

LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

verständlich · christlich · praxisorientiert

Nr. 1/2018

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar



Liebe Leserinnen und Leser,

der neue Gesundheitsminister Jens Spahn hat viel vor. So möchte er dem Pflegenotstand u.a. durch das Anwerben von Pflegekräften aus dem Ausland begegnen. Was es bei dieser »importierten Pflege« aus ethischer Perspektive zu beachten gilt, greift Marius Menke in seinem Beitrag auf.

Die Mitarbeitenden der Einrichtungen im Gesundheitswesen werden jedenfalls sowohl Antworten auf den Umgang mit unterschiedlicher kultureller Prägung als auch auf intergenerationelle Herausforderungen finden müssen. Peter Hammerschmidt hat für Sie voraus gedacht.

Neben den Themen aus der Pflege bietet die neue Ausgabe der LER einen Beitrag aus der psychiatrischen Arbeit und gibt diverse Anregungen zum Weiterdenken – etwa bei grundlegenden Überlegungen zu Krankheit und Gesundheit und der Frage, ob es so etwas wie ein Recht auf ein Kind gibt.

Viel Freude bei der Lektüre wünscht Ihnen im Namen des gesamten Redaktionsteams

Ihr

Jonas Pavelka

Das Zitat »»

»Der Wunsch nach einem eigenen Kind sollte nicht so weit gehen, dass das Kind [...] zu einem Produkt mit Qualitätssiegel mutiert.«

Christof Mandry, Seite 19

2 **Importierte Pflege: Ethische Eckpunkte zu Fragen der Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland**
Marius Menke

6 **Damit es mit den Generationen klappt!**
Peter Hammerschmidt

9 **Überlegungen zu Sinn und Unsinn von Prozessen der Pathologisierung in Medizin und Gesellschaft**
Dominik Balthes

14 **Gibt es ein Recht auf ein Kind?**
Christof Mandry

Impuls:

20 **Vergeben und vergessen...**
Thomas Hörnig

Ethische Fallbesprechung:

23 **Konflikt: Psychiatrische Behandlung eines Patienten zwischen Autonomie und Fürsorge bei zeitweise eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit**
Ulrich Borne

Besprechung:

27 **Orientierung in Fragen von Ethik und Moral**
Petra Schweller

Die LER entsteht in Kooperation mit:



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

Importierte Pflege: Ethische Eckpunkte zu Fragen der Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland

Der Mangel von Gesundheits- und Pflegefachkräften steht seit kurzer Zeit verstärkt in der öffentlichen Diskussion. Die steigende Aufmerksamkeit für eine akuter werdende Problemsituation ist wünschenswert, doch müssen die Verantwortlichen jetzt auch handeln. Ein Weg den Personalengpass aufzufangen besteht in der Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland, die an gewisse ethische und rechtliche Rahmenbedingungen gebunden ist. Wie stellt sich die Situation dar und welche ethischen Eckpunkte sollten bei einer Anwerbung Beachtung finden?

Warum ist Anwerbung überhaupt ein Thema?

Das Thema Fachkräftemangel in den Gesundheits- und Pflegeberufen ist kein neues und hinreichend bekannt, seitdem der demographische Wandel zu einem der größten Herausforderungen der deutschen Gesellschaft wurde. Es ist ja auch nur logisch, dass ein immer kleiner werdender Pool an potentiellen Auszubildenden nicht in der Lage sein kann, eine immer größer werdende Zahl an multimorbiden Pflegebedürftigen zu versorgen. Zusätzlich

Dabei können schon jetzt Einrichtungen längst nicht mehr den Bedarf decken, sodass zunehmend Anfragen pflegerischer Versorgung abgelehnt werden müssen.

sehen sich immer weniger Angehörige aus verschiedenen Gründen in der Lage oder sind nicht mehr dazu bereit, ihre Verwandten zu pflegen. Von den Einrichtungen und Pflegefachkräften wird erwartet, dass sie die, von der Politik mitverursachte, strukturelle Problematik auffangen. Dabei können schon jetzt



Marius Menke (*1988) studierte Katholische Theologie, Philosophie, Staatswissenschaften und Anglistik. Seit 2016 ist er Geschäftsführer des Diözesanen Ethikrates im Erzbistum Paderborn und arbeitet an einer Dissertation zum Thema »Christsein und demokratisches Handeln – Politische Theologie im Anschluss an Hannah Arendt«.

Einrichtungen längst nicht mehr den Bedarf decken, sodass zunehmend Anfragen pflegerischer Versorgung abgelehnt werden müssen.

Erschwerend kommt hinzu, dass nicht nur Deutschland mit der Herausforderung des demographischen Wandels zurechtkommen muss, sondern auch andere Länder. Der weltweite Bedarf an Pflegefachkräften wird in den kommenden Jahrzehnten deutlich zunehmen. Dies wird auch am Beispiel Chinas deutlich, das aufgrund seiner Ein-Kind-Politik vor einem massiven demographischen Problem stehen wird. Diese Situation macht es den Einrichtungen in Deutschland nicht leichter geeignete Personen für die Pflege zu finden, denn zweifellos befinden sich die Einrichtungen hierzulande in einem harten Konkurrenzkampf mit Einrichtungen anderer Länder. Die USA zum Beispiel, die bereits seit 50 Jahren Pflegefachkräfte aus dem Ausland anwerben, sehen mit weniger Sorge in die pflegerische Zukunft. Ganz im Gegenteil sieht man dort die Frage der Anwerbung als lukratives Geschäftsmodell für Anwerbeagenturen im In- und Ausland. Was heute anders ist, ist die Marktexpansion von weltweit organisierten, professionellen Fachkräftagenturen, die aus dem Privatsektor stammen. Einige Agenturen achten dabei nicht darauf, nur aus Ländern anzuwerben, die selbst keinen kritischen Mangel an Pflegefachkräften haben. Die Aussicht in einem Land wie den USA zu leben und zu arbeiten ist ein großer Anreiz für Fachkräfte weltweit, was wiederum das Wachstum von Profitorganisationen stimuliert hat (vgl. Barbara Brush u.a., in: Health Affairs Vol. 23, 2004). Immer mehr Drittstaaten (z. B. die Philippinen) bilden daher gezielt für den »Export« aus.

Ethische Eckpunkte zur Anwerbung

Angesichts dieser Entwicklungen muss das Hauptaugenmerk für eine langfristige und nachhaltige Sicherung der Pflege in Deutschland auf der Nutzung des eigenen Fachkräftepotentials liegen. Für die Verbesserung der Rahmenbedingungen ist vordergründig die Politik gefordert. Eine stärkere öffentliche Würdigung sowie eine attraktivere finanzielle und arbeitsrechtliche Gestaltung der Berufsgruppe der Gesundheits- und Pflegefachkräfte würde hier zum Gelingen beitragen.

Aus ethischer Perspektive muss grundsätzlich darauf geachtet werden, dass sich jegliche Anwerbung aus Staaten verbietet,

Eine stärkere öffentliche Würdigung sowie eine attraktivere finanzielle und arbeitsrechtliche Gestaltung der Berufsgruppe der Gesundheits- und Pflegefachkräfte würde zur Verbesserung der Rahmenbedingungen beitragen.

die selbst einen kritischen Mangel an Fachkräften haben (sog. »brain drain«). Im Hintergrund steht der Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2010, der eine erste Richtlinie für die Anwerbung sein kann und auf dessen Grundlage sich auch die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit (ZAV) bezieht. Diese bietet das Programm *Triple Win* an, das speziell für die Drittstaaten Bosnien-Herzegowina, Bosnien, Serbien und die Philippinen entwickelt wurde. Geeignete Personen werden bereits im Herkunftsland sprachlich und fachlich auf die Aufgaben in deutschen Einrichtungen vorbereitet. Sind diese dann in Deutschland angekommen, benötigen sie Unterstützung bei der Wohnungssuche und Integration in ihre neue Umwelt. In dieser Hinsicht können Mentorenprogramme hilfreich sein oder die Integration fördernden Angebote von kirchlichen Einrichtungen und Vereinen. Die Pflegeteams sollten bereits vor Ankunft auf die neuen Pflegefachkräfte vorbereitet werden, sodass ein zeitlich angemessener und reibungsloser Einarbeitungsprozess gestaltet werden kann. Der Gleichberechtigungsgrundsatz gebietet, dass Personen unabhängig von ihrer Ethnie, ihres Geschlechts, ihrer Religion etc. behandelt werden. Ferner gelten die gleichen arbeitsrechtlichen Bedingungen wie für deutsche Pflegefachkräfte. Für eine gelingende Pflege-Patient-Interaktion sind ausreichende fachliche Sprachkenntnisse (Niveau B2) unverzichtbar, auf die jede Einrichtung bestehen muss. Angeworbene Fachkräfte sind entsprechend ihrer Qualifikation einzusetzen und bedürfen, wie alle anderen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, der kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung. Zu beachten ist dabei die erfolgte Anerkennung des Berufsstands entsprechend der bereits vorhandenen Ausbildung (oder in manchen Ländern auch eines Studienabschlusses) inklusive der Klärung des Aufenthaltsstatus gemäß §6 BeschV. Wünscht die Person in ihr Herkunftsland zurückzukehren, muss ihr eine ausreichende und angemessene Unterstützung zugesagt werden.

Multikulturelle Diversität ist teilweise herausfordernd. Sie kann zu anspruchsvollen Situationen führen, besonders in kleineren Teams, in denen Pflegefachkräfte teilweise unter hohem Leistungs- und Arbeitsdruck stehen. Die Pflegedirektorin Sabine Proksch weist zu Recht darauf hin, je nach Einrichtung abzuwägen, die

Multikulturelle Diversität kann zu anspruchsvollen Situationen führen, besonders in kleineren Teams, in denen Pflegefachkräfte teilweise unter hohem Leistungs- und Arbeitsdruck stehen.

Anwerbung auf Personen aus wenigen fremden Kulturen zu beschränken. Dadurch entgeht man der Gefahr, »sich und andere zu überfordern« und kann gewährleisten, dass »sich eine stabile Gruppe bilden kann, die sich bei Schwierigkeiten gegenseitig stützt und durch das Leben der eigenen Kultur und der eigenen Rituale Heimat in der Fremde ist« (Sabine Proksch, in: Pflege Leben 01, 2017).

Bei aller Schwierigkeit dürfen aber auch die Vorteile nicht vergessen werden, die sich nicht nur für die anwerbende Einrichtung, sondern auch für die angeworbenen Personen und ihre Herkunftsländer ergeben. Neben einer qualitativ hochwertigen Aus- und Weiterbildung auf den neuesten medizinischen und pflegerischen Stand, den die angeworbenen Personen bei einer Rückkehr in ihr Heimatland auch dort gewinnbringend einsetzen können, besteht die Möglichkeit, die eigenen Familien zu Hause finanziell zu unterstützen.

Die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften hat Vor- und Nachteile, die zu berücksichtigen sind, allerdings wird das deutsche Gesundheitswesen kurz- und mittelfristig nicht ohne zusätzliche Unterstützung auskommen. Sie kann für alle Seiten ein Gewinn sein.

» Literaturhinweise beim Verfasser.

Damit es mit den Generationen klappt!

Altersheterogenität meistern,
eine Aufgabe aller MitarbeiterInnen

»Wir bekommen eine Neue. Tja, das ist auch wieder nur so eine Junge!«, »Reden die Jungen jetzt auch schon mit?«, »Das ist schon so richtig, ich habe langjährige Erfahrungen damit!«, »Erzähl doch mal, du kommst ja gerade von der Schule. Was gibt es Neues?«, »Die Jungen sind schon ganz in Ordnung!«

Der demografische Wandel hat Deutschland fest im Griff. Die Altersspanne in den Unternehmen ist größer denn je, und dadurch prallen dort auch besonders viele verschiedene Lebensentwürfe, Ziele und Arbeitseinstellungen aufeinander. Die Altersstruktur in vielen Unternehmen verschiebt sich; die Anzahl der (qualifizierten) Nachwuchskräfte wird knapp(er). Eine intensivere Zusammenarbeit zwischen alten (und immer älteren) und jungen (und immer jüngeren) MitarbeiterInnen ist aktuell mehr denn je gefragt. Immer stärker müssen sich derzeit Personalverantwortliche allgemein und die Führungskräfte vor Ort speziell mit einer alternierenden Belegschaft einerseits und dem Nachrücken sehr junger MitarbeiterInnen andererseits auseinandersetzen. Die Herausforderung besteht dabei darin, beide (Rand-) Gruppen gut zu einem gemeinsamen Miteinander zu führen.

Dies stellt eine besondere Herausforderung dar, vor allem dann, wenn der sogenannte »Mittelbau« der MitarbeiterInnenschaft fehlt oder nur sehr schwach ausgebaut ist. Allerdings stellt dieser doch oft die Brücke zwischen den beiden Rand-Generationen dar und hilft so, die sehr unterschiedlichen Vorstellungen, Werte etc. von Arbeiten und Leben der einzelnen Generationen zusammenzu-

Die Herausforderung besteht dabei darin, beide (Rand-) Gruppen gut zu einem gemeinsamen Miteinander zu führen.



Peter Hammerschmid
Dr. phil., ist Personaltrainer und arbeitet als Dozent in den Sozial- und Pflegewissenschaften an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Regensburg

führen. Der sogenannte »Generationskonflikt« kann damit leichter vermieden, oder zumindest auf ein geringeres Maß reduziert werden.

Den Konflikt, der sich aus der großen Spannung von vielen älteren und jetzt nachrückenden jüngeren MitarbeiterInnen ergibt, gab es bereits in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts. Damals waren viele Positionen mit älteren MitarbeiterInnen besetzt. Kriegsbedingt waren die mittleren Jahrgänge ausgedünnt und an den Arbeitsplätzen standen sich zusehends immer mehr alte und junge MitarbeiterInnen gegenüber. Zusätzlich war die nachkommende Generation der MitarbeiterInnen durch eine andere Sozialisation geprägt worden. Die Älteren bestimmten autoritär - das hatten sie gelernt - den Takt und die Jüngeren mussten folgen. Die jüngeren, frisch ausgebildeten MitarbeiterInnen, die ihr Wissen und ihre erworbenen Kompetenzen anwenden wollten, fühlten sich an den Rand gedrängt, nicht verstanden und sie wollten nicht nur einfach folgen. Spannungen waren vorprogrammiert, zumal der Mittelbau, der eine Brücke zwischen den beiden Altersgruppierungen bilden konnte, nicht (oder nur kaum) vorhanden war. Konflikte waren daher unübersehbar.

Die Botschaft und Lehre aus dieser Zeit ist für die heutige, im Kern ähnliche Situation (analog orientierte und sozialisierte Ältere stoßen auf digital/technisch orientierte und sozialisierte Jüngere) lautet: die Personalpolitik muss darauf einwirken, dass sich die (Führungs-)Mannschaft nicht auf einige wenige Jahrgänge verdichtet und ausrichtet. Die Spreizung auf mehrere Jahrgänge ist entscheidend sowohl in der Führungsmannschaft selbst, wie auch bei den BasismitarbeiterInnen. Alle MitarbeiterInnen müssen für diese Situation und ihre speziellen Herausforderungen sensibilisiert sein.

Dabei zeigen derzeit viele Studien, dass der Inhalt dieser Botschaft, wenn er im Alltag umgesetzt wird, tatsächlich zu einer größeren Produktivität und Zufriedenheit führt. Dieser Effekt wird jedoch nicht automatisch erreicht. Er ist vielmehr ein Ergebnis gekonnter Personalpolitik und aktiv angewandeter Führungshandlungen. Sogenanntes »Age-Diversity-Management« ist angesagt. Gelingt dies nicht, dann zeigt sich, dass hohe Altersheterogenität eher negative Effekte zeigen, wie z. B. ein schlechteres Gruppenklima, weniger Kommunikation, eine höhere Fluktuationsrate, eine verringerte Leistungsbereitschaft u. a. Altersgemischte Gruppen hingegen erleben dann ihren Wert-Vorteil, wenn die MitarbeiterInnen für die jeweils andere Generation sensibilisiert sind.

Die Personalpolitik muss darauf einwirken, dass sich die (Führungs-)Mannschaft nicht auf einige wenige Jahrgänge verdichtet und ausrichtet.

Von ganz alleine stellt sich das Miteinander der verschiedenen Generationen in der Regel nicht ein. Damit altersgemischte Arbeitsgruppen funktionieren, ist auf bestimmte Bedingungen zu achten, die wesentlich zum Betriebserfolg und zur MitarbeiterInnenzufriedenheit beitragen:

1. Als obersten Punkt steht eine Unternehmenskultur, die den Austausch und die Zusammenarbeit der Generationen fördert sowie die Leistungen und Kompetenzen von MitarbeiterInnen jeden Alters wertschätzt.
2. Wichtig ist auch eine Zusammensetzung der Gruppen, die unterschiedliche Altersgruppen berücksichtigt.
3. Bei der Führung ist auf eine gemeinsame Gruppenvision (orientiert an der Arbeitsaufgabe) zu achten, denn ältere MitarbeiterInnen haben in der Regel beispielsweise andere Interessen, Lebensthemen als ihre jüngeren KollegInnen.
4. Zudem ist eine gute Kommunikation untereinander sowie
5. gegenseitige Wertschätzung wichtig.
6. Bei den Arbeitsplätzen ist darauf zu achten, dass sie altersspezifisch gestaltet sind, damit alle MitarbeiterInnen ihr Leistungspotential gut zur Entfaltung bringen können.
7. Auch altersgemischte Gruppen funktionieren nur dann, wenn genügend organisatorische Ressourcen bereitstehen und
8. allgemeingültige Richtlinien, an denen sich die MitarbeiterInnen hin zum Ziel ausrichten können.
9. Eine Altersdiskriminierung (gilt für jede Altersgruppe!) darf nicht zugelassen werden und sollte über die Unternehmenskultur von vornherein ausgeschlossen sein.
10. Ständiges Weiterlernen aller MitarbeiterInnen, unabhängig von deren Altersstruktur, sollte in der Kultur und in den einzelnen MitarbeiterInnen verankert sein.

Das Miteinander der Generationen gelingt dann am besten, wenn es dem Unternehmen an sich (= strategische Ausrichtung!) und mit Hilfe seiner Führungskräfte und den BasismitarbeiterInnen (= operative Ausrichtung) gelingt, die Abstände und Unterschiede im Alter der Belegschaft zu verringern, Altersdiskriminierung und gegenseitige Vorurteile zu reduzieren, die Wertschätzung von Altersunterschieden zu erhöhen, eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung zu organisieren und wenn MitarbeiterInnen, gleichgültig in welcher Gruppe des Generationenmix sie sich befinden, lernen und erleben, dass die anderen eine hilfreiche Ergänzung sind.

Überlegungen zu Sinn und Unsinn von Prozessen der Pathologisierung in Medizin und Gesellschaft

»Ich habe unter denen, die sich einer unerschütterlichen Gesundheit erfreuen, noch keinen getroffen, der nicht nach irgendeiner Seite hin ein bißchen beschränkt gewesen wäre - wie solche, die nie gereist sind.« (André Gide)

Mit diesem durchaus unzeitgemäßen Zitat des französischen Schriftstellers seien die nachfolgenden Überlegungen zum Stellenwert von Gesundheit und Krankheit – sowie zur Tendenz der Pathologisierung (etwas als krankhaft bezeichnen) verschiedenster Zustände eingeleitet. Die nachfolgend vorgetragenen Gedanken seien also Vorüberlegungen, die zum Weiter- und Überdenken anregen möchten.

Krankheit ist mehr als nur das Gegenteil von Gesundheit

Auch wenn Gide es offensichtlich für möglich hält, dass es Menschen gibt, die sich einer unerschütterlichen Gesundheit erfreuen, so hält er doch die Vorzüge eines solchen Zustandes (vgl. o.g. Zitat) für nicht erstrebenswert, sondern sogar für defizitär. Krankheit als Gegenspieler der Gesundheit hat in seiner Lesart eher etwas mit Erfahrung, mit Weisheit und Weitblick zu tun.

Solche Gedanken mögen so gar nicht in eine Zeit passen, die von Bildern des unternehmerischen Selbst (Bröckling) und der Teilhabemöglichkeit an der Multioptionalität (Gross) geprägt ist. Der Einzelne soll etwas aus sich machen, er soll dazu in der Lage sein, vielfältige Optionen seiner Lebensgestaltung zu ergreifen. In einer auf Effizienz ausgerichteten Gesellschaft, im Arbeitsleben wie auch im Freizeitverhalten, ist die Voraussetzung für mehr Teilhabe ein möglichst rei-



Dominik Balthes
arbeitet als Lehrer und promovierte mit einer Arbeit zu Gesundheit und Krankheit zum Dr. theol. Er ist außerdem Lehrbeauftragter an der Uni Freiburg.

bungslos funktionierender Körper und Geist. Nicht zuletzt die schon vor vielen Jahren von Verena Wetzstein bemerkte Pathologisierung der Demenz vom Typ Alzheimer kann als Beispiel für solche Entwicklungen dienen.

Werden verschiedene Zustände inzwischen häufiger als »krank« beschrieben?

Die Pathologisierung, also die Beschreibung von Zuständen als »krankhaft«, spielt sich durchaus in unterschiedlichen Facetten ab. So beobachten wir seit vielen Jahren im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen sprunghaften Anstieg der Diagnose ADHS/ADS. Bei einer stark anwachsenden Zahl von Kindern und Jugendlichen wird eine krankhaft verminderte Aufmerksamkeitsfähigkeit bzw. ein damit verbundener unnatürlicher Bewegungsdrang diagnostiziert. Es folgt in nicht seltenen Fällen eine medikamentöse Einstellung. Der Autor möchte an dieser Stelle nicht die – durchaus in der Fachwelt sehr umstrittene – Berechtigung dieser Entwicklung diskutieren. Sie soll hier lediglich, neben der bereits angesprochenen Pathologisierung der Alzheimer Demenz, als ein weiteres Beispiel für eine Facette der Pathologisierung dienen.

Die Diagnosestellung auf Grundlage von Standards ist begrenzt

Zahlreiche Richtlinien für die ärztliche Behandlung geben heute dem Arzt die fachlichen Standards an die Hand, nach denen bestimmte Zustände zu behandeln sind. Damit verbunden sind freilich immer auch kulturell und weltanschaulich geprägte Einstellungen. Jede Definition von krankhaften bzw. behandlungsbedürftigen Zuständen setzt zwangsläufig Grenzen, arbeitet über das Prinzip des Ein- und Ausschlusses. Dies gilt selbstverständlich auch für neue Erkenntnisse der medizinischen Forschung, die mitunter ein Umdenken notwendig machen. Nun verbinden sich mit diesem Vorgang in unserer vielfältig aufgegliederten Gesellschaft die unterschiedlichsten Interessen, beispielsweise die der Ärzte und ärztlichen Fachgesellschaften, der Pharmaindustrie, der Patienten, der Kranken-

kassen und zahlreicher weiterer Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors. Es stellt sich somit nicht selten die Frage, wem denn eigentlich die Definitionshoheit über »krank« und »gesund« zukommt. Diese Frage ist freilich nicht neu, sie stellt sich heutzutage – in einem stark und leistungsfähig gegliederten Gesundheitssystem – nur unter anderen Rahmenbedingungen, die ich vorstehend versucht habe anzudeuten.

Es stellt sich somit nicht selten die Frage, wem denn eigentlich die Definitionshoheit über »krank« und »gesund« zukommt.

Historische Betrachtung des Verhältnisses von Krankheit und Gesundheit

Historisch betrachtet stellt sich die Problematik der Unterscheidung zwischen krank und gesund schon seit dem Aufkommen einer systematisierenden Heilkunde. Bereits die griechische Medizin der Antike versucht diesem Problem Herr zu werden, indem sie den Zustand des Gesundseins als ein Dazwischen zwischen Krankheit und absoluter Unbeschwertheit ansiedelt. Somit ist für sie der anzustrebende Zustand ein weder-noch (lat. ne-utrum): ein Neutrales, das sich zwischen den Extremen ansiedelt und damit stets auch ein zerbrechliches und empfindliches Gleichgewicht darstellt. Die im Eingangszitat angesprochene unerschütterliche Gesundheit kann einer solchen Sichtweise schlicht nur als Illusion erscheinen.

Auswirkungen einer standardisierten Diagnostik

Bei aller angedeuteten Schwierigkeit der Abgrenzung von krankhaft zu nicht krankhaft, können wir – zumindest unter den derzeit geltenden Rahmenbedingungen – sie nicht einfach vermeiden, zumindest nicht unter den derzeit geltenden Rahmenbedingungen. Denn in zahlreichen Handlungskontexten kommt dieser Unterscheidung eine legitimierende Funktion zu: der Arzt kann einen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten nur dann zureichend rechtfertigen, wenn neben dessen Einverständnis auch ein objektivierbarer

Anlass zum Eingreifen vorliegt, mithin in den meisten Fällen also ein pathologischer Zustand. Die Ausstellung sowie die Abgabe von Medikamenten unterliegen ähnlichen Anforderungen. Der Arbeitnehmer darf nur dann berechtigt seiner Arbeit nicht nachgehen, wenn er – unter Berücksichtigung der geltenden kulturellen Normen – für krank befunden wird. Er ist dann für einen gewissen Zeitraum in dieser gesellschaftlichen Rolle entschuldigt (Parsons), bei gleichzeitig bestehendem gesellschaftlichen Anspruch, alles dafür zu tun baldmöglichst wieder in diese Rolle treten zu können. Die Krankenversicherungen leisten nur dann, wenn eine anerkannte Krankheit vorliegt.

Die Pathologisierung bzw. auch die Entpathologisierung von Zuständen und Verhaltensweisen beinhaltet dabei durchaus auch Mehrdeutigkeiten. Sie kann – je nach Umstand – eine Funktion der Entschuldung erfüllen, was mitunter dann allerdings auch in eine Diskriminierung münden kann. Ein wohl klassisches Beispiel hierfür ist die Homosexualität, die noch bis ins Jahr 1973 im DSM (Psychologisches/Psychiatrisches Klassifikationssystem) als Krankheit erfasst war. Denn der Zustand des Krankseins gilt als unerwünscht, in der Regel nachteilig. Hinter manchen Pathologisierungen stehen möglicherweise aber auch wirtschaftliche Interessen.

Abschließende Reflexion über das Verhältnis von »Krankheit und Gesundheit«

Interessant erscheint auch der Befund, den Uli Reiter erhoben hat: In zahlreichen gesellschaftlichen Kontexten sprechen wir von Zuständen, die wir mit Begriffen aus der medizinischen Terminologie verbinden, wie beispielsweise der »Wirtschaftsdepression«. Eine Erklärung für solche Wortneuschöpfungen mag sein, dass das Unerklärliche, das Nicht-Beherrschbare die Ohnmacht gegenüber einer Entwicklung zum Ausdruck gebracht werden soll. Alles Motive, die auch ein schwer erkrankter Mensch mitunter erleben muss.

Gehören Krankheiten und damit auch das stets gefährdete und zerbrechliche Gleichgewicht, das wir Gesundheit nennen, zu einem erfahrenen Leben, wie Gide behauptet, dann werden die Übergangsbereiche zumindest ein Stück weit sich immer auch von einer kulturellen Gesamtlage her bestimmen lassen müssen. Angesichts der aufgezeigten Mehrdeutigkeiten und der mitunter sehr unterschiedlichen Interessenslage verschiedener Akteure gilt es allerdings darüber zu wachen, dass bei der Definition des Krankhaften redlich vorgegangen wird, dass das Wohl derer im Mittelpunkt steht, die auch die tatsächlich Leidenden sein müssen: Patienten. Oder in den Worten der klassischen medizinischen Ethik formuliert: *salus aegroti suprema lex* – das Heil des Kranken sei das höchste Gesetz.

Ihre Altersvorsorge in guten Händen...

unkompliziert
garantiert
flexibel

IMMER GUT
VERSICHERT
seit
1952



Altersvorsorge ist so individuell wie Ihr Lebensweg. Wir bieten:

- Höhere Renten und jederzeitige Beitragsflexibilität
- Attraktives Garantiemodell mit Zinshöchststands-Garantie
- Innovative Tarife ohne Abschlussprovision und dadurch hohe Vertragsguthaben ab dem 1. Beitrag

**Starten Sie Ihre
Altersvorsorge jetzt!**



Wir informieren Sie gern: www.pensionskasse-caritas.de
info@pensionskasse-caritas.de · Tel.: 0221 46015-0

 PENSIONSKASSE
DER CARITAS VVAG

Gibt es ein Recht auf ein Kind?

Die Frage nach einem »Recht auf ein Kind« wäre vor zwei Generationen noch völlig unverständlich gewesen. Dass wir damit heute eine klare Vorstellung verbinden, zeigt den tief greifenden Wertewandel in diesem Bereich. Im Sprachgebrauch »Recht auf Kind« spiegelt sich die Einstellung wider, die für das Verhältnis des Individuums zu Staat und Gesellschaft insgesamt maßgeblich geworden ist. Der Bezug auf die Menschenrechte als Abwehrrechte schlägt sich dabei auch in dem einst so intimen Bereich der Sexualität und der Fortpflanzung nieder. Der emanzipatorische Grundzug weist – mit Recht – nicht zu rechtfertigende Einschränkungen zurück, die sich überkommenen Staatsauffassungen, Rollenverständnissen und Moralvorstellungen verdanken. Im Zentrum steht das Individuum, das seinen Lebensentwurf und seine eigenen Lebensentscheidungen verfolgt.

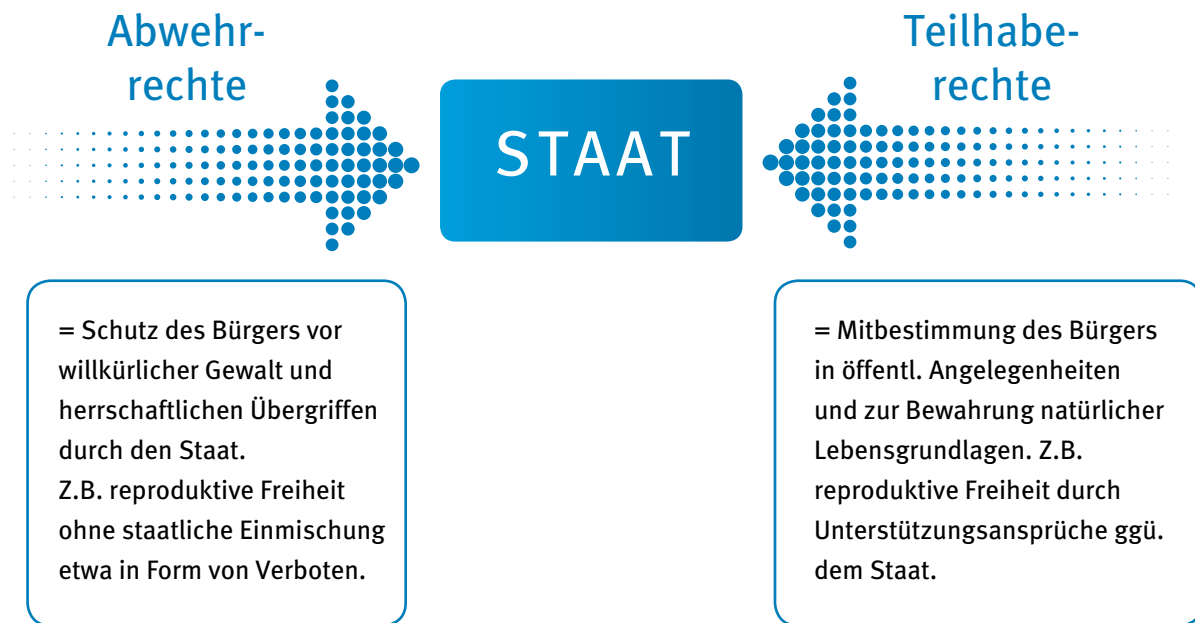
Das Recht auf ein Kind ist ein neuerer, aber keineswegs nebensächlicher Ausdruck dieses Lebensgefühls und seiner Wertungen. Natürlich kann von einem moralischen oder gar rechtlichen Anspruch des Individuums auf ein eigenes Kind keine Rede sein. Ein moralisches Recht kann man schließlich allenfalls auf den diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen bei Unfruchtbarkeit haben. Aber in der Rede von einem Recht auf ein Kind zeigt sich auch ein Selbstverwirklichungsanspruch, der wesentlich ein Anspruch ist, sich den Lebensstil, die Güter und die Lebensweise verschaffen zu wollen, die einem selbst in authentischer Weise entsprechen.

Die Rede vom Recht auf ein Kind hat eine so genannte *negative* Seite, nämlich den Abwehranspruch, sich gegen jegliche Einmischung von außen zur Wehr zu setzen. Reproduktive Freiheit bedeutet, dass nur man selbst – das Paar oder letztlich die Frau, deren Körper im Mittelpunkt steht – entscheidet ob, wann, wie viele und mit wem sie Kinder haben möchte. Viele wollen keine Kinder, andere wollen sie. Das ist eine höchstpersönliche Sache. Die so genannte *positive* Seite bezieht sich auf die Unterstützungsansprüche, die daraus abgeleitet



Christof Mandry
hat die Professur für
Moraltheologie und Sozialethik
an der Goethe-Universität
in Frankfurt inne. Neben
medizinischen Fragen
interessiert ihn auch die
gerechte Organisation des
Gesundheitswesens und der
Pflege.

werden. Es bestehen folgende Vorstellungen: Niemand darf davon abgehalten werden, sich freibestimmt fortzupflanzen und niemand darf davon abgehalten werden, sich die Güter und Dienstleistungen zu verschaffen, die dazu notwendig sind.



Auch darf niemand davon abgehalten werden, die Güter und Dienstleistungen anzubieten, die zur Reproduktion notwendig oder förderlich sind. Das ist Ausdruck der Marktlogik, die seit über 30 Jahren immer mehr auch von der Fortpflanzung und der Reproduktionsmedizin, ja von weiten Teilen der Medizin insgesamt Besitz ergriffen hat. In dieser Linie wird es immer weniger verständlich, ja es erscheint geradezu autoritär und rückschrittlich, wenn Reproduktionstechnologien wie In-vitro-Fertilisation, Eizell- und Samenspende, Leihmutterschaft und andere Dinge nicht allgemein erlaubt und zugänglich sind. Schließlich können damit auch nicht nur Patienten mit medizinischen Fruchtbarkeitsproblemen profitieren, sondern auch Menschen, denen es bislang kaum oder gar nicht möglich war, sich einen Kinderwunsch erfüllen wie Menschen ohne Partner, lesbische und schwule Paare, oder Menschen mit erblicher Belastung. Der Wertewandel hat damit die Reproduktionsmedizin insofern ergriffen, als sie jetzt nicht nur zur medizinischen Behandlung von Paaren mit Fertilitätsproblemen eingesetzt wird, sondern auch Menschen und Paaren ohne Fertilitätsprobleme zur Erfüllung ihres Kinderwunsches verhelfen soll.

Aus christlich-ethischer Sicht ist die medizinische Entwicklung in diesem Bereich keineswegs nur negativ zu sehen. Der Wunsch Kinder zu haben, ist schließlich nachvollziehbar. Ebenso ist es nachvollziehbar, dass Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch dies manchmal als eine wesentliche Leerstelle im eigenen Leben empfinden. Es ist gut, dass die moderne Medizin vielen von ihnen helfen kann. Es dürfen aber auch verschiedene ethische Aspekte nicht vergessen werden. Ich nenne drei:

1. Kinder sind nicht dazu da, ihre Eltern glücklich zu machen. Auch wenn sie das oftmals tun. Die Kultur freiheitlicher Fortpflanzung, die sich als Ausdruck von individueller Selbstbestimmung sieht, hat die Tendenz, das Kind zu einem Projekt der Selbststeigerung zu machen. Tendenzen der Kommerzialisierung drohen dazu,

das Kind zu einer Art besonderem Produkt zu machen. Das Kind als eigenständige Person ist aber kein Produkt, noch nicht einmal ein biologisches Produkt seiner Eltern. Das trifft zwar auf seine biologische Verfassung zu. Als Person ist es aber etwas Neuartiges, das aus gegenseitiger Liebe zwischen zwei Menschen erwächst, die Raum schafft für ein Drittes: das Kind, die Kinder. Erst aus der Anerkennung der Eigenständigkeit des Kindes erwächst die Erweiterung der Selbstliebe und der Paarliebe, die schließlich als wesentliche Bereicherung erlebt werden kann. Im Kind wird eine Unverfügbarkeit erfahren, die von Anfang an über der Beziehung zum Kind steht und die in der weiteren gemeinsamen Geschichte von Eltern und Kind erhalten bleibt, in der das Kind sich als eigenständige Persönlichkeit – für Eltern in einer immer wieder erstaunlichen Weise – entfaltet. Wir haben es mit Verantwortung in einem wörtlichen Sinne zu tun: Elterliche Verantwortung für das Kind ist ein Antwort-geben auf die Unverfügbarkeitserfahrung, die aus dem Erleben eines unverrechenbar Neuen – eines Neuanfangs in der Welt – entsteht. In der religiösen Sprache ist daher mit Recht vom Kind als einem Geschenk die Rede – eben einer unverdienten, voraussetzungslosen Gabe. Das ist etwas anderes als die Ungewissheitserfahrung, ob in der Kinderwunschpraxis die In-vitro-Fertilisation tatsächlich zur Geburt eines eigenen Kindes führt. Natürlich ist es beglückend, aus der Reproduktionsklinik ein Kind mit nach Hause nehmen zu können. Aber die Unverfügbarkeit erhält hier doch in der Tendenz die Erfahrung eines bislang noch nicht völlig erfolgssicheren, aber weiter verbesserungsfähigen technischen Vorgangs. Sich ein Kind medizinisch-technisch verschaffen zu können verdrängt tendenziell diese Sichtweise. Natürlich ist dies weder pauschal allen

Die Kultur freiheitlicher Fortpflanzung, die sich als Ausdruck von individueller Selbstbestimmung sieht, hat die Tendenz, das Kind zu einem Projekt der Selbststeigerung zu machen.

Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch noch den Reproduktionsmedizinerinnen vorzuzulassen. Diese Tendenz schlägt sich gar nicht zuerst in individuellen Motivationen nieder, sondern in den überindividuellen Handlungsweisen mit ihren inhärenten Logiken. Aber es ist auch nicht von der Hand zu weisen, dass der Kinderwunsch sich leicht dahin verändert, dass das Kind – nach all den Anstrengungen – den eigenen, letztlich eben doch selbstbezogenen Erwartungen nach Qualität und Erfolg entsprechen soll. Der verhältnismäßig stark kommerzialisierten Kinderwunsch-Medizin mit allen ihren Qualitätsversprechen und Qualitätsmaßnahmen ist dies zu eigen. Gesteigert wird dies in der Praxis der Leihmutterchaft, deren Zulassung immer wieder auch für Deutschland gefordert wird.

2. Das Wohl der Kinder ist nicht ein Gesichtspunkt unter mehreren, sondern ein zentraler und wesentlicher ethischer Gesichtspunkt. Kinder haben ein moralisches Recht auf Vater und Mutter, auf Identität und auf eine eigene Persönlichkeit, die unabhängig von den Wünschen anderer bestehen kann. Nun wäre es unzutreffend, alleinerziehenden Eltern abzusprechen, ein guter Vater oder eine gute Mutter sein zu können, bei denen Kinder gut aufwachsen können. Auch schwulen und lesbischen Paaren kann man Gutes Elternseinkönnen nicht pauschal absprechen. Aber ich finde schon, dass es etwa einen Unterschied macht, ob ein Kind bei einem alleinerziehenden Elternteil aufwächst, weil eine Beziehung leider auseinander gegangen ist, oder ob es bei einem Allein-Vater oder einer Allein-Mutter aufwächst, weil es eben zu dessen oder deren Lebensentwurf gehört, ohne Partner Kinder zu haben und entsprechend für das Kind auch keinen anderen Elternteil vorzusehen. Aus der Adoptionsforschung wissen wir, wie schwierig es für Kinder ist, mit den Ursprüngen der eigenen Geschichte umzugehen, wenn es dort Leerstellen gibt und ein Kontakt zu Ursprungseltern nicht hergestellt werden kann. Das betrifft auch schwule und lesbische Elternpaare. Ich denke nicht, dass sie nicht gute Eltern sein können (und es gegenwärtig auch sind). Ich denke auch nicht, dass es Kindern nicht zugemutet werden kann, als Kinder solcher Paare gewissermaßen in eine gesellschaftliche Außenseiterposition hineingeboren, quasi hineingezwungen zu werden. Vermutlich bestehen solche Vorbehalte vielerorts gar nicht mehr oder lassen sich abbauen. Jedoch bedeutet die Verantwortung für das Kind, ihm auch in solchen Beziehungen den Zugang zur eigenen Identität zu ermöglichen und das Wissen von und den Kontakt zu den genetischen bzw. biolo-

Kinder sind nicht zur Komplettierung des Lebensplanes von Erwachsenen gedacht, sondern müssen um ihrer selbst gewürdigt und respektiert werden.

gischen Eltern zu ermöglichen. Mit manchen gegenwärtig verbreiteten Formen der anonymen Ei- und Samenspende und der Leihmutterschaft ist das nicht gegeben. Das Wohl der Kinder muss an erster Stelle stehen, sie sind – wie gesagt – nicht zur Komplettierung des Lebensplanes von Erwachsenen gedacht, sondern müssen um ihrer selbst gewürdigt und respektiert werden.

3. Die Diskussion über das Recht auf ein Kind führt zu einer verengten Sichtweise *auf die Wunscheltern*; betroffen sind von der Reproduktionsmedizin aber auch häufig *wenig beachtete Dritte*: Ich denke vor allem an die Eizellspenderinnen und Samenspender, und schließlich auch an die Leihmütter. Kinderwunschmedizin und Kinderwunschdienstleistungen gehen mit der Kommerzialisierung des Körpers, vor allem des Frauenkörpers, einher. Diese Kommerzialisierung erfolgt nun unter der emanzipatorischen Flagge einer selbstbestimmten Teilnahme am florierenden internationalen Dienstleistungsmarkt. Neben dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft, wovon die Rede war, sind aber vor allem die Eizellspende als auch die Leihmutterschaft ethisch nicht unbedenklich. Um anderen Paaren und anderen Frauen eigene Kinder zu ermöglichen, setzen sich finanziell häufig weniger gut gestellte Frauen einem medizinischen, sozialen und psychischen Risiko aus. Schließlich unterziehen sie sich einer medizinischen Behandlung, die bei ihnen nicht indiziert ist, sondern auf einen Nutzen bei anderen ausgerichtet ist. Diese Problematik lässt sich auch nicht durch den Hinweis aus der Welt schaffen, dass Spenderinnen und Leihmütter dies nach sorgfältiger medizinischer Aufklärung freiwillig und finanziell gut entlohnt tun. Vielmehr unterwirft es die Frauen, und mit ihnen die von ihnen ausgetragenen und geborenen Kinder, in einer Weise der Produktions- und Marktlogik, die wesentlich weiter geht als jedes andere Zurverfügungstellen von Arbeitskraft gegen Entlohnung. Gegen eine Bezahlung, die in bestimmten Konstellationen sehr attraktiv erscheinen mag, willigen sie vertraglich in die weitgehende Übereignung ihrer leiblichen und seelischen Selbstbeziehung ein.

Diese Kommerzialisierung erfolgt nun unter der emanzipatorischen Flagge einer selbstbestimmten Teilnahme am florierenden internationalen Dienstleistungsmarkt.

Das bedeutet dann konkret:

- Embryo-Transfer mit Spendermaterial, das andere auswählen
- medizinisches Monitoring und Überwachung der Schwangerschaft, die andere vorgeben
- genetische und sonstige Untersuchungen des Fötus nach dem Vertragsplan
- Schwangerschaftsabbruch und selektiver Fetozyd, ebenfalls nach vertraglicher Verpflichtung
- die Verpflichtung, eine pränatale Beziehung zum Kind nicht aufzubauen, teilweise hormonell unterstützt
- die Verpflichtung, sich vom Kind nach der Geburt zu trennen.

Durch das Unterbinden jeglicher Beziehung zwischen Leihmutter und Kind kann man kaum von der Hand weisen, dass die Leihmutter hier auf ihre leiblich-biologische Funktion reduziert wird; das ist eine Abspaltung von Psyche und Körper, die ihre leiblich-seelische Integrität verletzt und, wie viele meinen, auch ich, gegen ihre Menschenwürde verstößt. Dass auch das Kind auf ein Produkt reduziert wird, lässt sich ebenfalls kaum von der Hand weisen. Offenbar wird dies dort, wo es nicht den Erwartungen entspricht, etwa weil es krank oder behindert zur Welt kommt. Hier sind viele rechtliche Fragen im Übrigen noch offen. Sie werden, fürchte ich, an der Produktionslogik der Leihmutterschaft nichts ändern können. Ich meine daher, dass sie mit Recht weiterhin verboten bleiben sollte. Der Wunsch nach einem eigenen Kind sollte nicht so weit gehen, dass das Kind seinem unverfügbar-eigenständigen Charakter entkleidet wird und immer mehr zu einem Produkt mit Qualitätssiegel mutiert.

Der Wunsch nach einem eigenen Kind sollte nicht so weit gehen, dass das Kind seinem unverfügbar-eigenständigen Charakter entkleidet wird und immer mehr zu einem Produkt mit Qualitätssiegel mutiert.

Vergeben und vergessen...

Demenz ist nicht lustig. Nein, fürwahr nicht. Demenz ist ein böses Wort, denn es heißt so viel wie »ohne Geist« (lat. de-mentis) (»ohne Geist«). Dementiell bedingte Persönlichkeitsveränderungen sind für pflegende Angehörige schwer mitzuerleben und bisweilen kaum zu ertragen. Häufig schämen sie sich und sind überfordert. Bis 2050 werden drei Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland erwartet. Ist Demenz eine Krankheit? Oder, befremdlich genug, eine Lebensform?

Demenz ist für die Betroffenen zunächst ein von Angst bestimmtes Leben. Sie haben den Eindruck, dass mit ihnen etwas nicht stimmt oder noch grundsätzlicher den Eindruck: »Ich stimme nicht«. Alles verändert sich. Meine Orientierung. Mein Gedächtnis. Mein Körper. Meine Schrift. Der Hippocampus wird früh geschädigt: cognitive maps für Erinnerung und Orientierung gehen verloren. Beginnende Demenz kommt häufig mit Depression daher.

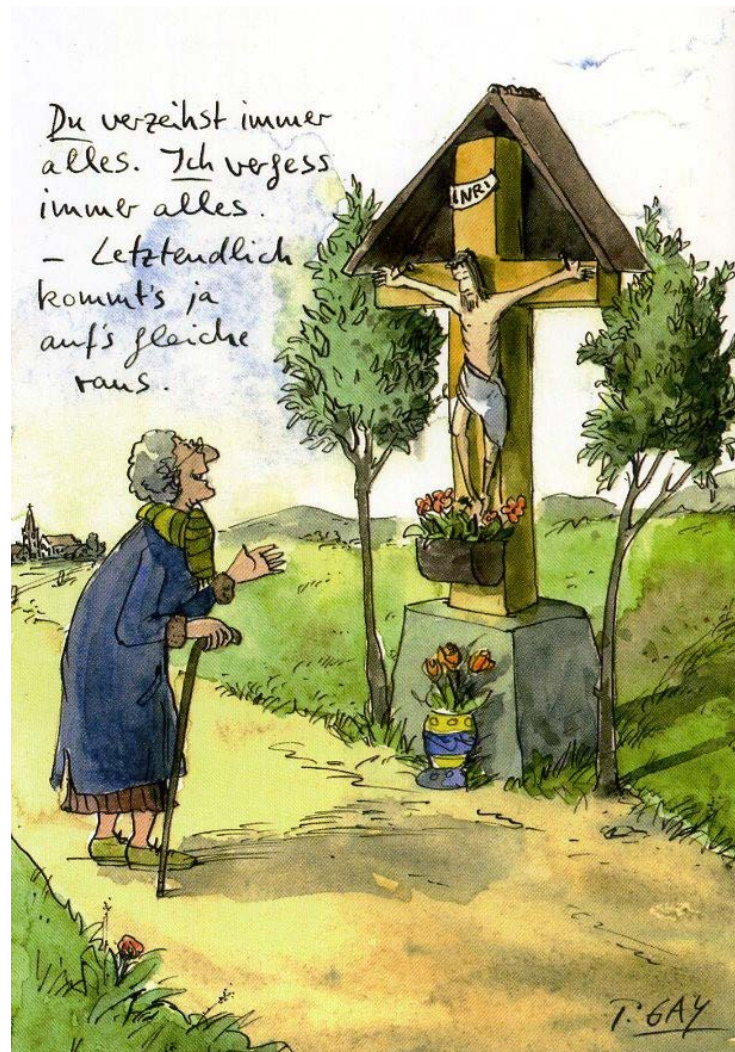
Dementiell erkrankte Menschen können nicht – mehr – lügen. Aber riechen, sich also z.B. in einem klar strukturierten Demenzgarten orientieren und wohlfühlen (vgl. Angela Rinn, 2018). Und einen Sinn für das Heilige wie für Gefühle bewahren (die Amygdala ist spät betroffen).

Demenz ist nicht lustig – oder doch? Seit 2013 werden Karikaturen des Zeichners und Cartoonisten Peter Gaymann über den Alltag von Menschen mit Demenz in Zusammenarbeit mit dem Gerontologen Thomas Klie von der EH Freiburg herausgegeben. Humor nimmt dabei Situationskomik auf's Korn, entkrampft scharfsinnig die Wahrnehmung von Demenz. Die Menschen werden liebevoll ins Bild gerückt. Die Pointen sind nie verletzend aber tiefsinnig.



J. Thomas Hoernig hat eine Professur für Evangelische Theologie, Diakoniewissenschaft und Diversity an der EH Ludwigshafen. Seine Forschungsinteressen liegen u.a. in den Bereichen Diakoniegeschichte und »Disability-History«.

Eine meiner Lieblingskarikaturen zeigt die lächelnde Frau vor dem »Marterl«. Sie nimmt den Bildstock oder Heiligenstock wahr als das, was er ist: heilsame Erinnerung an die heilende Auswirkung eines grausamen Geschehens: Im Tod ist das Leben. »Du verzeihst und befreist andere, auch ich werde befreit – letztlich kommt's auf's Gleiche raus.« Altes, Bedrückendes, Belastendes ist nicht mehr da. Zumindest bei der älteren Frau mit Löckchen, Brille und Stock. Sie ist »frei, los und ledig«. Es gibt im Leben Ereignisse, die noch Jahre später Bitterkeit, Hass und Schmerz hervorrufen. SchülerInnen, die gehänselt, bloßgestellt wurden, Beziehungen, die andere so zerbrachen, dass Menschen zerschunden zurück blieben. Natürlich ist kein »Missbrauch« oder sind traumatisierende Ereignisse gemeint; es geht um belastete Vergangenheit, schwere Erinnerungen oder tiefe Stachel. »Unfrei, nicht los noch ledig...« - Das sind verständliche Reaktionen. Aus Afrika kommt der Gedanke der »Healing of Memory«. Schuld wird angeschaut, ausgesprochen, bearbeitet; geheilt (?). Mein Teil von Schuld und Wahrheit wird deutlich. Bearbeiten, Entfeinden, Ent-Schuldigen ist ein schwieriger, aber, wenn er gelingt, hilfreicher seelischer Vorgang. Der letztlich auch mir hilft und nutzt. Im Vater-unser beten wir: »Vergib uns unsere Schuld, wie auch wir vergeben unseren Schuldigern«. Mach uns frei, damit auch wir frei machen können – und frei werden.



*Du verzeihst und befreist andere, auch ich werde befreit –
letztlich kommt's auf's Gleiche raus.*

Bild: Peter Gaymann, www.peter-gaymann.de/demensch.html

Der Schweizer Dichterpfarrer Kurt Marti (1921–2017) hat in seiner minimalistisch-pointierten Art beschrieben, was Demenz auch sein kann: befreites Jungwerden, befreit von Angst und Schuld in einem Zustand des Heute, wie die Blumen auf dem Felde oder die Vögel des Himmels es kennen mögen... »frei, los und ledig«. Auch das kann Demenz sein.

Sie wurde alt
und vergaß
was ist

Sie wurde alt
und wusste
nur noch
was früher gewesen

Sie wurde alt
und vergaß
was früher gewesen

Sie wurde alt
und vergaß
vorgestern sich selbst

Sie wurde jung
jetzt da sie
auch das vergessen
vergaß

Kurt Marti

» Literaturhinweise beim Verfasser.

Ethische Fallbesprechung in der Psychiatrie

Konflikt: Psychiatrische
Behandlung eines Patienten
zwischen Autonomie und Fürsorge
bei zeitweise eingeschränkter
Selbstbestimmungsfähigkeit

Fallvorstellung: Herr M. ist Anfang zwanzig. Er ist das jüngste Kind einer Familie mit Migrationshintergrund und er hat mehrere Geschwister. Er besuchte die Hauptschule bis zur 7. Klasse und brach dann die Schule ab. Bis dahin sei er, nach Angaben der Angehörigen, ein guter Schüler gewesen. Körperlich leidet Herr M. seit mehreren Jahren an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus. Ein erster Aufenthalt in der Psychiatrie erfolgte im Rahmen einer Behandlung wegen Suchtmittelmissbrauchs. Die Fallbesprechung wurde mit zwei Ethikberatern sowie Mitgliedern des psychiatrischen Behandlungsteams, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften und Physiotherapeuten durchgeführt.

Falldarstellung

Innerhalb der vergangenen beiden Jahre kam es zu zahlreichen Aufenthalten wegen Verhaltensauffälligkeiten, Stoffwechsellentgleisungen und mangelnder Bereitschaft, den Blutzucker regulieren zu lassen. Diagnostiziert wurden eine Minderbegabung und eine Impulskontrollstörung. Länger andauernde stationäre Behandlungen in der Psychiatrie gestalteten sich sowohl mit dem Patienten als auch mit den Angehörigen herausfordernd: Herr M. zeigte kaum Mitarbeit,



Dr. Ulrich Borne arbeitet im Krankenhaus »Guter Hirte« in Ludwigshafen in der Sozialberatung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Klinik für Geriatrie und Innere Medizin. Daneben ist er Mitglied des Ethikkomitees der Krankenhausstiftung der Niederbronner Schwestern.

dringend erforderliche Absprachen wurden weder vom Patienten noch von den Angehörigen eingehalten. Ein tragfähiger Beziehungsaufbau war kaum möglich. Auf Station verhielt sich Herr M. rücksichtslos. Es kam immer wieder zu Konflikten mit Mitpatienten, da er beispielsweise Dinge entwendet hatte. Das Team berichtete, dass er seine Mitarbeit oft von Belohnungen und Versprechungen abhängig machte. Behandlungsverträge wurden jedoch nicht eingehalten. Teilweise waren Zwangsmaßnahmen (wg. Insulingabe in Akutsituationen) erforderlich, infolge derer Herr M. anschließend nicht die notwendigen Blutzuckerkontrollen zuließ. Kurzfristige erforderliche Reizabschirmung erzeugte beim Patienten hohen Leidensdruck. Aufgrund der fehlenden Mitwirkung kam es wiederholt zu schweren Stoffwechsellagestörungen, die auch intensivmedizinische Therapien notwendig machten. Es folgten zahlreiche weitere stationäre Aufenthalte, sowohl in internistischen Kliniken als auch in der Psychiatrie. Die somatischen Kliniken baten regelmäßig um Übernahme in die Psychiatrie, da sich Herr M. trotz schwerer internistischer Komplikationen nicht einsichtig und kooperativ zeigte. Aufgrund der fehlenden Mitwirkung stimmten sich die Behandler der Fachdisziplinen über die weitere Vorgehensweise ab. Versuchsweise wurde eine Behandlung mit großzügigeren Insulineinstellungen angestrebt, um eine tragfähigere Mitarbeit durch das Angebot einer lediglich teilstationären Behandlung zu erreichen. Im weiteren Verlauf erschien Herr M. jedoch mit entgleistem Diabetes und kam nicht zu den erforderlichen Kontrollen. Die wiederkehrenden lebensbedrohlichen Zustände des Patienten führen schließlich zur Einleitung einer Heimaufnahme mit gerichtlichem Unterbringungsbeschluss.

Aufgrund des soziokulturellen Hintergrundes und der eingeschränkten Akzeptanz des Patienten wurden Familienangehörige zu seinen rechtlichen Betreuern bestellt. Diese verhinderten jedoch unabgesprochen die Einweisung in die vorgesehene Einrichtung kurz vor der Aufnahme.

Seither wird Herr M. immer wieder auf verschiedenen Intensivstationen betreut.

Im Rahmen der Falldiskussion werden die ethischen Fragestellungen herausgearbeitet, orientiert an den 4 medizinethischen Prinzipien: Patientenwille, Fürsorge, Nichtschaden, Ressourcengebrauch/Gerechtigkeit

*4 medizinethischen Prinzipien:
Patientenwille, Fürsorge, Nichtschaden,
Ressourcengebrauch/Gerechtigkeit*

Patientenwille: Herr M. lehnt die gesundheitlich notwendige Behandlung immer wieder ab. Hat der Patient Einsichtsfähigkeit? Das Behandlungsteam kommt zu dem Schluss, dass Herr M. die Tragweite seiner Erkrankung und die sich daraus ergebende notwendige Behandlung teilweise versteht. Sein Einsichtsvermögen ist fluktuierend und hat sich mit fortschreitendem Diabetes und den damit einhergehenden Folgeerkrankungen verschlechtert.

Fürsorgepflicht bedeutet hier, dass dem Patienten bei lebensbedrohlichen Zuständen, auch wenn er seinen Willen nicht mehr klar äußern kann, mit Intensivtherapie-maßnahmen geholfen werden muss, auch wenn er diese wieder abbricht.

Nichtschaden: Das Abwägen von Nutzen und Schaden einer Zwangsbehandlung bzw. geschlossenen Unterbringung führt das Behandlungsteam zu folgendem Entschluss: Die konsequente Therapie der Diabeteserkrankung durch eine geschlossene Unterbringung könnte zu einer Lebensverlängerung von einigen Jahren führen. Dem gegenüber steht jedoch der hohe Leidensdruck, den eine länger andauernde Behandlung gegen den Willen bei Herrn M. auslösen würde.

Ressourcengebrauch/Gerechtigkeit: Eine Vielzahl an Behandlungsangeboten in der Vergangenheit zeigte, dass kaum bzw. keine längerfristigen medizinischen Erfolgsaussichten bestehen. Herr M. bricht trotz wiederkehrender lebensbedrohlicher Zustände erforderliche medizinische Maßnahmen ab. Im Verlauf kommt es zu einer zunehmenden Verschlechterung seiner physischen und psychischen Verfassung.

Vorgeschlagene Lösungsansätze:

Dem Behandlungsteam wurde durch den zurückliegenden Verlauf mit Herrn M. bewusst, dass eine sinnvolle medizinische Behandlung mit Aussicht auf Erfolg nicht gegeben ist. Die Ethikberatung arbeitete folgende Ansätze heraus: Es besteht eine

ethische Verpflichtung zur Kommunikation und Koordination der der jeweils erforderlichen Handlung mit den Angehörigen, dem Betreuungsgericht und den beteiligten internistischen Kliniken.

Keine Zwangsmaßnahmen während akutpsychiatrischer Behandlung. Der Verlauf machte deutlich, dass sich aus Zwangsbehandlungen kein längerfristiger Nutzen für den Patienten ergibt.

Keine geschlossene Unterbringung: Die Zwangsmaßnahme wäre nicht im Sinne von Herrn M. Der Schaden würde dabei den Nutzen überwiegen.

Das Fürsorgeprinzip gebietet einem Arzt das Einleiten entsprechend erforderlicher Maßnahmen im Notfall (im Zweifel für das Leben), wobei akute Diabetes-Entgleisungen durch Internisten therapiert werden. Psychiater stehen dabei jederzeit konsiliarisch unterstützend zur Verfügung.

Es besteht eine ethische Verpflichtung zur Kommunikation und Koordination der jeweils erforderlichen Handlung mit den Angehörigen, dem Betreuungsgericht und den beteiligten internistischen Kliniken.

Orientierung in Fragen von Ethik und Moral

Neue Broschüre des Diözesan-Caritasverbandes bietet Orientierungshilfe für ethisch fundierte Entscheidungen in Pflegeeinrichtungen.

Ethik beschäftigt sich mit Fragen, auf die es oft mehr als nur eine moralisch verantwortbare Antwort gibt. Dies ist auch in Pflegeeinrichtungen der Fall. Häufig ist es nicht einfach zu beantworten, was das bestmögliche Handeln für Bewohner und Bewohnerinnen, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie Angehörige ist. In solchen Situationen kann die neue Broschüre des Diözesan-Caritasverbandes Freiburg Orientierungshilfe leisten. Sie zeigt häufige ethische Frage- und Themenstellungen in Pflegeeinrichtungen auf und bietet Argumente für eine ethisch fundierte Entscheidungsfindung an.

Der Diözesan-Caritasverband Freiburg bietet seit mehreren Jahren eine Schulung für Moderatoren ethischer Fallbesprechungen an. Die ausgebildeten Moderatoren arbeiten überregional in einem Netzwerk zusammen und tauschen sich in regelmäßigen Treffen über aktuelle ethische Themenstellungen aus. In diesem Gremium wurde immer wieder der Wunsch geäußert, für häufige, im Alltag gestellte ethische Fragestellungen mehr Klarheit und Orientierung anzubieten. Dieses Anliegen wurde aufgegriffen. Die ethischen Themenstellungen rund um die Situation in der Langzeitpflege

Die Broschüre wurde unter der Reihe »Caritas-Argumente« vom Referat für Altenhilfe veröffentlicht und nennt sich »Orientierungshilfe für ethisch fundierte Entscheidungen in Pflegeeinrichtungen.

In der Reihe der »Caritas-Argumente« ist die Broschüre »Orientierungshilfe für ethisch fundierte Entscheidungen in Pflegeeinrichtungen« erschienen. Mit einem Klick auf das Bild gelangen Sie zur Download-Möglichkeit.



Petra Schweller
ist Dozentin für Pflegeethik und externe Beraterin des Caritasverbandes für die Erzdiözese Freiburg.

wurden daraufhin gesammelt und dokumentiert. Anschließend wurden ethische Grundsätze im Umgang mit diesen Themenstellungen diskutiert und auf Basis eines christlichen Menschenbildes im Sinne der Caritas formuliert. Somit beruhen die aufgegriffenen Themenstellungen in der Broschüre auf den Erfahrungen geschulter Moderatoren für ethische Fallbesprechungen in der Langzeitpflege.

Mit ausgewählten ethisch reflektierten Argumenten und Methoden wird in der Broschüre Pflegenden, Bewohnern und Angehörigen aufgezeigt, wie man zu gemeinsam verantwortbaren Lösungen kommen kann. Es werden keine vorformulierten Antworten und auch keine fertigen Rezepte geliefert. So schreibt Erny Gillen in seinem Vorwort: »Wo mehrere Antworten möglich sind und viele Antwortenden mit ihren Überzeugungen bereitstehen, gewinnt eine transparente ethische Analyse, Abwägung und Entscheidung« eine besondere Qualität.«

»Wo mehrere Antworten möglich sind und viele Antwortenden mit ihren Überzeugungen bereitstehen, gewinnt eine transparente ethische Analyse, Abwägung und Entscheidung« eine besondere Qualität.«

Die Broschüre dient also vor allem zur Orientierung in alltäglichen ethischen Abwägungs- und Entscheidungsprozessen in der Langzeitpflege. Dabei kann die Broschüre vielfältig genutzt werden. Hierzu einige Anregungen:

- Es wird empfohlen die Broschüre in allen Gremien einer Einrichtung vorzustellen und deren Nutzen zu erläutern. Wo immer möglich sollen Teile der Broschüre gezielt gelesen werden. Somit wird deutlich, dass ethische Themenstellungen in der Einrichtung eine wichtige Bedeutung haben.
- Es ist weiterhin sinnvoll die Broschüre an einem Angehörigen-Treffen vorzustellen und den Angehörigen den Sinn und die Zielsetzung der Broschüre zu erläutern. Dies im Hinblick, dass auch Angehörige oft schwierige Entscheidungen treffen müssen. Zu wissen, dass bei ethischen Dilemmata eine ethische Fallbesprechung durchgeführt werden kann, ist für Angehörige häufig sehr entlastend.
- In Mitarbeiterbesprechungen kann die in der Broschüre beschriebene, einzunehmende Haltung von Mitarbeitern diskutiert werden. Gibt es aufgeführte Argumente, die nicht den eigenen Moralvorstellungen entsprechen? Wie soll mit Mitarbeitern umgegangen werden, deren Haltung im Umgang mit Bewohnern und Angehörigen nicht der Vorstellung einer professionellen Betreuung entsprechen?

- Welche Bedeutung haben die in Kapitel vier beschriebenen ethischen Prinzipien im Pflege- und Betreuungsalltag? Es werden Fragen besprochen, wie z.B. »Wie lange soll ein untergewichtiger Bewohner motiviert werden zu essen, wenn dieser immer wieder sagt er möchte nichts zu sich nehmen?«
- Kapitel fünf setzt sich mit der Entscheidungskompetenz von kognitiv eingeschränkten Bewohnern auseinander. Wer kann z.B. trotz diagnostizierter Demenz noch autonom entscheiden und wer ist nur noch teilweise urteils- und/oder entscheidungsfähig? Das Kapitel zielt darauf ab, sorgfältig abzuwägen, wann und in welchem Umfang Personen deren Autonomie abgesprochen wird. Ziel ist es auch kognitiv eingeschränkten Bewohnern so viel Entscheidungsspielraum wie möglich zu geben.
- Das Kernstück der Broschüre benennt ethische Grundsätze und bietet jeweils ethische Aspekte zur Orientierung an. Die ethischen Aspekte sind aus dem Leitbild der Caritas abgeleitet und können nicht in Frage gestellt werden. Auch hier kann im Team diskutiert werden, ob es Differenzen zur eigenen Einstellung und Haltung gibt. In vorliegenden Situationen mit ethischen Problemstellungen können die ethischen Grundsätze Hilfe bei der Entscheidungsfindung sein.
- Zur Übung im Umgang mit der Orientierungshilfe können die Fallbeispiele am Ende der Broschüre dienen. Hier sind bereits Hinweise auf geltende Prinzipien und Schlagworte aufgezeigt, die zur Bearbeitung der Problematik hilfreich sein könnten.
- Kapitel 6 und 7 beschäftigen sich mit ethischen Dilemmata und, wie in solchen Situationen ethische Entscheidungen getroffen werden können. Dieser Teil kann genutzt werden, um zu verdeutlichen, was in einer ethischen Fallbesprechung geschieht.
- Letztendlich sind im Glossar die wichtigsten ethischen Begrifflichkeiten erläutert. Es wird angeregt, diese Fachbegriffe im Alltag zu verwenden bzw. nachzulesen. Ein professioneller Umgang mit ethischen Fragestellungen erfordert auch eine einheitliche Fachsprache.

Die Herausgeber erhoffen sich, dass mit dieser sehr praxisnah gestalteten Broschüre im Pflege- und Betreuungsalltag Anregungen gegeben werden, mehr über ethische Problemstellungen zu diskutieren und fundierte ethische Argumente zu finden. Die Erfahrungen bei der Schulung von Moderatoren für ethische Fallbe-

sprechungen zeigen, dass je mehr über Ethik und Moral im pflegerischen Kontext gesprochen wird, umso mehr findet im Alltag eine Sensibilisierung für ethische Problemstellungen statt. Dies fördert eine positive Beziehung zwischen Pflegenden, Bewohnern und Bewohnerinnen sowie deren Angehörigen und schafft insgesamt eine vertrauensvolle Atmosphäre zwischen allen Akteuren fördert.



LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

verständlich · christlich · praxisorientiert

Impressum

ISSN 2194-2730

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@zefog.de
Tel.: 0621/5999-159

Redaktion

Tabea Haas
Dr. Klaus Klother
Dr. Johannes Lorenz
Prof. Br. Peter Schiffer

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



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar



ethisch gut beraten

In Kooperation mit:

