehmen müssen, was dazu führen kann, dass die Beiträge für die Krankenkassen weiter steigen werden. Gleichzeitig wachsen die Möglichkeiten, die die Medizin zur Diagnose und Behandlung von Krankheiten zur Verfügung stellt. Wo vor einigen Jahren noch ziemlich klar umgrenzt war, welche Ausgaben für therapeutische Behandlungen auf uns zukommen, ist das heute anders. Denn dadurch, dass verfeinerte Diagnosen immer differenziertere Krankheitsbilder aufdecken, wird die Erwartung erhöht, auch die therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen, die aufgedeckten Krankheiten zu heilen. Umgekehrt erhöht die rasante Entwicklung der medizinisch-technischen Möglichkeiten verständlicherweise den Anspruch jedes einzelnen im Falle einer Krankheit auch davon zu profitieren. Auf der einen Seite stehen also viele bedürftige und kranke Menschen, die die bestmögliche Behandlungen für sich anstreben. Auf der anderen Seite stehen Güter wie teure Medikamente und zu wenig Geld in den Krankenkassen. Kurz: Hier der kranke Mensch, dort die knappen Mittel für seine Therapie.

Nach welchen Kriterien sollen die vorhandenen Ressourcen für die Gesundheit so verteilt werden, dass jeder das bekommt, was ihm zusteht?

Hier der kranke Mensch, dort die knappen Mittel für seine Therapie.

Verteilungsebenen und Umgang mit Ressourcen

Man unterscheidet zwei Ebenen, auf denen jeweils geregelt wird, wie die Ressourcen zu verteilen sind. Auf der Makroebene geht es um die grundsätzliche Frage, wie groß der Teil des Kuchens ist, der auf die Gesundheitsversorgung der Gesellschaft verwendet wird. Andere Teile des Kuchens werden z.B. für Bildung und Rüstungsausgaben etc. aufgeteilt. Von der Makroebene geht es dann mit der Verteilung auf der Mikroebene weiter, also dort, wo die Ressourcen konkret zur Anwendung kommen. Doch damit ist noch nicht gesagt, wie nun mit den knappen Ressourcen umzugehen ist.

Rationalisierung bedeutet also keine Veränderung oder Minderung der Behandlungsqualität, sondern einen effizienteren Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel.

Was bei Wirtschaftsunternehmen seit langem üblich ist, wird auch im Gesundheitsbereich gefordert. Das Stichwort lautet *Rationalisierung*. Darunter wird eine effizientere Verteilung der Mittel verstanden. Wenn etwa mit weniger Mitteln der gleiche medizinische Effekt erzielt werden kann oder mit den üblichen Mitteln ein größerer Effekt, dann kann mögliche Verschwendung eingegrenzt werden, ohne dabei die medizinische Qualität zu gefährden. Rationalisierung bedeutet also keine Veränderung oder Minderung der Behandlungsqualität, sondern einen effizienteren Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel. Auch die Verwaltung sieht sich in zunehmendem Maße von der notwendigen Rationalisierung betroffen, indem unnötige oder überflüssige Verwaltungskosten eingespart werden.

Eine weitere Maßnahme, dem wachsenden Kostendruck zu begegnen besteht darin, die vorhandenen Mittel zu rationieren, sie also in kleinen Mengen gezielt zuzuteilen. Rationierung bedeutet eine Begrenzung an Zuwendung von Mitteln. Dies kann dann sogar zur Folge haben, dass bestimmte Behandlungen ausgesetzt werden, obwohl sie für den Patienten notwendig wären. Im Gegensatz zur *Rationalisierung* wirkt sich die Rationierung also möglicherweise auf die Behandlungsqualität aus. In der Fachwelt besteht indes keine Einigkeit darüber, was „für den Patienten notwendig“ bedeutet. Einig ist man sich nur darüber, dass im Hinblick auf die Verteilung von Spenderorganen oder in Kriegsgebieten Notwendigkeit mit Lebensnotwendigkeit gleichzusetzen ist. Alexander Dietz, Theologe an der Universität Heidelberg, bringt

Dies kann dann sogar zur Folge haben, dass bestimmte Behandlungen ausgesetzt werden, obwohl sie für den Patienten notwendig wären.

es auf den Punkt: „Unterschiedliche Verständnisse des Begriffs der medizinischen Notwendigkeit führen zu unterschiedlichen Bewertungen der Frage, ob bzw. in welchem Maße im deutschen Gesundheitswesen bereits rationiert wird.“¹ Rationierung kann dabei *explizit durchgeführt* werden, d.h. die Leistungseinschränkung wird durch die im Leistungskatalog geregelte Aufteilung transparent gemacht. Oder die Rationierung kann *implizit durchgeführt* werden. Das bedeutet, dass die Knappheit eines Gutes erzeugt (Budgets werden gesetzt) und die Entscheidung den Ärzten überlassen wird.

In aller Munde ist auch die Rede von der *Priorisierung*. Damit möchte man bestimmte medizinische Versorgungsbereiche, Patientengruppen oder Indikationen nach ihrer Notwendigkeit staffeln. Durch Priorisierung könnte etwa geklärt werden, dass ein Fall X immer bevorzugt vor einem Fall Y behandelt werden soll. Es geht letztendlich darum zu entscheiden, welche Ziele durch die Gesundheitsausgaben in jedem Fall immer abgedeckt werden müssen und welche ausgelassen werden können. Die eigentliche Schwierigkeit liegt hier darin zu entscheiden, welche Ziele höher stehen als andere. Werden etwa nur effizienzorientierte Argumente dafür ins Feld geführt oder sollen auch Argumente, die sich nach anderen Kriterien richten Geltung haben dürfen? In welchem Verhältnis steht die medizinische Bedürftigkeit eines Patienten zur Kosten-Nutzen-Kalkulation? Spätestens hier zeigt die Frage nach der Verteilungsgerechtigkeit, dass Grundentscheidungen, wie sie hier getroffen werden müssen, viel über das Menschenbild in unserer Gesellschaft aussagen. Mit welchem Recht werfen wir eigentlich bei Fragen, in denen es um die konkrete Existenz eines Menschen geht, Zahlen in die Waagschale für eine Entscheidung? Die Frage muss berechtigt sein, obgleich sie den Blick auf die ökonomische Realität im Gesundheitswesen nicht aus den Augen verlieren sollte.

In welchem Verhältnis steht die medizinische Bedürftigkeit eines Patienten zur Kosten-Nutzen-Kalkulation?

¹ Dietz, Alexander: Gerechte Gesundheitsreform? Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive, Frankfurt a. M., 2011, 354.

Die Ärzte entlasten!

Noch einmal zurück zu Herrn P.: Wäre es denn nun gerecht, wenn das Krankenhaus die Operation versagen würde, weil andere Operationen dringlicher wären? Das Krankenhaus könnte sich auf das Argument stützen, dass es um die Begrenzung

von Gesundheitsausgaben nicht umher kommt und deshalb vielleicht die Operation besser der noch jüngeren Frau U. anbietet, bei der zusätzlich die Erfolgsaussicht der Operation höher ist. Wenngleich es sich im hier genannten Beispiel nicht um ein „knappes Gut“ wie z.B. bei Organen handelt, wird doch daran die Abwägung von Therapieoptionen hinsichtlich der Dringlichkeit und der Erfolgsaussicht deutlich, die sich in den kommenden Jahren u.a. aus den eingangs genannten Gründen sicher noch verschärfen wird. Besonders in Krankenhäusern, Altenheimen und Pflegeeinrichtungen muss gespart und müssen Mittel gefunden werden, wie mit dem Verteilungsproblem umzugehen ist. Dort spitzt sich die ethische Herausforderung zu, weil hier die Abstraktionsebene der Makroebene verlassen wird und ein Mensch mit konkreten Bedürfnissen hofft, dass das Bestmögliche für ihn getan wird. Im Krankenhaus, im Altenheim oder in der Pflegeeinrichtung wird das Stück des Kuchens nämlich gegessen. Wenn ein Arzt dann vor die konkrete Entscheidung gestellt wird, ob eine Therapie für einen Patienten aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit angewandt werden soll oder nicht, dann versteht man, weshalb viele Experten fordern, die Ärzte so gut es geht von solchem Entscheidungsdruck fernzuhalten und die Frage nach der gerechten Ressourcenverteilung auf eine höhere Ebene zu verlegen.

» Informationen zur verwendeten Literatur finden Sie beim Autoren unter lorenz@hph.kirche.org

Ethische Aspekte beim Ambient assisted living (AAL) und Assistenzsystemen in der Pflege

Der folgende Beitrag erläutert Konzepte von Ambient Assisted Living-Systemen bzw. Assistenzsystemen in der Pflege. Außerdem wird das ethische Analyse-Instrument MEESTAR vorgestellt und Anforderungen an deren Entwicklung sowie Anwendungen von AAL formuliert.

Was sind eigentlich Ambient Assisted Living und Assistenzsysteme in der Pflege?

Die Begriffe „Ambient Assisted Living-Technologien“ (AAL-Technologien) und „Assistenzsysteme in der Pflege“ sind Konzepte, Produkte und Dienstleistungen im Bereich der Pflege und Assistenz, die ein breites Anwendungsspektrum abdecken. Dieses reicht von einer Medikamentenbox, die an die Einnahme von Medikamenten erinnert über einen Herd, der sich bei großer Hitze selbst abschaltet, bis hin zu Sensoren, die registrieren, wenn ein Verhalten von einem vorher als Norm festgelegten Wert abweicht und dann Alarm auslösen. Es gibt isolierte Fußmatten, die auf Bewegungen reagieren, aber auch sensorische Raumüberwachungen. Es werden verschiedene Technologien eingesetzt, wobei Informations- und Kommunikationstechnologien von besonderer Bedeutung sind. Relativ häufig werden technische und soziale Systeme vernetzt. AAL-Technologien werden im häuslichen, aber auch im stationären Umfeld eingesetzt. Mit der der Technik wird in erster Linie das Ziel verfolgt, älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen zu ermöglichen, länger in den eige-



»»
Dr. Katrin Grüber leitet das Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft in Berlin. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Disability Studies, Politikwissenschaft und Technikfolgenabschätzung. Das IMEW hat die Vision, die Perspektiven von Menschen mit Behinderungen überall zu verankern.

nen vier Wänden zu wohnen. Darüber hinaus sollen AAL-Technologien aber auch Pflegende bei ihrer Arbeit unterstützen. Die folgende Definition versucht, auf der Grundlage bestehender Definitionen, die Bandbreite der AAL-Technologien und deren vielfältige Einsatzbereiche deutlich zu machen:

Technische Assistenzsysteme bzw. Ambient Assisted Living Technologien (AAL) sind technische Hilfsmittel zur Unterstützung Pflegebedürftiger (einschließlich Pflegestufe 0 oder Pfleger). Sie funktionieren insbesondere auf Basis von Informations- und Kommunikationstechnologien. Sie werden im häuslichen oder stationären Umfeld eingesetzt. Es handelt sich um Systeme oder um Anwendungen, die unabhängig von anderen funktionieren. Es gibt bereits zahlreiche Pilotversuche, aber wenig Anwendungen in der Praxis. Dies liegt möglicherweise daran, dass ein Großteil der bisher entwickelten AAL-Produkte an den Bedürfnissen vorbei entwickelt wurde.¹

Darüber hinaus ist die nicht geklärte Frage der Finanzierung eine große Hürde.²

Das Modell MEESTAR

Obwohl große Summen an öffentlichen Geldern in Pilotversuche zur AAL-Anwendung geflossen sind, gibt es wenige Projekte, in denen ethische Fragestellungen vertieft bearbeitet wurden.³ Immerhin wurde mit MEESTAR (**Modell zur ethischen Evaluation sozio-technischer Arrangements**) ein systematisches Analyseinstrument entwickelt. Der Begriff des soziotechnischen Arrangements weist auf die Vernetzung der technischen Anwendung und dem sozialen Umfeld hin. Das Modell soll helfen, „ethisch problematische Effekte zu identifizieren und darauf aufbauend Wege zu ihrer Lösung zu entwickeln.“⁴ Die ethischen Dimensionen des dreidimensionalen Modells sind: Fürsorge, Selbstbestimmung, Sicherheit, Gerechtigkeit, Privatheit, Teilhabe und Selbstverständnis (Verständnis von sich selbst).

Fragen, die sich daraus ergeben, sind beispielsweise: Kann der Datenschutz gewahrt bleiben bei der Übertragung der Daten an Dritte? Wer entscheidet über die Anwendung? Die Person, die in der Wohnung bzw. einer stationären Einrichtung lebt, oder andere? Ist der Preis für einen längeren Verbleib in der Wohnung eine Überwachung rund um die Uhr? Hier zeigt sich, dass es wenig hilfreich ist, entweder zu begrün-

¹ Vgl. Friesdorf, W., Podtschaske, B., Stahl, M., Glende, S., Nedopil, C. (2011): Nutzerabhängige Innovationsbarrieren im Bereich altersgerechter Assistenzsysteme. 1. Studie im Rahmen der AAL-Begleitforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. http://www.aal-deutschland.de/deutschland/dokumente/Abschlussbericht-AAL-Nutzerstudie_Final.pdf; Zugriff: 03.09.2014.

² Vgl. Thomas Klie (2014): Zwischen Verheißung und Schreckensszenario – Über Technik für ein selbstständiges Leben im Alter, Dr. med. Mabuse 207, S. 30-35. und vgl. Krüger-Brand, Heike E., Assistenzsysteme: Entlastung für die Pflege, Dtsch Arztebl 2014; 111(6): A-200 / B-173 / C-169.

³ Vgl. Thomas Klie (2014), a.a.O.

⁴ Arne Manzeschke, Karsten Weber, Elisabeth Rother, Heiner Fangerau (2013), Ethische Fragen im Bereich Altersgerechter Assistenzsysteme, S. 13; Zugriff 03.09.2014

den, warum die Einführung von AAL grundsätzlich abzulehnen noch, warum sie grundsätzlich zu akzeptieren ist. Solche Fragestellungen können nur im Einzelfall abgewogen werden, am besten unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Perspektiven.

MEESTAR sieht vor, den genannten ethischen Dimensionen vier Stufen der ethischen Sensibilität zuzuordnen. Zudem wird unterschieden zwischen der individuellen Ebene, der Ebene der Organisation und der Ebene der Gesellschaft. Die Autoren schlagen vor, in Workshops über die Fragestellungen zu reflektieren. Das Ziel ist, insbesondere negative Effekte zu vermeiden, damit „altersgerechte Assistenzsysteme keinen oder nur geringen Schaden produzieren.“⁵

⁵ Arne Manzeschke et al. (2013), a.a.O.

Anforderung an die Entwicklung und Anwendung von AAL

So richtig es ist, die Mindestanforderung der Nicht-Schädlichkeit zu formulieren, so ist es durchaus möglich und sinnvoll, Anforderungen an die Entwicklung und Anwendung von AAL zu stellen. Dafür ist die Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer von hoher Bedeutung, am besten bereits bei der Technikentwicklung. Vorgeschaltet werden sollte eine Phase, in der die Probleme und Ziele identifiziert werden.

Die Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer ist bei der Systementwicklung von hoher Bedeutung.

Es macht einen Unterschied, ob das Ziel von AAL im alleinigen Zusammenhang mit Gesundheit oder auch mit gesellschaftlicher Teilhabe steht. Wenn solche Zielstellungen klarer sind, können im nächsten Schritt Anforderungen an die Technik formuliert werden.

Eine ethische Bewertung kommt nicht ohne ein Mindestmaß an Verständnis von technischen Möglichkeiten und ihrer Grenzen aus. Dann wird auch deutlicher, ob der Einsatz der AAL tatsächlich sinnvoll ist, oder ob es nicht andere technische Alternativen gibt. Schließlich ist es immer wieder notwendig zu fragen, ob die Anwendung tatsächlich einen Beitrag zur Erreichung der Ziele leistet oder ob gar das Gegenteil erreicht wird. Beispielsweise kann die Medikamentenbox dazu führen, dass die Gedächtnisleistung insgesamt nachlässt und damit auch die Selbstständigkeit.

Fazit

Da sich AAL noch nicht in der Praxis etabliert hat, gibt es Möglichkeiten, ethische Anforderungen an die Entwicklung zu stellen und deren Einführung kritisch zu begleiten. Eine ethische Bewertung vorzunehmen ist nicht einfach, weil es verschiedene Ebenen und Facetten gibt. Die notwendige ethische Reflexion sollte die Entwicklung weder bremsen noch beschleunigen. Stattdessen bietet sie, im Sinne eines Kompasses, ein Instrumentarium der Reflexion darüber, wo es sinnvolle Anwendungen geben kann und wie diese zu gestalten sind.



**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

Medizinischer Fortschritt und gestiegener Entscheidungsdruck am Beispiel der Pränataldiagnostik

Pränataldiagnostik umfasst ein hochdifferenziertes Angebot invasiver und nicht-invasiver Verfahren zur Untersuchung vorgeburtlichen Lebens. Zugleich ist Pränataldiagnostik eine dynamische Wachstumsindustrie, die nach Prinzipien des Marktes funktioniert: Bedürfnisse werden geweckt, Gefühle erzeugt und Lösungen versprochen. Im Vordergrund stehen dabei das Bedürfnis nach Sicherheit und der Wunsch nach Gewissheit, dass mit dem Baby „alles in Ordnung“ sein wird. Appelliert wird an die als verantwortungsvoll apostrophierte Frau, Wahlchancen zu ergreifen, Kontrolle zu übernehmen und Risiken zu minimieren.

Ungeplante Diagnostikspirale

Schwangerschaft wird in dieser Lesart nicht als ein Zustand guter Hoffnung, sondern als eine „technologieabhängige und dienstleistungsbedürftige Passage“ (Sänger et al. 2013: 56) in weiblichen Biographien definiert. Hinzu kommt, dass schwangere Frauen eine sog. ‚kaptive‘ Population bilden: Durch die in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Vorsorgetermine haben sie regelmäßigen Arztkontakt und sind für neue technologische Entwicklungen leicht erreichbar. Ultraschall gehört dabei zu den hochgradig akzeptierten, weil als harmlos empfundenen Verfahren. Nur selten reflektieren Frauen im Vorfeld, dass auch Ultraschall ein Diagnostikum ist, das sie vor weitreichende Entschei-



Dr. Marion Baldus,
Professorin für Allgemeine
Pädagogik und Heilpädagogik
an der Hochschule Mannheim.

dungen stellen kann. Frauen, so haben Studien vielfach belegt (s. Baldus 2006), geraten oft ungeplant in eine Diagnostikspirale, an deren Schlusspunkt die Entscheidung über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft stehen kann. Dies ist dann der Fall, wenn der Arzt bei dem Ungeborenen eine als schwerwiegend erachtete, nicht kurativ zu behandelnde Auffälligkeit diagnostiziert und der Tatbestand der medizinischen Indikation als gegeben gilt.¹ Häufig werden den Betroffenen erst jetzt Reichweite und ethische Implikationen der Diagnostik bewusst.

¹ D.h., dass es nach ärztlicher Erkenntnis darum geht, eine "Gefahr für das Leben der Schwangeren oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann." (§ 218 a Absatz 2 Strafgesetzbuch)

Entscheidungsdilemma

Im Kontext der am häufigsten pränatal diagnostizierten Chromosomenabweichung, dem Down-Syndrom, wird das Dilemma besonders deutlich. Therapeutische Interventionen am Ungeborenen sind nicht möglich, das Down-Syndrom ist nicht ‚heilbar‘ und Begleiterkrankungen, wie z.B. ein Herzfehler, sind häufig vorhanden. Gleichzeitig gelten Kinder mit Down-Syndrom als lebensfroh, sozial kompetent, lernfähig und liebenswert. In den Medien sind sie Sympathieträger oder Paradebeispiele für gelingende Inklusion. So porträtierte die ZEIT vom 24. Juli 2014 drei Mädchen mit Down-Syndrom, die in Deutschland ein Gymnasium besuchen. Wer den ‚Fall Henri‘ in Baden-Württemberg kennt, weiß jedoch, dass diesem Jungen mit Down-Syndrom der Besuch eines Gymnasiums versagt blieb. Wie passt das zusammen? An den Kindern selbst kann es wohl kaum liegen. Deutlich wird, wie stark das Verständnis von Behinderung und die Frage der Inklusion kulturell geprägt sind und erst im Zusammenwirken von gesellschaftlichen Annahmen, sozialen Normen, Barrieren und körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen konstruiert werden.

Dieses Zusammenwirken kommt bei vorgeburtlichen Entscheidungen besonders deutlich zum Tragen. Da es um noch nicht geborenes, wenngleich häufig bereits überlebensfähiges menschliches Leben geht, sind Abspaltungs- und Abwehrprozesse leichter möglich: Die Schwangerschaft kann zunächst unter Vorbehalt gestellt werden bis beruhigende Untersuchungsergebnisse vorliegen. Zudem gelingt es leichter, die Beziehung zu einem Ungeborenen innerlich aufzukündigen und sein Leben zur Disposition zu stellen. Es existiert noch nicht als direktes

Die Schwangerschaft kann zunächst unter Vorbehalt gestellt werden bis beruhigende Untersuchungsergebnisse vorliegen.

Gegenüber, sondern als Teil des Körpers der Frau. Ist es ‚defizitär‘, wirkt dies auf das Körper- und Selbstwertgefühl der Frau negativ zurück und löst Fremdheitsgefühle und tiefe Ängste aus (Baldus 2011). Ambivalenzen dem Ungeborenen gegenüber sind in einer solchen Entscheidungssituation normal und reflektieren nicht nur persönliche, sondern gesellschaftliche Haltungen und Annahmen.

Pränatale Selektion ist eine ‚stille‘ Selektion; sie wird im sozialen Umfeld häufig verschleiert und statistisch nur ungenau erfasst. Zudem trägt eine offensive Screeningpolitik zu einer Normierung von Entwicklungsprozessen bei. Normerwartungen werden gesetzt und Standards definiert. Gesucht wird nach Abweichungen, die mit Risikoziffern, Verhältnisberechnungen und Prognosen nach Schweregraden sortiert werden. Informationen, die daraus entstehen, müssen in ihren Auswirkungen auf den körperlichen oder seelischen Gesundheitszustand der schwangeren Frau bewertet werden. Dieser ist weder fix noch eindeutig vorhersagbar, gilt aber als Fixpunkt für eine medizinische Indikation. All dies geschieht selbstredend nicht in einem wertfreien Raum. Multiple Einflüsse durch eigene Sozialisationserfahrungen, gesellschaftliche Diskurse, das berufliche Umfeld sowie reale Perspektiven und Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderungen und ihre Familien wirken sich auf das Entscheidungsverhalten aus. Hinzu kommt der psychische Ausnahmezustand nach einer Diagnosestellung.

Zurück zum Dilemma: Prinzipiell kann das Wissen über das Vorliegen eines Down-Syndroms oder anderer, als schwerwiegend eingeschätzter Beeinträchtigungen lebensbejahend genutzt werden: Die Eltern selbst, mögliche Geschwisterkinder, die Umgebung wie auch das entbindende Fachpersonal können sich frühzeitig auf die Geburt des Kindes einstellen und

Prinzipiell kann das Wissen über das Vorliegen eines Down-Syndroms oder anderer, als schwerwiegend eingeschätzter Beeinträchtigungen lebensbejahend genutzt werden.

adäquate Vorkehrungen treffen. Gehen Frauen diesen Weg, so beschreiben sie ihn auch noch Jahre später als hilfreich und sinnvoll (Baldus 2006). In diesem Fall dient Pränataldiagnostik einem lebenserhaltenden Zweck. Dies betrifft jedoch nur Ausnahmefälle: In 90 bis 95 Prozent eines gesicherten Befundes Down-Syndrom wird die Schwangerschaft beendet. Eine Entscheidung, die Erfahrungsberichten zufolge häufig als extrem konflikthaft erlebt wird. Dieser existentiellen Entscheidung gehen viele Vorentscheidungen voraus. Diese beginnen mit einem ‚Ja‘ oder ‚Nein‘ zum Einsatz erster diagnostischer Untersuchungen im frühen Stadium der Schwanger-

schaft. Doch wie entscheiden in Anbetracht der Vielfalt an Untersuchungsoptionen und einer zunehmend offensiv eingesetzten Testpolitik? Ohne eine umfassende und unabhängige Beratung vor, während und nach pränataler Diagnostik ist eine informierte Entscheidung kaum möglich.

Entscheidungsdruck oder Entscheidungsfreiheit?

Ansichten darüber, ob Pränataldiagnostik Frauen Entscheidungen aufzwingt oder vielmehr die weibliche Selbstbestimmung und damit verbunden die Autonomie fördert, gehen weit auseinander. Die Fronten verlaufen dabei quer durch gesellschaftliche Gruppierungen, Parteien und Professionen. Eindeutig positionieren sich Entwickler und Anbieter von Testverfahren: Als zentrale Argumentationsfigur wird die Erhöhung der Autonomie der Schwangeren ins Feld geführt. Ethische Implikationen, wie der selektive Effekt von Screenings („search and destroy“), werden ausgeblendet und auf die Ebene der individuellen Entscheidung verlagert. Kritische Positionen von Frauennetzwerken sowie VertreterInnen der Behindertenbewegung und –verbände weisen gerade auf diese individuell delegierte Selektionswirkung und die damit verbundene indirekte Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen hin. Befürworterinnen der PND – Frauen wie Männer, Laien wie Professionelle – betonen den Freiheitsaspekt und die Wahl- und Kontrollmöglichkeiten, die zunehmen: Reproduktives Schicksal müsse nicht mehr einfach angenommen und ausgehalten werden, die Frau könne ihm stattdessen steuernd begegnen und entgegenwirken und damit Gestaltungsraum für ihr Leben gewinnen.

Aktuelle Trends, Angst und Entscheidungen gegen den Strom

Aktuelle Trends vermehren die Wahloptionen weiter. Seit dem Jahr 2012 ist in Deutschland der sog. PraenaTest auf dem Markt. Seither drängen weitere, vergleichbare Testprodukte in die Privatpraxen und humangenetische Institute – offensiv beworben und technischen Fortschritt versprechend. Auch hier sind – wie schon beim sog. Ersttrimester-Screening – die Wachstumsraten enorm. Immer mehr Frauen

nehmen die einfach zu handhabenden Tests trotz hoher Kosten in Anspruch. Die Übergänge zwischen regulärer Schwangerenvorsorge und dem gezielten Suchen nach fetalen Entwicklungsstörungen verschwimmen immer mehr. Bereits ab der 9. Woche kann mütterliches Blut auf das Vorliegen einer Trisomie (z.B. Down-Syndrom)

oder Monosomie (Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom) untersucht werden. Ist der Befund auffällig, muss er durch einen invasiven Eingriff, der mit einem Risiko für das Ungeborene einhergeht, überprüft werden. Früher, schneller, sicherer! Mit diesen Botschaften adressieren die Hersteller ihre Zielgruppe, die sie kontinuierlich erweitern. Vorwiegend angeboten werden die Tests zurzeit noch als individuelle Gesundheitsleistung (IGEL). Krankenkassen zahlen jedoch bei Indikationen wie ‚erhöhtes Risiko‘, ‚Alter‘ und ‚Angst‘.

Angst jedoch ist kein fixer Zustand. Angst kann ebenso erzeugt wie besänftigt werden. Sie kann sich auflösen oder verwandeln. Bis zu dem Punkt, an dem Gewissheit und Freude darüber entsteht, das Richtige getan zu haben: Vielleicht durch die Entscheidung, sich dem Konformitätsdruck der Gesellschaft zu entziehen, und sich die eigene Schwangerschaft als Zustand guter Hoffnung zurück zu erobern. Oder aber durch die Entscheidung, dem Ungeborenen mit Down-Syndrom das Leben zu schenken. Entscheidungen gegen den Mainstream und für gelebte Vielfalt benötigen allerdings Willensstärke, Wissen, Unterstützung und gelebte Akzeptanz. Diese herzustellen und nicht durch Ausschluss aus der Mehrheitsgesellschaft zu konterkarieren, ist Aufgabe von Politikern, Professionellen, Medien und uns selbst.

Die Übergänge zwischen regulärer Schwangerenvorsorge und dem gezielten Suchen nach fetalen Entwicklungsstörungen verschwimmen immer mehr.

» Literaturhinweise bei der Autorin

Entscheidungen – hören und unterscheiden

In der „Regula benedicti“, der Ordensregel des heiligen Benedikt, finden wir neben praktischen Anweisungen über das Zusammenleben der Nonnen und Mönche in einem Kloster auch geistliche Themen. Ein immer wiederkehrendes Motiv ist beispielsweise die sogenannte „Kunst des Unterscheidens“ (*discretio*). Sie drückt sich in einer besonderen Haltung des Menschen aus und hilft beim Treffen von Entscheidungen. Einer Entscheidung geht dabei immer das Hinhören auf die Umstände voraus. Prüfstein ist letztendlich das Heil des Menschen.

Der heilige Benedikt von Nursia, der Gründer des Benediktinerordens, hat seinen Mitbrüdern im sechsten Jahrhundert n. Chr. eine Ordensregel mit auf den Weg gegeben. Bis heute leben allein deutschlandweit Männer und Frauen in 61 Klöstern nach dieser Regel. Neben ganz praktischen Anweisungen über die tägliche Gebetspraxis oder das Fasten gibt es immer wiederkehrende Themen, welche die ganze Ordensregel wie ein roter Faden durchziehen. Die Ausführungen Benedikts über die geistliche Kunst fallen dabei besonders ins Auge: Gemeint sind geistliche Tugenden und innere Werthaltungen, die das gesamte Leben des Mönchs oder der Nonne prägen sollen. Ganz konkret nennt Benedikt das Hören, den Gehorsam oder auch die Liebe. Diese Tugenden greifen teilweise ineinander und lassen sich nicht immer ganz voneinander trennen. Eine weitere, ganz wichtige Tugend ist die sogenannte *discretio*.

Wörtlich aus dem Lateinischen übersetzt meint *discretio* Abgrenzung. In der Tradition Benedikts wird die *discretio* als Unterscheidung zwischen dem guten und bösen Geist verstanden, zwischen gut und besser, zwischen dem, was auf



Dr. Klaus Klother,
Ethik in Medizin und
Pflege, Katholischer
Krankenhausverband der
Diözese Osnabrück e.V.

dem Weg zu Gott nützt und was nicht. Sie ist eine geistliche Kunst, die vom Menschen verinnerlicht erlernt werden kann.

Eine Führungskraft soll in ihrem ganzen Handeln durchdrungen sein von der *discretio*

Die *discretio* meidet das Zuviel und Zuwenig, das heißt sie bewegt sich in der richtigen Mitte. Sie wird auch als königlicher Weg bezeichnet. Benedikt selbst nennt sie die „Mutter aller Tugenden“ (Kapitel 64,19). Er verbindet diese Haltung vor allem mit dem Dienst des Abtes, also einer klassischen Führungskraft. Es geht Benedikt aber nicht nur um den Chef, sondern um alle Entscheidungsträger. Der Abt sollte die Fähigkeit zur Unterscheidung und zur maßvollen Entscheidung haben. Der Abt soll für Benedikt nicht nur klug, vorausschauend und besonnen sein. Er soll vor allem in seinem ganzen Handeln durchdrungen sein von der *discretio*. Der Abt soll eine unterscheidende Haltung entwickeln, die nach dem rechten Maß sucht, die die Extreme meidet. Insofern ist die *discretio* Voraussetzung bei der Entscheidungsfindung.

Die *discretio* ermöglicht den Weg der Mitte, was nicht als Mittelmäßigkeit missverstanden werden darf. Die *discretio* zielt auf das Beste und Höchste in der jeweiligen Situation, nicht den Durchschnitt oder den kleinsten gemeinsamen Nenner. Für Benedikt liegt in der Mitte die Vollkommenheit, das in der gegebenen Situation Bestmögliche im Dienst an den Mitmenschen zu tun. Also keine Unterordnung des Menschen unter andere Ziele und Werte.

Um vor der Entscheidung abgrenzen und unterscheiden zu können, bedarf es natürlich auch der Wahrnehmung: Es braucht Aufmerksamkeit für die herrschenden Umstände, die Rahmenbedingungen. Was ist für eine angemessene Entscheidung zu berücksichtigen? *Discretio* ist eine Haltung der inneren Aufmerksamkeit. Sie ist Hören und Schauen auf die Situation, die Orts- und Zeitumstände, auf die Mitbrüder im Kloster mit ihren jeweiligen Schwächen und Stärken. Dass das erste Wort der Benediktregel „Höre“ (lat.: *obsulta*) lautet, ist wahrscheinlich kein Zufall, meint es doch gerade dieses innere Lauschen.

*Was ist für eine
angemessene
Entscheidung zu
berücksichtigen?*

Dem Wahrnehmen und Hören folgt die Entscheidung

Als Tugend bleibt die *discretio* jedoch nicht beim aufmerksamen Wahrnehmen stehen. Auf das Erkennen folgt die Entscheidung. Die Entscheidungen wiederum, die der Mönch nach der Vorstellung von Benedikt fällt, resultieren aus der Haltung der *discretio* heraus und sind von dieser geprägt.

Maßstäbe für Unterscheidung und maßvolle Entscheidungen sind für Benedikt: Mäßigkeit, Vermeidung von Bevormundung und Ausrichtung auf Einklang. Benedikt sagt wörtlich: „Der Abt regle und ordne alles so, dass es den Brüdern zum Heil dient und sie ohne einen berechtigten Grund zum Murren ihre Arbeit tun können“ (Kapitel 41,5).

Nicht Geld, größeres Einkommen oder erfolgreiche Arbeit haben Priorität. Das Heil der Mönche vor Gott und das Miteinander der Mönche untereinander stehen im Vordergrund. Freilich mussten auch die Klöster zu jeder Zeit wirtschaften. Und sie haben dies ja auch bekanntlich über die Jahrhunderte hindurch getan.

Bei anderen Orden finden wir der *discretio* ähnliche Haltungen und Denkformen. Bei Ignatius von Loyola etwa, dem Gründer des Jesuitenordens (dem auch Papst Franziskus angehört), wird in den geistlichen Übungen (Exerzitien) auf die kritische Differenzierung von Gedanken und Gefühlsregungen bei der Entscheidungsfindung hingewiesen. Ignatius nennt dies die Unterscheidung der Geister. Richtschnur bei der Unterscheidung der Geister sind die Liebe, die Hingabe an Gott und der größere Dienst am Menschen. Die Unterscheidung der Geister kann – wie übrigens auch die *discretio* – eingeübt und verinnerlicht werden, so dass sie fast schon automatisch abläuft. Sie kann zur Gewohnheit werden und somit den Blick des Menschen auf die Dinge verändern.

„Der Abt regle und ordne alles so, dass es den Brüdern zum Heil dient und sie ohne einen berechtigten Grund zum Murren ihre Arbeit tun können“ (Kapitel 41,5).

Discretio im Krankenhaus: Umsicht, Sinn für Verschiedenheit und Demut

Was bedeutet dies nun für unseren Alltag im Krankenhaus oder in der Pflegeeinrichtung? Wer sind die Mönche, die Benedikt vor Augen hatte? Wahrscheinlich viele Menschen, mit denen und für die wir entscheiden. Das wären natürlich zuerst unsere

Patienten, die vor uns liegen und die ganz häufig selbst nicht mehr entscheiden können. Es geht aber darüber hinaus auch um unsere Mitarbeiter, unsere Kollegen und die Angehörigen der Patienten. Sie alle gehören zudem zu den Umständen der Situation. Sie alle sind ein wesentlicher Teil der Rahmenbedingungen für unser Handeln und für unser Entscheiden. Wo werde ich den Kollegen der anderen Berufsgruppe gerecht? Was wäre ein Zuwenig in Bezug auf die Angehörigen? Was dient dem Heil meines Mitarbeiters? Was dient der Heilung des Patienten?

Discretio hängt für Benedikt eng zusammen mit Umsicht, Voraussicht, mit der Klugheit, dem gerechten Urteil, dem Sinn für Verschiedenheit in der Gemeinschaft. Diese Haltung verbindet sich mit der Furcht Gottes, das heißt in Verantwortung und Rechenschaft Gott gegenüber, im Suchen nach seinem Willen für diese Gemeinschaft und für jeden einzelnen Menschen. Die Fähigkeit zur Unterscheidung ist mit Demut verbunden, mit der Erkenntnis und dem Wissen der eigenen Begrenztheit, den eigenen Fehlern und den Unzulänglichkeiten. Auch mit dem Wissen von den begrenzten eigenen Möglichkeiten, nicht alles zum Guten wenden zu können und auch gar nicht zum Guten wenden zu müssen. *Discretio* meint keine Universalantwort, die ein für alle Mal gilt. Sie ist vielmehr eine grundsätzliche Einstellung und eine hilfreiche Orientierungsgröße zur Beantwortung der Fragen im Hier und Jetzt.

Wo werde ich den Kollegen der anderen Berufsgruppe gerecht? Was wäre ein Zuwenig in Bezug auf die Angehörigen? Was dient dem Heil meines Mitarbeiters? Was dient der Heilung des Patienten?

Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege als ethisches Problem und der Werdenfelser Weg als Lösungsansatz

Pflegewissenschaftler und Gerichtsmediziner weisen schon seit mehreren Jahren darauf hin, dass körpernahe Fixierungen bei Pflegebedürftigen mehr schaden als nutzen. Obwohl inzwischen das Wissen über alternative Maßnahmen zunimmt, sind Bettgitter, Vorstecktische und „Sitzhosen“ weiterhin Teil der pflegerischen Alltagsroutine. Auch die sogenannte „Chemische Fixierung“ durch Medikamente ist verbreitet. So erhalten demenzerkrankte Personen sehr viel mehr Psychopharmaka als Pflegebedürftige gleichen Alters ohne kognitive Symptome. Befragungen in verschiedenen Ländern zeigen, dass Pflegenden bei der direkten Anwendung Freiheitsentziehender Maßnahmen (=FeM) regelmäßig ein ungutes Gefühl begleitet. Gleichzeitig geben sie an, aus unterschiedlichen Gründen nicht anders handeln zu können.

Der „Werdenfelser Weg“ als juristischer Lösungsansatz

Im Jahr 2007 beschlossen im Landkreis Garmisch-Partenkirchen (der sich im sogenannten Werdenfelser Land befindet) der Amtsrichter Dr. Sebastian Kirsch und der Leiter der Betreuungsstelle, Josef Wassermann, die gemeinsame Bearbeitung von Genehmigungsverfahren zu FeM zu verändern. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass im Genehmigungsverfahren nach dem FamFG (s. Abb.) zwar viele verschiedene Fachmeinungen einzuholen sind, in der Praxis jedoch nur eine Expertise zur Geltung kommt – die der Pflege. Denn alle Beteiligten,



»»
Carola Nick,
Diplom-Pflegewirtin
(FH) Gesundheits- und
Kinderkrankenpflegerin,
vermittelt Pflegewissen –
unter anderem an zukünftige
„Verfahrenspfleger/-innen nach
dem Werdenfelser Weg“



»»
Dipl.-Theol. Jonas Pavelka,
Ethik in Medizin und Pflege,
Heinrich Pesch Haus,
Ludwigshafen.

wie z.B. Ärzte, Betreuer, Angehörige, Mitarbeiter der Betreuungsstelle und Verfahrenspfleger verlassen sich häufig auf die Einschätzung der Pflegekräfte. Im Zweifelsfall entscheiden sich dann viele für die vermeintlich „sichere“ Variante, die Fixierung. Der „Werdenfelser Weg“ möchte dem damit einhergehenden Entscheidungsdruck, dem die Pflegekräfte häufig alleine ausgesetzt sind, entgegenwirken. Im Idealfall sollten alle an der Versorgung beteiligten Personen (Betreuer, Pflegende, Ärzte, etc.) eine gemeinsam getragene Entscheidung darüber treffen, wie die Versorgung in jedem einzelnen Fall sichergestellt werden kann. Ziel des „Werdenfelser Wegs“ ist es dabei immer, den Einsatz mechanischer und chemischer Fixierungen so gering wie möglich zu halten. Dafür sind passgenaue, individuell festgelegte Maßnahmenbündel notwendig. Bis deren Wirksamkeit voll zum Tragen kommt, vergehen teilweise mehrere Wochen. Der „Werdenfelser Weg“ legitimiert deshalb nach Abwägung aller Risiken eine Erprobungsphase für alternative Maßnahmen, um deren Wirksamkeit zu prüfen. Aus juristischer Sicht steht der Schutz der persönliche Bewegungsfreiheit (= Möglichkeit zu Ortswechseln aus eigenem Antrieb) an erster Stelle. In den Landkreisen, in denen der Werdenfelser Weg Anwendung findet, nehmen die Antrags- und Genehmigungsraten für FeM deutlich ab. Außerdem melden Pflegende aus diesen Regionen, dass sie sich in ihrer Fachlichkeit stärker ernstgenommen fühlten und ihre Angst vor Haftungsforderungen zurück gingen.

Ziel des „Werdenfelser Wegs“ ist es dabei immer, den Einsatz mechanischer und chemischer Fixierungen so gering wie möglich zu halten.

Fallbeispiel

Ein pflegebedürftiger Mann, Jahrgang 1924, mit fortschreitender Demenzerkrankung lebt seit einem Jahr im Pflegeheim. Laut den Mitarbeiterinnen des Hauses ist Herr Meyer (Name geändert) ein umgänglicher Herr. Er ist gelenkig, mobil und bewegt sich in der Regel selbstständig. Dennoch stürzt er etwa einmal pro Monat und trägt dadurch leichtere Verletzungen davon. Jedoch häufen sich die Stürze in jüngster Zeit, was auch gravierendere Verletzungen zur Folge hat. Seine körperliche Fitness schwankt zunehmend stark, der angebotene

Rollator wird von ihm nicht korrekt benutzt, seinen Sturzhelm nimmt er immer wieder ab und Hüftschutzhosen akzeptiert er nicht.

Als Betreuerin ist seine Tochter eingesetzt. Sie äußert Anfang Januar gegenüber dem Gericht, dass sie Freiheitsentziehende Maßnahmen ablehnt, da ihr Vater dies mehrmals in Gesprächen zum Ausdruck gebracht habe. Anfang Februar beantragt seine Tochter dennoch die Genehmigung eines geschlossenen Bettseitenteils für die Nacht und eine Beckengurtfixierung tagsüber für den Rollstuhl. Sie begründet ihren Schritt damit, dass der Hausarzt ihres Vaters die Verantwortung nicht mehr länger übernehmen könne, wenn sich sein Patient weiterhin bei Stützen so schwere Verletzungen zuziehe. Die Pflegemitarbeiter unterstützen den Antrag; auch sie sehen die Sicherheit des Bewohners gefährdet.

Die Tochter äußert Anfang Januar gegenüber dem Gericht, dass sie Freiheitsentziehende Maßnahmen ablehnt, da ihr Vater dies mehrmals in Gesprächen zum Ausdruck gebracht habe.

Pflegefachliche Aspekte

Aus pflegefachlicher Sicht gilt es, drei Anforderungen gerecht zu werden: Erstens müssen Pflegende Schaden von den ihnen anvertrauten Menschen abwenden. Zweitens sind sie verpflichtet, nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu arbeiten und drittens müssen die Pflegeleistungen personen- und situationsgerecht angeboten werden. Bei Herrn Meyer stehen sowohl der Schutz vor weiteren Verletzungen als auch die Mobilitätsförderung im Vordergrund. Die Pflegemitarbeiterinnen reagieren zunächst vorbildlich: Die angebotenen Schutzmaßnahmen (Helm und Spezialhose) verringern das Verletzungsrisiko. Gleichzeitig erlauben sie die freie Bewegung im Raum. Doch Herr Meyer lehnt beide Hilfsmittel ab. Damit sind aber die pflegerischen Möglichkeiten noch lange nicht erschöpft: Zum Beispiel könnte statt eines Rollators ein „Walker“ eingesetzt werden. Kleine Spaziergänge, Kraft- und Balancetraining oder kurze Einheiten auf einem Trimmrad (in Begleitung) helfen, das Bedürfnis nach Bewegung auszuleben. Im Zuge dessen kann überprüft werden, ob die räumliche Gestaltung im Heim verbessert werden könnte: Ist die Beleuchtung ausreichend und „passend“ für Demenzkranke (z.B. keine Spiegelungen oder

grelle Lichtreflexe)? Kann Herr Meyer Hilfe anfordern (rufend oder über die Rufanlage) oder ist eine Sensormatte vor dem Bett als Signalgeber sinnvoll? Sind ihm die wichtigsten Räume und Laufwege vertraut? Eventuell leidet der Bewohner unter unerkannten Schmerzen, verspürt Harndrang oder fühlt sich durch die Umgebungsgeräusche überfordert. Werden die vermehrten Stürze durch Medikamente (als Nebenwirkung) provoziert? Die Ursachen für Stürze sind komplex. Genauso vielfältig müssen daher die Interventionen sein. Allerdings eignen sich FeM explizit nicht zur Sturzprophylaxe, wie im aktualisierten „Expertenstandard zur Sturzprophylaxe in der Pflege“ betont wird. Im Gegenteil: FeM zählen zu den Faktoren, die das Sturzrisiko von Heimbewohnern erhöhen. (Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2013) S. 25f.)

Allerdings eignen sich FeM explizit nicht zur Sturzprophylaxe, wie im aktualisierten „Expertenstandard zur Sturzprophylaxe in der Pflege“ betont wird.

Ethische Aspekte

Der Wille von Herrn Meyer auf der einen Seite und die Sicht des Pflegepersonals bzw. des Hausarztes auf der anderen Seite führen zu einer ethischen Konfliktsituation. Aus der Perspektive des Pflegepersonals stellt sich verschärft die Frage, ob man den Patienten gegen seinen Willen schützen darf, weil sie die Maßnahmen letztendlich durchführen müssen oder ob sie versuchen, die Mobilität von Herrn Meyer weitgehend zu erhalten. Die Tochter als Betreuerin steht im Zwiespalt, die Entscheidung des Arztes gegen die Äußerungen und den Wunsch ihres Vaters gegenüber dem Gericht durchsetzen zu müssen.

Aus der Perspektive des Pflegepersonals stellt sich verschärft die Frage, ob man den Patienten gegen seinen Willen schützen darf, weil sie die Maßnahmen letztendlich durchführen müssen oder ob sie versuchen, die Mobilität von Herrn Meyer weitgehend zu erhalten.

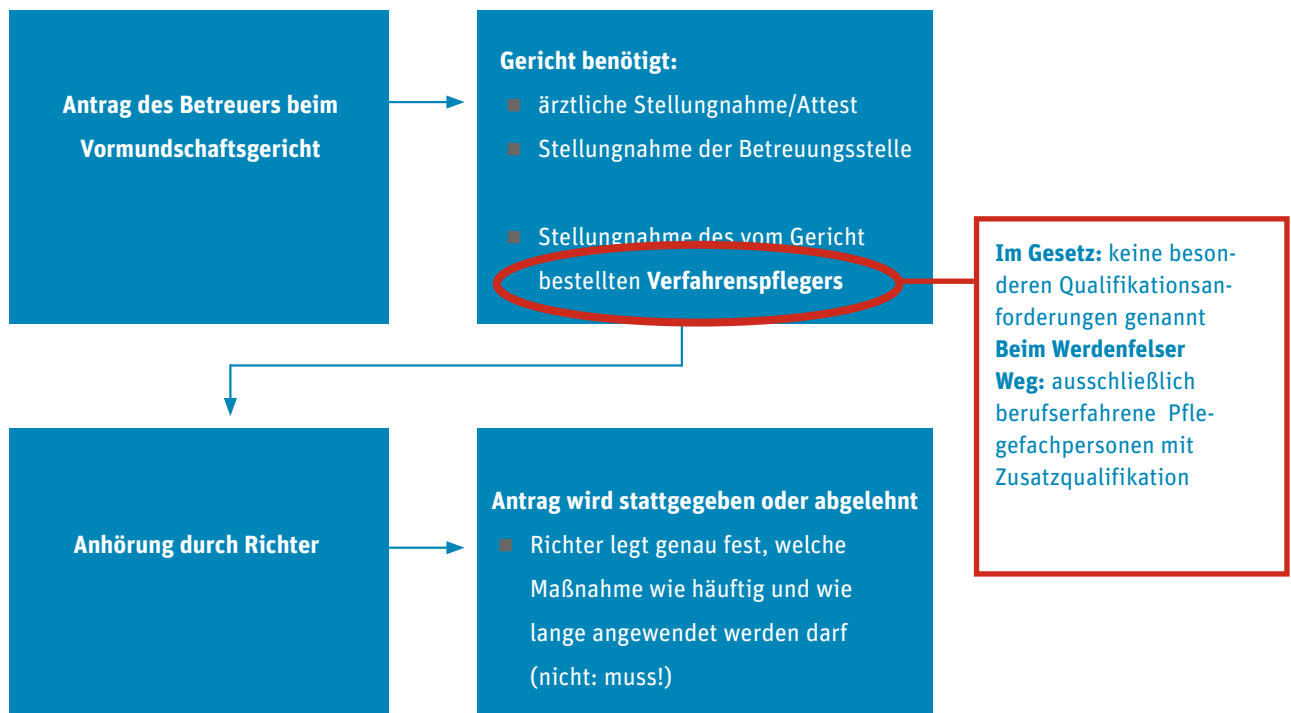
Der Patient hat durch frühere Aussagen deutlich gemacht, dass er keine FeM wünscht. Sein Verhalten unterstreicht diese Haltung. Aus medizinethischer Sicht steht die Entscheidung von Herrn Meyer im Vordergrund. Sie sollte beachtet werden. Wenngleich die Zweifel gut nachvollziehbar sind, muss die Tochter in ihrer Aufgabe als Betreuerin die Interessen des Vaters durchsetzen. Aus diesem Grund ist von jeder freiheitsentziehenden bzw. freiheitseinschrän-

kenden Maßnahme abzusehen. Andererseits muss vermieden werden, dass der Patient durch einen Sturz schlimme Folgen erleidet, die er aufgrund der fortschreitenden Demenz-Erkrankung nicht ausreichend überblicken kann. Das gut gemeinte Handeln des Arztes und des Pflegepersonals soll dadurch nicht bestritten werden. Dennoch sollte ihr Verhalten nicht in einen Paternalismus umschlagen, der den Willen des Patienten übergeht.

Um weitere FeM zu verhindern, ist eine Erprobungsphase von Alternativmaßnahmen im Rahmen des „Werdenfelser Weges“ ausdrücklich empfohlen. Durch die aus pflegfachlicher Sicht beschriebenen Maßnahmen kann die Autonomie des Herrn Meyer weitgehend erhalten bleiben. Sollte sich die Situation weiter verschlechtern, sind (gegebenenfalls) auch gegen die Einschätzung und Empfehlung des Arztes weitere FeM solange ethisch nicht zulässig, bis Herr Meyer z.B. durch seine nonverbalen Äußerungen zu verstehen gibt, dass er seine Meinung ändert oder ein Zustand notwendigen Handlungsbedarfes entsteht (Notstand, gemäß §§32 + 34 StGB).

Aus Gründen der Gerechtigkeit müssen in ethischer Hinsicht auch mögliche Ansprüche weiterer Patienten in Erwägung gezogen werden, da durch den erhöhten Zeitaufwand zur Betreuung von Herrn Meyer Ressourcen von den Pflegefachkräften gebunden werden. Das sollte jedoch nicht zu einer Einschränkung des Mehraufwands gegenüber Herrn Meyer führen. Hier sollte alles für den weitgehenden Erhalt der Selbstbestimmung des Patienten unternommen werden.

Durch eine gemeinsame Ethische Fallbesprechung können die pflegfachlichen, rechtlichen und ethischen Aspekte diskutiert werden. In diesem Fall zeigt sich, dass alle eingenommenen Perspektiven das Ziel verfolgen, dem Wunsch von Herrn Meyer zu entsprechen, was einen Einsatz von allen beteiligten Akteuren erforderlich macht.



Ablauf des Genehmigungsverfahrens zu FeM laut FamFG §312 Nr. 2
(=Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit) – eigene Erstellung

Schmerz

Zu einem aktuellen Buch der Philosophin und Psychologin Lisa Tambornino

Fast jeder, der gerade ansetzt diese Zeilen zu lesen, kennt wohl den Zustand, die Empfindung, das Phänomen – ja was denn eigentlich genau? – des Schmerzes. Wer hätte sich nicht schon mal mit dem Messer in den Finger geschnitten, wäre von einem Insekt gestochen worden oder hätte unschöne und bange Momente auf dem Zahnarztstuhl hinter sich. Und wer kennt nicht die Rede von schmerzhaften Stunden, vom Seelenschmerz oder vom Schmerz des Abschiednehmens?



Lisa Tambornino: Schmerz. Über die Beziehung physischer und mentaler Zustände (Studien zu Wissenschaft und Ethik, Bd. 6), de Gruyter Verlag: Berlin u. a. 2013, 218 Seiten

Schmerzen scheinen gewissermaßen so etwas wie ein notwendiges Übel zu sein, wenn es um das – nicht nur menschliche – Leben geht. Aber vielleicht geht es ja sogar mitunter beim Schmerz um das Überleben, wenn er seine Schutzfunktion ausübt. Und muss er denn überhaupt immer ein Übel sein? Gibt es nicht Menschen, die den Schmerz förmlich suchen, man denke nur an die so genannten Sadomasochisten.

Spätestens jetzt dürfte deutlich geworden sein, dass es gar nicht so eindeutig ist, was Schmerz ausmacht, wie er definiert werden kann, wo die Grenzen eines philosophischen und medizinisch-psychologischen Zugangs zu ihm liegen.



Dr. Dominik Baltes,
Lehrbeauftragter an der
Universität Freiburg

Fest steht jedenfalls eines: der Schmerz beschäftigt die Philosophie mindestens schon genau so lange wie die Medizin. Vielleicht kann man sagen: die Medizin war in der Bekämpfung des Schmerzes in den letzten hundert Jahren ungleich erfolgreicher als die Philosophie mit dem Versuch, einen Zugang zum Phänomen Schmerz zu schaffen. Allerdings ist letztlich die genaue Entstehung von Schmerzen bis zum heutigen Tage ungeklärt.

Die Angebotspalette der Philosophie in ihrer Auseinandersetzung mit dem Schmerz reicht weit. Genannt sei hier beispielsweise nur der Ansatz des Philosophen J. Bentham (1748–1832), der die Fähigkeiten zum Leiden und zur Schmerzempfindung zum Ausgangspunkt der Ausstattung mit individuellen Rechten machen wollte. Berühmt geworden sind die Worte: *The question is not, Can they reason?, nor Can they talk? but, Can they suffer?* Da war Immanuel Kant anderer Meinung und Schopenhauer – der deutsche Vertreter der Mitleidsethik – trat ihm entgegen. Der französische Philosoph R. Descartes war gar der Meinung, Tiere besäßen keine mentalen Zustände und seien daher schmerzunempfindlich.

Auch die Bonner Philosophin und Psychologin, Lisa Tambornino, geht in ihrer Dissertationsschrift einige Fragen hinsichtlich des Schmerzes nach. Der Untertitel ihrer Dissertationsschrift lässt bereits erkennen, dass sie sich vorwiegend mit Fragen auseinandersetzt, die im Zusammenhang mit der aktuellen Debatte im Rahmen der Philosophie des Geistes stehen. Diese Debatte fragt beispielsweise nach dem Verhältnis von Wachheit und Bewusstsein, sie fragt auch nach der so genannten mentalen Repräsentation von Gegenständen und Begebenheiten, auch jenen des Schmerzes. Wichtig für diesen Zweig der Philosophie ist ebenfalls die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Neurowissenschaften, die diese beispielsweise im Rahmen von bildgebenden Verfahren der Hirnfunktionen erzielen. Wie sind die Ergebnisse zu interpretieren, wo werden sie vielleicht überinterpretiert?

Tambornino setzt sich in ihrem Buch etwa mit aktuellen Studien zur Schmerzentstehung, die mit Bildgebung arbeiten, auseinander. Sie fragt danach, in welchen Bewusstseinszuständen von Schmerz gesprochen werden kann. Empfindet ein komatöser Patient Schmerzen? Wie sieht es bei einem Patienten aus, der sich im persistierenden vegetativen Status befindet?

*Empfindet ein
komatöser Patient
Schmerzen?*

Die Arbeit enthält allerdings auch grundsätzlichere Teile, in denen die Autorin beispielsweise der anthropologischen Bedeutung des Schmerzes nachgeht. Sie grenzt diesen klar von tierischem Schmerzempfinden ab, das ihrer Auffassung nach nicht geleugnet werden kann. Ferner weist sie darauf hin, dass Schmerz nicht immer ein Geschehen ohne Sinn ist. Wie man an Menschen erkennen kann, denen krankhaft die Fähigkeit zu Schmerzempfindung fehlt (kongenitale Analgesie), kann Schmerz auch schützende Funktion haben, indem er vor Gefahren warnt.

Die Verfasserin arbeitet in ihrer Studie gut nachvollziehbar heraus, dass es sich beim Schmerz stets um ein Erleben handelt, das zunächst subjektiv und nur bedingt intersubjektiv vermittelbar ist. In Anlehnung an Wittgenstein spricht sie von einer „semantischen Symmetrie“ und „epistemischen Asymmetrie“: Nach Tambornino haben wir eine Vorstellung vom Schmerz, den uns ein anderer berichtet, aber wie er sich gerade genau fühlt, können wir nicht wissen, da wir immer nur aus unserer eigenen Erfahrung rückschließen können.

Nach Tambornino haben wir eine Vorstellung vom Schmerz, den uns ein anderer berichtet, aber wie er sich gerade genau fühlt, können wir nicht wissen, da wir immer nur aus unserer eigenen Erfahrung rückschließen können.

Die Autorin meint die Äußerung: „Ich habe Schmerzen“ sei – wenn ein zutreffender Schmerzbegriff zu Grunde gelegt wird – nicht korrigierbar. Sie sieht es bei Schmerzen als notwendig an, dass sie physikalisch korreliert sind, dieser Umstand unterscheidet sie von bloßen Gefühlen. Zudem ist für sie der Schmerz immer ein unangenehmes Erleben, das ggf. in ein positives Gesamterlebnis eingebettet wird.

Das Buch von Tambornino stellt einen lesenswerten Beitrag zu einer aktuellen Fragestellung dar. Der Text ist, bis auf wenige Ausnahmen, gut strukturiert und flüssig lesbar. An manchen Stellen hätte eine intensiviertere Auseinandersetzung mit grundsätzlich anthropologischen Fragestellungen der Arbeit gut getan. Bei einigen Punkten wirkt der Verweis auf etwaige zukünftige Ergebnisse der Neurowissenschaften eher wie eine Verlegenheitsfloskel, denn als stringente wissenschaftliche Argumentation. Eindrucksvoll zeigt die Arbeit, wie wenig Mediziner, Naturwissenschaftler und Geisteswissenschaftler immer noch über den Schmerz wissen.



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.de – 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:

