

LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

verständlich · christlich · praxisorientiert

Nr. 2/2016

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar



Liebe Leserin, lieber Leser,
Reformen in der Pflege, Neuerungen im Hospiz- und Palliativgesetz und neue Regelungen bei der Suizidbeihilfe. – Es gab einige Änderungen im Jahr 2015, die in ihren konkreten Auswirkungen auf Einrichtungen der Altenhilfe und im Krankenhaus wohl erst in diesem und im kommenden Jahr spürbar werden.

Mit veränderten Bewertungen von Abläufen im Alltag einher geht auch der Bedarf nach ethischer Orientierung. So stellt sich z. B. die Frage, ob das rechtskonforme Handeln auch bereits in einem ethisch reflektierten Sinne gut ist? Passt dieses oder jenes Handeln zu meinen persönlichen Wertvorstellungen?

Mit dieser Ausgabe wollen wir Sie einladen, sich mit ausgewählten Themenfeldern zu beschäftigen, um Anregungen für Antworten auf diese Fragen zu erhalten. Die Antworten finden muss letztlich jeder Einzelne selbst.

Dazu wünscht Ihnen viel Freude

Ihr Jonas Pavelka

Das Zitat »

Eltern dürfen nicht frei über das Wohl ihrer Kinder entscheiden.

Klaus Klother, Seite 8

- | | |
|----|---|
| 2 | Wahrheit und Lüge im Umgang mit Menschen mit Demenz
Gwendolin Wanderer |
| 7 | Kindeswohl im Rahmen von Therapie-Entscheidungen bei minderjährigen Patienten
Klaus Klother |
| 11 | Das neue Pflegeberufsgesetz – eine Möglichkeit für die berufliche Bildung zur Förderung ethischen Handelns in der Pflege
Karl-Heinz Stolz |
| 16 | Sterbehilfe im Krankenhaus – Was hat sich geändert? Muss sich etwas ändern?
Hermann Thole |
| 22 | Heilen zur Selbstbefähigung
Johannes Lorenz |

Fallbesprechung:

- | | |
|----|---|
| 27 | Selbstbestimmungsrecht versus Fürsorgepflicht
Leyla Fröhlich-Güzelsoy |
|----|---|

Impuls:

- | | |
|----|---|
| 31 | Jung und Alt
Christopher Hoffmann |
|----|---|

Buchbesprechung:

- | | |
|----|--|
| 33 | Clemens Sedmak: Mensch bleiben im Krankenhaus
Stephan Koch |
|----|--|

- | | |
|----|---------|
| 38 | Glossar |
|----|---------|

Die LER entsteht in Kooperation mit:



Katholischer Krankenhausverband der Diözese Osnabrück e.V.

Wahrheit und Lüge im Umgang mit Menschen mit Demenz

Im Umgang mit Menschen mit Demenz in Einrichtungen der Altenpflege kommt es zu Herausforderungen, wenn diese unruhig und orientierungslos auf der Suche nach Jemandem oder Etwas durch die Flure laufen oder die Einrichtung verlassen wollen. Durch professionelle Kommunikationsmethoden, Notlügen und Scheinelemente in der Pflege lassen sich demente Bewohner zumindest kurzzeitig beruhigen. In der Medizin- und Pflegeethik befasst man sich mit der Frage danach, inwieweit Methoden in der Pflege legitimierbar sind, die eine Täuschung der Bewohner in Kauf nehmen. Diese Frage stellt sich vor dem Hintergrund der Überlegungen dazu, was ein gutes Leben für Menschen mit Demenz ist. Dieses sollte durch Sinnhaftigkeit gekennzeichnet sein.

Unwahrheit und Täuschung im Altenpflegeheim – Darf das sein?

In der Medizin- und Pflegeethik wird im Zusammenhang mit der Frage nach einem guten Umgang mit Menschen mit Demenz auch über die Legitimierbarkeit von Notlügen im Pflegealltag mit dementen Altenheimbewohnerinnen und -bewohnern diskutiert. Das ist dann ein Nachdenken darüber, wie die individuelle Begegnung in dem asymmetrischen Verhältnis – mit professionellen Fachkräften auf der einen und Heimbewohnern oder Patienten auf der anderen Seite – gestaltet werden kann. Der Arzt weiß in der Situation des Aufklärungsgesprächs im Behandlungszimmer oder am Krankenbett mehr als sein Patient und sollte um eine schonende Aufklärung über die Diagnose und Behandlungsempfehlung bemüht sein. Pflegekräfte wissen um die Situation der Bewohner in ihrem Zuständigkeitsbereich und um die gegebenen Möglichkeiten, die die



Gwendolin Wanderer ist wissenschaftliche Koordinatorin im Projekt *Medizinethik in der Klinikseelsorge* an der Goethe-Universität Frankfurt am Main und Mitglied der Geschäftsführung im *Frankfurter Netzwerk Ethik in der Altenpflege*. Sie beschäftigt sich momentan besonders mit der Frage danach, wie man bei der Klassifikation und Diagnostik von Depressionen die verschiedenen interdisziplinären Zugänge zur Krankheit angemessen und ethisch verantwortbar berücksichtigen kann.

Einrichtung ihnen bietet oder nicht bietet. Für konflikthafte Situationen im Umgang mit dementen Altenheimbewohnern hat sich als *State of the Art* professionellen Pflegehandelns eine *validierende* Kommunikation etabliert. Das soll an einem Beispiel verdeutlicht werden.

Wenn eine demente über neunzigjährige Heimbewohnerin aufgebracht ist und ihre Station verlassen will, in der Überzeugung, ihr Kind vom Kindergarten abholen zu müssen, das tatsächlich bereits verstorben ist – ein klassisches weil offensichtlich typisches Fallbeispiel – ist es einer solchen Kommunikationsmethode gemäß, deutlich und gegebenenfalls unterstützt durch Körperkontakt zu bestätigen, dass man die Sorgen der Bewohnerin wahrgenommen hat. Man könnte dann mit der Dame darüber sprechen, dass sie sicher immer eine sehr fürsorgliche Mutter gewesen sei, und die konflikthafte Situation könnte, durch Bestätigung und Ablenkung, aufgelöst werden. Damit muss die Dame nicht mit der Realität konfrontiert werden, wovon auch in den Empfehlungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft eher abgeraten wird. Mit einem solchen Vorgehen kommt man auch nicht in die Situation, die Unwahrheit sagen zu müssen. Notlügen, wie: »Ihr Mann hat das Kind doch schon längst abgeholt« oder: »Das Kind ist doch heute bei der Oma«, wie sie im Pflegealltag auch zum Einsatz kommen, sind dann nicht nötig. Der Sozialpädagoge und Demenzspezialist Peter Wissmann sieht in Methoden dieser Art eine bedenkliche, weil Künstlichkeit erzeugende Form der Begegnung mit Menschen mit Demenz, die demente Menschen noch mehr vom richtigen Leben ausschließe. Diese Kritik richtet sich weniger an die einzelne Pflegekraft als an die »Demenzszene«, die quasi einen Wirtschaftszweig auf der *Pathologisierung* der Demenz aufbaue und »Nebelwelten« um die Dementen erzeuge.

Peter Wissmann sieht in Methoden dieser Art validierende Kommunikation, eine bedenkliche, weil Künstlichkeit erzeugende Professionalisierung der Begegnung mit Menschen mit Demenz, die demente Menschen noch mehr vom richtigen Leben ausschließe.

Scheinelemente im Altenpflegeheim

Inzwischen gibt es zahlreiche Konzepte, die es Altenpflegeeinrichtungen ermöglichen sollen, mit der Unruhe und Orientierungslosigkeit dementer Bewohner umzugehen. Möglichst geringen Aufwand und größtmögliche Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten mit gutem *Outcome* im Sinne einer Beruhigung der Betroffenen scheinen die sogenannten *Scheinelemente* in der Pflege zu bieten. Gemeint sind da-

mit Bushaltestellen, die mit Haltestellenschild, Fahrplan und Sitzmöglichkeit ausgestattet sind, von einem Bus aber nie bedient werden. Offensichtlich hat es einen beruhigenden Effekt, wenn Heimbewohner glauben, wegfahren zu können. Der Drang weg zu wollen wird nach einigem Warten an der Haltestelle dann wieder vergessen. Es gibt Zugabteile, in denen Zugfahrten simuliert werden. Dabei läuft ein Film mit Winter- oder Sommerlandschaft am Zugfenster vorbei. Es gibt Scheinstrände, Zimmer mit Meerespanoramatapete, Sand, Liegestühle und Meeresrauschen vom Band mit einer frischen Meeresbrise aus dem Ventilator. Der Effekt einer Verbesserung der Lebensqualität dementer Bewohner scheint damit erreicht zu werden. Aber, darf man das? Der Nachwuchspreis der *Akademie für Ethik in der Medizin* wurde im vergangenen Jahr für eine Arbeit vergeben, die sich genau mit dieser Frage auseinandersetzt. Die Preisträgerin Janine Graf-Wäspen kommt dabei zu dem Schluss, dass sie legitimierbar seien, wenn die Intention darin bestehe, Freude zu vermehren oder Leiden zu verringern. Die Täuschung sei dann nur ein in Kauf genommener Nebeneffekt. Während die Lüge die Täuschung zum Ziel habe und daher ethisch nicht zu rechtfertigen wäre, sei das bei den Scheinelementen also nicht der Fall, vorausgesetzt, sie würden so gestaltet, dass erkennbar sei, dass es sich um Simulationen handelt. Bei den Bushaltestellen wird empfohlen, statt eines Fahrplans den Speiseplan auszuhängen und das »H« für »Haltestelle« beispielsweise durch ein »R« wie »Rast« zu ersetzen. Allerdings dürften die Täuschungen nur eingesetzt werden, wenn sie dem geäußerten, dem mutmaßlichen oder dem natürlichen Willen der Bewohner nicht entgegenstünden und der gewünschte Effekt nicht auf anderem Wege erzielt werden könne.

Offensichtlich hat es einen beruhigenden Effekt, wenn Heimbewohner glauben, mit dem Bus wegfahren zu können.

Während die Lüge die Täuschung zum Ziel hat und daher ethisch nicht zu rechtfertigen ist, ist das bei Scheinelementen nicht der Fall.

Verbesserung der Lebensqualität für Menschen mit Demenz als Handlungsziel

Kritische Fragen lassen sich dazu bereits in Bezug auf die Lebensqualität dementer Heimbewohner beziehungsweise an den »gewünschten Effekt« stellen. Das Ziel, Freude und Wohlbefinden zu steigern, entspricht, wie Professor Hermann Bran-

denburg und Helen Güther am Lehrstuhl für Gerontologische Pflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar in einem Beitrag [Brandenburg, Hermann; Güther, Helen: *Was ist ein gutes Leben für Menschen mit Demenz?* In: Zeitschrift für medizinische Ethik 59/2013, 85–95] ausführen, einer hedonistischen Theorie des Guten, in der das Herstellen glücklicher Gefühle den Kern guten Lebens bildet. Wichtig sei aber, ein umfassendes Verständnis des guten Lebens im Sinne eines *sinnhaften Lebensvollzugs* zugrunde zu legen, wenn es um die Frage danach ginge, was ein *gutes Leben für Menschen mit Demenz* sei. Dieses sollte Ziel aller Konzepte für die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz sein. Dieses umfassende gute Leben, also das sinnhafte Leben, ist das Ergebnis eines Bewertungsprozesses des Betroffenen mit Bezug auf die erlebte Vergangenheit und die erwartete Zukunft. Die Vorlieben des Bewohners und objektive Gegebenheiten der Institution werden dabei miteinander in Bezug gesetzt, um zu bestimmen, was für ihn sinnvoll sein könnte. Die Betroffenenperspektive ist bei der Frage nach dem sinnhaften Leben (also) einzubeziehen, was über einen verstehenden, dialogischen Zugang zum anderen gelingen kann. Wir müssen herausfinden, was für den Bewohner sinnvoll war und sinnvoll sein könnte. Das Altenpflegeheim als Institution sollte versuchen, seine Interessen zu realisieren und so gestaltet sein, dass der Bewohner es als sein Zuhause annehmen und sich mit ihm identifizieren kann.

Die Betroffenenperspektive ist bei der Frage nach dem sinnhaften Leben einzubeziehen, was über einen verstehenden, dialogischen Zugang zum anderen gelingen kann.

Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz ermöglichen

Der Deutsche Ethikrat hat in seiner Stellungnahme *Demenz und Selbstbestimmung* (2012) darauf hingewiesen, dass es im Umgang mit Demenz als einer großen gesundheits- und sozialpolitischen Herausforderung unserer Zeit darum gehen muss, Maßnahmen zu ergreifen, die die Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz so weit wie möglich erhalten und fördern. Wenn die Fähigkeit zur Selbstbestimmung aufgrund der kognitiven Degeneration immer weiter abnimmt, mutet das fast wie ein Widerspruch oder wie eine Unmöglichkeit an. Geht man aber davon aus, dass bei allem hirneurologischem Abbau immer noch ein Selbst, ein unverwechselbarer Persönlichkeitskern bleibt, auch wenn die kognitiven Fähigkeiten reduziert sind, erwächst daraus der Anspruch, diesem individuell gerecht zu werden. Dass Parti-

zipation, Selbstständigkeit und das Gefühl, nützlich zu sein, zentrale Bedürfnisse auch von Menschen mit Demenz sind, lässt sich Selbstäußerungen von Menschen mit leichter oder mittelgradiger Demenz entnehmen, die auch im Rahmen der Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zitiert werden.

Als Fazit ergibt sich aus diesen Überlegungen, dass intensiv zu prüfen ist, ob fehlende Authentizität, Täuschung durch Notlügen oder der Einsatz von Scheinelementen den Zugang zu einem individuellen, sinnhaften Leben für Menschen mit Demenz – im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten – nicht verbauen, anstatt ihn zu ebnet.

» Literatur bei der Verfasserin

Kindeswohl im Rahmen von Therapie-Entscheidungen bei minderjährigen Patienten

Die üblichen Entscheidungskriterien bei der Behandlung von volljährigen Patienten gelten nicht ohne weiteres für Kinder. Das Prinzip der Selbstbestimmung muss bei minderjährigen Patienten ergänzt werden durch die Sorge von Eltern und Behandelnden um das Kindeswohl. Dabei geht es letzten Endes um Fremdbestimmung, allerdings zugunsten des Kindes.

Unterschied zwischen Erwachsenen und Kindern

Erwachsene Patienten werden grundsätzlich als Träger von Freiheitsrechten angesehen. Das bedeutet im Kontext von Medizin und Pflege, dass sie das Recht haben, frei über Therapien zu entscheiden, in diese einzuwilligen oder sie abzulehnen. Behandelnde müssen erwachsene Patienten soweit über ihre Lage und die möglichen Optionen informieren, dass ihnen eine freie Zustimmung (oder eben Ablehnung) möglich wird. Das zentrale Prinzip für die Therapieentscheidung bei Erwachsenen ist daher üblicherweise die Autonomie, also die Selbstbestimmung der Patienten. Ohne die (zumindest mutmaßliche) Zustimmung der Patienten dürfen keine Maßnahmen begonnen oder aufrechterhalten werden.

Damit soll ein Paternalismus, also eine Fremdbestimmung oder Bevormundung durch Ärzte und Pflegende vermieden werden. Der Respekt vor der Selbstbestimmung markiert die Grenze zur Unverfügbarkeit des erwachsenen Menschen.

Für Kinder gilt dies bis zu einer bestimmten Entwicklungsstufe (sog. geistig-sittliche Reife) dagegen nicht. Das zentrale Prinzip für Therapieentscheidungen bei Kindern ist das Gesamtwohl des Kindes.

Das zentrale Prinzip für Therapieentscheidungen bei Kindern ist das Gesamtwohl des Kindes.



Dr. Klaus Klother arbeitet als Geschäftsführer des Katholischen Krankenhausverbandes für die Diözese Osnabrück.

Zwar gibt es für den medizinischen und ethischen Kontext keine gesetzliche Definition des Kindeswohls, doch kann man sich diesem am besten durch Respekt vor der Unverfügbarkeit des Kindes sowie durch Schutz seiner Interessen annähern. Gemeint sind der Schutz der Entwicklungsfähigkeit des Kindes, seine Angewiesenheit auf Beziehungen (vor allem zu Eltern und Umfeld), die Beachtung seiner Verletzlichkeit sowie der Schutz seines Rechtes auf eine offene Zukunft. Durch die Ausrichtung an diesen Kriterien wird man bei Therapieentscheidungen der Unverfügbarkeit des Kindes gerecht.

Anders als bei Erwachsenen stehen also nicht die Wünsche des Kindes, sondern der Schutz seiner Interessen im Vordergrund. Das kann im Einzelfall auch eine Begrenzung der Freiheit des Kindes bedeuten, wenn nämlich sein gesundheitliches Wohl gefährdet wird, wie etwa bei der Zustimmungsverweigerung eines Kindes gegenüber lebensnotwendigen Maßnahmen. Das deutsche Recht geht bei der Begrenzung der Freiheit von Minderjährigen so weit, dass für sie die Verfügung von zukünftigen Therapieentscheidungen in Form von Patientenverfügungen nicht möglich ist. Das ist durchaus kritisch zu diskutieren. Es macht jedoch deutlich, dass Minderjährige besonderer Schutzmaßnahmen bedürfen und ggf. vor Entscheidungen bewahrt werden müssen. Dennoch sollten Kinder möglichst früh in Therapieentscheidungen mit eingebunden werden. Der Grad der Einbeziehung sollte dabei mit Alter und geistig-sittlicher Reife der Kinder zunehmen.

Elterliches Sorgerecht vor Garantenpflicht des Arztes?

Die Tatsache, dass Ärzte die Eltern vor Therapieentscheidungen befragen, macht die Unverfügbarkeit des Kindes gegenüber einer Fremdbestimmung deutlich. Genau diese Konstellation macht die Behandlung von Kindern jedoch gleichzeitig so schwierig. Denn es ist nicht in jedem Fall klar und eindeutig, welche Rollen Eltern (oder besser: Sorgeberechtigte) spielen bzw. ab wann die Mitbestimmung der Eltern mit der Garantenpflicht des Arztes in Konflikt gerät. Denn Eltern dürfen nicht frei über das Wohl ihrer Kinder entscheiden. Zu hinterfragen ist in Extremfällen, wann ein Wunsch der Eltern missachtet werden darf und wann nicht. Wenn Eltern etwa eine effektive Behand-

*Eltern dürfen
nicht frei über das
Wohl ihrer Kinder
entscheiden.*

lung für ihr Kind ablehnen (aus welchen Motiven auch immer), ist genau zu prüfen, ob das Kindeswohl beachtet oder nicht doch missachtet wird. Therapiewünsche von Zeugen Jehovas für ihre Kinder (zum Beispiel die Ablehnung von Bluttransfusionen) sorgen häufig für Konflikte. Ebenso kann von Seiten der Behandelnden der Verzicht auf eine ästhetische Operation bei einem Kind (im Extremfall auf Wunsch der Eltern und gegen den ausdrücklichen Willen des Kindes) notwendig sein, wenn keine medizinische Notwendigkeit besteht bzw. der Eingriff nicht durch einen entsprechenden Nutzen gerechtfertigt ist.

Rechtlich müssen sich Eltern »nur« für eine Art Mindestwohl des Kindes einsetzen, jedoch nicht für ein irgendwie definierbares Maximalwohl. Beispielsweise gilt in Deutschland sinnvollerweise nur die allgemeine Schulpflicht. Immerhin ist schulische Bildung eine wesentliche Voraussetzung für zukünftige Freiheitsräume. Das Abitur als eine Form der höheren schulischen Bildung (zur Ermöglichung von vielleicht noch größeren Freiheitsräumen) ist von staatlicher Seite allerdings nicht vorgeschrieben. Was das Kindeswohl »nach oben« bedeutet, lässt auch der Gesetzgeber offen. Da wird Eltern (und Kindern) ein großer Spielraum zugestanden. »Nach unten« gibt es bestimmte Mindeststandards zur Sicherung des Kindeswohls, die nicht unterschritten werden dürfen. Etwa dürfen Eltern ihr Kind bis zu einem bestimmten Alter nicht von der Schule nehmen.

Ärzte und Pflegende tragen bei der Behandlung von Kindern eine besondere Verantwortung: Sie sind einerseits gehalten, nichts ohne die Einwilligung der Eltern zu unternehmen. Andererseits müssen sie darauf achten, dass die Einwilligung der Eltern nicht mit den Interessen des Kindes in Konflikt gerät. Dem Behandlungsteam kommt die Rolle eines Anwalts für das Kind zu, das sich nicht selbst vertreten kann. Wenn das Kindeswohl im Kontext von Medizin und Pflege durch die Eltern voraussichtlich nicht ausreichend berücksichtigt oder vertreten wird, sollte erst das Gespräch mit den Eltern und im Konfliktfall der Gang zum Gericht eingeschlagen werden.

*Dem Behandlungsteam
kommt die Rolle eines
Anwalts für das Kind
zu, das sich nicht selbst
vertreten kann.*

Das Kindeswohl schützen

Grundsätzlich muss sich ein behandelndes Team darüber bewusst werden, dass weder die Zustimmung des Kindes noch die Einwilligung der Eltern komplett von der (moralischen) Verantwortung gegenüber dem Kind und seinem Wohl befreien können. Denn es können immer wieder Situationen eintreten, wo Eltern ihrer Fürsorgepflicht nicht nachkommen wollen oder möglicherweise auch nicht nachkommen können, etwa wenn sie mit einer Situation überfordert sind. Dem Behandlungsteam kommt die vorrangige Pflicht zu, die Interessen des Kindes zu wahren, das Kindeswohl gegenüber dem Kind selbst ebenso wie gegenüber den Eltern zu schützen.

Als Fazit lässt sich festhalten: Der Umgang mit minderjährigen Patienten erfordert andere Entscheidungskriterien als der Umgang mit Erwachsenen. Den Schwerpunkt in der ethischen Argumentation stellt die Frage nach dem Wohl des Kindes dar und nicht die Frage nach informierter Zustimmung. Im Gefüge zwischen der Selbstbestimmung des Kindes und der Beurteilung der Eltern müssen Behandelnde fallspezifisch abwägen und einordnen, was dem Wohl des Kindes am ehesten entspricht. Ohne Zweifel gehört zum Wohl eines Kindes auch seine Freiheit bzw. seine Selbstbestimmung. Jedoch hat diese im Umgang mit Minderjährigen einen anderen Stellenwert als im Umgang mit Erwachsenen. Die Fremdbestimmung gegenüber minderjährigen Patienten ist also nicht willkürlich, sondern orientiert sich an engen Kriterien, welche eine Art Schutzraum um das Kind aufspannen. Letztendlich geht es immer um das Wohl des Kindes.

Im Gefüge zwischen der Selbstbestimmung des Kindes und der Beurteilung der Eltern müssen Behandelnde fallspezifisch abwägen und einordnen, was dem Wohl des Kindes am ehesten entspricht.

Das neue Pflegeberufsgesetz – eine Möglichkeit für die berufliche Bildung zur Förderung ethischen Handelns in der Pflege

Das neue Pflegeberufsgesetz mit dem Ziel der generalistischen Pflegeausbildung orientiert sich an einer kompetenzbasierten beruflichen Bildung und berücksichtigt u.a. explizit die Förderung professionellen pflegeethischen Handelns.

Die generalistische Pflegeausbildung

Die generalistische Pflegeausbildung ist nicht nur die Zusammenführung der drei Berufe der Alten-, Kranken- und Kinderpflege, sondern sie ermöglicht überdies eine berufliche Bildung mit dem Ziel, Pflege in allen Lebensphasen und Versorgungssettings professionell und ethisch begründet zu gewährleisten. Sie ist auf präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen ausgerichtet. Darüber hinaus ermöglicht sie eine berufliche Bildung, die den heutigen Erfordernissen professionellen Pflegehandelns gerecht werden wird und neue umfassende Maßstäbe in der Versorgung der uns anvertrauten Menschen setzt. Die Ausbildung strebt eine auf verschiedenen Ebenen ansetzende Versorgung der Menschen an, für die eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit notwendig wird.



Karl-Heinz Stolz ist Mitglied des Bundesvorstandes des Kath. Pflegeverbandes und der Leitung des Fachbereichs Bildung der Barmherzigen Brüder in Trier. Ihm liegt viel an der Umsetzung einer kompetenzorientierten Ausbildung und dem Einbezug von Ethik in der generalistischen Pflegeausbildung.

Ausbildungsziele

Im Ausbildungsziel des neuen Pflegeberufsgesetzes sind erstmalig gesetzlich vorbehaltene Tätigkeiten für die Pflegefachfrau/den Pflegefachmann verankert. Zu diesen zählen beispielsweise, den Pflegebedarf zu erfassen und zu bewerten, die Pflege unter Berücksichtigung der Möglichkeiten des Pflegeempfängers zu planen, umzusetzen und zu evaluieren. Diese ausschließlich der Pflege zugewiesenen Tätigkeiten sind nicht als Abgrenzung gegenüber anderen in der Pflege Tätigen zu verstehen, sondern als professioneller qualitätssichernder Standard, sowohl für die Gesellschaft als auch für die zu Pflegenden.

Erweiternd zu dem Anspruch, eine professionelle und qualitativ gute Pflege zu ermöglichen, wird erstmalig in einem Ausbildungsgesetz für Pflege eine klare Zielperspektive in Bezug auf ethisch professionelles Handeln beschrieben und eingefordert. Es heißt dort: »Während der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann werden ein professionelles, ethisch fundiertes Pflegeverständnis und ein berufliches Selbstverständnis entwickelt und gestärkt«.

Ziel ist es, dass die Grundlagen zur Anbahnung und zur Förderung einer professionellen Pflege-Ethik inhaltlich und handlungsleitend zu berücksichtigen sind.

Erstmals wird in einem Ausbildungsgesetz für Pflege eine klare Zielperspektive in Bezug auf ethisch professionelles Handeln beschrieben.

Was ist pflegeethisches Handeln?

Professionelles, pflegeethisches Handeln ist einerseits ausgerichtet auf die Achtung der Menschenwürde, die Wahrung der Selbstständigkeit und der Selbstbestimmtheit des Menschen. Andererseits geht es darum, die zunehmend komplexer werdenden berufsethischen Frage- und Problemstellungen zu erkennen, angemessen in den Blick zu nehmen und ethisch vertretbare Entscheidungen zu treffen. Ethik muss in das Alltagshandeln integriert werden.

Der Ansatz der kompetenzorientierten Bildung in der angewandten Pflegeethik soll die Auszubildenden dazu befähigen, die konkrete Lebenssituation, den sozialen kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase der zu Pflegenden zu erfassen und im Pflegehandeln zu beachten und einzu-

beziehen. Es geht aber auch darum, dass die Auszubildenden befähigt werden, die Rechte des zu Betreuenden/Pflegenden zu achten.

Das Ziel der Ausbildung zur generalistischen Pflegefachfrau und zum Pflegefachmann stellt eine Herausforderung aber auch eine Chance zur Entwicklung und Förderung von professionellem pflegeethischem Handeln dar. Die Bildungscurricula im Theorie- und Praxisfeld müssen Raum und Kultur für ethische Wissensvermittlung und ethisch reflektiertes berufliches Handeln ermöglichen. Schulen in christlicher Trägerschaft sollten hier eine Schrittmacherfunktion einnehmen und die pflegeethisch relevanten Inhalte als integralen Bestandteil im Curriculum verankern und die zur freien Verfügung stehenden Theorie-Stunden – entsprechend den Eckpunkten der zukünftigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – ergänzend nutzen. Eine professionelle Pflegeethik, die primär das Wohlergehen des Bewohners/des Klienten und des Patienten im Blick hat, beinhaltet auch, sich mit den vielfältigen Fragestellungen sinnstiftend und kritisch konstruktiv auseinander zu setzen.

Eine professionelle Pflegeethik zeichnet sich dadurch aus, dass sie den Gesamtblick sowohl auf die Mitarbeitenden und die unterschiedlichen Berufsgruppen im therapeutischen Team als auch auf die Organisation insgesamt nicht verliert und die Bildung einer gemeinsamen Wertegemeinschaft ermöglicht und fördert.

Um dies zu erreichen, bedarf es eines Bildungscurriculums, das einerseits die Vermittlung von pflegeethischem Grundlagenwissen ermöglicht und andererseits die Chance bietet, u. a. über Fallbesprechungen und Supervision, ethisches Handeln anzufragen, in den Diskurs einzusteigen, zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Die Chance, im Alltag Pflege unter Beachtung pflegeethischer Grundsätze umsetzen zu können, wird die Frage der Auszubildenden nach einer sinnerfüllten Arbeit positiv unterstützen und möglicherweise den Verbleib im Pflegeberuf erhöhen.

Aufgaben für die Umsetzung in den Praxisfeldern der Ausbildung

Im Praxisfeld bedarf es einer gezielten praktischen Anleitung, die Fragen des pflegeethischen Handelns reflektiert, diese bei der Pflegeplanung mit einbezieht und bei der Umsetzung der Pflege handlungsorientiert berücksichtigt. Ergänzend zu einer systematisch-strukturierten praktischen Anleitung der Auszubildenden bedarf es anlassbezogener interprofessioneller Dialoge und Diskurse, um im Kontext der ethischen Fragen und Erfordernisse eine ethisch relevante Antwort zu finden.

Pflegeethisches Handeln steht stets im Beziehungsdreieck: WISSEN – DÜRFEN – WOLLEN.

Es bedarf einer Organisationskultur und einer persönlichen Haltung, die dies ermöglicht – einer persönlichen Haltung jedes Einzelnen, ob Lehrende oder Lernende.

Schule und Praxisfeld müssen die Garantenstellung für die ethische Bildung und ethisches Handeln gemeinsam verantwortlich einnehmen und gestalten, sie dürfen und müssen Orientierung für die Auszubildenden bieten. Gerade Schulen in christlicher Trägerschaft sollen sich diesem Bildungsanliegen weiterhin verantwortlich annehmen und es bewusst nutzen.

Schule und Praxisfeld müssen die Garantenstellung für die ethische Bildung und ethisches Handeln gemeinsam verantwortlich einnehmen und gestalten.

Fazit

Mit diesen Ausführungen möchte ich nicht den Eindruck erwecken, dass bis heute professionelle Pflegeethik kein Thema in der Ausbildung ist, sondern uns als Pflegenden, Lehrende und Lernende ermutigen, das Feld der Pflegeethik trotz aller Zwänge wie Zeitmangel, Ökonomisierung, Verweildauerreduzierung und vieles mehr, bewusster in den Blick zu nehmen und proaktiv zu gestalten. Wir als Pflegenden sollten unser professionell-ethisches Pflegehandeln selbstbewusst und selbstbestimmt zum Wohle des Bewohners, des Klienten und des Patienten im interprofessionellen Team und berufsgruppenübergreifend einbringen und auch einfordern. Professionell ethisches Pflegehandeln sollte für uns eine Handlungsmaxime sein. Lösungs- statt Problemorientierung können uns dabei helfen, den Auszubildenden die Chance einzuräumen, ethisches Denken und Handeln zu entwickeln und nachhaltig zu sichern.

Mit dem neuen Pflegeberufsgesetz, das 2019 umgesetzt werden soll, sollten wir die Möglichkeit nutzen, den kompetenzbasierten Ansatz zur Anbahnung und Förderung professionellen pflegeethischen Handelns gelingend umzusetzen.

Es sollte unser Auftrag und unsere Verantwortung sein – trotz aller Veränderungen und Herausforderungen und gegen den Strom der Zeit – bewusst den Bildungsaspekt »Ethik in der Pflege« zu gestalten. Eine Bildung, die die Menschen im Blick behält und eine wertegeleitete Zukunft ermöglicht.

» Literatur beim Verfasser

Sterbehilfe im Krankenhaus: Was hat sich geändert? Muss sich etwas ändern?

Gedanken zur Verabschiedung des Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Sterbebeihilfe

Der Deutsche Bundestag hat nach ausführlicher Diskussion am 6. November 2015 im Rahmen einer Reihe von Gesetzen zur Verbesserung der hospizlichen und palliativmedizinischen Versorgung auch das Gesetz zur Strafbarkeit der Förderung der geschäftsmäßigen Sterbebeihilfe mit großer Mehrheit verabschiedet. Ergebnis des Gesetzgebungsprozesses war das Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe.

»Geschäftsmäßig im Sinne der Vorschrift handelt daher, wer die Gewährung, Verschaffung oder Vermittlung der Gelegenheit zur Selbsttötung zu einem dauernden oder wiederkehrenden Bestandteil seiner Tätigkeit macht, unabhängig von einer Gewinnerzielungsabsicht und unabhängig von einem Zusammenhang mit einer wirtschaftlichen oder beruflichen Tätigkeit.«
Vgl. Drucksache 18/5373, S. 17.

Folgen der Gesetzesänderung für die Palliativmedizin?

Für die hospizliche und palliativmedizinische Sterbebegleitung werden sich durch dieses Gesetz im ambulanten und stationären Bereich keine Änderungen ergeben. Auch das Zulassen einer »Nahrungsverweigerung« ist deshalb nicht als »auf Wiederholung angelegt« anzusehen. Denn bei der »Nahrungsverweigerung« handelt es sich nach der Definition des Deutschen Ethikrates um eine Form des »Sterbenlassens«, also um passive Sterbehilfe. Die Absicht des Gesetzgebers war und ist, den assistierten Suizid durch »Sterbevereine« und ähnliche Organisationen zu verhindern und den sogenannten »Sterbetourismus« zu unterbinden. Ob dies gelingen wird, wird sich zeigen.



Dr. Hermann Thole
ist Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, postoperative Intensivmedizin, Palliativmedizin und Schmerztherapie in der Euregio-Klinik Nordhorn.

Als seit Jahren tätiger Palliativmediziner fiel mir in der Diskussion zur Gesetzesnovellierung auf, dass Folgerungen für im Gesundheitswesen Tätige im Vordergrund der Diskussion standen: Es ging etwa um die Fragen, wie sich das Arzt-Patient-Verhältnis verändern könnte, oder ob die geplante Veränderung Auswirkungen auf den Handlungsspielraum der Palliativmediziner haben könnte.

Viele Betroffene haben sich auch mit der Frage beschäftigt, wie die gleiche Qualität der Begleitung für die Patienten, die sich für einen assistierten Suizid entscheiden, erreicht werden könne.

Wir Palliativmediziner müssen akzeptieren, dass es Menschen gibt – sie sind nicht zwingend Patienten –, die auch nach Information und Aufklärung über die vielfältigen Möglichkeiten der Palliativmedizin für sich zu dem Ergebnis kommen, die palliativmedizinischen Angebote in einer präfinalen/finalen Situation nicht oder überhaupt nicht in Anspruch nehmen zu wollen. Und diese Menschen sind nicht zwingend depressiv.

*Wir müssen akzeptieren,
dass es Menschen gibt, die
palliativmedizinische Angebote
nicht in Anspruch nehmen wollen.
Und diese Menschen sind nicht
zwingend depressiv.*

Die medizinischen Möglichkeiten der Palliativmedizin sind heutzutage vielfältig. Sie reichen bis zu einer palliativen Sedierung in der unmittelbaren Sterbephase. Die palliativmedizinischen »Angebote« umfassen heute umfangreiche Gespräche mit dem Patienten im Sinne einer begleitenden Vorsorgeplanung. Gespräche, die sowohl mit ihm, als auch mit seiner Familie sowie – wenn bestimmt – den Vorsorgebevollmächtigten geführt werden und die den möglichen/wahrscheinlichen Krankheitsverlauf ebenso wie die möglichen Therapieoptionen einschließen. Ziel ist es, diese Gespräche auf Augenhöhe zu führen; sie schließen nicht nur medizinische Themen ein, sondern sind ggf. eingebettet in eine Atmosphäre der spirituellen Bedürftigkeit des Patienten.

Stand der Palliativmedizin und ethische Aspekte

Hier hat sich in den letzten Jahren viel getan. Der Ausbau von Palliativmedizin und Hospizhilfe ist – und das hat uns die Vergangenheit gezeigt – der Weg, um Menschen in einer existentiell bedrohlichen Situation wieder Halt und Lebensqualität

zu geben. Wesentliches Mittel, um dies zu erreichen, ist die Grundeinstellung der Handelnden, den Menschen/Patienten so zu akzeptieren, wie er ist. »Wir holen ihn ab, wo er steht.«

Das ethische Prinzip einer gerechten Behandlung verlangt dann aber auch, für Menschen, die sich für einen assistierten Suizid entschieden haben, gleiche Begleitsituationen zu schaffen, wie sie auch für Menschen in einer palliativmedizinischen Umgebung gegeben sind. Nur so lässt sich verhindern, dass Sterbehilfevereine und/oder andere »Institutionen« ihre »Hilfe« anbieten. Die Bilder eines einsamen Sterbens in einer unbekanntenen Umgebung sprechen für sich.

Ärzte dürfen in ihren Entscheidungen die Interessen Dritter nicht über die Interessen ihrer Patienten stellen.

Was die Palliativmedizin auszeichnet ist, dass der Mensch/Gast/Patient in der unmittelbaren Sterbephase nicht alleine gelassen wird. Ein Bild, das vielleicht nicht 1:1 auf den assistierten Suizid übertragen werden kann. Dennoch gilt auch dort, dass Menschen in der Situation eines assistierten Suizides nicht allein gelassen werden dürfen.

Ärztlich assistierter Suizid aus palliativmedizinischer Sicht

Vor Jahren haben wir mit dem Argument für die Palliativmedizin geworben, dass sich die Qualität (besser: die ethische Ausrichtung/Orientierung) einer Gesellschaft auch darin zeigt, wie wir Sterbende begleiten. Heute stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, auch Menschen, die sich für einen anderen Weg entschieden haben, eine gleiche Qualität in der Begleitung zu ermöglichen. Es geht nicht darum, den ärztlich assistierten Suizid als Teil der Palliativmedizin stark zu reden. Palliativmedizin ist in dieser Hinsicht lebensbejahend. Auch wenn Umfragen unter Palliativmedizinern im Zusammenhang mit der Diskussion der Gesetzentwürfe ergeben haben, dass ein gewisser Prozentsatz einen ärztlich assistierten Suizid befürworten.

Gerade deshalb ist es Aufgabe eines Palliativmediziners zu versuchen, Menschen, die ein solches Ansinnen vortragen, von der Alternative der Palliativmedizin zu überzeugen. Ich erinnere mich an eine Patientin, die an einem fortgeschrittenen Tumorleiden litt. Bei der morgendlichen Visite antwortete sie des Öfteren auf meine Frage, was ich für sie tun könnte, mit der Bemerkung, dass ich sehr wohl wisse, was sie wolle, aber dass ich das ja nicht tun würde. Es war zwar nicht explizit die Frage

nach einem ärztlich assistierten Suizid; aber der Aussage ließ sich ein entsprechender Wunsch entnehmen.

Unter heutigen Bedingungen stellt sich daher die Frage, ob man Patienten in solchen oder ähnlichen Situationen aktiv über die Möglichkeit eines ärztlich assistierten Suizides aufklären muss. Da solche Fragen öfters gestellt werden, stellt sich mir unterschwellig die Frage, ob man nicht sehr leicht in die Nähe der »Geschäftsmäßigkeit« kommt. Wenn wir als Palliativmediziner in einer solchen Situation »Alternativen zur Palliativmedizin« anbieten/vorstellen müssten, würden wir das Vertrauen in unsere Arbeit schwächen. Hier sind wir also nicht in einer Bringschuld.

Zurück zur oben beschriebenen Patientin: Damals wurden viele Gespräche mit der Patientin und ihrer Familie – einschließlich der Vorsorgebevollmächtigten – geführt. Alles im Sinne einer aktiven Vorsorgeplanung. Wir vereinbarten, auf lebensverlängernde Maßnahmen – einschließlich einer Reanimation – zu verzichten. Ebenfalls einigten wir uns darauf, falls die Beschwerden nicht erträglich wären, eine palliative Sedierung durchzuführen. Palliative Sedierung heißt, mittels einer Schmerzlinderung und Sedierung den Patienten in einen schlafähnlichen Zustand zu versetzen, der es ihm erlaubt, die Symptome seiner Erkrankung zu ertragen. All dies ist bei der Patientin nicht erforderlich gewesen. Sie ist in aller Ruhe bei guter Symptomkontrolle in Anwesenheit ihrer Familie verstorben. Aber was hätte ich getan, wenn sie um einen ärztlich assistierten Suizid gebeten hätte? Ich weiß nur, dass ich es nicht getan hätte.

Aber was hätte ich getan, wenn sie um einen ärztlich assistierten Suizid gebeten hätte?

Wie geht ein Krankenhaus mit der Frage nach Suizid um?

Was hätten wir als Krankenhaus getan, wenn diese Bitte wiederholt an uns herangetragen worden wäre? Ganz sicher bin ich meiner Antwort nicht. Hätten wir die Patientin entlassen müssen, wenn sie auf ihrem Wunsch bestanden hätte? Hätten wir als Krankenhaus diesen Wunsch zulassen müssen? Immerhin sind wir an das Gesetz gebunden. Hätten wir uns um einen Arzt/Ärztin kümmern müssen, der dem Suizid assistiert?

Für ein Krankenhaus stellen sich deshalb Fragen, die nicht neu sind, aufgrund der Aktualität jedoch sehr wohl. Aus ethischer Sicht sind zur Beantwortung der anstehenden Fragen andere Schwerpunkte zu setzen, als nur die juristischen Aspekte zu berücksichtigen. Ein Krankenhaus muss in Bezug auf eine solche Frage wissen, wie es damit umgeht. Die Beachtung und Umsetzung einer Patientenverfügung ist in

vielen Krankenhäusern zwischenzeitlich in Form einer Handlungsanweisung geregelt. Das gleiche gilt beispielsweise für die lange sehr zwiespältig diskutierte Frage der Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas. Parallel hierzu, und nicht nur aus ethischen Aspekten, müssen Krankenhäuser in den Ausbau der Palliativmedizin investieren. Das gilt sicher nicht nur für unser Haus. Und es geht nicht nur um Investitionen in Beton. Auch strukturelle Ergänzungen sind erforderlich.

Anregungen für eine verbesserte Versorgungsstruktur

Folgendes gilt es deshalb zu beachten: Es muss ein lokales Netzwerk geknüpft bzw. ausgebaut werden, in dem der Patient die Sicherheit hat, mit seinen Zielen und Bedürfnissen akzeptiert zu werden. Das Netzwerk sollte sowohl den ambulanten und stationären als auch den medizinischen und pflegerischen Bereich umfassen. Wir müssen die Palliativmedizin frühzeitig komplementär im ambulanten und stationären Bereich in die Behandlungsprozesse einbauen. Und wir müssen – und das wird Zeit in Anspruch nehmen – das Prinzip der Vorsorgeplanung in unser medizinisches und pflegerisches Denken und Handeln einbauen.

In einem ständig geführten Dialog mit dem Patienten soll der Patientenwille bezüglich der erlaubten und nicht erlaubten Maßnahmen angepasst werden. Das Prinzip der Vorsorgeplanung kann deshalb als durchgehender Aktualisierungsprozess einer Patientenverfügung verstanden werden.

Dies wird finanzielle und personelle Ressourcen verbrauchen, deren Einsatz aber über die ethische Orientierung einer Gesellschaft mitentscheidet. Gerade das Instrument einer aktiven Vorsorgeplanung ist aus meiner Sicht geeignet, Patienten so zu begleiten, dass sie sich in ihrer Persönlichkeit akzeptiert fühlen und auch Ängste verlieren bezüglich der bevorstehenden Therapien. Geminderte Ängste können den Ruf nach einem assistierten Suizid leiser werden lassen.

Fazit

Dadurch, sowie durch eine frühzeitige komplementäre Einbindung der Palliativmedizin in unseren Alltag kann es gelingen, den erforderlichen und häufig angesprochenen Paradigmenwechsel in der Medizin zu erreichen. Dann wird es auch gelingen, einen Weg zu finden, wie wir Menschen mit dem bestehenden Wunsch nach einem ärztlich assistierten Suizid eine gleiche Qualität in der Begleitung gewähren können und Wege finden, einen sogenannten »Sterbetourismus« zu vermeiden.

Vertrauen und Vorsorge auf Gegenseitigkeit

Attraktive Altersvorsorge – Ihre Vorteile

- Höhere Rente und jederzeitige Beitragsflexibilität sichern
- Attraktives Garantiemodell mit Höchststand-Garantie für Ihre Altersvorsorge nutzen
- Innovative Tarife ohne Abschlussprovision und dadurch hohe Vertragsguthaben ab dem ersten Beitrag

Jetzt
starten!

 **SELBSTHILFE**
Pensionskasse der Caritas VVaC

Mehr Informationen:

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

Zukunft
sichern
mehr als
60
Jahre
SELBSTHILFE



Heilen zur Selbstbefähigung

Jeder Arzt hat einen Heilauftrag, der darin besteht, Kranken in ihrer Krankheit beizustehen und die nötigen und ethisch möglichen und zu verantwortenden Mittel zu verwenden, die Krankheit zu beseitigen. Der Heilauftrag des Arztes bindet ihn an die Aufgabe, dem Leben zu dienen, indem er etwas tut oder etwas unterlässt. Sind die Mittel erschöpft, um eine Krankheit beseitigen zu können, ändert sich der Heilauftrag von einer kurativen zu einer palliativen Therapie. Im Fokus steht dann Schmerzlinderung und Beistand im Sterben. Doch was ist unter Heilung genau zu verstehen?

Im Bereich der Medizin wird dieser Begriff in den Mund genommen, um einen Prozess zu bezeichnen, bei dem etwas wieder gut werden soll. Ein Patient konnte von einer schweren Krankheit geheilt werden. Mit Hilfe eines guten Ärzteteams ist es gelungen, den Patienten wieder auf ein Niveau zu heben, auf dem er in der Lage ist, sein Leben selbstständig zu führen.

Wenn man sich mit der Frage auseinandersetzt, was Heilung bedeutet, sind zumindest zwei weitere Aspekte zu berücksichtigen, die damit unmittelbar zusammenhängen. Heilung soll von Krankheit befreien und wieder gesund machen. Auf die Frage, wofür man heilen soll, könnte man antworten: um gesund zu werden. Auf die Frage, wovon man geheilt werden muss, wäre die Antwort: von einer Krankheit. Was jedoch unter Gesundheit und Krankheit zu verstehen ist, ist nicht eindeutig zu beantworten.



»» Johannes Lorenz wurde gerade zum Doktor der Theologie promoviert und arbeitet als Studienleiter für Weltanschauungsfragen und Lebenskunst in der Katholischen Akademie in Frankfurt/Main. Er ist freier Mitarbeiter bei der LER.

Gesundheit nach der WHO-Definition

1. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als *Absolutes Wohlbefinden*. Auffällig daran ist, dass Gesundheit nicht allein beschränkt wird auf eine bloße Körperfunktion, sondern mit aufgreift, dass der Mensch für sein Wohlbefinden ebenso seine soziale und seelische Natur berücksichtigen muss. Wer körperlich fit ist, aber sozial vereinsamt und dazu noch unter Depressionen leidet, kann dieser Definition zufolge nicht als gesund gelten. Der Definition liegt eine ganzheitliche Sicht des Menschen zugrunde. Jedoch tritt sofort dort ein Problem auf, wo sich ein Mensch wohlfühlt und dennoch körperlich krank ist. Man spricht dann von dem Spannungsverhältnis zwischen Befund und Befinden. Nicht wenige Menschen beschreiben eine unerwartete Krankheitsdiagnose als heimtückisches Schicksal, obwohl sie schon lange Zeit mit ihr leben – sie hatten es nur nicht bemerkt. Das Auseinandertreten von subjektivem Empfinden (Wohlbefinden) und objektivem Befund stellt einen wesentlichen Kritikpunkt an der Definition des Gesundheitsbegriffs durch die WHO dar. Zudem verweisen Kritiker dieser Definition darauf, dass ein solches Verständnis von Gesundheit einer quasireligiösen Utopie gleichkomme, weil ein so definierter Zustand der Realität menschlichen Lebens nicht gerecht würde. Absolutes Wohlbefinden gibt es nicht. Geht also jede Störung von Wohlbefinden schon mit einem Verlust von Gesundheit einher? Zurück zum Begriff der Heilung. Der kurze Verweis auf die schwierige Definition von Gesundheit macht deutlich, wie schwierig es ist, im klinischen Kontext von Heilung als Wiederherstellung von Gesundheit zu sprechen. Eine erfolgreich bekämpfte Krankheit etwa, kann für einen Konvaleszenten ja durchaus noch mit Gefühlen psychischen und sozialen Unwohlseins verbunden sein. Aus dem Grund wird in der medizinischen Fachsprache unterschieden zwischen der vollständigen Wiederherstellung des Ausgangszustandes (*restitutio ad integrum*) und einer sogenannten Defektheilung, bei der ein Restschaden zurückbleibt. Wobei erstens zu fragen wäre, was mit einer vollständigen Wiederherstellung des Ausgangszustandes gemeint ist, wenn doch eine Krankheit nie ohne Folgen für die Psyche vorübergeht und auch die vergangene Zeit inklusive des Alterungsprozesses nicht rückgängig gemacht werden kann, so wie etwa ein Betriebssystem eines Computers wiederhergestellt wird.

Zweitens ist nicht klar, was mit Restschaden gemeint ist. Ist damit ein körperlicher oder psychischer Defekt angesprochen, und ist er von Dauer oder verschwindet er nach einer Zeit? Der Begriff der Heilung bewegt sich im Spannungsfeld von Reparatur eines Defekts und einer Wiederherstellung des ganzen Menschen. Der Mediziner Viktor von Weizsäcker war der Ansicht, dass der Heilauftrag des Arztes nicht darauf beschränkt sein dürfe, den Menschen nur wieder für die Gesellschaft verfügbar zu machen, sondern eine »Art Menschlichkeit« wiederherzustellen, die den Menschen vollständig resozialisieren sollte. Weizsäcker sah das Heilen auch nicht allein als Restituierung des Körpers an, sondern für ihn bedeutete Heilen auch Prophylaxe, d. h. die Verhältnisse des gesunden Lebens zu bewahren.

Der Mediziner Viktor von Weizsäcker war der Ansicht, dass der Heilauftrag des Arztes nicht darauf beschränkt sein dürfe, den Menschen nur wieder für die Gesellschaft verfügbar zu machen, sondern eine »Art Menschlichkeit« wiederherzustellen, die den Menschen vollständig resozialisieren sollte.

Krankheit als Defekt

2. Auch der Begriff der Krankheit ist nicht leicht zu definieren. Bereits der Mediziner Julien Offray de Lamettrie vertrat im 18. Jahrhundert die Auffassung, dass Krankheit eine Art Störung des menschlichen Körpers sei, den er als hochkomplexes Uhrwerk beschrieb. Die Krankheit als Störung einer komplexen Systematik bildete das Grundmodell der naturwissenschaftlich orientierten Medizin und machte sie zusammen mit der Entwicklung von Heiltechnik zum dem, was sie heute ist. Doch schon damals war man sich nicht einig, ob das beschriebene Modell dem Menschen gerecht werde. Die sogenannten Vitalisten waren der Ansicht, dass es nicht genüge, nur auf das Materielle zu sehen. Vielmehr liege allen körperlichen Funktionen eine Lebenskraft zugrunde, die es zu stärken gelte. Krankheit war für die Vitalisten eine Schwächung der Lebenskraft.

Genügt es, das sollte mit dem kurzen Rückblick angesprochen werden, über Krankheit zu reden und nur körperliche Dysfunktionen im Blick zu haben? Natürlich ist es wichtig, dass die Medizin mit Normen arbeitet, die ihr helfen, Trennlinien zwischen Gesundheit und Krankheit ziehen zu können. Doch werden die Zusammenhänge ausreichend berücksichtigt, die zwischen Körper, Psyche und Sozialität bestehen, wenn von Krankheit gesprochen wird?

Gesundheit als Fähigkeit

1986 verabschiedete die WHO im kanadischen Ottawa eine ergänzende Erklärung zur Gesundheitsdefinition aus dem Jahr 1948. In der sogenannten »Ottawa Charter for Health Promotion« steht besonders die Fähigkeit des Individuums im Vordergrund. Drei Fähigkeiten beschreiben in diesem Zusammenhang den Begriff Gesundheit näher: Erstens, die Fähigkeit, sich selbst Ziele setzen zu können; zweitens, seine eigenen Bedürfnisse befriedigen zu können und drittens, die Fähigkeit, auf die Anforderungen der Umwelt reagieren zu können. Vorteil dieser an den Fähigkeiten des Menschen orientierten Definition besteht darin, dass sie nicht von körperlicher Unversehrtheit spricht, weil diese objektiv so nie gegeben ist. Der Körper ist ständig damit beschäftigt, sich gegen Keime und Viren zu wehren. Gesund ist nach der Erklärung von Ottawa derjenige, dem es gelingt, sich an die Umwelt anzupassen bzw. in der Lage ist, sich mit ihr auseinanderzusetzen. Krank ist derjenige, dessen Existenz bedroht ist durch die Auseinandersetzung oder Anpassung. Mit dem Blick auf die Fähigkeit, sich selbstbestimmt in eine Umwelt anpassen bzw. sich mit ihr auseinanderzusetzen zu können, bekommt der Gesundheitsbegriff und damit der Begriff der Heilung eine ethische Dimension. Indem Mittel eingesetzt werden, um die Fähigkeiten zur Selbstbestimmung zu fördern, steht Gesundheit und damit auch Heilung in einem sozialetischen Zusammenhang. Die Förderung von Selbstbestimmung, die Grundlage des modernen Verfassungsstaates ist, geht einher mit der Etablierung von Strukturen und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit, d.h. der Basis-Fähigkeiten. Die Philosophin Martha Nussbaum nennt die Gesundheit deshalb ein »transzendentes Gut«, das jedem Menschen zukommen sollte und damit zu einer politischen und gesellschaftlichen Aufgabe wird. In diesem Sinne kann die Gesundheit als Grundrecht verstanden werden. Im Konzept der sogenannten »Primary Health Care« wird eine allen Menschen zugängliche Primärversorgung als Gebot der Gerechtigkeit angestrebt, bedenkt man, dass sich die soziale Ungleichheit besonders deutlich in der gesundheitlichen Verfassung widerspiegelt. Heilung wird somit zu einem Prozess, der die Gesellschaft stetig herausfordert, überall dort tätig zu werden, wo Menschen nicht in der Lage sind ihre Basis-

Mit dem Blick auf die Fähigkeit, sich selbstbestimmt in eine Umwelt anpassen, bzw. sich mit ihr auseinanderzusetzen zu können, bekommt der Gesundheitsbegriff und damit der Begriff der Heilung eine ethische Dimension.

Fähigkeiten zu realisieren. Dazu gehört auch, präventive Maßnahmen zu fördern, ohne dabei zu bevormunden. Letztendlich kann es bei allen gesundheitsfördernden Maßnahmen um nichts anderes gehen als darum, die »Kraft zum Menschsein« zu ermöglichen, wie Karl Barth es einmal formuliert hat. Solange der Mensch in der Lage ist, sein Dasein im gesellschaftlichen Miteinander zu gestalten, kann auch der medizinisch Kranke gesund sein.

» Literatur beim Verfasser

Selbstbestimmungsrecht versus Fürsorgepflicht

Seda G., eine 20jährige türkischstämmige Studentin, leidet seit ihrem zwölften Lebensjahr unter einer Anorexia nervosa. Sie lebt gemeinsam mit ihren zwei jüngeren Geschwistern und der Großmutter bei den Eltern. In den letzten beiden Jahren haben sich ihr Gewicht und Essverhalten positiv entwickelt, nicht zuletzt auch aufgrund der regelmäßig wahrgenommenen psychotherapeutischen Angebote. Seit drei Monaten zeigt sich allerdings eine zunehmende Verschlechterung. Sie nimmt an den gemeinsamen Mahlzeiten nicht teil, ist durch die Anforderungen im Studium belastet und begründet mit einem Mangel an Zeit den Abbruch der Psychotherapie. Des Weiteren hat sie sich von ihrem Freund getrennt, mit dem sie seit drei Jahren zusammen war. Ihr Gewicht hat sich bei einer Körpergröße von 168 cm auf 41 kg reduziert.

Die Perspektive der Eltern

Die besorgten Eltern wenden sich an die Hausärztin, die ihre Tochter seit Jahren betreut und zu der ihr Kind ein besonders vertrauensvolles Verhältnis hat. Die Eltern geben an, dass ihre Tochter auf Gesprächsangebote sowie die Bitte, etwas zu essen, abweisend und auch sehr aggressiv abwehrend reagieren würde. Zudem habe sie den Wunsch zu sterben geäußert. Die Mutter ist davon überzeugt, dass es sich bei der Verschlechterung der Situation ihrer Tochter um einen Zauber, ein »Büyü«¹ handelt. Die Eltern hätten einen Hodscha² involviert, der einen Gegenzauber geschrieben habe, aber die Tochter lehne es ab, das Amulett zu tragen. Verschiedene Versuche der Eltern, eine Behandlung auf freiwilliger Basis zu initiieren, seien gescheitert. Sedas Eltern drängen auf eine Zwangseinweisung sowie eine Ernährung auch gegen den Willen der Tochter.

¹ Türkisch für »Schadenszauber«.

² Hodschas sind Religionsgelehrte, die keine spezielle Ausbildung brauchen. Voraussetzung für ihre Tätigkeit ist die Beherrschung der Gebete in arabischer Sprache sowie die Fähigkeit, Betende anzuleiten.



Dr. med. Leyla Fröhlich-Güzelsoy ist geschäftsführende Ärztin des Klinischen Ethikkomitees am Universitätsklinikum Erlangen und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Erlangen. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind unter anderem Patientenorientierte Medizinethik, Muslimische Bioethik und Transkulturelle Medizinethik.

Die Perspektive der Hausärztin

Die behandelnde Kollegin führt zunächst ein Gespräch mit Seda und bittet um eine Ethikberatung. Sie befürchtet eine weitere, lebensbedrohliche Gewichtsabnahme der Patientin. Darüber hinaus möchte sie das vertrauensvolle Arzt-Patient-Verhältnis, das seit Jahren aufgebaut worden ist, nicht durch paternalistische Handlungen, wie eine Zwangseinweisung gefährden. Sie geht nicht von einer akuten Suizidalität aus, dies habe die Patientin nur einmalig geäußert, als der Freund sich trennte. Weiterhin schildert die Hausärztin, dass Seda ihr Vorwürfe gemacht habe, da die Eltern sie bezüglich Sedas Erkrankung konsultierten. Die Tochter verbietet sich jedwede Einmischung und pocht auf ihr Recht, krank sein zu dürfen. Die magischen Krankheitskonzepte der Eltern lehnt Seda auf das Schärfste ab.

Die ethische Fragestellung

Die ethische Fragestellung ist, ob und ab wann eine Selbstgefährdung eine Zwangseinweisung mit Zwangsernährung rechtfertigt.

Seda ist eine volljährige und einwilligungsfähige Patientin. Da es sich allerdings bei der Anorexia nervosa um eine psychiatrisch ernst zu nehmende Erkrankung handelt, ist davon auszugehen, dass das selbstgefährdende Verhalten der Patientin eine Einschränkung ihrer Einwilligungsfähigkeit bedeuten kann. Die Achtung der autonomen Selbstbestimmtheit von Patienten unterscheidet grundsätzlich nicht zwischen nichtpsychiatrischen und psychiatrischen Erkrankungen. Gründe für eine vorübergehende, lang- oder kurzfristige Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit können mannigfaltig sein, wie z. B. Ängste, Bewusstseinstörungen, Nebenwirkungen starker Medikation, Schmerzen usw. Die Besonderheit in der Psychiatrie besteht darüber hinaus auch darin, den Schutz Dritter bei fremdgefährdenden Patienten zu berücksichtigen. Hieraus kann sich die Notwendigkeit einer Abwägung sich widerstreitender Interessen ergeben, wie z. B. die zwischen Individual- und Gemeinwohl. In diesem Fallbeispiel spielt diese Überlegung keine Rolle, da von Seda keine Gefährdung Dritter zu erwarten ist. Eine Zwangsbe-

Eine Zwangsbehandlung darf nur mit einer eindeutigen medizinischen Indikation erfolgen, sei es die akute Eigen- oder Fremdgefährdung.

handlung darf nur mit einer eindeutigen medizinischen Indikation erfolgen, sei es die akute Eigen- oder Fremdgefährdung, beides liegt akut laut Hausärztin nicht vor.

Die Abwägung auf Grundlage der vier medizinethischen Prinzipien

Es gilt, die vier medizinethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress [Tom L. Beauchamp, James F. Childress (2009) *Principles of Biomedical Ethics*. 6. Auflage.] abzuwägen. Das *Prinzip der Autonomie* verlangt eine genaue Prüfung der Einwilligungsfähigkeit der Patientin, die zu jedem Zeitpunkt ihrer Behandlung ein Abwehrrecht haben soll. Hier stellen sich folgende Fragen: Inwieweit kann die Patientin die Gefahren für ihre Gesundheit abwägen, wie kann die Handlungs- und auch Entscheidungsfähigkeit der Patientin wieder hergestellt werden? Welche Möglichkeiten stehen diesbezüglich der Hausärztin zur Verfügung?

Das Prinzip des *Vermeidens von Schaden* bedeutet eine genaue Abwägung der medizinischen Indikation. Legitimieren Indikation sowie Therapieziel die möglichen Nebenwirkungen? Es gilt zu beachten, dass der Behandlungserfolg einer Anorexie maßgeblich ein Arzt-Patient-Vertrauensverhältnis und die Mitarbeit der Patientin voraussetzt. Zu fragen ist, ob eine Zwangseinweisung nicht kontraproduktiv sein könnte, so dass der Schaden größer wäre als das angestrebte Ziel einer Stabilisierung des Körpergewichtes.

Das *Prinzip der Fürsorgepflicht* gebietet aktiv, auch präventiv dafür zu sorgen, dass der Zustand der Patientin sich nicht weiter verschlechtert. Aktuell ist Sedas Gewicht nicht akut lebensbedrohlich und doch geht eine starke selbstgefährdende Tendenz von ihrem Verhalten aus. Darf aufgrund einer Sorge präventiv eine Zwangsmaßnahme durchgeführt werden, auch wenn akut keine Indikation dafür gegeben ist?

Der *Aspekt der Gerechtigkeit* spielt in diesem Fall eine eher untergeordnete Rolle. Ethisch-utilitaristische Argumentationen könnten so aussehen, dass nach einem gesamt-gesellschaftlichen Konsens gefragt werden könnte, wie in solchen Fällen zu handeln sei, damit für die Gemeinschaft keine unnötigen Kosten entstehen. Gebietet die Gerechtigkeit nicht, dass die Hausärztin ihre kostbare Mangelressource »Zeit« besser verteilt als sich viele Stunden nur mit einer Patientin zu beschäftigen, die zudem Non-Compliant scheint?

Vorgehen und Empfehlung der Ethikberatung

Die Ethikberatung findet in diesem Fall dreiseitig statt: Zunächst erfolgt ein Gespräch mit der behandelnden Hausärztin sowie Sedas Therapeutin, die beide beraten werden wollen. Bei dem anschließenden, informativen Gespräch bezüglich der Prognose und zu erwartenden Komplikationen bis hin zum Tod, unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation, ist auch Seda zugegen. Nach ihrer Einwilligung erfolgt ein drittes Gespräch gemeinsam mit ihren Eltern und der Großmutter. In diesen Gesprächen werden auch die oben aufgeführten medizinethischen Fragestellungen thematisiert. Festgehalten wird, dass Sedas aktuelle Situation keine Zwangseinweisung legitimiert. Nach den langen, zum Teil sehr emotionalen, aufklärenden Gesprächen erfolgt die Einwilligung der Patientin, ihre Psychotherapie erneut aufzunehmen.

Nach den langen, zum Teil sehr emotionalen, aufklärenden Gesprächen erfolgt die Einwilligung der Patientin, ihre Psychotherapie erneut aufzunehmen.

Eine Einweisung der Patientin wurde somit im informierten Gespräch abgewandt.

Jung und Alt

Der starke Film über das Älterwerden »Honig im Kopf«, wird vor einem besonderen Publikum gezeigt: Kirchenbesucher und Flüchtlinge. Fast 400 Leute sind gekommen.

Im Kinosessel sitzt also die Nonne mit Habit neben der Muslimin mit Kopftuch – und gemeinsam kauen sie genüsslich das Popcorn, das der Pastor ihnen im Eingang spendiert hat. Viele ältere Menschen aus der Kirchengemeinde sind da, um sich diesen Film über das Altern anzusehen. Und viele junge Flüchtlinge sind gekommen, die das Kino lieben, aber zum letzten Mal in Damaskus oder Kabul vor einer Leinwand gegessen haben.

Der Film trifft den Nerv aller Besucher – nachdenklich verfolgen sie den Stress, den die Familie mit ihrem zunehmend dementen Großvater bekommt. Die

In vielen arabischen und afrikanischen Kulturen hat der Respekt gegenüber alten Menschen einen sehr hohen Stellenwert.

älteren Kinobesucher sind berührt: Viele wissen aus dem eigenen Alltag, wie das ist, Dinge zu vergessen, Einsamkeit auszuhalten. Andere kennen demente Menschen aus der eigenen Familie und dem Freundeskreis. Und auch die jungen Flüchtlinge sind emotional

dabei: In vielen arabischen und afrikanischen Kulturen hat der Respekt gegenüber alten Menschen einen sehr hohen Stellenwert – die Flüchtlinge sympathisieren also sichtlich mit der Hauptdarstellerin Tilda, die alles für ihren Opa tut, damit es ihm gut geht.

Nach dem Film sprechen wir über das Thema älter werden. Ein junger Mann aus Syrien sagt: »Unter mir wohnt eine alte Frau. Wenn ich sie im Treppenhaus treffe, dann sage ich zu ihr: Hallo, guten Tag! Wie geht es Ihnen? Jedes Mal freut sie sich und bedankt sich dafür, dass ich mit ihr rede. Aber das ist doch ganz normal, oder nicht?« Eine junge Frau aus Afrika meint: »Ihr habt hier



Christopher Hoffmann

arbeitet als Pastoralreferent im Rheinland mit einheimischen und geflüchteten Kindern und Jugendlichen. Zudem ist er regelmäßig Autor der Radio-Verkündigungssendung »Anstöße« auf SWR1, wo auch dieser Beitrag am 13. April 2016 gesendet wurde.

in Deutschland zwar viel bessere Medikamente und Geräte als wir, aber viele Menschen haben füreinander kaum Zeit. Deshalb mag ich die kleine Tilda aus dem Film, denn sie nimmt sich Zeit für ihren Opa.«

Zwei Stimmen, die nachdenklich machen. Und die zeigen, dass auch wir viel von den Menschen lernen können, die zu uns kommen – im Kino und im Treppenhaus.

Buchbesprechung zu Clemens Sedmak: Mensch bleiben im Krankenhaus. Zwischen Alltag und Ausnahmesituation

»Auch Kleinigkeiten spielen eine Rolle, ›details matter‹« (10): So bereitet Clemens Sedmak (Theologe und Philosoph, Professor am King's College London) die Leser auf die Lektüre seines bereits 2013 vorgelegten Buches vor. »Mensch bleiben im Krankenhaus. Zwischen Alltag und Ausnahmesituation« – der Titel führt bereits auf zentrale Fragen einer »Ethik im Krankenhausalltag« hin: Wie kann verhindert werden, dass in der für die einen – die Patienten – ungewöhnlichen und angespannten, für die anderen – das Personal – alltäglichen Situation die Menschlichkeit auf der Strecke bleibt? Wie gelingt es, dass Pflegende, ärztliches Personal und auch das Klinik-Management nicht nur Diagnosen, sondern den Menschen hinter dem Krankheitsbild im Blick behalten? Wie kann man sich als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter vor Abstumpfung schützen, aber auch sicherstellen, selbst als Mensch wahrgenommen zu werden?



Clemens Sedmak: Mensch bleiben im Krankenhaus. Zwischen Alltag und Ausnahmesituation Styria Premium, Wien, 2013, 176 Seiten.

Sedmak plädiert im Umgang mit diesen Fragen für »kleine Ethiken« (14), die sich beispielweise einzelne Fachabteilungen oder Stationen mit Blick auf die konkreten Gegebenheiten erarbeiten. Doch er setzt nicht bei Strukturen und Abläufen an, sondern, mit einem Seitenblick auf die Bildungsforschung, bei den handelnden Personen. Im ersten Kapitel (»Ethik für den Menschen‘: der Blick auf



Der Dipl.-Theologe **Stephan Koch** ist derzeit Referendar für den kirchlichen Schuldienst der Erzdiözese Freiburg.

den Alltag») werden zunächst die relevanten Begriffe geklärt. Ethik ist für Sedmak »das Bemühen, systematisch über solche Fragen nachzudenken« (19), die das Miteinander von Ärzten und Ärztinnen, Pflegepersonal und Patient_innen betreffen; Fragen, die hinter die DRGs (vgl. Glossar) schauen und den Menschen und seine Situation, sein Umfeld in den Blick nehmen. Insofern ist Ethik »Nachdenken über das Gute« (19), was immer auch bedeutet, über alternative Handlungsoptionen nachzudenken, einen »Möglichkeitssinn« zu entwickeln (vgl. 21). Für eine Ethik im Krankenhaus bedeutet dies, die Endlichkeit des Menschen mit zu bedenken und mit dem »Schicksalhaften« umzugehen (24).

»Fürsorglichkeit und Ernsthaftigkeit« sind für den Autor Schlüsselqualifikationen für jene, die mit kranken Menschen zu tun haben.

»Alltag ist das, was dem Leben Halt und Struktur gibt« (27) – und etwas, was im Krankenhaus bedroht ist. Für das Personal durch ein permanent hohes Stresslevel, viel mehr jedoch für die Patientinnen und Patienten, die aus ihrem Alltag herausgerissen wurden und nun fremdem Rhythmen unterworfen sind. Für sie einen »Alltag« aufzubauen ist ein entscheidendes Moment einer »Ethik im Krankenhaus«. Dazu gehören Privatsphäre, persönliche Freiräume, Struktur und Abwechslung (vgl. 28f). »Verlässlichkeit« ebenso wie »Durchbrechung« des Klinik-Alltags (29) sind wichtig für jene, die nicht in ihrem Alltag sein können.

Eingeflochten in die Überlegungen zum Alltag sind Reflexionen über Menschenwürde und Selbstachtung, Gemeinschaftsordnung sowie Menschlichkeit als Kriterien ethischen Nachdenkens. Die Menschlichkeit ist für Sedmak die »Fähigkeit, nicht in die Falle der ‚Menschenblindheit‘ zu tappen« (30), »eine Kultur, die den besonderen Menschen noch als besonderen Menschen sehen lässt« (31). Sie ermöglicht Menschenwürde, zu der allerdings die Selbstachtung komplementär dazugehört. Auch als Patientin oder Patient Verantwortung für sich zu übernehmen ist wichtiger Bestandteil der Selbstachtung.

Nicht in die Falle der Menschenblindheit tappen.

Diese theoretischen Erwägungen nehmen – und das ist kennzeichnend für das gesamte Buch – ihren Ausgangspunkt immer wieder bei konkreten Menschen, Situationen, Geschichten. Vielfältig sind kurze Berichte von Patient_innen, Ärzt_innen, Pfleger_innen eingewoben, die nicht nur illustrieren, sondern zum Anlass des Nachdenkens werden. Und die Reflexionen führen auch bereits früh im Buch zu-

rück in konkrete Vorschläge – »details matter«. So erweist sich Menschenwürde für den Autor dort als konkret, wo sie auch im »Umgang mit Menschen unter widrigen Umständen« durchhält – mit Patient_innen, die die eigene Arbeit nicht gerade erleichtern. Verletzungen können besonders in der Wahrnehmung der »Aktivitäten des täglichen Lebens« geschehen, zu denken ist z. B. an Körperpflege, Schlaf, Essen (vgl. 35). Diese Sensibilität für die Situation kranker Menschen korrespondiert mit der Definition von Gesundheit als »Fähigkeitsfähigkeit« (45). Gesundheit ist nicht (»nur«) die Abwesenheit von Krankheit, sondern hat mit der Erreichbarkeit von Zielen zu tun, und nicht zuletzt mit »gutem Leben«, dem Gegenstand des ethischen Nachdenkens schlechthin (vgl. 43f).

Nach diesen intensiven Vorüberlegungen wendet sich der Autor im zweiten Kapitel dem »Krankenhaus als menschliche Institution« zu, um im dritten Kapitel die »Menschen: Rollen und Beziehungen« in den Blick zu nehmen.

»Ein Krankenhaus ist ein Mikrokosmos, in dem sich die ganze Bandbreite menschlichen Lebens zeigt« (63). Diesen Kosmos (griech. Ordnung), der manch einem auch als »Un-Ordnung« erscheinen mag, analytisch zu betrachten, scheint also für eine Ethik des Krankenhauses unerlässlich – im Anschluss an Avishai Margalit spricht Sedmak von der »Anständigkeit« der Institution (69). Diese sieht er besonders gefährdet durch Demütigungen und Erniedrigungen, die ein Mensch im Krankenhaus erfahren kann: durch »Identitätserosion«, durch »körperbezogene Schamerfahrung«, durch »mangelnden Schutz von Privatsphäre« und durch »Objektivierungen« (69).

Um diesen Gefährdungen von Menschenwürde und Selbstachtung entgegenzutreten, kommt dabei der Gesprächskultur eine besondere Rolle zu. Gesprächskultur meint »die Fähigkeit und Bereitschaft, zuzuhören, sich auszudrücken, Standpunkte aufeinander zu zubewegen, zu einer Entscheidung zu kommen« (76). Diese scheinbaren Selbstverständlichkeiten des menschlichen Miteinanders können in den Strukturen und Abläufen eines Krankenhauses, die oft von Ressourcenknappheit in mehrfacher Hinsicht geprägt sind (Zeit, Personal, Material ...), zu kurz kommen, nicht nur im Umgang mit Patient_innen, sondern auch des Personals untereinander. Sedmak empfiehlt für die Entwicklung einer guten Kommunikationskultur, Anleihen bei Ignatius von Loyola zu nehmen – dem es auch immer um die Entwicklung der Persönlichkeit ging (78f).

Scheinbare Selbstverständlichkeiten des menschlichen Miteinanders können in den Strukturen eines Krankenhauses zu kurz kommen.

Für sog. »crucial conversations«, also Entscheidungsgespräche, entwickelt der Autor Eckpunkte aus dem biblischen Buch Exodus, genauer der Offenbarung Gottes im »brennenden Dornbusch«: »Die Aufmerksamkeit ist zu binden, Name und Situation des Gegenübers müssen gekannt sein, es ist also eine persönliche Unterredung, es ist ein Rahmen von Ernsthaftigkeit herzustellen, die eigene Position muss klar sein« (91f).

Neben einer Würde und Selbstachtung unterstützenden und fördernden Gesprächskultur gehört zu einer »institutionellen Ethik« eines Krankenhauses auch eine Fehlerkultur. Letztlich ist sie Ausdruck davon, »mit den Unwägbarkeiten und Imperfektionen des Lebens umzugehen« (97). Für den Arbeitsplatz Krankenhaus ist dies umso wichtiger, da in diesem System der Druck an verschiedenen Fronten ständig zu steigen scheint (vgl. 98). Die »Interaktionspartner_innen werden [so] zu potentiellen ‚Zeitdieben‘ und zu potentiellen Opfern der eigenen Entlastungstätigkeit« (106), wie es Samuel Shem in »House of God« auf die Spitze treibend beschreibt. Dem stellt Sedmak das »Krankenhaus mit Seele« entgegen, dem »Organ für das ‚Wie‘« im Krankenhaus (101), das sich in den Kleinigkeiten Ausdruck verleiht.

In einem solchen Haus verändern sich auch die Rollen und Beziehungen von Menschen – das Thema des dritten Kapitels. Gleichgültigkeit und Gedankenlosigkeit weichen Höflichkeit und Rücksichtnahme, »carelessness« verbietet sich angesichts der eigenen wie fremden »Verwundbarkeit« (117ff). Dazu gehört auch, die vom hierarchischen System zugewiesene und schützende Rolle (bisweilen) verlassen zu können – insbesondere, wenn man im System »oben« steht. Das Verharren in der Rolle, z. B. »Chefarzt«, verhindert Lernprozesse: »Menschen, die sich in der Regel in Situationen befinden, die sie souverän beherrschen, und die gleichzeitig in Kontexten operieren, in denen das Eingeständnis von Unfähigkeit, Inkompetenz und Unwissen problematisch ist, werden sich schwer tun, dazuzulernen« (137). Die persönliche Seite der Kommunikations- und Fehlerkultur hängt an dieser Fähigkeit, mit den eigenen Imperfektionen umzugehen.

Patienten im Krankenhaus brauchen Vertrauen – es wird ihnen gar »abverlangt« (145). Daher braucht es seitens der Institution wie der in ihr Tätigen das, was Sedmak »starke Sorge« nennt (ebd.): Zuwendung, Anteilnahme, Gespräch, auch Berührung (vgl. 146f). Die Sorge ist dabei nicht nur »ein Gefühlsmoment, sondern ein Willensakt, eine Entscheidung«, sie ist »Verantwortung, zu der man sich entschließen kann« (147).

Das Verharren in der Rolle, z. B. »Chefarzt«, verhindert Lernprozesse.

Für den Einzelnen, der diese Entscheidung treffen und diese Verantwortung übernehmen will, ist es hilfreich, konkrete Überlegungen anzustellen. Als Hilfsmittel schlägt Sedmak einen persönlichen »Ethikkompass« vor, »eine persönliche Vergewisserung über das, was wichtig und was besonders wichtig ist« (149). Er ist kein Algorithmus, den es abzuarbeiten gilt, sondern er gibt in konkreten Situationen Sicherheit, gewährt aber auch Freiheit zur jeweils individuellen, »passenden« Entscheidung.

Fazit

Sedmaks Anliegen ist es, »Anhaltspunkte einer Ethik im Krankenhausalltag zusammenzutragen« (13), und zwar als »kleine«, operationalisierbare und daher anwendbare Ethik. Diese »Anhaltspunkte« über das eigene Handeln gerade als *professional* im Krankenhaus nachzudenken und sie einer »Überprüfung am Guten« zu unterziehen, wird der Leser finden. Konsequenter ist die Praxis Ausgangspunkt und Ziel der Überlegungen, die dem Leser aber philosophische oder theologische Positionen nicht vorenthalten. Bisweilen droht in diesem Wechselspiel der rote Faden abhanden zu kommen, verstärkt durch die nicht immer ganz klare Untergliederung der Kapitel und manche Redundanzen, die dem unterschiedlichen Blickwinkel der Kapitel II und III geschuldet sind. Doch wer den Gedankensträngen folgt, wird erstaunliche und erhellende Perspektiven entdecken – einer Ethik des Alltags, die die größeren Zusammenhänge kennt und benennt, aber sich nicht auf die Unzulänglichkeiten der Strukturen zurückzieht, sondern die Verantwortung jedes Akteurs einfordert und konkret durchbuchstabiert.

Ob sich in den Fragen wie Antwortversuchen kirchliche und nichtkirchliche Krankenhäuser tatsächlich unterscheiden (vgl. 13), wäre genauer zu untersuchen – eine Ethik, die auf das Detail achtet, scheint verschiedenen »guten Geistern« eines Krankenhauses Ausdruck verleihen zu können.

Konsequent ist die Praxis Ausgangspunkt und Ziel der Überlegungen, die dem Leser aber philosophische oder theologische Positionen nicht vorenthalten.

Glossar

Deutscher Ethikrat

Der Deutsche Ethikrat besteht aus 27 Mitgliedern. Den Vorsitz hat seit diesem Jahr Prof. Dr. Peter Dabrock. Dem Rat und seiner Arbeit liegt das Ethikratgesetz vom 16. Juli 2007 zugrunde, das den Auftrag und die Geschäftsordnung festlegt. Das Gremium beobachtet gesellschaftliche, naturwissenschaftliche, und medizinische Entwicklungen und berät über mögliche Folgen für Individuum und Gesellschaft aus ethischer und rechtlicher Perspektive. Der Deutsche Ethikrat erarbeitet u.a. Stellungnahmen, um die Bevölkerung zu informieren und Empfehlungen für den Gesetzgeber abzugeben.

DRG

Die Diagnoses Related Groups sind diagnosebezogene Fallpauschalen, durch die stationär behandelte Patienten anhand bestimmter Kriterien in Fallgruppen zusammengefasst werden. Die Krankenhäuser rechnen auf der Grundlage der durch das 2002 verabschiedete Fallpauschalengesetz ihre Leistungen bei den Krankenversicherungen ab.

Elterliche Sorge

Das Recht der Elternsorge, das umgangssprachlich auch als »Sorgerecht« bezeichnet wird, geht auf Art. 6 des Grundgesetzes zurück, wird aber dann näher im Bürgerlichen Gesetzbuch BGB ausgestaltet. Es beinhaltet die Übernahme der Sorge für ein Kind z. B. in Form der Personensorge, was das Recht und die Pflicht beinhaltet, das Kind zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen.

Garantenpflicht des Arztes

Die Garantenpflicht des Arztes ist aus strafrechtlicher Perspektive entscheidend beim Unterlassen von Handlungen, die einen Strafbestand zur Folge haben. Die Verletzung der Garantenpflicht wird dann berührt, wenn ein Patient Forderungen stellt, denen der Arzt aus therapeutischen Gründen nicht zustimmen kann, z.B. bei einer der ärztlich gebotenen Therapie entgegenstehenden Forderung eines Patienten.

Gesundheit als transzendentes Gut

Gesundheit wird als die Bedingung der Möglichkeit für die Verwirklichung von Lebenschancen verstanden, damit alle die gleichen Chancen für ein gelingendes Leben haben. Das spielt in der Folge z. B. eine Rolle für die Zuweisung von finanziellen Ressourcen bzw. für die Legitimierung egalitärer Modelle in der Gesundheitsökonomie.

Gesundheitliche Vorausplanung

Die gesundheitliche Vorausplanung (auch: Vorsorgeplanung und Advance Care Planning) betrifft vor allem das antizipierende und wiederholt angebotene, beratende Gespräch über die Bedürfnisse und Wünsche eines Menschen über die Gestaltung seiner letzten Lebensphase in Bezug auf gesundheitliche Angelegenheiten. Es handelt sich um ein ergänzendes Gesprächsangebot zur Abfassung einer Patientenverfügung und/oder der Regelung einer Betreuung.

Menschenwürde

Der Menschenwürde kommt innerhalb der Menschenrechte im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland – je nach Interpretation – eine besondere Bedeutung zu. In verschiedenen medizinethischen Fragestellungen wird sie beispielsweise am Lebensanfang im Rahmen einer Entscheidung über lebenswertes oder unwertes Leben diskutiert und am Lebensende in Diskussionen über die Ausgestaltung der Pflege bei bedürftigen Menschen.

Kindeswohl

Der Begriff des Kindeswohls wird vor allem im Familienrecht verwendet und umschreibt die gesunde Entwicklung und das Wohlergehen eines Kindes, näher hin geht es um das körperliche, geistige und seelische Wohl eines Kindes. Eltern kommt bei Therapieentscheidungen für Minderjährige eine besondere Verantwortung zu. Dabei müssen die Entscheidungen der Sorgeberechtigten auf Grundlage der Beurteilung der »geistig-sittlichen Reife« mit der Selbstbestimmung des Kindes in ein gutes Verhältnis gebracht werden.

Non-Compliant

Als »Non-Compliance« wird im medizinischen Alltag das Verhalten von Patienten bezeichnet, die Therapieempfehlungen nicht zustimmen oder Behandlungsmaßnahmen ablehnen, was verschiedene Gründe haben kann (Nebenwirkungen, mangelndes Vertrauen, Bildungsstand etc.)

Outcome

Unter einem Outcome versteht man in der Medizin das Ergebnis einer medizinischen Maßnahme. In gesundheitsökonomischer Hinsicht werden zur Evaluation eines Therapieergebnisses Mortalität (Sterblichkeit), Morbidität (Häufigkeit einer Erkrankung) und Lebensqualität erhoben.

Palliative Sedierung

Palliative Sedierung heißt, mittels einer Schmerzlinderung den Patienten in einen schlafähnlichen Zustand zu versetzen, der es ihm erlaubt, die Symptome seiner Erkrankung zu ertragen. Man unterscheidet zwischen verschiedenen Sedierungsstufen (z. B. oberflächlich, intermittierend, kontinuierlich).

Patientenverfügung

In einer PV werden die Wünsche und Bedürfnisse eines Menschen schriftlich festgelegt, die für die darin beschriebenen Situationen einen für den Arzt bedeutsamen Anhaltspunkt für die Therapieentscheidungen geben.

Pflegeberufsgesetz

Der Deutsche Bundestag hat am 18.3.2016 in erster Lesung über den Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeberufe beraten. Mit dem Gesetzentwurf sollen die Ausbildungen in der Alten-, der Kranken- sowie der Kinderkrankenpflege zu einer gemeinsamen Ausbildung, mit den Berufsabschlüssen Pflegefachfrau und Pflegefachmann, zusammengeführt werden. Das Gesetz bedarf noch der Zustimmung des Bundesrates. Der erste Ausbildungsjahrgang ist für 2018 geplant.

Ressourcen

Im Gesundheitsbereich werden unter Ressourcen in der Pflege (noch) bestehende Fähigkeiten bei pflegebedürftigen Menschen bezeichnet, anhand derer der Pflegebedarf ermittelt wird. Im Krankenhausbereich werden darunter aber auch Personal, räumliche und (medizin-)technische Ausstattung und die zur Verfügung stehende Zeit verstanden.

Sterbetourismus

Bedingt durch die gesetzliche Regulierung in Deutschland suchen Menschen, die ihr Leben entweder durch eine assistierte Selbsttötung oder durch aktive Tötung beenden möchten, Länder mit einer weniger restriktiven rechtlichen Regulierung auf.

Versorgungsstruktur

Um Patienten optimal, d. h. umfassend behandeln zu können, stimmen sich die Leistungserbringer (Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Anbieter von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen) untereinander ab. Die Krankenkassen schließen dazu mit den Leistungserbringern entsprechende Verträge. Derzeit werden in Form der sogenannten integrierten Versorgung sektoren- und fachübergreifend Strukturen so vernetzt, dass die beteiligten Leistungserbringer eine möglichst qualitativ hochwertige Versorgung anbieten können.

Verweildauer

Die Verweildauer beschreibt in Einrichtungen des Gesundheitswesens die Dauer des Aufenthalts eines Patienten. Sie dient u. a. als Grundlage für die Abrechnung im Rahmen des Fallpauschalensystems.

Zwangseinweisung und Zwangsernährung

Ein Verhalten, das den Patienten oder andere Mitmenschen gefährdet, kann eine Zwangseinweisung (z. B. bei psychisch erkrankten Menschen) oder eine Zwangsernährung (z. B. an Magersucht erkrankten Patienten) erforderlich machen, die unter bestimmten Bedingungen genehmigungspflichtig ist.



LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

verständlich · christlich · praxisorientiert

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

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

Redaktion

Dr. 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:

