

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 22 · Heft 1 · 2015

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Kommunikation im
Gesundheitswesen**

**Communication in the
Health System**

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Astrid Chirari (Anästhesiologie & Intensivmedizin, Wien)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Andreas Gruber (Neurochirurgie, Wien)
Thomas Sören Hoffmann (Philosophie, Hagen)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Reinhard Lenzofer (Innere Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Markt (Physiologie, Wien)
Christian Noe (Medizinische Chemie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

IMABE

IMABE • Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 als unabhängige wissenschaftliche Einrichtung in Wien gegründet, zeitgleich mit anderen wichtigen medizinethischen Instituten im deutschen Sprachraum. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz. Von seiner Gründungsidee her arbeitet das Institut interdisziplinär, berufsübergreifend und fördert den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlich-humanistischen Menschenbildes.

Editorial	3	
Aus aktuellem Anlass	6	Stephanie Merckens Was bringt das neue Fortpflanzungsmedizingesetz?
Schwerpunkt	11	Fred Salomon Kommunikation im multiprofessionellen Behandlungsteam
	21	Irmgard Hofmann Pflegende und Angehörige: von der Abwehr zur Kooperation
	31	Thomas Reuster Autonomie und Fürsorge in der Gerontopsychiatrie aus ärztlicher Sicht
	43	Harald Tuckermann, Christian Erk Strukturierte Kommunikation und Spitalmanagement
Aus der Praxis	55	Jessica Knierim Kommunikation mit sedierten Patienten auf der Intensivstation
Nachrichten	66	
Zeitschriftenspiegel	69	
Buchbesprechungen	71	

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,
Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und
Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,
T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4
eMail: postbox@imabe.org · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des
Herausgebers.

Grundlegende Richtung: Imago Hominis ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle
ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung
und Praxis behandelt werden.

Layout: QARANTE, Schloßgasse 13, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Mag. Monika Feuchtner

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH,
Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Feuchtner

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand
Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,
Studentenabo € 20, Förderabo € 80
Abo-Service: Mag. Monika Feuchtner

Bankverbindung:

UniCredit Bank Austria AG, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800
IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen
der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln.
Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die
einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen
Sachexperten begutachtet.

Redaktionsschluss: 9. März 2015

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des
Heftes.

Gemeinsam läuft es besser: Wo die Kommunikation zwischen den Gesundheitsprofessionen, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegenden, gut funktioniert, steigt die Qualität in der Patientenversorgung. Unprofessionelle Kommunikation zwischen den Berufsgruppen verursacht hingegen kostenintensive Fehler und belastet das Arbeitsklima.

Ein internationales Forschungsteam lieferte 2012 die ersten Hauptresultate der weltweit größten Pflegepersonalstudie, publiziert im *British Medical Journal* (2012). Die Ergebnisse zeigen beim Pflegepersonal in 1.100 europäischen und US-amerikanischen Krankenhäusern ein hohes Maß an Unzufriedenheit mit der herrschenden Situation. Viele fühlen sich ausgebrannt. Die Frustration reichte zwischen 19 Prozent (in den Niederlanden) und 49 Prozent (in Griechenland) bis zur Absicht, sich im nächsten Jahr einen neuen Job suchen zu wollen (Deutschland 36 Prozent).

Umgekehrt zeigte sich, dass eine gute Arbeitsumgebung, ein adäquater Personalschlüssel und Teamarbeit zu einer höheren Arbeitszufriedenheit, geringeren Burnout-Rate bei Pflegenden und einer besseren Patientenversorgung beitragen.

Letzteres wies eine 2013 im *Journal of the American Geriatrics Society* publizierte Studie nach. Sie zeigte, dass geriatrische Patienten signifikant besser behandelt wurden, wenn nicht nur Ärzte allein, sondern Arzt/Pflegekräfte-Teams gemeinsam für die älteren Patienten mit chronischen Erkrankungen im Einsatz waren. Die multiprofessionelle Teamorientierung und das Co-Management führten zu eindeutigen Behandlungsvorteilen.

Doch wie kann der Schritt von der Theorie in die Praxis gelingen? Die Arbeit, Hand in Hand zum Wohle des Patienten, muss auch Angehörige mit ins Boot holen. Wie können Räume für interne Kommunikation, Wahrnehmung der Bedürfnisse des Patienten, aber auch ein Wandel der Unternehmenskultur als Voraussetzung für ein patientenorientiertes Team geschaffen werden?

Im multiprofessionellen Team sind alle Beteiligten am Gelingen oder Scheitern der Kommunikation beteiligt. Verschiedene Meinungen und Beurteilungen treffen im Konfliktfall aufeinander, die geklärt werden müssen. Anhand eines interdisziplinären

intensivmedizinischen Falls stellt der ehemalige Chefarzt für Anästhesie am Klinikum Lippe, Fred Salomon (Ethikberater im Gesundheitswesen, Akademie für Ethik in der Medizin) Möglichkeiten für Strukturen vor, die ein multiprofessionelles und einvernehmliches Handeln ermöglichen. Dabei zeigt sich deutlich, wie institutionalisierte Gesprächsrunden, offener Informationsaustausch und ein wertschätzender Umgang im Team zwischen allen Hierarchieebenen das Team entlasten und die Patientenversorgung verbessern.

Würde und Selbstbestimmung gehören zu den Schlagworten des medizinethischen Diskurses. Doch was bedeutet dies im Fall von Menschen mit fortgeschrittener Demenz? Thomas Reuster, (Psychiatrie, Städtisches Klinikum Görlitz) zeigt auf, wie den Betroffenen sukzessiv die Fähigkeit, sich selbst vernünftig – gerade auch in Bezug auf medizinische Fragen aus dem psychiatrischen und dem somatischen Bereich – zu bestimmen und zu positionieren, verloren geht. Dass sich Ärzte und Pflegende darauf zurückziehen, leitlinien- und gesetzeskonform zu handeln, aber tendenziell an Demenz erkrankte Menschen dennoch nur wie „menschliche Objekte“ zu behandeln, kann nicht genügen. Die ethische Messlatte für einen guten Umgang mit und eine gute Behandlung von gerontopsychiatrischen Patienten liegt erheblich höher. In seinem Beitrag plädiert Reuster dafür, die Vier-Prinzipien-Lehre durch das Prinzip „universelle Würde“ als Schutz vor Entwürdigung durch willkürliche Fürsorge zu ergänzen.

Der professionelle Umgang mit Angehörigen gehört zum pflegerischen Aufgabengebiet. Dennoch wird selten eine bewusst gestaltete Kooperation und Einbindung angestrebt. Gerade gegenüber engagierten Angehörigen überwiegt manchmal sogar die Abwehr. Wie kann die Kooperation mit Angehörigen von chronisch kranken bzw. pflegebedürftigen Menschen gelingen? Irmgard Hofmann (Ethikerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, München) zeigt auf, warum auch Angehörige von akut erkrankten Menschen Unterstützung brauchen und wie die Zusammenarbeit mit Angehörigen neu überdacht werden muss.

Harald Tuckermann und Christian Erk (Universität St. Gallen) zeigen auf, warum es wichtig ist, Entscheidungen in Spitälern angesichts der Komplexität und Vernetzung stärker zu strukturieren. Die Strukturierung von Entscheidungen ermögliche es, dass das Entscheiden in zeitlicher, in thematischer Hinsicht und mit Blick auf die Beteiligten und Betroffenen stärker erwartbar werde. Das schafft Sicherheit und Flexibilität, ermöglicht Verlässlichkeit und Freiheitsgrade.

In der Rubrik *Aus der Praxis* geht es um die Kommunikation mit Patienten nach einer intensivmedizinischen Behandlung. Im Zuge der Analosedierung leiden sie häufig unter Wahrnehmungsstörungen sowie Angst- und Stresszuständen. Sie sind desorientiert, haben eine eingeschränkte Körperwahrnehmung, reagieren mitunter aggressiv oder angstbesetzt auf alltägliche Licht- und Akustikreize. Die Diplomkrankenschwester und Ethikerin Jessica Knierim legt anhand eines Fallbeispiels dar, welche pflegerischen Maßnahmen dem Patienten in dieser angespannten Phase Sicherheit vermitteln, Vertrauen schaffen und Ängste nehmen können.

S. Kummer

Stephanie Merckens

Was bringt das neue Fortpflanzungsmedizinengesetz?

What Does the New Reproductive Medicine Act Bring?

Nach jahrzehntelanger Diskussion unter Experten wurde das neue österreichische Fortpflanzungsmedizinengesetz (FMedG) schließlich in weniger als drei Monaten durch die Entscheidungsgremien gejagt. Trotz massiver Kritik hatte man im November 2014 die äußerst knappe Frist von zwei Wochen Begutachtungsfrist nicht verlängert. Dennoch langten mehr als 110 Stellungnahmen ein. Unter enormen Zeitdruck wurde eine höchst kontroverse, viel zu kurze öffentliche Diskussion um die Reform des Fortpflanzungsmedizinengesetzes geführt. Die Thematik bewegt, geht es doch um so hoch sensible Fragen wie leidvolle Sehnsucht nach einem Kind, technische Machbarkeit, marktgesteuerte Hoffnungen und ethische Grenzziehung.

Zuletzt hatten tausende Bürger über das Aktionsbündnis „www.kinderbekommen.at“ in 1,3 Millionen Emails gegen das neue Gesetz protestiert. Zahlreiche Experten, NGOs, Behindertenverbände und kirchliche Organisationen forderten eine Entschleunigung und eine Zurücknahme der Novelle, um eine breite, ausgewogene gesellschaftspolitische Debatte in diesem ethisch hochsensiblen Bereich zu ermöglichen. Der politische Wille dazu fehlte.

Die letzte legislative Hürde nahm das Gesetz mit Beschluss im Bundesrat am 5. 2. 2015. Ab 1. 6. 2015 werden somit wesentliche Änderungen der österreichischen Rechtslage in Kraft treten.

Auslöser der Novelle waren zwei Judikate: Sollen lesbische Paare in Österreich mithilfe einer Samenspende Kinder bekommen können? Ja, urteilte der *Verfassungsgerichtshof* (VfGH) in seinem Erkenntnis (10. 12. 2013, G 16/2013 und G 44/2013). Es sei verfassungswidrig und diskriminierend, wenn lesbische Frauen in Lebensgemeinschaft von der Erfüllung eines Kinderwunsches ausgeschlossen

werden, so die Begründung. Damit schloss sich das Höchstgericht der umstrittenen Rechtsansicht der Antragstellerinnen an: Die Beschränkung der Fremdsamenspende in vivo auf Frauen in heterosexueller Partnerschaft widerspreche dem Gleichheitsgrundsatz.

Zum zweiten hatte der *Europäische Gerichtshof für Menschenrechte* (EGMR) Italien wegen des Verbots der Präimplantationsdiagnostik (PID) (Costa und Pavan gg. Italien, Urteil vom 28. 8. 2012, Bsw. 54270/10) verurteilt. Da in Italien die Abtreibung wegen eugenischer Indikation erlaubt sei, dürfe man die PID zumindest nicht grundsätzlich verbieten.

Beide Judikate führten dazu, dass sich der österreichische Gesetzgeber nunmehr verpflichtet fühlte, nicht nur die Öffnung der Reproduktionsmedizin für lesbische Paare zu beschließen, sondern auch gleich die Eizellspende und Präimplantationsdiagnostik zuzulassen.

Beides war rechtlich keinesfalls zwingend, auch wenn die Einführung der Präimplantationsdiagnostik – also der Selektion von Embryonen vor Transfer in den Mutterleib – politisch gesehen eine 50:50 Entscheidung war. Angesichts der EGMR-Judikatur hing die Öffnung der PID wie ein Damokles-Schwert über unserer Rechtsordnung. Politisch hatte man also zu wählen zwischen Prinzipientreue und Abwarten – oder die Gelegenheit zu nützen, die PID so eng wie verhandelbar zu beschränken.

Was wiederum die Eizellspende betrifft, bestand überhaupt kein Grund zur Eile. Schon gar nicht rechtlich. Abgesehen davon, dass der EGMR das Verbot der Eizellspende aus dem Blickwinkel des Jahres 1999 in seinem Urteil vom 3. 11. 2011 (S. H. and Others v. Austria, application no. 57813/00) eben erst

bestätigt hatte, hat er auch aufgetragen, sich laufend mit den Bedenken und Entwicklungen in diesem Bereich auseinanderzusetzen. Gerade diese Auseinandersetzung hat aber nicht stattgefunden, könnte aber durchaus beweisen, dass die Bedenken aus 1999 weiter aktuell, ja sogar bestätigt sind.

Mit dem neuen FMedG wurden gleich mehrere wesentliche Prinzipien des bisherigen österreichischen Reproduktionsrechtes verlassen. Galt bisher noch der Grundsatz, durch die medizinisch unterstützte Fortpflanzung möglichst keine Aufspaltung der Elternschaft zu erreichen, wird diese mit Zulassung der Eizellspende trotz hohem technischen Aufwand und kontrollierbarer Planbarkeit von Staats wegen in Kauf genommen, ja sogar über den IVF-Fonds finanziert.

Der Einstieg erfolgte durch die schon bisher mögliche Fremdsamenspende in vivo. Diese ist im Unterschied zur Eizellspende technisch weder aufwendig noch mit medizinischen Risiken verbunden. Umso mehr ist sie schwer kontrollierbar. Die Eizellspende hingegen ist ein medizinisch durchaus einschneidender Eingriff mit wesentlich höheren gesundheitlichen, psychosozialen und Missbrauchs-Risiken für alle Beteiligten und macht zudem eine dritte Person (Eizellspenderin) ohne lebensbedrohliche Notwendigkeit zur Patientin. Eine Ungleichbehandlung zur Samenspende wäre demnach nicht nur rechtfertigbar, sondern scheint sogar geboten.

In einem zweiten Schritt verabschiedet sich der Gesetzgeber mit der Novelle des FMedG vom Grundsatz der heterosexuellen Elternschaft. Das in diesem Zusammenhang nicht einmal in den erläuternden Bemerkungen eine Auseinandersetzung mit dem Kindeswohl stattgefunden hat, sondern bloß auf den VfGH verwiesen wird, ist auffallend und kann zumindest als Versuch gewertet werden, einen Kommentar zur durchaus umstrittenen Wertung des Höchstgerichts zu vermeiden.

Umso bemerkenswerter ist, dass dem Kindeswohl im letzten Moment doch noch eine prominente Stellung eingeräumt wurde. Noch in 3. Le-

sung wurde explizit die Berücksichtigung des Kindeswohls bei der Auswahl der Methode medizinisch unterstützter Fortpflanzung in § 3 aufgenommen. Die Reichweite dieses Kriteriums bleibt abzuwarten, könnte aber etwa bei der Frage der konkreten extrakorporalen Fertilisationsverfahren (IVF oder ICSI) wesentlich sein.

Was den Schutz von Embryonen betrifft, ist das neue Gesetz widersprüchlich. Während man sich auch bei dieser Reform zur Vermeidung überzähliger Embryonen bekennt und diesen Grundsatz durch verschiedene Subsidiaritäten und Beschränkungen zu verfolgen sucht, wird er nicht herangezogen, um eine unterschiedliche Behandlung der Fremdsamenspende in vivo und in vitro zu rechtfertigen. Vielmehr kippt die Beschränkung der Fremdsamenspende auf das Inseminationsverfahren (Befruchtung im Mutterleib, in vivo) zugunsten der Eizellspende (immer in vitro), wodurch automatisch ein viel weiterer Anwendungsbereich der In-vitro-Befruchtung und damit der Zeugung überzähliger Embryonen und der präimplantativen Selektion gegenüber der früheren Rechtslage eröffnet wird.

Der noch viel weitreichendere Bruch mit den bisherigen Prinzipien ist aber jedenfalls die Öffnung der Reproduktionsmedizin für die Präimplantationsdiagnostik: Wird schon bei der Öffnung des FMedG für gleichgeschlechtliche Paare der therapeutische Ansatz der medizinisch unterstützten Fortpflanzung verlassen, so wird er im Zusammenhang mit der PID regelrecht pervertiert. Was den Embryo betrifft, kann von Therapie keine Rede sein. Im Widerspruch zur grundsätzlichen Intention des Gesetzgebers, überzählige Embryonen zu vermeiden, werden für die PID bewusst Embryonen gezeugt, die von vornherein nicht für die Fortpflanzung verwendet werden sollen. Darüber hinaus ist eine Therapie der genetisch auffälligen Embryonen zum derzeitigen Zeitpunkt weder intendiert noch möglich. Will man unter Therapie in diesem Zusammenhang jedoch die Kinderwunschbehandlung der potentiellen Eltern verstehen, so wäre die zu therapierende Krankheit das Risiko,

ein erbkrankes bzw. schwer beeinträchtigtetes Kind zu gebären und die Behandlung die Selektion aus mehreren zu diesem Zweck gezeugten kindlichen Embryonen. Durch die Öffnung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung allein zu Zwecken der Präimplantationsdiagnostik wird zudem das ursprüngliche „ultima ratio“-Prinzip de facto ausgehebelt, da eine Unfruchtbarkeit in diesen Fällen ja gerade nicht Voraussetzung ist.

Zusammenfassend basiert die jüngste Novelle des Fortpflanzungsmedizingesetzes also auf einer recht einschneidenden Abkehr bisheriger Prinzipien. Betrachtet man die einzelnen konkreten Bestimmungen, so kann man erkennen, dass der durch die Abkehr eröffnete legislative Spielraum nicht extensiv ausgenutzt wurde. Zumindest wurde immer wieder versucht, über Subsidiaritäten, Kontroll- und Aufklärungsmechanismen und Untersuchungsbeschränkungen Grenzen einzuziehen.

Im Konkreten heißt das:

1. An der Legaldefinition der „entwicklungsfähigen Zelle“ wurde festgehalten.
2. Medizinisch unterstützte Fortpflanzung ist nur unter Paaren (gemischt- wie gleichgeschlechtlich, letzteres nur bei Lesben) möglich – alleinstehende Personen sind weiterhin ausgeschlossen (§ 2 Abs 1), wodurch auch die Leihmutterchaft verhindert werden soll.
3. Samen, Eizellen oder Hoden- und Eierstockgewebe dürfen für eine künftige medizinisch unterstützte Fortpflanzung auch weiterhin nur aus medizinischer Indikation kryokonserviert werden (§ 2b). Social Egg Freezing ist demnach nicht erlaubt.
4. Medizinisch unterstützte Fortpflanzung ist nur bei einer der vier Voraussetzungen möglich (§ 2 Abs 2):
 - a. Unfruchtbarkeit
 - b. Übertragung einer schweren Infektionskrankheit
 - c. Lesbische Partnerschaft
 - d. Präimplantationsdiagnostik
5. Präimplantationsdiagnostik (§ 2a) wird unter drei unterschiedlichen Beschränkungen erlaubt:
 - a. Beschränkung nach der Indikation:
 - i. nach dreifachem fehlgeschlagenen Transfer entwicklungsfähiger Zellen UND der Vermutung, dass die Ursache in einer genetischen Disposition der Embryonen liegt;
 - ii. nach dreifacher ärztlich bestätigter Fehl- oder Totgeburt UND der Vermutung, dass die Ursache in einer genetischen Disposition des Kindes (sic!) liegt;
 - iii. bei genetischer Disposition zumindest eines Elternteils zur Übertragung einer schweren Erbkrankheit (welche in § 2a Abs 2 ebenfalls näher definiert wird).
 - b. Beschränkung des Umfangs der Untersuchungen:
 - i. Es dürfen nur jene Untersuchungen durchgeführt werden, die für die Abklärung der erlaubten Indikationen (Herbeiführung einer Schwangerschaft, Vermeidung einer Fehl- bzw. Totgeburt bzw. Erbkrankheit) unabdingbar erforderlich sind.
 - ii. Eine Geschlechtsbestimmung ist nur zulässig, wenn die Erbkrankheit geschlechtsabhängig ist.
 - c. Beschränkung nach Art der Untersuchungsmethoden (siehe unten)
6. Die Eizellspende (§§ 2b und 3) wird in Grenzen erlaubt: wenn die Kinderwunschpatientin unfruchtbar und unter 45 und die Spenderin zwischen 18 und 30 Jahre alt ist.
7. Subsidiaritäten wurden gestärkt:
 - a. bei mehreren zumutbaren Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung darf nur diejenige angewendet werden, die
 - i. mit weniger gesundheitlichen Beein-

- trächtigungen und Gefahren für die beteiligten Personen verbunden ist;
- ii. bei der weniger entwicklungsfähige Zellen entstehen;
 - iii. bei der Auswahl ist das Kindeswohl zu berücksichtigen.
- b. bei der Auswahl gleichwertiger Untersuchungsmethoden, um eine Schwangerschaft herbeizuführen oder die Gefahr einer Fehl- oder Totgeburt oder Erbkrankheit auszuschließen, ist jene Methode anzuwenden, die in einem früheren Stadium ansetzt bzw. weniger invasiv ist.
8. Die Aufklärung (§ 7) wurde insofern ausgebaut, als eine 14-tägige Bedenkzeit zwischen Aufklärung und Durchführung einer medizinisch unterstützen Fortpflanzung eingeführt wird und der Arzt verpflichtet wird, eine psychologische Beratung vorzuschlagen sowie auch auf die Möglichkeit hinzuweisen, andere unabhängige Beratungseinrichtungen zu konsultieren.
 9. Im Sinne der Vermeidung überzähliger entwicklungsfähiger Zellen wurde versucht, den § 10 FMedG (neu) auf zweifache Weise zu konkretisieren:
 - a. Der begrenzende Zyklus wurde in Bezug zur behandelten Frau gesetzt, womit klargestellt werden sollte, dass der weibliche Zyklus (Periode) und nicht ein mehrere empfängliche Phasen umfassender Kryo-Zyklus gemeint ist.
 - b. Zudem dürfen bei der Vereinigung von Ei- und Samenzellen nur so viele Eizellen befruchtet und nunmehr in Folge auch eingebracht werden, wie nach medizinischem Stand notwendig sind. Inwieweit diese Regelung allerdings tatsächlich eine Änderung der bisherigen Praxis bewirkt, ist fraglich.
 10. Das Kommerzialisierungs- und Vermittlungsverbot (§ 16) wurde verschärft, durch
 - a. Konkretisierung der Aufwandsentschädigung, die immer dann als (verbotenes) entgeltliches Rechtsgeschäft gilt, wenn und soweit sie die nachgewiesenen Barauslagen übersteigt
 - b. Verbot auch jeder Werbung für die Überlassung oder Vermittlung von Samen, Eizellen oder entwicklungsfähiger Zellen.
 11. Die bisherige Aufzeichnungs- und Berichtspflicht wurde ausgebaut und eine umfassende Statistik und Berichtspflicht u. a. der Gesundheit Österreich GmbH über die durchgeführte Präimplantationsdiagnostik wurde eingeführt (§ 21).
 12. Im Gentechnikgesetz wurden unter die für den Gentechnikausschuss zu bestellenden Experten auch Kinderärzte aufgenommen sowie die Festlegung von Unvereinbarkeitsregeln vorgeschrieben (§ 97 GTG).
- Bei näherem Hinsehen erkennt man daher durchaus das Ringen um einen politischen Kompromiss. Dennoch darf nicht übersehen werden, dass grundsätzliche Grenzen überschritten wurden. Und gerade weil der legislative Spielraum nicht ausgenutzt wurde, ist eine Skepsis gegenüber der Haltbarkeit des Kompromisses mehr als angebracht.

Referenzen

- 1 *Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz 2015 (77/ME)*, http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME_00077/fname_372959.pdf (letzter Zugriff am 9. März 2015)

Dr. Stephanie Merckens
 Juristin am Institut für Ehe und Familie, Wien
 Mitglied der österreichischen Bioethikkommission
 am Bundeskanzleramt
 stephanie.merckens@ief.at

Fred Salomon

Kommunikation im multiprofessionellen Behandlungsteam

Communication in Multiprofessional Therapeutic Teams

Zusammenfassung

Therapie und Pflege sind Interaktion und Kommunikation. In multiprofessionellen Behandlungsteams einer werteppluralen Gesellschaft treffen verschiedene Meinungen und Beurteilungen aufeinander, die geklärt werden müssen, um einvernehmlich handeln zu können. Anhand eines interdisziplinären intensivmedizinischen Falls werden Konflikte und Chancen aufgezeigt sowie konfliktmindernde Strukturen vorgestellt. Fest institutionalisierte Gesprächsrunden, offener Informationsaustausch und ein wertschätzender Umgang im Team zwischen allen Hierarchieebenen entlasten das Team und verbessern die Patientenversorgung. Im systemisch betrachteten multiprofessionellen Team sind alle Beteiligten am Gelingen oder Scheitern der Kommunikation beteiligt, wenn auch die in der Hierarchie höher Stehenden leichter auf das System Einfluss nehmen können.

Schlüsselwörter: Multiprofessionelles Team, Kommunikation, Konfliktlösung

Abstract

Therapy and care involve interaction and communication. Today, in a time of a plurality of values, different attitudes and opinions often clash together in multi-professional teams. It is necessary to discuss these in order to act in agreement. A real interdisciplinary case study involving intensive care illustrates the conflicts that can exist and suggests opportunities for improved communication. Mechanisms to reduce conflicts are discussed. Institutionalized discussions, the open giving and receiving of information, and the respectful treatment of people at all levels of the team hierarchy can help remove the burden from teams and improve the care of patients. In multi-professional teams under systematic review, all members can take part in the success or failure of communication. Persons having more influence in the team hierarchy can affect the system more than others.

Keywords: multi-professional team, communication, conflict resolution

Prof. Dr. med. Fred Salomon
Chefarzt a. D. Anästhesie
Tulpenweg 21, D-32657 Lemgo
salomon-jf@t-online.de
www.ethik-salomon.de

Therapie ist Interaktion

Jede medizinische Versorgung, ob therapeutisch oder pflegerisch, ist Dienst an einem hilfsbedürftigen Menschen. Sie setzt die Beziehung zwischen mindestens zwei Personen voraus, dem Experten, der hilft, und dem Patienten, der die Hilfe erfährt. Therapie und Pflege realisieren sich in der Interaktion zwischen Menschen, sie sind ohne Interaktion nicht denkbar. Und da Interaktion untrennbar mit Kommunikation verbunden ist, sind Interaktion und Kommunikation essenzielle Elemente von Therapie und Pflege.

In der spezialisierten Medizin und den gesellschaftlichen und arbeitsplatzbezogenen Strukturen sind heute meist viele Interaktions-

Patientenumfeld	
Patient	↔ Angehörige
Patient	↔ Arzt
Patient	↔ Pflege
Angehörige	↔ Arzt
Angehörige	↔ Pflege
Angehörige einer Berufsgruppe	
Arzt	↔ Arzt
Pflege	↔ Pflege
Angehörige verschiedener Berufsgruppen	
Arzt	↔ Pflege
Angehörige verschiedener Disziplinen	
Anästhesist	↔ Chirurg
Kardiologe	↔ Kardiochirurg
Angehörige verschiedener Hierarchiestufen	
Assistenzarzt	↔ Oberarzt
Assistenzarzt	↔ Chefarzt
Oberarzt	↔ Chefarzt
Schwester	↔ Schichtleitung
Schwester	↔ Stationsleitung
Schichtleitung	↔ Stationsleitung

Tab. 1: Interaktions- und Kommunikationspartner im therapeutisch-pflegerischen Arbeitsfeld. Nicht einbezogen sind alle Institutionen (z. B. Klinikmanagement, Krankenkassen), die auch mit dem Patienten interagieren und von außen Einfluss auf das System des Teams haben.

und Kommunikationspartner in das therapeutisch-pflegerische Geschehen eingebunden (Tab. 1). Neben dem Patienten, um den es geht und der nach oft beschworenem Denken im Zentrum der Bemühungen steht oder stehen sollte, bilden seine Angehörigen, Vertreter verschiedener Fachrichtungen und Berufsgruppen und unterschiedliche Institutionen ein komplexes System. Dieses System mit seinen vielfältigen Bezogenheiten und Abhängigkeiten wird zusätzlich von den hierarchischen Strukturen mit ihren verschiedenen Ebenen maßgeblich beeinflusst.¹

Interaktion bedeutet Vielfalt

Die große Zahl der in einen therapeutischen Prozess eingebundenen Personen eröffnet Chancen und birgt zugleich Risiken. Jede Kompetenz, Kenntnis und Aufmerksamkeit kann zu einer besseren Versorgung beitragen. Auf der anderen Seite können die damit gegebenen vielfältigen Einschätzungen und Bewertungen zu Meinungsdivergenzen bei konkreten Entscheidungen führen. Gerade in der heutigen wertpluralen Gesellschaft und angesichts der kulturellen und religiösen Vielfalt auf Seiten der Patienten sowie der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen begegnen sich unterschiedliche Weltanschauungen und Wertesysteme. Wo sie aufeinandertreffen, können Missverständnisse und Konflikte bei Entscheidungen entstehen.

Um die Chancen der Vielfalt zu nutzen und eine adäquate sowie eine von allen Beteiligten verstandene und mitgetragene Versorgung des Patienten zu erzielen, sind der Gedankenaustausch und die Abwägung möglichst aller Aspekte gefordert. Für eine therapeutisch-pflegerische Interaktion auf Augenhöhe ist der offene, wertschätzende, herrschaftsfreie Dialog unverzichtbar. Das soll an einem Fallbeispiel erläutert werden.

Fall

Herr Beilmann² erhält einen 3-fach-Aortocoronarbypass. In der Vorgeschichte sind ein Herzinfarkt, eine starke chronisch obstruktive Lungener-

krankung (COPD), eine ausgeprägte Herzinsuffizienz und mehrere arterielle Gefäßverschlüsse, die zum Teil operiert wurden, bekannt. Wegen postoperativer Probleme wird Herr Beilmann aus der Kardiochirurgie in eine nachversorgende Klinik in der Nähe verlegt, wo er sich nach sechs komplikationsreichen Wochen so stabilisiert, dass er in eine 150 km entfernte Rehabilitationsklinik verlegt wird.

Kurz nach Aufnahme macht dort eine dekompensierte Herzinsuffizienz die notärztliche Verlegung auf die internistische Intensivstation der nahegelegenen Akutklinik nötig. Während der Therapie von Herzinsuffizienz und exazerbierter COPD werden in den Folgetagen eine Sternumosteomyelitis und eine Mediastinitis diagnostiziert.

Die thoraxchirurgische Abteilung reseziert das Sternum, spült das Mediastinum und legt einen Vacuumverband an, der geplant mehrere Folgeoperationen nach sich zieht. Herr Beilmann wird auf die Operative Intensivstation übernommen, die von der Anästhesie geleitet wird. Nach nicht invasiver Beatmung auf der internistischen Intensivstation ist jetzt ein Tubus nötig. Die ausgedehnte Infektion im Sternum-Hals-Bereich lässt eine Tracheotomie nicht zu.

Die Ehefrau ist selbst sauerstoffpflichtig und kann die weite Strecke nicht fahren. Das Ehepaar hat zwei Töchter, von denen eine schwerstkrank und nicht ansprechbar ist. Die gesunde Tochter ist Betreuerin ihrer Schwester und bereit, sich auch als Betreuerin ihres Vaters einsetzen zu lassen. Die Angehörigen sind über den Verlauf engmaschig telefonisch informiert. Thoraxchirurg und Intensivmediziner schildern der Ehefrau und der Tochter die als lebensbedrohlich einzuschätzende Lage. Die gesunde Tochter kann wegen der häuslichen Belastung ihren Vater nicht besuchen.

Bei den Revisionseingriffen an den Folgetagen zeigt sich eine Befundverschlechterung, der Defekt wird immer größer. Die Mechanik des Thorax ist instabil. Um frühzeitig über eine spätere Deckung des Defektes nachzudenken, wird die Plastische Chirurgie hinzugezogen.

Zehn Tage nach der ersten OP steigen die Retentionswerte an, so dass eine Nierenersatztherapie erwogen und im Intensivteam, mit den beteiligten Disziplinen sowie telefonisch mit Tochter und Ehefrau besprochen wird. Da die meisten eine Chance sehen, den Infekt zu beherrschen und den Sternumdefekt zu decken, wird eine Hämodiafiltration begonnen.

Nachdem auch die nächste OP eine Befundverschlechterung im Thorax zeigt, kommen in der morgendlichen Besprechung kritische Stimmen von den Pflegenden, insbesondere denen, die am Bett Herrn Beilmann versorgen. Sie halten die Prognose angesichts der Vorgeschichte und des langen Verlaufs ohne Zeichen der Besserung für sehr schlecht und zweifeln auch die Erwartungen des Plastischen Chirurgen an, den großen Defekt gedeckt zu kriegen. Aussagen wie „realitätsfremder Ehrgeiz“ und – mit Hinweis auf frühere kritische Fälle – „das kennen wir ja schon“ werden laut und führen zu Spannungen im Team.

Sechs weitere Wundrevisionen zeigen keine Besserung. Resistente Keime sind nicht in den Griff zu kriegen. Die täglichen Gesprächsrunden zwischen Ärzten und Pflegenden werden von der Frage nach dem Sinn der laufenden Therapie bestimmt. Während der Thoraxchirurg noch nicht alles verloren geben möchte, sehen die Intensivmediziner keine realistische Chance mehr für eine Wiederherstellung der Organfunktionen, insbesondere der Eigenatmung.

Als es der Tochter schließlich gelingt, begleitet von ihrem Ehemann den Vater zu besuchen, findet ein längeres Gespräch zwischen den Angehörigen, dem Chefarzt, dem Oberarzt und der Assistenzärztin sowie den aktuell zuständigen Pflegenden der Intensivstation statt. Das Intensivteam legt dar, dass es der Intensivtherapie keine Chance mehr einräumt und eine palliative Zielsetzung für angemessen hält. Eine Besserung sei nicht mehr zu erwarten. Die Tochter meint, der Vater wäre nicht bereit, die Last zu tragen, und akzeptiert die intensivmedizinische Entscheidung. Es ist ihr wichtig,

Ethik
Kommunikation
Medizin
Ökonomie
Organisation
Pflege
Psyche
Recht
Soziales
Spiritualität
Technik

Tab. 2: Dimensionen in einem Fall (alphabetisch)

dass nicht sie über das Absetzen der Therapie entscheidet, das könne sie nicht ertragen.

Es wird ihr deutlich gesagt, sie sei als Betreuerin nur gefragt, die mutmaßliche Meinung des Vaters zur Sprache zu bringen. Bei der nach ärztlicher Einschätzung mehr als zweifelhaften Indikation sei selbst das nicht mehr maßgeblich. Doch sei es wichtig, dass die Angehörigen die Entscheidung verstehen und akzeptieren können. In diesem Gespräch wird die Ehefrau vom Oberarzt angerufen, der regelmäßig mit ihr Kontakt hatte. Er teilt ihr den Beschluss mit und übergibt das Telefon an die Tochter, die ihrer Mutter die Situation nochmals erläutert. Der Thoraxchirurg kommt erst jetzt hinzu und widerspricht dem Beschluss nicht.

Vier Tage später stirbt Herr Beilmann. Die Angehörigen, die wieder in ihrem Wohnort sind, sowie der Hausarzt werden telefonisch informiert.

Problemdifferenzierung

Jeder Fall ist mehrdimensional und die Gewichte der verschiedenen Dimensionen sind von Fall zu Fall unterschiedlich (Tab. 2). Um anstehende Fragen und Konflikte bearbeiten zu können, ist es daher wichtig, zunächst zu differenzieren, um welche Dimensionen es geht, damit sie mit der jeweils adäquaten Methode bearbeitet werden können. Bei medizinischen Fragen sind medizinische Erkennt-

nisse und Standards zu Rate zu ziehen. Bei Rechtsfragen sind die juristischen Rahmenbedingungen zu untersuchen. Ethische Konflikte bedürfen der Klärung von Werten und deren Bedeutung für die Betroffenen. Für pflegerische Herausforderungen muss auf fachlich erarbeitete Pflegestandards zurückgegriffen werden. Kommunikationsprobleme sind mit Erkenntnissen der Kommunikationswissenschaften zu entschärfen.

Nach der Differenzierung der Dimensionen eines Falls und der Klärung der aufgeworfenen Fragen muss darüber gesprochen werden, wie die Fragen gelöst werden können, unabhängig um welche Dimension es geht. Insofern geht es immer auch um Kommunikation, entsprechend der These von Watzlawick „Man kann nicht nicht kommunizieren“.³

Doch ist Kommunikation auch eine eigenständige Dimension in einem Fall. Sie birgt selbst Probleme und Konflikte, unabhängig davon, was mit ihr geklärt werden soll. Kommunikation kann insuffizient oder hilfreich sein. Da die in einem mul-

Herr Beilmann
Ehefrau
Betreuende Tochter mit Ehemann
Hausarzt
Kardiochirurgie
Nachversorgende Klinik
Reha-Klinik
Verlegendes Notarztteam
Akutklinik
• Internistische Intensivstation
• Thoraxchirurg
• OP-Team
• Operative Intensivstation
- Chefarzt, Oberarzt, Assistenzärztin
- Pflegeteam
• Oberarzt Plastische Chirurgie

Tab. 3: Interaktionspartner im Fall (hinter den pauschal genannten Bereichen verbergen sich noch eine Vielzahl von Personen, die keine individuelle Rolle spielen)

tiprofessionellen Behandlungsteam Beteiligten zwar meist Experten ihres Fachs sind, aber seltener gut geschult im zwischenmenschlichen Umgang und im Kommunikationsverhalten sind, entstehen in fachlich belastenden Situationen stressbedingt zusätzlich Interaktionskonflikte, die sich selbstständigen und ein Team zerstören können.

Anhand des Falls lässt sich zeigen, wo Kommunikation der Klärung von Fragen, Problemen und Konflikten dienen und wo sie selbst zum Problem werden kann. Daraus werden Empfehlungen abgeleitet, wie in einem Team der Umgang miteinander organisiert werden kann, um Sachfragen angemessen klären und Interaktionskonflikte minimieren zu können.

Neben den Dimensionen eines Falls (Tab. 2) muss analysiert werden, wer es mit wem zu tun hat (Tab. 3). So können Positionen und Interessen bewusst gemacht werden. Zum Verstehen kritischer Entscheidungen ist der Perspektivenwechsel hilfreich. Die Methode, sich in die Rolle des anderen hineinzuversetzen, hilft, unterschiedliche Meinungen besser zu begreifen.

Kommunikationsinhalte

Worüber gesprochen wird, was also inhaltlich zu bedenken ist, hängt vom jeweiligen Fall und der aktuellen Situation ab. Wie in jeder Kommunikation geht es auch hier um allgemeine Inhalte, wie begrüßen, sich bekannt machen und Informationen austauschen, sowie um spezifisch fachbezogene Inhalte. Im therapeutisch-pflegerischen Bereich nehmen die spezifischen Inhalte den größeren Raum ein. Zu ihnen gehören Klärung von Behandlungszielen, medizinischer Indikation, Patientenwillen, Erfassen von Befunden und Beobachtungen, Formulieren von Prognosen, Hoffnungen und Befürchtungen, Ausdruck von Emotionen und Belastungen, Aussagen über Möglichkeiten und Grenzen, Verdeutlichen ethischer Konflikte und Werte sowie Mitteilen und Verstehen von Therapiebeschlüssen.

Kommunikationsformen im therapeutisch-pflegerischen Arbeitsfeld

Im Umgang mit Patienten haben sich zum Teil ritualisierte Kommunikationsformen und -strukturen entwickelt, in denen einige dieser spezifischen Inhalte ihren festen Platz haben. Dazu gehören Anamnesegespräche, Visiten in stationären Einrichtungen, Aufklärungsgespräche vor Eingriffen, Erörterung von Befunden und Entlassungsgespräche.⁴

Ebenso haben sich Gesprächsformen etabliert, in denen Informations- und Gedankenaustausch innerhalb des Teams ihren festen Platz haben. Dazu gehören Visiten, Schicht- und Dienstübergaben, spezifische Befundbesprechungen zwischen Experten und klinisch-therapeutisch tätigen Ärzten, z. B. Röntgen- und Mikrobiologiekonferenzen, Konsile oder bereichsinterne Fortbildungen. Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen die trotz aller Arbeitsdichte geführten zwanglosen Gespräche in kurzen Pausen, weil sich gerade hier Emotionen und persönliche Urteile Ausdruck verschaffen.

Für das Gespräch mit Angehörigen sind solche strukturell vorgegebenen Kommunikationsformen seltener vorhanden, wenn man von den kurzen Kontakten zwischen Pflegenden und Angehörigen absieht, die sich in nicht offenen Bereichen, z. B. Intensivstationen, durch Klingeln an der Eingangstür melden müssen und zum Bett des Patienten geleitet werden. Je offener Besuchszeiten gehandhabt werden, desto mehr Gelegenheiten ergeben sich für den spontanen Gesprächskontakt meist zwischen Pflegenden und Angehörigen. Daneben sind Verständnis, Raum und Zeit nötig, Gespräche oder Konferenzen mit den Angehörigen als festen Bestandteil der Patientenversorgung zu etablieren.

Grundlagen von Kommunikation

Die hohe Zahl von Gesprächsmöglichkeiten im Team führt nicht automatisch dazu, dass die Kommunikation von den Beteiligten als gut empfunden wird. In den Urteilen über die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams stehen Klagen über insuffiziente Kommunikation und mangelnde

Gesprächsbereitschaft der jeweils anderen Berufsgruppen an vorderster Stelle.⁵ Das liegt an den in den Kommunikationswissenschaften hinlänglich bekannten Fakten, dass eine gelungene Kommunikation sich nicht im Austausch richtiger Sachinformationen erschöpft. Die Kernthesen aus den Modellen von Schultz von Thun, Watzlawick und Rogers⁶ weisen darauf hin, dass in jeder Kommunikation Inhalt und Beziehung eine Rolle spielen und jeder Kommunikationspartner an der Art der Beziehung mitwirkt und durch sein Verhalten und seine Aussagen die Reaktionen der Kommunikationspartner fördert oder hindert.

Das aus familientherapeutischen Konzepten bekannte Systemmodell⁷ lässt sich ohne Abstriche auch auf das System Klinik, das Patienten-Therapeuten-Verhältnis, das Patienten-Pflegende-Verhältnis und die Interaktionen im Behandlungsteam übertragen.

Kommunikation im konkreten Fall

Im Verlauf des dargestellten Falls gibt es mehrere Stufen, an denen es auf eine angemessene Kommunikation besonders ankommt. Je nach Ausgestaltung kann die Versorgung von Herrn Beilmann gelingen oder von den Beteiligten als Desaster erlebt werden. Das birgt sogar die Gefahr, dass bei misslingender Kommunikation die Versorgung des Patienten gefährdet und der Krankheitsverlauf schlechter wird.

Der erste kritische Schritt ist bereits die Verlegung aus der Kardiochirurgie in die nachversorgende Klinik. Diese Verlegung erfordert ein ehrliches Gespräch auf der Basis grundlegender Absprachen, damit sie in der nachversorgenden Klinik nicht primär als Abschieben einer Komplikation aus dem Herzzentrum und als Weg interpretiert wird, dort die Statistik zu schönen.

Die kardiopulmonale Komplikation nach Aufnahme in der Rehaklinik verlangt ein sachliches Telefonat mit den Verantwortlichen in der verlegenden Klinik, um dem naheliegenden Urteil vorzubeugen, man habe unkritisch einen noch nicht

rehabilitationsfähigen Patienten verlegt. Die Ergebnisse dieses Gesprächs sind an die Akutklinik weiterzugeben, weil dort zwangsläufig die Vermutung laut wird, Herr Beilmann sei inkompetent versorgt worden.

Diese Gespräche sind institutionsübergreifend nötig, um die Motive der Kardiochirurgie für die Verlegung zu verstehen und um zu klären, dass entweder der Sternuminfekt vor Verlegung in die Rehaklinik noch nicht bestand und damit Vorurteile unberechtigt sind, oder aber übersehen wurde und somit ein Fehlermanagement verlangen. Die Kenntnisse dazu sind für die letzte Klinik in der Kette auch deshalb wichtig, weil hier der bisherige Verlauf mit getroffenen Entscheidungen und möglichen Fehlern in den Gesprächen von den Angehörigen thematisiert werden. Eine gelingende Kommunikation kann auch zwischen verschiedenen Institutionen beziehungsfördernd und vertrauensbildend sein. Mangelnde Information weckt Vorurteile.

In der Akutklinik besteht zunächst bei allen Beteiligten die Hoffnung, den Infekt beherrschen und die große Wunde wieder verschließen zu können. Die Mitglieder aller Berufsgruppen und Disziplinen sind sich in der kurativen Zielsetzung einer maximalen Intensivtherapie einig, die Gespräche in der Phase daher unproblematisch. Mit der Zeit und größer werdendem Defekt sowie sich ausweitenden Organschäden tauchen Zweifel auf, typischerweise von den Pflegenden, die Herrn Beilmann direkt versorgen.⁸ Eine Mischung von Wissen, Erfahrung, Bauchgefühl und Vorurteilen über ärztliche Therapieeskalationen macht sich breit. Sie belastet die Zusammenarbeit auf der Station. Die Kritik wendet sich gegen Mitarbeiter der eigenen Einrichtung, Emotionen entladen sich so gegen den Oberarzt der Plastischen Chirurgie, indem vereinzelte negative Erfahrungen aus anderen Fällen auf die jetzige Situation übertragen werden.

Die Ärzte der Intensivstation schließen sich den Bedenken der Pflegenden bald an und halten die Indikation für die invasiven Maßnahmen nicht mehr für gegeben. Der Thoraxchirurg möchte

noch nicht „so früh“ aufgeben. Der Plastische Chirurg hält den Defekt noch für beherrschbar, wenn auch mit aufwändigen Operationen und erst „wenn die Intensivmediziner den Patienten wieder gebessert haben“.

Da die Intensivmediziner dieses Ziel nicht mehr für erreichbar halten, erläutern sie den Angehörigen die Aussichtslosigkeit und erreichen, dass die betreuende Tochter und auch die telefonisch eingebundene Ehefrau den Beschluss verstehen und akzeptieren. Innerhalb des Intensivstationsteams wird die Therapiezieländerung⁹ als entlastend erlebt. Der Thoraxchirurg beklagt sich, dass er erst zum Angehörigengespräch dazu kam, als die Entscheidung schon getroffen war. Hier ist ein klärendes Gespräch nötig. Der Plastische Chirurg zieht sich zurück, als er erfährt, dass seine isolierte Dienstleistung nicht mehr erforderlich ist.

Strukturen und Regeln für die Kommunikation im Team

Auf der 10-Betten-Intensivstation der Akutklinik, auf der Herr Beilmann bis zu seinem Tod versorgt wurde, sind vor vielen Jahren Rahmenbedingungen geschaffen worden, die die Interaktion

zwischen den Beteiligten erleichtern und Konflikte reduzieren sollen. Dazu gehören zwei Elemente, die zwischenmenschliche Beziehung am Arbeitsplatz und institutionalisierte Kommunikationsformen (Tab. 4). Durch wertschätzenden, achtsamen Umgang allen Teammitgliedern gegenüber wird deren Eigenverantwortlichkeit gestärkt und ihre Persönlichkeit anerkannt. Indikatoren zur Zufriedenheit am Arbeitsplatz, geringe Personalfuktuation, sehr gute Bewertung von Entscheidungs-, Führungs- und Betriebskultur und hohe Bewertung der Patientenzuwendung in extern durchgeführten Befragungen belegten wiederholt den Erfolg und die positiven Auswirkungen dieses interpersonellen Arbeitsplatzfaktors.

Institutionalisierte Formen von Kommunikation mit festen Zeiten ermöglichen auf niederschwelliger Ebene den Informations- und Meinungsaustausch und machen ihn planbar. Neben den Übergaben und Visiten mit den Vertretern der jeweiligen Fachdisziplin, bei denen möglichst auch die für den Patienten zuständige Pflegekraft dabei sein soll, hat sich eine tägliche Morgenbesprechung als ärztlich-pflegerische Gesprächsrunde etabliert. Verknüpft mit der ärztlichen Dienstüber-

Zwischenmenschliche Elemente	Strukturelle Elemente
Partnerschaftlicher Führungsstil	Kommunikation fest institutionalisieren (Abteilungsbesprechungen, Teamsitzungen, Visiten, Angehörigengespräche)
Gegenseitige Wertschätzung	Vorurteilsfreie Nacharbeit problematischer Fälle und Fehler
Anerkennung der Leistung und Kompetenz des anderen, auch des Anfängers	Fachliche, emotionale und ethische Dimensionen gleichgewichtig thematisieren
Anerkennung der moralischen Kompetenz aller bei kritischen Entscheidungssituationen, auch des fachlichen Anfängers	Weitergabe von Informationen, Beschlüssen zu Therapiezielen und noch zu klärenden Punkten offen und nachlesbar
Bereitschaft zur Selbstkritik	Externe Hilfe (Seelsorge, Ethikkomitee, Supervision) als Hilfe nutzen
Fähigkeit und Bereitschaft, sich kritisieren zu lassen	

Tab. 4: Rahmenbedingungen, die in einer Abteilung die Kommunikation fördern und erleichtern

- Welche Erkrankung hat der Patient? (Diagnose)
- Was wurde bisher mit ihm gemacht? (Verlauf)
- Was ist geplant? (Therapieziel, nächste Maßnahmen)
- Was soll nicht mehr getan werden? (Therapiegrenzen)
- Welche Risiken gibt es?
- Was weiß der Patient über seine Krankheit?
- Was soll er wissen?
- Was ängstigt ihn?
- Was freut ihn?
- Welche Hilfen braucht er? (Brille, Hörgerät, Prothese, Assistenz)
- Welche Gewohnheiten hat er?
- Was gibt ihm Halt und Hoffnung? (Beziehungen, Werte)
- Was wissen die Angehörigen über Krankheit und Prognose?
- Was sollten sie wissen?

Tab. 5: Was jeder im Team wissen sollte

gabe bildet sie den Kern der multiprofessionellen Kommunikation auf dieser Station.

Alle Ärzte und Pflegenden sitzen in der Runde im Arztzimmer, wo auf einem Monitor auch Befunde und Bilddokumente aufrufbar sind. Ein Zentralmonitor garantiert die Patientenüberwachung. Es werden alle Patienten besprochen und dabei das Konzept für den Tag, geplante Verlegungen, anstehende Aufnahmen sowie diagnostische und therapeutische Maßnahmen Patient für Patient zur Sprache gebracht. Hier haben Befunde, Beobachtungen, Mitteilungen aus Patienten- und Angehörigengesprächen sowie Therapiezieländerungen oder Zweifel an laufenden Maßnahmen oder persönliche Betroffenheit ihren Platz. Die Regelmäßigkeit der Runde erhöht die Bereitschaft, auch schon geringe Belastungen und Zweifel zu äußern, ehe sie zu größeren Problemen angewachsen sind, und ermöglicht, aufkommende Fragen

für das nächste dieser Treffen zu planen. Der Informationsgleichstand aller Beteiligten (Tab. 5) ist entlastend für die im Tagesverlauf stattfindenden Kontakte mit Patienten und Angehörigen. Wenn jeder weiß, wie es um den Patienten steht und was er weiß, kann man bei Bemerkungen des Patienten über seine Ängste auf ihn eingehen und muss sich nicht in belanglose Allgemeinplätze oder Kompensationshandlungen flüchten.

Da selten bei allen Patienten kritische Fragen bestehen, dauert diese Runde in der Regel deutlich weniger als eine Stunde. Gefasste Beschlüsse werden dokumentiert. Ist ein Problem in diesem Rahmen nicht zu klären, wird zeitnah ein Gesprächstermin vereinbart, zu dem die nötigen Teilnehmer eingeladen werden. Das gilt auch für notwendige Angehörigengespräche.

Bei abgeschlossenen Verläufen, die Fragen offen gelassen haben, wird – solange die Fakten noch gegenwärtig sind – zu einer maximal einstündigen Fallkonferenz eingeladen, die nachmittags im Konferenzraum der Station stattfindet. Zu ihr kommen bei Bedarf auch Pflegenden und Ärzte anderer Stationen, die mit dem Patienten befasst waren. Die Ergebnisse werden als Lehren aus dem Fall in einem knappen, anonymisierten Ergebnisprotokoll festgehalten, das allen Mitarbeitenden zugänglich ist.

Bei aktuellen Unzufriedenheiten oder Konflikten werden rasch kleine Gesprächsrunden mit den Beteiligten, eventuell mit einem unbeteiligten Moderator terminiert. Beim abschließenden Gespräch mit den Angehörigen von Herrn Beilmann fühlte sich der Thoraxchirurg übergangen, weil er seine von den Intensivmedizinern differierende Position in dem späten Gesprächsstadium nicht mehr zur Sprache bringen konnte, ohne vor den Angehörigen Verwirrung zu erzeugen. Ein im Anschluss an das Angehörigengespräch sofort durchgeführtes Gespräch klärte, dass bei dem Besuch der Angehörigen spontan über Sinn und Sinnlosigkeit der Therapie gesprochen wurde, und wie in Zukunft ein gemeinsames Angehörigengespräch garantiert werden kann.

Die institutionalisierten Kommunikationsstrukturen allein reichen nicht, sie müssen eingebettet sein in einen achtsamen Umgang zwischen allen Teammitgliedern. In Kliniken herrscht oft noch eine unangemessene Hierarchie, die sich zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Disziplinen sowie auch innerhalb jeder Berufsgruppe funktionsabhängig zeigt. Hierarchien sind sach- und kompetenzbasiert berechtigt und tragen dann zu einem reibungsarmen Ablauf bei. Doch darf die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe nicht per se mit einer Über- oder Unterordnung verbunden sein. Und besonders wenn es um ethische Fragen und Urteile geht, ist die Kompetenz dazu nicht an eine Berufsgruppe oder eine arbeitsvertragliche Einstufung innerhalb einer Berufsgruppe gekoppelt.¹⁰

In jeder Gesprächsrunde eines multiprofessionellen Teams muss eine Atmosphäre herrschen, die alle dazu ermutigt, Fragen zu stellen, Begründungen zu erbitten und Beobachtungen und Meinungen einzubringen. Das gilt auch für Pflegeschülerinnen und -schüler, Famulanten und ärztliche Berufsanfänger und deren Kommunikation mit Stationsleitungen und Chefarzten.

Verantwortlichkeit für gelingende Kommunikation

Sowohl gute persönliche Beziehungen als auch hilfreiche Kommunikationsstrukturen fallen nicht vom Himmel. Ein multiprofessionelles Team funktioniert wie ein System mit allen Beziehungen der Beteiligten und Abgrenzungen nach außen, das aus systemischen Modellen bekannt ist.¹¹ Das Team ist keine statische Größe, sondern realisiert sich im täglichen Miteinander. Jeder gestaltet in diesem System die Strukturen, Prozesse und Interaktionen mit und ist so mitverantwortlich für deren Gelingen.

Zweifellos sind die Einflussmöglichkeiten auf die konkrete Ausgestaltung eines multiprofessionellen Teams unterschiedlich und hängen von der Stufe in der bestehenden Hierarchie, aber auch von der Persönlichkeit ab. Es ist sehr viel leichter, wenn auf Leitungsebene Verständnis für

notwendige Strukturen und Umgangsformen und die Bereitschaft, sich selbst dementsprechend zu verhalten, bestehen, als wenn in der Hierarchie weniger einflussreiche Personen sich gegen bestehende, manchmal fest etablierte Strukturen Gehör verschaffen müssen. Abhängigkeiten mit existenzieller Bedeutung, wie befristete Verträge, können gute Ideen im Ansatz ersticken.¹²

Selbst wenn manche Teams verkrustet und starr wirken, können sie verändert werden. Es sollte jeder im multiprofessionellen Team kompetent und mutig genug sein, Fragen zu stellen und um Begründungen von Entscheidungen zu bitten. Damit kann ein Denkprozess angeregt werden, der sich nach und nach positiv auf den Umgang miteinander und die Kommunikationskultur auswirkt. Als externe Hilfe haben sich Ethikberatungen im Gesundheitswesen etabliert, die ebenfalls zu einer dem Patienten, den Angehörigen und den Mitarbeitenden angemessenen Interaktion beitragen. Wenn – hoffentlich selten – nur personelle Änderungen in einem Team eine positive Entwicklung ermöglichen, muss auch das achtsam erwogen und umgesetzt werden.

Referenzen

- 1 Salomon F., Ziegler A., *Moral und Abhängigkeit. Ethische Entscheidungskonflikte im hierarchischen System Krankenhaus*, Ethik Med (2007);19:174-186
- 2 Name geändert, Fall anonymisiert
- 3 Die Axiome von Paul Watzlawick, www.paulwatzlawick.de/axiome.html (letzter Zugriff am 08. 09. 2014)
- 4 Rockenbauch K., Decker O., Stöbel-Richter Y. (Hrsg.), *Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis*, Pabst Science Publishers, Lengerich (2006)
- 5 Haynert H., Salomon F., *Kommunikation im Team als Voraussetzung gemeinsam getragener Entscheidungen*, in: Salomon F. (Hrsg.), *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin*, 2. Aufl., Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin (2012), S. 231-240
- 6 Rockenbauch K., Decker O., Stöbel-Richter Y. (Hrsg.), siehe Ref. 4
- 7 Von Schlippe A., Schweitzer J., *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (Erstaufgabe 1996, völlig überarbeitet)

und erweitert 2012)

- 8 Haynert H., Salomon F., siehe Ref. 5
- 9 Janssens U. et al., *Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin – Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI*, DIVI (2012); 3: 103-107
- 10 Salomon F., Ziegler A., siehe Ref. 1
- 11 Von Schlippe A., Schweitzer J., siehe Ref. 7
- 12 Salomon F., Ziegler A., siehe Ref. 1; Gommel M., *Erst kommt das Fressen, dann die Moral – Geordnete Arbeitsverhältnisse als Voraussetzung, sich mit ethischen Fragen angemessen zu befassen*, in: Salomon F. (Hrsg.), *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin*, 2. Aufl., Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin (2012), S. 51-55

Irmgard Hofmann

Pflegende und Angehörige: von der Abwehr zur Kooperation

Caretakers and Relatives: Between Defence and Cooperation

Zusammenfassung

Angehörige werden von Pflegenden oft als zusätzlich belastend und anstrengend erlebt. Gleichzeitig sind sie die wichtigsten Bezugspersonen für die kranken bzw. pflegebedürftigen Menschen. Zwar sind sie selbst nicht krank, aber durch die Nähe zum Angehörigen doch auf jeden Fall betroffen.

Professioneller Umgang mit Angehörigen gehört zu den pflegerischen Aufgaben. Dennoch wird selten eine bewusst gestaltete Kooperation und Einbindung angestrebt. Gegenüber engagierten Angehörigen überwiegt manchmal sogar die Abwehr.

Dieser Beitrag möchte anregen, die Unterstützung von und die Zusammenarbeit mit Angehörigen zu überdenken. Wissend, dass auch Angehörige von akut erkrankten Menschen dringend der Unterstützung bedürfen, liegt der Schwerpunkt auf der Kooperation mit Angehörigen von chronisch kranken bzw. pflegebedürftigen Menschen.

Schlüsselwörter: Angehörige, Kooperation, Copingstrategien, Transaktionales Stressmodell

Abstract

Caretakers frequently complain about the attitudes of relatives, which can add to the stress of their job. On the other hand, relatives are among the patient's most important key persons. Without being sick themselves, they are deeply involved in the fate of the patient. Dealing with relatives is part of caretaking. It is often based on personal engagement but without structured cooperation. Overzealous relatives pose an additional problem provoking defence among caretakers. While recognizing the needs of relatives, this article is aimed at supporting a revival of the idea of cooperation between them and caretakers – for the benefit of patients.

Keywords: relatives, cooperation, coping strategies, transactional model of stress

Irmgard Hofmann, M. A. (phil)
Dozentin für Ethik in der Pflege, Gesundheits- und Krankenpflegerin
Terofalstr. 5, D-80689 München
info@hsve.de
www.hsve.de

An Stelle einer Einleitung

In dem Roman „Ungeduld des Herzens“ lässt Stefan Zweig den Mediziner Dr. Condor zu Wort kommen. Er spricht insbesondere über Herrn von Kekesfalva, den Vater der gelähmten Edith.¹

„Wissen Sie, das Schwere bei meinem Beruf sind gar nicht die Kranken; mit denen lernt man schließlich richtig umzugehen, man kriegt eine Technik heraus. Und schließlich – wenn Patienten klagen und fragen und drängen, so gehört das einfach zu ihrem Zustand wie Fieber oder Kopfschmerzen. Wir rechnen von vorneherein mit ihrer Ungeduld, wir sind darauf eingestellt und gerüstet, und jeder hat dafür gewisse beruhigende Phrasen und Unwahrheiten genauso bereit wie seine Schlafmittel und schmerzstillende Tropfen.“

Aber niemand macht unsereinem das Leben so sauer wie die Anverwandten, die Zugehörigen, die sich unberufenerweise zwischen den Arzt und den Patienten schieben und immer die ‚Wahrheit‘ wissen wollen. Alle tun sie, als ob momentan nur dieser eine Mensch krank wäre auf Erden und man einzig für ihn sich sorgen müsste, für ihn allein. Ich nehme Kekesfalva sein Gefrage wirklich nicht übel, aber wissen Sie, wenn Ungeduld chronisch wird, lässt einen manchmal die Geduld im Stich. Zehnmal habe ich ihm erklärt, ich hätte jetzt einen schweren Fall in der Stadt, wo es auf Tod und Leben geht. Und obwohl er’s weiß, telephoniert er doch Tag für Tag und drängt und drängt und will mit Gewalt sich eine Hoffnung erzwingen.“²

Wie sehen Pflegende die Angehörigen?

Wie Pflegende³ die Angehörigen von Patientinnen und Bewohnern⁴ wahrnehmen, ist sicher nicht auf einen Nenner zu bringen, und die Forschungslage ist eher spärlich. Els etwa schreibt: „Es ist eine unausgesprochene Wahrheit, dass sie [die Angehörigen Anm. IH] bei dem Pflegepersonal und den Ärzten als anstrengend, störend, fordernd und besserwisserisch gelten. Bestenfalls sind sie für einfache Hilfestellungen, z.B. beim Essen anreichen, erwünscht. Nicht selten ist die Begegnung von Pflegepersonal und Angehörigen durch Anspannung, Unsicherheit und Sprachlosigkeit

gekennzeichnet.“⁵ Gödecke, die Interviews mit Pflegenden durchführte, die in der Heimbeatmung tätig sind, kommt zu dem Schluss: „Die Beziehung zu den Angehörigen ist der schwierigste Punkt in der Heimbeatmungsversorgung.“⁶

Ähnliche Aussagen kommen von Auszubildenden in der Pflege, die den Umgang mit Angehörigen oft als besonders schwierig erleben. „Mit dem Bewohner habe ich gar keine Probleme, aber sobald die Frau da ist, ... dauernd beklagt sie sich darüber, was wir alles falsch machen.“⁷ Eher selten werden die Angehörigen als hilfreich wahrgenommen, weil sie z. B. dazu beitragen können, die Situation der aktuell pflegebedürftigen Person besser zu verstehen oder die pflegebedürftigen Personen in Gegenwart ihrer Angehörigen oft ruhiger und besser ansprechbar sind. Geisler ironisiert den „idealen“ (aber seltenen) Angehörigen: „Der (scheinbar) ideale Angehörige ... passt sich den persönlichen, arbeitsspezifischen Bedürfnissen des Personals an, respektiert deren Autonomie und unterwirft sich allen Anordnungen und Maßnahmen. Er verzichtet auf störende Eigenarten und Anliegen, zeigt Vertrauen und Dankbarkeit, antwortet rückhaltlos und umfassend, wenn er gefragt wird, sagt selbst aber nichts, wenn er nicht gefragt wird. Und ist mit dem Maß an Kommunikation zufrieden, das ihm zugebilligt wird.“⁸

Angesichts der Tatsache, dass die Pflegenden in der Regel selbst ebenfalls aus Familien stammen, also Angehörige sind, mutet die häufig zu erlebende Abwehr besonders gegenüber nicht angepassten, oft sogar als „schwierig“ bezeichneten Angehörigen ziemlich seltsam an. Doch soll zunächst geklärt werden, ob die Begleitung und Unterstützung von Angehörigen überhaupt zum pflegerischen Auftrag zählt.

Gehört die Kooperation mit Angehörigen zum pflegerischen Aufgabenbereich?

In der Pflegepraxis gibt es dazu unterschiedliche Meinungen. Zur Klärung hilft ein Blick in Berufsgesetze sowie in weitere wichtige Schriften der Pflegeberufe.⁹

Im deutschen „Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege“ (Krankenpflegegesetz, KrPflG) steht im Ausbildungsziel 1c): „Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit.“¹⁰

Im österreichischen „Gesundheits- und Krankenpflegegesetz“ (GuKG) bezieht sich die Begleitung Angehöriger auf den Entlassungszeitpunkt sowie die Anschlussbetreuung: „Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung.“¹¹

Im deutschen Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) ist bei den Ausbildungszielen vermerkt: „... und die *Beratung pflegender Angehöriger*“.¹² In Österreich gibt es kein vergleichbares Pendant zur Altenpflegeausbildung in Deutschland.

In der Rahmenberufsordnung des Deutschen Pflegerates (DPR) e. V. findet sich unter den Berufspflichten der Satz: „Professionell Pflegende sind gegenüber den Leistungsempfängern sowie deren *Bezugspersonen zur Beratung* verpflichtet.“¹³

Das „Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege“ des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes von 2004 bindet die Angehörigen bei der Pflegeplanung ein und sieht sie als Unterstützerinnen für die Erhaltung der Gesundheit.¹⁴

Der „Ethikkodex für Pflegende“ des International Council of Nursing (ICN) verweist darauf, dass die Pflegenden ein Umfeld fördern, in dem u. a. die „Familie sowie die soziale Gemeinschaft“ respektiert werden.¹⁵

Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ formuliert in Art. 4 ausdrücklich: „Ihre Angehörigen und sonstige Vertrauenspersonen ... sollen – wenn und soweit Sie dies wünschen – in Ihre Pflege, Betreuung und Behandlung einbezogen und über Maßnahmen und Veränderungen informiert

werden, die Ihre Pflege und Gesundheit betreffen.“¹⁶

Die Beratung und Unterstützung von Angehörigen ist somit Teil professioneller Pflegetätigkeit – wird aber, sofern man den obigen Aussagen Glauben schenkt, von manchen Pflegenden nicht so gerne angenommen. Möglicherweise verlieren Pflegende in ihrer beruflichen Konzentration auf pflegerische Abläufe bezogen auf Patient oder Bewohnerin etwas den Blick für die zentrale Bedeutung von Angehörigen für einen kranken bzw. pflegebedürftigen Menschen. Daher soll an dieser Stelle das „Familiensystem“ näher ausgeführt werden.

Die Familien-Angehörigen, Kernfeld des pflegebedürftigen Menschen

Familienmitglieder (Partner, Eltern, Kinder, Geschwister)¹⁷ sind grundsätzlich für die meisten Menschen die wichtigsten Bezugspersonen. Das gilt ganz besonders im Krisenfall. Selbst wenn die Familienbande wegen räumlicher Distanz, differenzierter Lebenswege und auch auf Grund von Konflikten teilweise sehr lose gespannt sind, rückt die Familie im Falle von Krankheit (zumindest zunächst) sehr schnell eng zusammen.

In den 1950er Jahren entwickelte Ludwig von Bertalanffy den Begriff der Systemtheorie.¹⁸ Er beschreibt gewisse Gesetzmäßigkeiten, wie nach innen organisierte Einheiten (z. B. eine Familie) einerseits eine Grenze nach außen bilden und andererseits als „offene Systeme“ mit der Umwelt kommunizieren. Auf dieser Basis wurde im Laufe der Jahre die Familiensystemtheorie entwickelt. Einige Kernaspekte der Familiensystemtheorie können helfen, die Besonderheiten im familiären Zusammenhang besser zu verstehen.

„Ganzheitlichkeit“. Die Familie ist eine „Einheit, in der die einzelnen Mitglieder durch Interaktion und Kommunikation miteinander vernetzt sind.“¹⁹ Das bedeutet z. B., dass die Familienmitglieder untereinander eine eigene Familiensprache verwenden, die für Außenstehende oft nur begrenzt zu deuten ist, weil sie Wissen um interne Sprachspiele voraussetzt. „Familienbeziehungen gehören einer

Sphäre an, in der die sonst üblichen Regeln des Urteils und des Handelns außer Kraft gesetzt sind. Sie sind ein Labyrinth von Spannungen, Streitereien und Versöhnungen, deren Logik widerspruchsvoll ist und deren Wertmaßstäbe und Kriterien oft so verborgen sind wie der gekrümmte Raum eines in sich geschlossenen Universums.^{“20}

Zum System Familie gehören auch „Zielorientierung“ und „Regelhaftigkeit“. „Familien richten ihr gemeinschaftliches Leben nach mehr oder minder expliziten Zielen aus, die dem Zusammenleben in der Familie Sinn und Kontinuität geben sollen.“²¹ Jede Familie hat entsprechend ihre eigenen „Gesetze“ (Verhaltensmuster), nach denen sie ihr Zusammenleben organisiert. Diese „Gesetze“ werden über die Generationen weitergegeben, modifiziert oder bekämpft, aber sie gehören zum internen Familienschatz, mit dem sich die Mitglieder weitgehend identifizieren.

Und nicht zuletzt spielen „Rückkoppelung“²² sowie der Wunsch nach *Homöostase* (im Sinne eines stabilen Gleichgewichts) eine große Rolle. Verändert sich im Rahmen eines zunächst stabilen Familiensystems Verhalten und Erleben eines Familienmitgliedes, wirkt sich das – in unterschiedlichen Abstufungen – auf das System Familie aus (Rückkoppelung). Je zentraler die Rolle des Familienmitgliedes, bei dem sich etwas verändert, desto heftiger sind die Auswirkungen auf alle anderen Familienmitglieder. Das Familiensystem strebt nun danach, so schnell wie möglich eine neue Stabilität, ein neues Gleichgewicht (Homöostase) herzustellen. Dazu werden – z. B. bei akuter schwerer Erkrankung eines Familienmitgliedes – alle Kräfte mobilisiert. Die Familie schart sich um die erkrankte Person und organisiert vielfach den Alltag um, damit für die erkrankte Person und deren Betreuung Ressourcen frei werden.

Die Familie ist aber nicht nur ein nach innen organisiertes Konstrukt, sondern sie ist gleichzeitig ein *offenes System*, d. h. sie kommuniziert und interagiert mit ihrer kleineren und größeren Umwelt. Dazu gehören weitere Verwandte, Freunde

und Nachbarn, der Arbeitsplatz, der Austausch mit Gleichgesinnten über kulturelle, religiöse, sportliche oder gesellschaftliche Aspekte. Entsprechend fällt der Familie die Aufgabe zu, Veränderungen im Innenverhältnis (z. B. Erkrankung eines Familienmitgliedes) nach außen zu kommunizieren und Kontaktmöglichkeiten zu organisieren.

Die Familie leistet also im Krankheitsfall eines ihrer Mitglieder – trotz eigener hoher emotionaler Belastung – organisatorische und kommunikative Schwerarbeit. Das gilt zunächst besonders im Falle akuter schwerer Erkrankung eines Mitgliedes: Die Homöostase ist gestört, Unsicherheit, Angst, Hilflosigkeit, Wut usw. – all diese Gefühle müssen kanalisiert und kontrolliert werden, um die notwendige Unterstützung für das erkrankte Familienmitglied aufrechterhalten zu können. Nach Heilung des Mitglieds regeneriert sich das Familiensystem allmählich wieder und kehrt zum Alltagsgeschehen zurück.

Geht die akute Erkrankung dagegen in einen chronischen Verlauf über, dann bedarf es vielfach einer Neustrukturierung des Familiensystems, das das bisherige Gleichgewicht zunächst weitgehend aufhebt. Je nachdem, welches Familienmitglied betroffen ist, muss möglicherweise die komplette bisherige Aufgabenverteilung neu organisiert werden. Das löst hohe Unsicherheit aus und führt nicht selten zu Überforderungssymptomen. Bis ein neues Gleichgewicht unter den veränderten Rahmenbedingungen entwickelt werden kann, ist das ganze Familiensystem in „Unordnung“ und nicht selten bis an die Grenzen gefordert. Entsprechend hoch ist der Stresslevel bei den am nächsten betroffenen Angehörigen.

Stressmodell nach Richard Lazarus

Nach Lazarus²³ sind Stresssituationen komplexe Wechselwirkungsprozesse zwischen den Anforderungen der Situation einerseits und der handelnden Person und ihren Ressourcen andererseits. Je nachdem, wie die Person mit einer Stresssituation umgeht, hat dies entsprechende Auswirkungen

auf deren Wohlbefinden. Das heißt, Menschen sind den Stressfaktoren nicht einfach ausgeliefert, sondern es gibt Möglichkeiten, mit Hilfe sog. Copingstrategien (Bewältigungsstrategien) Stress bis zu einem gewissen Grad zu kontrollieren und zu bewältigen. Können keine Bewältigungsstrategien eingesetzt werden oder sind sie nur unzureichend

entwickelt, überfordert der Stress die betreffende Person bis hin zu psychischer Erkrankung.

Lazarus unterscheidet zunächst drei Bewertungsstufen. Bei der *Primärbewertung* entscheidet die betroffene Person zwischen „uninteressant, unwichtig“, „positiv, stimulierend“ und „negativ, gefährlich, ängstigend, verunsichernd, bedrohlich

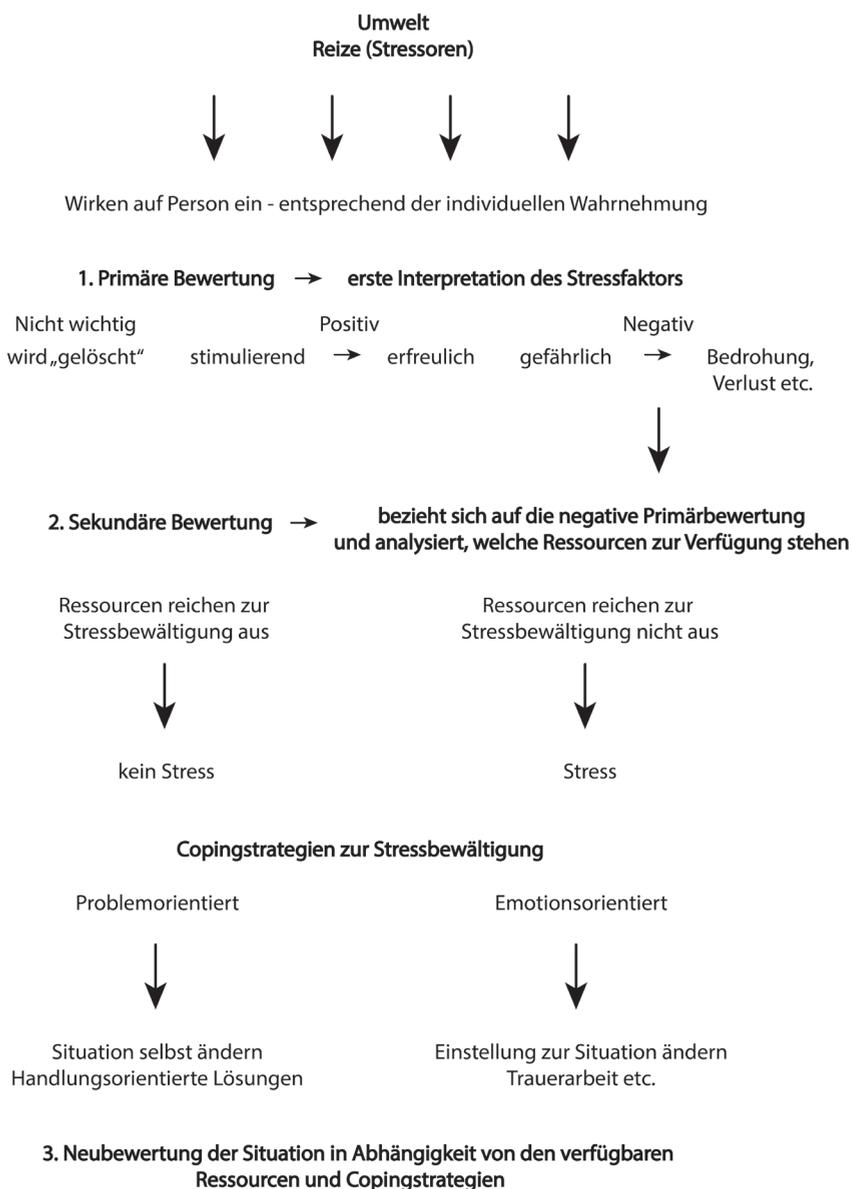


Abb. 1: Übersicht Stressmodell von Richard Lazarus (eigene Skizze von I. Hofmann)

etc.“ Unwichtiges wird sofort gelöscht, die positive Bewertung setzt Energien frei. Der eigentliche Stress ist die negative Bewertung und diese führt zur *Sekundärbewertung*. An dieser Stelle klärt die Person für sich, ob sie ausreichende Ressourcen hat, um die Situation gut zu bewältigen oder nicht. Zu diesen Ressourcen zählen eigene Möglichkeiten ebenso wie mögliche Unterstützung von außen. Je nachdem, wie die eigenen und unterstützenden Ressourcen eingeschätzt werden, wird der Stress in einer *Neubewertung* als kontrollierbar oder nicht kontrollierbar eingestuft, mit den jeweiligen entsprechenden Folgewirkungen.

Pflegende stärken Copingstrategien

Für professionell arbeitende Pflegefachkräfte sollte es eigentlich keine Frage sein, dass sie Angehörigen eines kranken bzw. pflegebedürftigen Menschen Beistand zur Stressbewältigung leisten. Je besser die Angehörigen unterstützt werden, desto mehr sind sie auch in der Lage, ihre Ressourcen im Interesse der Patientin oder des Bewohners einzubringen.

Entsprechend dem Modell von Lazarus können Pflegende auf zweierlei Weise hilfreich und stressreduzierend agieren: Zunächst, indem sie in der akuten Situation einer plötzlichen, nicht vorhergesehenen Erkrankung das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen vermitteln. Das wird am ehesten erreicht, wenn Pflegende zuverlässig und kompetent ihre Arbeit machen, und sich zugleich als vertrauenswürdige Ansprechpartnerinnen zur Verfügung stellen. Sie begegnen den Angehörigen offen und zugewandt und versuchen so weit wie möglich, deren Fragen geduldig zu beantworten. Mehr ist in der akuten Situation meist nicht möglich, weil die Familie in der Regel noch völlig damit beschäftigt ist, das Geschehen überhaupt erst zu erfassen, geschweige denn zu begreifen.

Im Laufe der Zeit, wenn offenkundig wird, dass nicht Heilung, sondern der Übergang in einen chronischen Krankheitsverlauf oder in die Pflegebedürftigkeit ansteht, können Pflegende sehr viel dazu

beitragen, um Angehörige bei der Entwicklung und Stärkung ihrer Copingstrategien zu unterstützen.

Dies geschieht zunächst durch Ermutigung zum problemorientierten Coping, das bei chronischen Verläufen oft als besonders hilfreich erlebt wird. Konkret heißt das: Pflegende binden Angehörige soweit wie möglich in alle pflegerischen Tätigkeiten und Techniken ein, die diese mit übernehmen wollen bzw. können und stärken somit deren Handlungskompetenzen. Dazu gehört z. B. auch eine umfassende Beratung, welche Hilfsmittel tauglich sind, welche finanziellen Unterstützungsleistungen es gibt oder die Anleitung zu bestimmten Pflegetechniken. Angehörige sind in der Regel enorm dankbar für verständnisvolle und zugewandte Pflegende, die ihnen Auskunft geben und ein Stück Sicherheit im Gefühls- und Organisationschaos vermitteln.

Pflegende können aber auch beim emotionsorientierten Coping unterstützen. Sie verfügen über vielfältige Erfahrungen bei ganz unterschiedlichen Krankheitsverläufen. Insofern können sie die Angehörigen einerseits bei deren Trauer über verloren gegangene Sicherheiten und Lebensentwürfe begleiten und andererseits dazu ermutigen, neue Perspektiven auch mit eingeschränkten Möglichkeiten zu entwickeln. Die wichtigste Verhaltensweise ist hier sicher das einfühlsame Zuhören, die Bereitschaft, sich als Spiegel für die Suchbewegungen der Angehörigen zur Verfügung zu stellen.

Vielen Pflegenden ist kaum bewusst, wie groß ihr Einfluss auf Patienten und deren Familiensystem ist. Dadurch berauben sie sich der Möglichkeit, die Beziehung von Anfang an gezielt kooperativ zu gestalten. Dabei ist der Beginn der Beziehung entscheidend. Angehörige reagieren in der bestehenden Stresssituation verständlicherweise extrem sensibel: Erleben sie Pflegende als unsensibel oder wenig auskunftsbereit, fühlen sie sich von ihnen entweder abgewiesen bzw. nicht ernst genommen in ihrer Sorge oder bekommen das Gefühl vermittelt, sie würden nur „stören“. Damit ist die

künftige Beziehung bereits deutlich gestört. Mit Verhaltensweisen dieser Art verstärken Pflegende den bereits vorhandenen Stress, sie blockieren mögliche Copingstrategien und machen aus besorgten sog. „schwierige“ Angehörige. Umgekehrt – bei einfühlsamer Begleitung – werden sie kaum dankbarere Menschen finden als jene Angehörigen, die sich ernst- und angenommen fühlen.

Interventionen entsprechend dem Verlaufskurvenmodell nach Corbin & Strauss

Corbin und Strauss haben sich besonders mit Verlauf und Bewältigung von chronischen Krankheiten beschäftigt. „Der Begriff *Verlaufskurve* (Trajectory) verweist auf die aktive Rolle, die Menschen bei der Gestaltung des Verlaufs einer Krankheit spielen. Dieser Verlauf wird nicht nur von der Art der Krankheit und der individuellen Reaktion eines Menschen darauf bestimmt, sondern auch von den Handlungen der professionellen Helfer und der Kranken, ihrer Partner bzw. Partnerinnen sowie von den Handlungen aller anderen, die an der Krankheitsbewältigung mitwirken.“²⁴

Grundsätzlich gibt es speziell bei chronischen Erkrankungen verschiedene Verläufe mit unterschiedlichen Phasen von Erholung, Einbrüche, Auf- und Abwärtsbewegungen bis zum Tod. In den Verläufen spiegelt sich die „Arbeit“ wider, die für den Patienten und dessen Angehörige zur Bewältigung der Erkrankung und ihrer Auswirkungen erforderlich ist. „Entscheidungen, die im Hinblick auf Pläne zur Krankheitsbewältigung getroffen werden, stehen auch unter dem Einfluss der umfassenderen Strukturbedingungen, die sich auf die Bewältigung der Krankheit auswirken. [...] Beispielsweise sind chronische Krankheiten langfristiger Natur, und das bedeutet, dass sie Organisationsleistungen erfordern.“²⁵

Die Form der Verlaufskurve ergibt sich aus den verschiedenen Phasen von Stabilität, Einbruch, Aufwärts- und Abwärtstendenzen. Diese dauern unterschiedlich lange und hängen einerseits von dem Krankheitsbild und andererseits von den zur

Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen (Copingstrategien) ab. Im Folgenden werden – in Anlehnung an Corbin & Strauss – vier häufige Verlaufsformen dargestellt.

Verlaufsform 1

Nach Überwindung der Akutphase überwiegend stabiler Verlauf mit mehr oder weniger heftigen Einbrüchen, aber ohne Abwärtstendenzen; ermöglicht in der Regel eine relativ gute Anpassung an die veränderte Situation, ein neues Gleich-



Abb. 2: Verlaufsform 1. Beispiel: Patient nach Wirbelfraktur mit Querschnittslähmung. Einbrüche sind gelegentliche Infektionen oder die Entwicklung von Druckgeschwüren (Dekubiti)

gewicht kann hergestellt werden.

Verlaufsform 2

Nach einer heftigen akuten Erkrankung kommt es über Behandlung und Rehabilitation zunächst zu einer gewissen Erholung. Die Hoffnung, alles werde wie vorher, geht aber bald über in die Erkenntnis, dass die Lebensgestaltung dauerhaft ver-



Abb. 3: Verlaufsform 2. Beispiel: Schwerer Schlaganfall mit bleibender Halbseitensymptomatik

ändert bleibt – angepasst an ein oft deutlich niedrigeres Niveau als vor dem Ereignis.

Verlaufsform 3

Kurze Erholung nach einer akuten Phase mit anschließend steilem Abwärtsverlauf bis zum Tode. Dieser Verlauf erfordert höchste Anpassungsleistungen. In der Phase der Erholung wächst schnell die Hoffnung, dass es sich nur

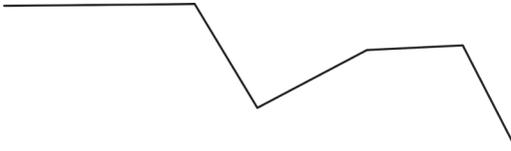


Abb. 4: Verlaufsform 3. Beispiel: Exazerbation (akute drastische Verschlechterung) einer Chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) z. B. durch einen ausgeprägten Infekt

um ein vorübergehendes Ereignis handelt. Umso schwerer wiegen die folgenden Einbrüche und der schnelle Verlauf bis zum Tod.

Verlaufsform 4

Diese Verlaufsform tritt bei vielen neuromuskulären Erkrankungen auf, aber auch bei demenzieller Veränderung; das System ist einerseits relativ stabil. Andererseits führen mehr oder minder regelmäßige Abwärtsschübe zu einer allmählichen Verschlechterung bis zum Tod. Das famili-



Abb. 5: Verlaufsform 4. Beispiel: Demenzielle und neuromuskuläre Erkrankungen

äre System hat hier Zeit, sich an die schleichende Veränderung anzupassen: relativ stabiles Gleichgewicht bei gleichzeitig hoher emotionaler und arbeitsintensiver Belastung.

Verlaufskurvenplan

Die Formen der Verlaufskurven zeigen zwei wichtige Eigenschaften: „Variabilität und Phasierung. Erstens sind sie nicht nur in der Form variabel, sondern auch in der Dauer und hinsichtlich der erforderlichen Arbeit und ihren Auswirkungen. Die Variabilität bestimmt sich aus folgenden Komponenten:

1. dem Wesen der Krankheit und der physiologischen und emotionalen Reaktion des Kranken darauf

2. den Bewältigungsplänen, die von den professionellen Helfern und dem Kranken aufgestellt werden.

Zweitens kann jede Verlaufskurve analytisch in Phasen aufgebrochen werden, die der Kurve ihre Form geben. Zu diesen Phasen zählen akute Phasen, Phasen der Normalisierung, stabile und instabile Phasen, Phasen der Verschlechterung und Sterbephasen.²⁶

Krankheitsverläufe können damit zumindest teilweise mit Hilfe eines Verlaufskurvenplans mitgestaltet werden. Ziel des Planes ist es, „die Symptome zu bewältigen und den Verlauf der Krankheit zu kontrollieren.“ Wie der Plan gestaltet wird und wie gut er funktioniert, „hängt zu einem Großteil von der Art der chronischen Krankheit, der Eindeutigkeit der Diagnose, der verfügbaren Technik zur Behandlung der Krankheit, der physiologischen Reaktion des Kranken auf diese Behandlung ab und auch davon, wie gut der Plan in der Familie ausgeführt wird bzw. werden kann.“²⁷ Eine große Bedeutung haben zudem die externen Unterstützungsmöglichkeiten – und hier insbesondere die Pflegenden. Im Folgenden wird ein relativ typischer Verlaufskurvenplan vorgestellt, wie sich demenzielle oder neuromuskuläre Erkrankungen entwickeln können und wie damit Grad und Intensität pflegerischer Interventionen zunimmt.

Die verschiedenen Phasen innerhalb einer Krankheitsverlaufskurve erfordern von den Pflegenden jeweils andere Unterstützungsangebote. Während der *stabilen Phasen* unterstützen die Pflegefachkräfte die erkrankte Person sowie deren Familie darin, das Leben so normal und abwechslungsreich wie möglich zu gestalten und den biografischen Lebensrhythmus zu erhalten. Im *akuten Schub*, also bei einem *akuten Ereignis* bedarf es einer professionellen Krisenintervention zur Behebung bzw. Linderung der Notlage. Im *Aufwärtstrend* gilt es, die Patientin und ihre Familie positiv zu begleiten und den Blick für weitere Entwicklungen zu weiten.

Abwärtsphasen sind (soweit möglich) zu stop-

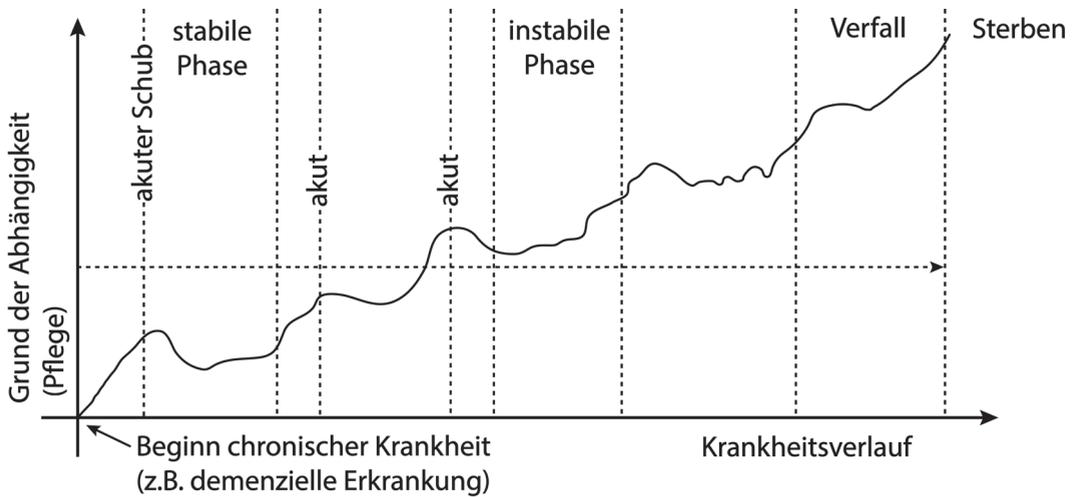


Abb. 6: Verlaufskurvenplan mit Intensität der Pflegeinterventionen (I. Hofmann)

pen oder wenn diese Möglichkeit nicht gegeben ist, die damit verbundenen Trauerreaktionen des Patienten und seiner Angehörigen in angemessener Form zu begleiten. *Instabile Phasen* sind Phasen der Unsicherheiten – das gilt zwar auch für Pflegende, ganz besonders jedoch für die Patientinnen und deren Familie. Das Rätselraten der Pflegenden über den Grund als Teil der notwendigen Ursachensuche gehört allerdings in die Teambesprechung und in das Arztgespräch. Solange es nur um Vermutungen geht, verunsichern und belasten Andeutungen jeglicher Art Patient und Familie nur zusätzlich. Schweigend bzw. zuhörend mit der Familie die Unsicherheit aushalten, ist in vielen Fällen hilfreicher.

Dagegen ist es wenig hilfreich, wenn sich professionell Pflegende mit dem Patienten oder dessen Angehörigen identifizieren. Eine der häufigsten Komplikationen, die bei zu viel Nähe auftreten, sind Eifersüchteleien, wer nun die bessere Pflege macht bzw. dem pflegebedürftigen Menschen näher steht. Dieses Phänomen ist aus der Kinderkrankenpflege hinreichend bekannt, taucht aber auch bei Erwachsenen auf. Insbesondere bei sehr intensiven Pflegeprozessen, wie etwa der 24-Stunden-Versorgung, neigen manche Pflegenden dazu,

sich als Teil des Familiensystems zu verstehen – eine recht unprofessionelle Haltung. Der Respekt vor dem kranken Menschen und seinem direkt betroffenen Umfeld gebietet es, hier bei aller Aufmerksamkeit und Empathie die professionelle Distanz zu wahren und sich der eigenen Rolle als Begleiterin von außen bewusst zu bleiben.

Zusammenfassung

Pflegende haben es zu einem nicht unerheblichen Teil selbst in der Hand, ob sie Angehörige kooperativ in die Begleitung und Unterstützung von kranken bzw. pflegebedürftigen Menschen einbinden oder sie eher als „lästig“ erleben und abwehren. Die kooperative Begleitung setzt voraus, dass Pflegende die Familie als wichtigste Bezugspersonen für die Bewohner, Patienten und Patientinnen anerkennen, die sie keinesfalls ersetzen können. Entsprechend dem Stressmodell nach Lazarus begreifen Pflegende ihre Interventionsmöglichkeiten, mit denen sie den Stress der Familienangehörigen reduzieren und sie gleichzeitig darin unterstützen können, eigene Copingstrategien zu entwickeln. Indem sie sich zuverlässig als Ansprechpartnerinnen zur Verfügung stellen, indem sie ermutigen, anlei-

ten, erklären und mögliche Gefühlsausbrüche als Teil emotionalen Copings erkennen, helfen sie den Familien und damit auch den Patienten und Bewohnern bei der Bewältigung von chronischer Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Sterben.

Referenzen

- 1 Diese Idee ist der Diplomarbeit von Andrea Els entnommen. Els A., *Angehörige im Pflegeprozess. Von der Störung zur Ressource*, unveröffentlichte Diplomarbeit, Köln (2007), S. 4
- 2 Zweig S., *Ungeduld des Herzens*, 32. Auflage, Fischer-Verlag, Frankfurt/M. (2004), S. 126
- 3 Als „Pfleger“ sind die Pflegefachpersonen der Kranken- und Altenpflege gemeint.
- 4 Die männliche und weibliche Bezeichnung wird im losen Wechsel verwendet. Wo nicht anders gekennzeichnet, bezieht sich die Bezeichnung jeweils auf beide Geschlechter.
- 5 Els A., siehe Ref. 1, S. 6
- 6 Gödecke C., *Ambulante Intensivpflege und Heimbeatmung. Wie erleben Pflegekräfte die häusliche Heimbeatmung?* *Pflegezeitschrift* (2013); 66: 226-230
- 7 Diese und ähnliche Aussagen kommen im Pflegeunterricht häufiger vor.
- 8 Geisler L., *Feind, Freund oder Partner? Angehörige im Krankenhaus*, Dr.med. Mabuse (2007); 32: 23-26
- 9 Verwendet werden österreichische und deutsche sowie internationale pflegerische Rechtsgrundlagen.
- 10 *Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege* (Krankenpflegegesetz, KrPflG) in Deutschland (2003), § 3, Abs. 2, Satz 1c
- 11 *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz* (GuKG) in Österreich (1997), § 16, Satz 2
- 12 *Gesetz über die Berufe in der Altenpflege* (Altenpflegegesetz – AltPflG) in Deutschland (2003), Abschnitt 2, § 3, Satz 10
- 13 DPR Deutscher Pflegerat e. V. Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen und des Hebammenwesens, *Rahmen-Berufsordnung für professionell Pflegenden*, (2004); § 3, <http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/Rahmenberufsordnung.pdf> (letzter Zugriff am 28. 02. 2015)
- 14 Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (Hrsg.), *Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege*, Wien (2004), Abs. 2.1.3: „Zu jeder Pflegediagnose werden von der Dipl. Pflegeperson Ziele, ... eingetragen. Dabei arbeitet sie eng mit der/dem PatientIn und/oder den Angehörigen zusammen, da die Akzeptanz der Ziele eine unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg der Pflege ist.“ Und Abs. 2.2.: „Die Dipl. Pflegeperson entwickelt mit den PatientInnen/KlientInnen und/oder deren Angehörigen Strategien zur Erhaltung der Gesundheit oder zur Verbesserung des Gesundheitszustandes. Dabei sind Information, Aufklärung, Beratung und Schulung sehr wesentliche Elemente der Tätigkeit.“, https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Berufsausuebung/Berufsbild-Endfassung_Neuaufgabe_2009.pdf (letzter Zugriff am 28. 02. 2015)
- 15 International Council of Nurses (ICN), *Ethikkodex für Pflegenden* (2006): „Bei ihrer professionellen Tätigkeit fördert die Pflegenden ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden.“, <http://www.dbfk.de/download/download/ICN-Ethikkodex-2012-2013-04-12--deutsch-konsentiert-final.pdf> (letzter Zugriff am 28. 02. 2015)
- 16 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (2009), Art. 4., http://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/140603_-_Aktive_PDF_-_Charta.pdf (letzter Zugriff am 28. 02. 2015)
- 17 Dieses Kapitel rekurriert auf familiensystemische Erkenntnisse. Allerdings ist der Begriff „Angehörige“ nicht nur auf die engsten Familienmitglieder bezogen. Zu den Angehörigen zählen auch weitere Verwandte (z. B. Großeltern, Nichten und Neffen etc.) sowie engste Freunde und Freundinnen. Letztere ersetzen vielen alleinstehenden Menschen die nicht vorhandene Familie und sind daher ähnlich zu berücksichtigen.
- 18 Bertalanffy L. von, *General systems theory*, *General Systems Yearbook*, 1 (1956)
- 19 Oerter R., Montada L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*, 3. Auflage, Psychologie Verlags Union, Weinheim (1995), S. 132
- 20 Koestler A., *Die Geheimschrift. Bericht eines Lebens, 1932-1940*, zitiert nach Els A., siehe Ref. 1, S. 23
- 21 Oerter R., Montada L. (Hrsg.), siehe Ref. 19, S. 133
- 22 ebd., S. 133
- 23 Lazarus R. S., Folkman S., *Stress, appraisal and coping*, Springer-Verlag, New York (1984)
- 24 Corbin J. M., Strauss A. L., *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern u. a. (2004), S. 50
- 25 ebd., S. 51
- 26 ebd., S. 60
- 27 ebd., S. 51

Thomas Reuster

Autonomie und Fürsorge in der Gerontopsychiatrie aus ärztlicher Sicht

Autonomy and Care in Old Age Psychiatry from a Medical Point of View

Zusammenfassung

Im gerontopsychiatrischen Fachgebiet werden überwiegend Patienten mit Alterationen der kognitiven Fähigkeiten behandelt. Zunehmende krankhafte Veränderungen am biologischen Substrat, dem Gehirn, vermindern auch die Fähigkeit zur personalen Selbstbestimmung bis zum Ausfall derselben. Gegenüber dem medizinethisch aufgewerteten und juristisch prioritären Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung des Patienten gewinnt das Prinzip Fürsorge an Bedeutung; freilich soll es nicht paternalistisch überdehnt werden. In ärztlicher Perspektive ist Fürsorge verknüpft mit dem medizinischen Auftrag, Krankheiten zu behandeln. Dieser Auftrag darf nicht unterlaufen, aber auch nicht durch die Behandler willkürlich interpretiert werden. Respekt vor der Würde des Patienten gewinnt dabei eine besondere Bedeutung, die auszuloten ist. Die Beachtung von Würde ist im einschlägigen medizinethischen 4-Prinzipien-Ansatz nicht eigens vorgezeichnet. Deshalb sollte dieser Ansatz durch Inklusion des Würde-Prinzips erweitert werden.

Schlüsselwörter: Gerontopsychiatrische Patienten, Autonomie, Fürsorge, Würde

Abstract

Patients with alterations in cognitive ability dominate the field of geriatric psychiatry. Advancing pathological changes in the brain can also reduce the patient's capacity for self-determination – to the extent that it can be completely compromised. The ethical priority of respecting a patient's self-determination can be compromised further by the need to provide welfare, which can often assume a more patronising character. From a doctor's perspective, the provision of welfare is related closely to the doctor's primary mission of treating disease. It should be neither inadequate nor excessive. However, in such a situation, one can easily lose sight of maintaining respect for a patient's dignity. A consideration of human dignity is not emphatically included within the usual 'four-principles' approach, which raises the question whether this approach needs to be extended by explicitly including such a dignity principle.

Keywords: old age psychiatry patients, autonomy, care, dignity

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Thomas Reuster
Institut für Geschichte der Medizin, TU Dresden
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH
reuster.thomas@klinikum-goerlitz.de

1. Einleitung

Die Psychiatrie des alten Menschen – Gerontopsychiatrie – birgt vielfältige und spezielle medizinethische Herausforderungen. Dabei handelt es sich nicht um eine spezielle Klasse ethischer Fragen. Einige aus der allgemeinen klinischen Medizin bekannte Schlüsselfragen sind in der Gerontopsychiatrie lediglich besonders häufig entsprechend der Zunahme bestimmter klinischer Störungsbilder, die positiv mit höherem Alter korrelieren bzw. im Alter prävalieren. Sie führen aber dadurch, dass sie Patienten in ihrer personalen Selbstbestimmung alterieren, zu speziellen medizinethischen Herausforderungen.

Die charakteristischen Störungsbilder in der Gerontopsychiatrie sind die ätiologisch unterschiedlichen, phänomenologisch jedoch ähnlichen Erscheinungsformen der sogenannten organischen Psychosynonyme, zu denen vorübergehende, meist aber chronische Bewusstseinsstörungen gehören, die sich vor allem durch Defizite in der zeitlichen, räumlichen, situativen und personbezogenen Orientierung auszeichnen (Tab. 1). Zu quantitativen Defiziten bei der Verarbeitung von Sinnesinformationen kommen qualitative Verzerrungen sowohl der Wahrnehmung (Halluzinationen) als auch des Denkens (wahnhaftige Überzeugungen oder Deutungen) sowie Verhaltens- und Interaktionsstörungen hinzu. Vor allem durch die kognitiven Defizite ist die individuelle psychiatrische Behandlung besonders oft und besonders intensiv mit Problemen konfrontiert, die sich aus der Diffe-

	%
Affektive Erkrankungen v.a. Depressionen	10 (17,8)
Angsterkrankungen	2 (2,5)
Demenzen	14
Psychotrope Substanzen	2
Psychotische Störungen	0,7

Tab. 1: Psychische Störungen im Alter, deutsche Allgemeinbevölkerung >70 J. (Berlin)¹

renz einer Hochbewertung des Prinzips der Selbstbestimmung und ihrer faktischen Einschränkung durch Insuffizienz der neurobiologischen Voraussetzungen für den Arzt ergeben.

2. Medizinethische Grundprinzipien

Als weltweit am stärksten konsentiertem Zusammenstellung medizinethischer Prinzipien gilt derzeit der 4-Prinzipien-Ansatz von Beauchamp und Childress.² Er enthält neben den klassischen hippokratischen Elementen des *nil nocere* und *bonum facere* sowie dem Gerechtigkeitsprinzip erstmals die verbindliche Einführung bzw. Kanonisierung des Autonomie-Prinzips, welches schlechterdings besagt, dass das *Recht auf Selbstbestimmung* des Patienten unbedingt zu respektieren ist. Im klinischen Kontext bedeutet dies vor allem, dass jede indizierte medizinische Maßnahme an einem Patienten nur mit dessen Zustimmung – rechtlich ausgedrückt: seiner informierten Einwilligung in diese Maßnahme – vorgenommen werden darf. Wirksam einwilligen kann aber nur, wer eine ausreichend klare Vorstellung der Maßnahme hat, in die er nach dem Willen der Ärzte einwilligen soll, d.h. wer auf dem Wege von Information und Aufklärung sich von ihr und ihren Konsequenzen eine im Wesentlichen zutreffende Vorstellung bilden kann. Nichts weniger verbirgt sich hinter dem einschlägigen Begriff des „informed consent“. Freilich lässt dieser Begriff allzu leicht vergessen, dass Informiert-worden-Sein und Verstanden-Haben zwei unterschiedliche Sachverhalte sind. Fritz Hartmann³ bevorzugte aus diesem Grund gegenüber dem Gebrauch des Terms „informierte Zustimmung“ den Ausdruck „einsichtige Zustimmung“, der die beiden letztgenannten Bedingungen erkennbar werden lässt. Er verwies im Übrigen darauf, dass im ärztlichen Gespräch nicht primär Information transportiert werden solle, die vom Empfänger dann allein zu verarbeiten ist, sondern dass es dabei um *Verständigung* gehe, den sprachlichen Vollzug von *Gegenseitigkeit*.⁴ Verständigung und Einsicht sind vor allem kognitive Leistungen, die in

medizinischen und medizinethischen Kontexten meist vorausgesetzt werden und auch vorausgesetzt werden können. Doch finden sie an neuropsychologischen Funktionsstörungen ihre Grenze. Es entsteht an diesen Grenzen die Frage, welche mentalen (neuropsychologischen) Leistungen erforderlich sind, um zum Beispiel Einsicht in eine Pharmakobehandlung mit potentiell riskanten und komplexen Nebenwirkungen zu erzielen. Was heißt es tatsächlich, wenn von „capacities needed for competence“⁵ die Rede ist? Es müssen nicht nur kognitiv Wahrscheinlichkeiten kalkuliert, sondern auch emotionale Prozesse wahrgenommen und bewertet werden: Wie wird sich das gewünschte, wie ein unerwünschtes Ergebnis anfühlen, und zwar ganz speziell für den singulären Betroffenen? Im Schatten eines depressiven Erlebens sind solche Bewertungsprozesse oft schon per Diagnose mehr oder weniger verzerrt, und sie sind unrealistisch, eingeschränkt oder unmöglich bei (ausgeprägten) organischen Psychosyndromen, namentlich Demenzen. (Bei den klassischen Geisteskrankheiten, den Schizophrenien und Wahnstörungen, sind zwar die „Rechenleistungen“ des Gehirns erhalten, aber in einer ganz speziellen Weise in Unordnung geraten, sodass eine realistische, vernünftigen Erwägungen folgende Beurteilung von Tatsachen, Sachverhalten und Zuständen der Außen- und Innenwelt nicht mehr gelingt). Solche Beeinträchtigungen alterieren auch die weiteren formalen Kriterien Freiwilligkeit und kognitive Fähigkeit zur Urteilsbildung (Einwilligungsfähigkeit), welche notwendige Voraussetzungen für eine sinnvolle Beurteilung von Selbstbestimmung im klinischen Kontext sind. In Tab. 2 sind fünf formale, für den ärztlichen Umgang mit Selbstbestimmung relevante Voraussetzungen zusammengefasst.

Über solche Differenzierungen und Probleme hinweg bezeichnet Selbstbestimmung im medizinethischen und im juristischen Verständnis das Recht, selbst über sich zu bestimmen und somit nicht der Fremdbestimmung durch andere Menschen ausgesetzt zu sein. Zumindest rechtlich do-

miniert dabei die Abwehr von Fremdmacht, nicht der Aspekt der Selbstführung und dessen substanzielle Voraussetzungen, wie dies zum Beispiel das Autonomiekonzept Harry Frankfurts⁶ fordert. Selbstbestimmung im medizinethischen Sinn ist ein normatives Konzept.⁷

- | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Indikation • Information • Verständnis • Freiwilligkeit • Einwilligungsfähigkeit |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tab. 2: Formale Voraussetzungen der Selbstbestimmung (Autonomie) des Patienten bezüglich medizinischer Maßnahmen

3. Die gerontopsychiatrische Situation – klinisch und medizinethisch

Da das Lebensalter einen erheblichen Risikofaktor darstellt nicht nur für bestimmte psychische, sondern auch und primär für organische Erkrankungen, sind psychische Störungen im Alter selten das einzige Gesundheitsproblem der Betroffenen. Sie treten von vornherein überwiegend in Kombination mit anderen, körperlichen Leiden auf. Sie werden durch ernste psychische Störungen, vor allem Depressionen, Schlafstörungen, Demenz und Wahnbildungen meist akzentuiert und kompliziert. Umgekehrt ist das Leiden an der psychischen Störung durch die körperlichen Beschwerden nicht nur verstärkt, sondern häufig auch selber phänomenologisch modifiziert. Ein weiteres Problem entsteht dadurch, dass die medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie der psychischen Störung durch die Kombination mit somatischen Erkrankungen oft limitiert wird. So ist die Psychopharmakotherapie des älteren, zumal des alten psychisch kranken Menschen besonders vorsichtig und zurückhaltend zu gestalten, dadurch jedoch ggf. nicht optimal effektiv. Die Orientierung allein an der Effektivität ist hier regelhaft ein riskanter Irrtum, der vor allem wenig erfahrenen Psychiatern unterläuft und der schnell dazu führt, dass die fürsorg-

liche Absicht, Gutes zu tun, umschlägt in ein apparentes oder inapparentes Schaden, etwa durch unerwünschte Wirkungen auf die Reizleitung des Herzens, eine cerebral relevante Blutdrucksenkung, die Dekompensation gerade kompensierter Blutdruckwerte und anderes mehr.

4. (Geronto-)Psychiatrische Störungen als Katastrophen der Selbstbestimmung

Die eindrücklichsten und verstörendsten Zustandsbilder in der Psychiatrie sind floride Psychosen aus dem schizophrenen und affektiven Spektrum sowie schwere organische Psychosyndrome, insbesondere Demenzen. Diese Störungen alterieren in der Regel auch die Fähigkeit zur Selbstbestimmung. Doch verwirklicht sich diese Alteration nicht im Sinne eines kategorialen Umschlags, sondern einer dimensional Dynamik. Es ist daher eine grundsätzlich schwierige und deshalb auch höchst anspruchsvolle Herausforderung für den Psychiater, das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen von autonomer Entscheidungsfähigkeit bezüglich medizinischer Maßnahmen (d. h. Einwilligungsfähigkeit) einzuschätzen. Dabei kommt es darauf an, die Einwilligungsfähigkeit im Verhältnis zur Komplexität der anstehenden Entscheidung angemessen zu taxieren, Fluktuationen derselben zu berücksichtigen und auch zu wissen, dass der Beziehungskontext zwischen Arzt und Patient, aber auch die durch das Pflorgeteam vermittelte Atmosphäre bedeutsame Einflüsse darauf haben, wie ein Patient das ihm ärztlich Angeratene und therapeutisch für sinnvoll Erachtete zu verstehen mag. Es hängt also vieles davon ab, wieweit in einem besonderen Moment realistische oder unvollständige, verzerrte kognitive Operationen vorherrschen. Zudem kommt es auch auf den aktuellen Bewusstseinszustand an, in dem die Einwilligungsfähigkeit geprüft wird. Das ist z. B. dann von großer Bedeutung, wenn es gilt, einen Patienten für eine freiwillige Behandlung zu gewinnen oder zu einem freiwilligen Verbleib auf einer Station oder einem anderen verbindlichen Behandlungssetting. Doch

bleiben oft unüberwindbare Grenzen; dann muss – valide – die Einwilligungsunfähigkeit festgestellt werden. Da die medizinische Gesamtsituation und die Therapie in der Gerontopsychiatrie insgesamt komplizierter als bei jüngeren Patienten sind, sind auch das Diagnostizieren und das Feststellen von Einwilligungsfähigkeit aufwändiger.⁸

Die Schwierigkeiten verändern sich charakteristisch und spitzen sich zu, wenn man das Feld der Gerontopsychiatrie genauer in den Blick nimmt. Gerontopsychiatrische Patienten leiden vorzugsweise an den psychischen und Verhaltensfolgen bestimmter geschädigter Areale des Großhirns, mithilfe dessen reduzierter Funktion gerade gegenläufig besondere altersassoziierte Herausforderungen wie der Verlust naher Bezugspersonen, Ortswechsel, Schwinden eigener Kompetenzen und Kräfte sowie die Anpassung des Selbstbildes an diese vielschichtig veränderte Situation zu bewältigen sind. Psychophysisch ist dies eine ungünstige Situation. Die häufigsten Störungen, an erster Stelle Demenzen, entwickeln sich fortschreitend. Die gewohnte Selbstverständlichkeit seines In-der-Welt-Seins entschwindet dem Betroffenen sukzessive und somit die Fähigkeit, sich selbst vernünftig – gerade auch in Bezug auf medizinische Fragen aus dem psychiatrischen und dem somatischen Bereich – zu bestimmen und zu positionieren.

Schnittmenge der meisten gerontopsychiatrischen Störungen sind kognitive und mnestiche Defizite von teils erheblichem Ausmaß. Vollständige Verwirrtheit ist nicht selten. Aber auch bereits vor diesem Stadium einer schweren Demenz befinden sich die Patienten regelhaft auf einem gegenüber früher niedrigeren Funktionsniveau in Bezug auf die verstandesmäßige Erfassung und Beurteilung subjektiv und objektiv relevanter Sachverhalte und/oder das zumindest kurz- oder mittellange Behalten dieser. Soweit die Defizite bemerkt und im Selbsterleben unter der Rubrik „Versagen“ gebucht werden, fördert das Defizit-Bewusstsein eine resignative und depressive Einstellung und in der Folge die Verschärfung der störungsspezifischen Defizite.

Daraus ergeben sich spiralartig fortgesetzt Trauer, Resignation und Depression sowie sozialer Rückzug. Mentale Defizite verschärfen sich, sie scheinen manchmal fixiert, ohne es tatsächlich zu sein.

5. Selbstbestimmung als dynamisches Vermögen und Funktion von Kommunikation

Aus der Liste von Einschränkungen bzw. Defiziten (Tab. 3) erhellt schon unmittelbar, dass Betroffene bereits im Alltag Unterstützung benötigen, weil sie Kompetenzen in Bezug auf ihre Lebensführung in signifikantem Ausmaß eingebüßt haben. In rechtlicher Hinsicht ergibt sich eine (kompensatorische oder vollständige) Vertretungsnotwendigkeit, die mit den einschlägigen Mitteln der privaten

Mangelndes Sinn- und logisches Verständnis	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelndes Erinnerungsvermögen • Mangelnde Entscheidungsfähigkeit • Vollständige Verwirrtheit im Stadium der schweren Demenz
Soziale und Verhaltensdefizite	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Unsicherheit • betreffend Rollen-Stabilität • Kritikfähigkeit • Rücksichtnahme • Toleranz
Moralische Defizite	<ul style="list-style-type: none"> • Taktgefühl • Schamgefühl • Würde-Bewusstsein betreffend fremde und eigene Würde
Kommunikationsprobleme	<ul style="list-style-type: none"> • z. T. mit paradoxen Effekten
Verlust praktischer Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Apraktische Störungen (z. B. Einschränkungen der Haushaltsführung, der Selbstversorgung oder der Körperhygiene)

Tab. 3: Psychische Defizite

Vorsorgevollmacht oder der rechtlichen Betreuung (in Deutschland nach dem BGB) realisiert wird.⁹ Sie dienen auch in der klinischen Praxis dazu, indizierte therapeutische Maßnahmen, ggf. sogar zwangsweise – dann mit zusätzlicher betreuungsrichterlicher Genehmigung – zu legitimieren.

Was das Handeln von Ärzten und Pflegenden betrifft, so ist vor jeder weiteren Diskussion klar, dass es nicht nur professionellen Standards genügen, sondern sich auch innerhalb des gesetzlichen Rahmens bewegen muss. Dies ist basal. Es erscheint oft auch ausreichend. Doch liegt die ethische Messlatte für einen guten Umgang mit und eine gute Behandlung von gerontopsychiatrischen Patienten erheblich höher. Es reicht nicht, sie zwar leitlinien- und gesetzeskonform, aber tendenziell dennoch nur wie „menschliche Objekte“ fürsorglich zu behandeln. Hier schlägt durchaus auch in der Psychiatrie eine Tendenz zur Überbetonung des (in seinen Grenzen äußerst wertvollen) medizinischen Paradigmas durch. Es fordert, am biologischen Objekt Krankheitsprozesse zu detektieren und diese in therapeutischer Absicht zu manipulieren. Hinzu kommt neuerdings ein ökonomistisches Leistungsparadigma, das objektives technisches Handeln unterstützt.

Die genannten psychischen Leistungsdefizite entziehen sich aber tendenziell einer objektivierenden klinischen Feststellung. Sie werden erst in der empathisch motivierten und strukturierten Kommunikation apparent und sind – auch und gerade in der Gerontopsychiatrie – erstaunlich modulierbar.¹⁰ Eine solche anspruchsvolle Kommunikation ist aber weder im medizinischen noch im ökonomistischen Paradigma vorgesehen und findet gewissermaßen systemfremd und im Rahmen besonderen persönlichen Engagements des Arztes statt. Dann aber ist, was ein demenzerkrankter oder altersdepressiver Mensch wirklich noch vermag und was nicht, für den Arzt im lebendigen zwischenmenschlichen Umgang manchmal besser zu erkennen als in psychologischen Tests, die ohne explizite Motivation leicht zu falsch negativen

Resultaten führen und ein unteroptimales Funktionsniveau abbilden. So konnten Vollmann et al.¹¹ zeigen, dass anhand des MacCAT-T-Testes zur Abschätzung der Einwilligungsfähigkeit ein größerer Anteil Patienten als beeinträchtigt eingestuft wurde, als Psychiater dies aufgrund ihres klinischen Urteils getan hatten. Testweise Abbildung täuscht überhaupt eine Statik vor, die im Gegensatz zur Dynamik von Leistungsvermögen steht.¹²

Das Potential des *Umgangs* und seine Wirkung auf kognitive und emotionale Prozesse kann hier nicht weiter untersucht werden, es ist aber deshalb relevant, weil es auf das Problem der Selbstbestimmung in der Gerontopsychiatrie eine Perspektive eröffnet, worin die Verantwortung für die autonomen Potenzen eines von den genannten Defiziten betroffenen Patienten nicht nur dessen eigene Sache ist, sondern auch die seiner Ärzte und Pflegenden. Denn die Fähigkeit der Selbstbestimmung ist *auch* Funktion einer zugewandten, unterstützenden, geduldigen und professionell-therapeutischen Kommunikation.¹³

Das Funktionieren kognitiver Prozesse ist dynamisch und hängt nicht nur von physiologischen Gegebenheiten ab, sondern auch vom subjektiven Wohlbefinden und dem sozialen Begegnungserleben. Diese Faktoren können bewusst gestaltet werden und Voraussetzungen für einen Kontakt und für Entscheidungen auf einem vergleichsweise hohen kognitiven Funktionsniveau schaffen. Die Selbstverantwortung dieser Patienten benötigt die Verantwortung der signifikanten Anderen.

6. Fürsorge und Selbstbestimmung

Den faktischen mentalen Defiziten gerontopsychiatrischer Patienten (siehe Tab. 3), die eine personale Aktualisierungsminderung bedingen, steht – davon formal unberührt – das überhaupt hohe Gut der Selbstbestimmung gegenüber. Es ist ein allgemeines Gut und ein medizinethisches Leitprinzip und deshalb nicht vor der Tür einer gerontopsychiatrischen Station zu suspendieren. Das ist unstrittig. Das Problem liegt darin, auf dem Boden der

Anerkennung dieses Gutes jedem Patienten formal das Recht auf Selbstbestimmung zuzuschreiben, es ihm aber nur nach Maßgabe seiner Möglichkeiten auch real *zuzumuten*. Wie mit einer therapeutischen Aufgabe darf er aus Sicht des Arztes damit ebenso wenig überfordert (und allein gelassen) wie unterfordert (und herabgewürdigt) werden. Obwohl die Balance von Autonomie und Fürsorge ein einschlägiger Topos der Medizinethik ist,¹⁴ sind die diesbezüglichen Entscheidungen der gerontopsychiatrischen Kliniker nach Erfahrung des Autors individuell auffallend verschieden. Auch lässt sich der Eindruck nicht abweisen, dass das Anliegen der modernen Medizinethik, Selbstbestimmung gegen alle Anfechtungen stark zu machen, in vergleichbarer Weise nicht auch das der Patienten ist. Empirische Daten für die in Rede stehende Patienten-Gruppe fehlen. Nach der Erfahrung im klinischen Kontext wollen gerontopsychiatrische Patienten uns Ärzte dazu bringen, ihnen einen Teil ihrer konkreten, praktischen Selbstbestimmung *abzunehmen*, aber offenbar doch so, dass wir das, was sie dann (noch) sind, gleichwohl für *achtenswert* – und sie *derart* für hilfsbedürftig halten. Sie wollen nicht beliebig dirigiert werden und nicht ausgeliefert sein. Sie wollen aber auch nicht mit einer Pflicht zur Selbstbestimmung belastet (und schon gar nicht terrorisiert) werden, von der sie meist schon seit einiger Zeit sukzessive haben Abschied nehmen müssen. Die Achtung ihrer Würde – nicht im Sinne einer Verantwortungs- oder Leistungswürde, sondern einer jedem Menschen zukommenden universalen „Mitgift-Würde“¹⁵ – muss aus gerontopsychiatrischer Sicht der Diskussion um die Bedeutung, Beanspruchung und Supposition von Selbstbestimmung vorausgehen.¹⁶ Eine weitergehende Reflexion und Spezifizierung des genannten Würde-Begriffes ist für die Belange der (Geronto-) Psychiatrie freilich wünschenswert. Stoecker¹⁷ hat dieser Diskussion jüngst einen wichtigen Impuls gegeben.

Ganz offensichtlich stehen für diese Patienten Unterstützung und Hilfe im Vordergrund. Das

scheint klar, doch müssen Fragen der Würde, der Achtung, der Anerkennung, aber auch die Gefährdung derselben durch Ignoranz oder durch narzisstischen und institutionellen Missbrauch von Macht stets im Blick der therapeutischen Akteure bleiben. Was aber die Selbstbestimmung betrifft: Sie muss aus klinischer Sicht, wie andere verminderte Fähigkeiten auch, nicht nur als vorhanden oder nicht vorhanden bestimmt werden, sondern permanent und flexibel vor allem unter dem Aspekt der Subsidiarität. Dies wird zu selten bedacht. Dabei ist Subsidiarität nicht nur ein Kernbegriff theologischer Moraltheorie,¹⁸ sondern liegt auch den modernen Rehabilitations-Konzepten des Kompetenzmodells¹⁹ oder des Empowerments²⁰ zugrunde. Subsidiarität steckt auch im Leit-Paradigma der *Befähigung*, das in der ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO²¹ und im deutschen Sozialrecht explizit bedeutsam ist. Immer geht es dabei um den Primat der erreichbaren Selbständigkeit und wird angemessene Hilfe vor allem als Hilfe zu dieser Selbstständigkeit verstanden. Das lässt sich analog auch auf die faktische Selbstbestimmung beziehen. Soweit die je vorhandene Selbstbestimmung reicht, muss sie gelten, wo sie aber versagt, muss sie assistiert, supplementiert und substituiert werden. Oppenheimer²² spricht von „mutual agreement“.

Das Leit-Paradigma der *Befähigung* ist ursprünglich an den einsichtigen und einsichtsfähigen Mitgliedern einer Gesellschaft orientiert; es macht Sinn, dass es bei dieser Gruppe einen unbedingten Akzent auf die Förderung von Eigenkompetenz setzt. Demgegenüber geht es bei den gerontopsychiatrisch schwerer betroffenen Personen um eine spezielle Gruppe, die in der Theoriebildung und -verbreitung ausgeblendet erscheint. Das ist wenig überraschend, denn hier sind der Verbesserung von Befähigungen und Kompetenzen enge Grenzen gesetzt. Für diese wachsende Anzahl von Patienten, die jahrzehntelang über alle Fähigkeiten zur Selbstbestimmung verfügt haben und jetzt in einem kritischen „Zustand danach“ sind, müssen

nicht nur klinische, sondern auch gute moralische Behandlungsstrategien etabliert sein. Davon sind wir aus klinischer Sicht noch entfernt.

7. Selbstbestimmung, Person und Würde

Wenn personale Selbstbestimmung der Grund- und Hauptwert zeitgemäßer Lebensführung ist,²³ dann ist Demenz *die* biografische Katastrophe, weil genau jene spezifischen geistigen Vermögen/Funktionen suspendiert sind, die ermöglichen, was Personsein ausmacht; dazu gehört wesentlich ein Bewusstsein der eigenen Geschichte.²⁴

Einschränkungen (bis zum scheinbaren Verlust) des Personseins haben objektive (man wird anders behandelt) und subjektive Folgen (man verliert sich als selbstgewisse Identität und als Urheber bewusster und vernünftiger Akte). Für eine ethische „Lebens-Wert-Diskussion“, die von einer engen, nämlich an mentale Leistungen gebundenen Konzeption von Personsein ausgeht, entsteht hier eine Versuchung, Fürsorge zu relativieren und konsequenterweise auch eine soziale Exklusion der Betroffenen in Kauf zu nehmen – letztlich sogar in einem weiteren Schritt auch den (wenigstens) freiwilligen Lebensverzicht.²⁵ Selbst die Tötung solcher Nicht-mehr-Personen ist dann ethisch nicht mehr unstrittig verboten.²⁶

Aus ärztlicher Sicht, d. h. unter Beachtung der Verpflichtung auf die ebenso tradierte wie in der Berufsordnung aktualisierte (undifferenzierte) Erhalt-des-Lebens-Formel, sollte im gerontopsychiatrischen Kontext daher weniger mit der Selbstbestimmungs- und Personen-Argumentation operiert werden, sondern stärker zumindest mit jener (universellen, unbedingten „Mitgift“-) Würde, die alles, was ein menschliches Antlitz hat,²⁷ auszeichnet und unverfügbar macht. Aus solcher Würde kann die Verpflichtung abgeleitet werden, den Anderen auch bei schwindender Selbstverfügung wertschätzend und achtsam zu behandeln – immer und bis zuletzt als Subjekt menschlicher Würde, akzidentell freilich als entscheidungsunfähig oder – eingeschränkt.

Ist es aber so einfach? Ergibt sich diese Ver-

pflichtung gewissermaßen automatisch? Und: Was genau soll eine Mitgift-Würde denn schützen? Wie soll ihretwegen mit einem demenziell-verwirrten Menschen *konkret* umgegangen werden? Was sollte in einer speziellen Situation möglichst getan oder unterlassen werden? Und: Inwiefern ist ein der Selbstbestimmung nicht mehr mächtiger Mensch überhaupt Subjekt menschlicher Würde? Solange solche Fragen nicht klar beantwortet sind, zieht die medizinethische Diskussion der Würde allzu leicht den Vorwurf auf sich, sie sei „hopelessly blurred“.²⁸ Tatsächlich liegt bis heute, wie Schaber²⁹ zutreffend beklagt, eine ausgearbeitete und vor allem breit konsentrierte Würde-Konzeption nicht vor. Deshalb stehen auch diese heuristischen Überlegungen unter dem Vorbehalt des Vorläufigen.

Nimmt man zunächst die universelle und juristische Würde-Konzeption als Basis, dann lässt sich eine Ethik der gegenseitigen Beziehungen („Beziehungsethik“), wie sie ursprünglich von Gilligan³⁰ als Care-Ethik konzeptualisiert wurde, gerade für den therapeutischen Umgang mit an Demenz und ähnlichen Zuständen Erkrankten sinnvoll darauf aufsetzen. Das In-Beziehung-Sein (Relatedness) der Patienten als ein aus der Care-Ethik stammender Kernbegriff beschreibt eine reale Erfahrung aller mit gerontopsychiatrischen Menschen engagiert Arbeitenden, auf der auch medizinische und pflegerische Entscheidungen beruhen. Doch müssen Relatedness und Würde der Patienten aufeinander bezogen werden, um jene nicht nur als pur soziale, relationale und fürsorgliche *Erfahrung* zum subjektiven Hauptkriterium ethischer Urteile werden zu lassen; Ethik kann auf allgemeine Geltungsansprüche schließlich nicht verzichten. Erst nach dem Durchgang durch eine objektive Wertediskussion kann die sozialpsychologisch und klinisch so fundamentale Existenzform, aufeinander bezogen zu leben, mit guten Gründen auch ethisch als entscheidungsrelevant anerkannt werden. Vor allem wehrte diese Diskussion der Gefahr einer ethisch zu Recht diskriminierten Bevormundung im Rahmen willkürlich interpretierter Fürsorge auch und

gerade dann, wenn Beziehungen extrem asymmetrisch (geworden) sind und mit einseitiger Abhängigkeit einhergehen. Ein durch das Würde-Prinzip gezähmter Paternalismus erscheint mir in diesen Situationen aber hilfreicher als ein legalistischer Autonomie-Enthusiasmus.

Freilich ist der Begriff der Würde für das spezielle klinische Handeln nicht unmittelbar fruchtbar; er verbietet *prima facie* nur Ignorieren und ignoranten (Nicht-)Handeln. Der Würde-Begriff muss weiter ausdifferenziert und im Einzelfall interpretiert werden.³¹ Würde ist aber zumindest der Anspruch darauf, z. B. auch im Falle fortgeschrittener Demenz mit voller Wahrnehmungsintensität und Präsenz der „helfenden Anderen“ beachtet und als Mensch individuell „beantwortet“, vor allem aber weder ignoriert noch exkludiert zu werden.

Dieser Gedanke wird tragfähiger, wenn man ihn auf den moralischen Status bezieht, der z. B. in der Konzeption Forsts³² den Anspruch auf Würde begründet: dass eine Person an andere Forderungen stellen darf. Spricht man einer Person diesen Anspruch ab, verletzt man ihre Würde. Auch wenn sie wie bei fortgeschrittener Demenz ihre Geltungsansprüche nicht mehr selber ausflaggen kann, darf nicht zugelassen werden, dass sie nichts mehr gilt; dies wäre die Negation eines zentralen Elementes von Würde. Tatsächlich kann ein an fortgeschrittener Demenz Erkrankter keine Ansprüche mehr stellen; er kann sie nicht denken, nicht formulieren und nicht vertreten. Was er ein Leben lang konnte, kann er jetzt *nicht mehr*. Er ist jemand, der diese (und andere) Fähigkeiten *verloren* hat. Die Möglichkeit, eine naturbestimmte, aber spezifisch menschliche Fähigkeit zu verlieren, ist Teil der *conditio humana*; sie kann auch als eine mögliche *Eigenschaft* gelesen werden, die nur ein Mensch besitzen kann und die ihn (neben anderen Eigenschaften) spezifisch ausweist. Für Martha Nussbaum³³ kommt Würde jedem menschlichen Wesen zu, das *irgendeine* der typisch menschlichen Fähigkeiten besitzt, dabei keineswegs nur rationale. Es bietet sich

meines Erachtens nun mit Blick auf die Gerontopsychiatrie an, auch das Verlieren einer naturbedingten, aber spezifisch menschlichen Fähigkeit anthropologisch auszuzeichnen; schließlich kann es sachlich und logisch nur unter Voraussetzung und Anerkennung eines vorgängigen Besitzes gedacht werden. Aus einer solchen grundsätzlichen Auszeichnung resultiert für jemanden, der die Fähigkeit zur Selbstbestimmung verloren hat, ein ähnlicher Status, wie man ihn von emeritierten Würdenträgern kennt, die ihr bedeutendes Amt nicht mehr ausüben; auch sie sind durch das „Gehabthaben“ ihrer speziellen Würde in einem positiven Sinn stigmatisiert. (Vorsorglich sei angemerkt, dass natürlich in Fällen früh erworbener schwerer Intelligenzmängel, welche die Selbstbestimmung ebenfalls signifikant einschränken, auf andere Weise für Würde zu argumentieren ist.) Für die Würdezuschreibung sollte diese Situation: spezifisch menschliche Fähigkeiten *gehabt zu haben* und sie als vormals kompetenter Mensch jetzt verloren zu haben, eine Verstärkung der Hindernisse bedeuten, einem Betroffenen Menschenwürde abzusprechen. „Verstärkung“ meint, dass zur basalen, allgemeinen Mitgift-Würde eine weitere „Absicherung“ hinzukommt, indem einerseits Aspekte sowohl des allgemeinen moralischen Status als auch einer anthropologischen Würdekonzepktion, wie sie Nussbaum vertritt, im Sinne der gezeigten „Perfekt-Perspektive“ berücksichtigt werden, die zu verstehen helfen, was es heißen soll, mit einem desorientierten, der Welt und sich selbst gegenüber hilflos gewordenen Menschen fürsorglich umzugehen und dabei seine Würde zu achten. Die klinische Realität zeigt, dass die Gefahr einer bloßen fürsorglichen Verwaltung, die auch die Reste des emotionalen und kognitiven Potentials eines solchen Patienten ausblendet, sehr konkret ist, weil Bequemlichkeit und Zeitersparnis beim helfenden Personal infolge der fehlenden Kraft des Gegenübers leicht die Überhand gewinnen. Ein klares ethisches Konzept, das dem Imperativ der Mitgift-Würde die

Möglichkeit feinerer Orientierung an die Seite stellt, ist als moralischer Wegweiser nötig.

Dass „die Helfer“ im konkreten Fall mittels realer Formen der Beziehung (z. B. am Leitfaden eines Relatedness-Verständnisses) ihr würdeverpflichtetes Helfen angemessen *umsetzen* müssen, ist klar. Schulung, kollegiale Intervision und Supervision sind dabei hilfreich und ggf. auch notwendig. Das wert-schätzende Handeln der Helfer ist im Übrigen eine Funktion *und* Implikation ihrer eigenen Würde, was darauf beruht, dass Würde ein grundsätzlich gegenseitiges Konstrukt ist:³⁴ Respektiere ich die Würde des selbstführungslos gewordenen Menschen nicht, so verspiele ich auch meine eigene Würde. Genauer: Ich verspiele nicht nur meinen Würdeanspruch als potentiell Gleichbetroffener zu einem anderen Zeitpunkt, sondern *hic et nunc* auch meine eigene Würde sowohl vor mir selbst als auch in den Augen anderer. Würde ist formal nicht ohne Gegenseitigkeit denkbar und im realen Zusammenleben bzw. im Umgang miteinander nicht ohne Solidarität anzuerkennen.

8. Der 4-Prinzipien-Ansatz und seine Grenzen

An dieser Stelle der Überlegungen wird deutlich, dass der unter 2. erwähnte Vier-Prinzipien-Ansatz in der Gerontopsychiatrie nicht weit genug reicht. Gerade weil die vier Prinzipien unter dem Primat des Prinzips der Achtung der Selbstbestimmung im ärztlichen Umgang mit an Demenz Erkrankten gestresst werden, reichen sie nicht aus, um die Erfordernisse/den Spielraum einer zeitgemäßen, moralisch guten klinischen Praxis *zwischen* Autonomie und Abhängigkeit auszuleuchten. Man kann und darf die Augen nicht verschließen vor der tatsächlichen Katastrophe des Verlustes der Fähigkeit, sich und sein Handeln (weiterhin) vernünftig zu bestimmen. Es hilft auch nichts – diese Tendenz eignet der Stellungnahme des deutschen Ethikrates,³⁵ die Defizite schönzureden, auch wenn wissenschaftliche Literatur dazu aufgeboten wird, die m. E. erstaunlich unbekümmert auch auf schwere Stadien der Demenz extrapoliert wird. Immerhin

ist bereits unmittelbar nach Diagnosestellung einer demenziellen Erkrankung die Geschäftsfähigkeit bezweifelbar, weil diese Diagnose eo ipso kognitive Leistungsdefizite impliziert.³⁶

Wenn aber die reale Selbstbestimmung erheblich vermindert ist oder fehlt (nicht nur juristisch, sondern naturalistisch-klinisch), dann fehlt dem Inhalt und dem Motiv des Prinzips „Achtung der Selbstbestimmung“ der Boden, denn es ist ja der *selbstbestimmten* Kranken wegen eingeführt worden, um ihrer Selbstbestimmung die entsprechende Achtung durch ihre behandelnden Ärzte zu sichern. Fehlt aber der Achtung ihr achtungswürdiger Gegenstand, weil die Selbstbestimmung nicht (mehr) geleistet werden kann, fällt nach dem 4-Prinzipien-Ansatz der ethische Schwerpunkt auf Fürsorge und Nichtschaden, aber auch auf das Prinzip der gerechten Verteilung medizinischer Güter, die jeweils nach der aktuellen Situation von Bedarf und Verfügbarkeit bestimmt werden muss. Es ist zu vermuten, dass neben dem objektiven klinischen Bedarf auch die Vorhandenheit oder vielmehr Nichtvorhandenheit von Selbstbestimmung in die Allokationsentscheidung einfließt. Das dürfte nicht im Sinne von Childress und Beauchamp³⁷ sein. Auch nicht die reale Gefahr, dass Fürsorge im Sinne von „Objekt-Verwaltung“ geschieht. Doch haben diese Autoren paradigmatisch die Gruppe nicht-dementer Kranker im Auge. Dementsprechend findet ihr Ansatz im Bereich schwerer psychischer, vor allem kognitiver Defizite seine Grenze. Diese Grenze scheint mir im Allgemeinen nicht genügend bedacht. Vielmehr wird der Ansatz für die gesamte Medizin (außer für ernste Notfallpatienten) universalisiert. So wird dann in der Diskussion gerontopsychiatrischer Probleme die Argumentation unerschütterlich auf den Erhalt der Selbstbestimmung *solange wie möglich* oder ein optimistisches Deuten auch reduzierter Selbstbestimmung³⁸ gelenkt. Damit werden aber klinische Realitäten schwerwiegender Hilflosigkeiten, vor allem massiver Verwirrung und Verwirrtheit, die mit Selbstbestimmung allenfalls im Sinne eines

buchstäblich natürlichen (also unfreien) Willens kompatibel sind, ignoriert bzw. faktisch abgeblendet. Dies kann man ironisch so zuspitzen: Wohin unsere Prinzipien nicht reichen, dort müssen wir ethisch schweigen (oder die reale Situation umdeuten). Deutlich wird jedenfalls: der Vier-Prinzipien-Ansatz lässt uns im Bereich der Gerontopsychiatrie spürbar im Stich.

Vor dem Hintergrund dieses Befundes scheint es mir naheliegend, die explizite Erweiterung der Vier Prinzipien um das Prinzip „Würde“ (zumindest im allgemeinen Kant'schen und Verfassungssinn) zu diskutieren. Damit ist zwar zum inhaltlichen Umgang des Arztes mit dem Patienten noch wenig gesagt (wie im Falle der anderen Prinzipien auch), aber es ist von vornherein Vernachlässigung, Erniedrigung und Fremdwillkür ethisch der Boden entzogen. Würde ist auf ihre gegenseitige Anerkennung angewiesen; sie ist universalisierbar im Kant'schen Sinn wie die vier anderen Prinzipien auch. Sie sollte den etablierten 4-Prinzipien-Kanon ergänzen.

9. Zusammenfassung

Vorstehende Überlegungen sind aus der Begegnung medizinethischer Reflexion und gerontopsychiatrischer Praxis entstanden. Sie basieren auf der Anerkennung der krankheitsbedingten graduellen Verluste von kognitiven, emotionalen und sozialen Kompetenzen und ihrer Korrelate im Erleben betroffener Patienten. Selbstbestimmung setzt solche Kompetenzen unausgesprochen voraus. Durch die Überschätzung von Autonomie und Selbstbestimmung kommt es zur medizinethischen Unterbelichtung einer besten hilfreichen Praxis im gerontopsychiatrischen Feld. Es bleibt dann bestenfalls die Forderung, dass subsidiär Reste der Selbstbestimmung in geduldiger unterstützender Kommunikation einerseits gefördert und assistiert werden; andererseits ist sie, wo tatsächlich nötig, auch rechtzeitig zu substituieren. Doch der als klinisch-ethischer Standard etablierte Vier-Prinzipien-Ansatz ist im Bereich der Gerontopsychiatrie nicht weitreichend genug, weil das

Fürsorgeprinzip zwar bei Ausfall der Selbstbestimmung in Anspruch genommen werden soll, es aber (zu) beliebig bleibt, in welcher Art (z. B. naiv paternalistisch-verfügend oder respektvoll-wertschätzend) das geschieht. Die Ergänzung dieses etablierten Firstline-Wertekanons durch das Prinzip „universelle Würde“ als Schutz vor Entwürdigung durch willkürliche Fürsorge sollte diskutiert werden. Fürsorge soll sich im Übrigen immer an das reale Mehr oder Weniger von Entscheidungskompetenz flexibel anpassen und soll im Felde von Bezogensein geschehen.

Referenzen

- 1 Mayer K. U., Baltus P. B. (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*, Akademie Verlag, Berlin (1996)
- 2 Beauchamp T., Childress J., *Principles of biomedical ethics*, 4th edn., Oxford University Press, New York (1994)
- 3 Hartmann F., *Patient, Arzt und Medizin*, Beiträge zur ärztlichen Anthropologie, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen (1984)
- 4 ebd.
- 5 Buchanan A. E., Brock D. W., *Deciding for others: the ethics of surrogate decision-making*, Cambridge University Press, Cambridge (1990)
- 6 Frankfort H., *Freiheit und Selbstbestimmung*, Akademie Verlag, Berlin (2001)
- 7 vgl. z. B. DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.), *Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN*, *Der Nervenarzt* (2014); 85(11): 1419-1431
- 8 z. B. Helmchen H., Kanowski S., Lauter H., *Ethik in der Altersmedizin*, Kohlhammer, Stuttgart (2006); Zapotoczky H. G., Fischhof K. P. (Hrsg.), *Handbuch der Gerontopsychiatrie*, Springer-Verlag, Wien/ New York (1996)
- 9 ausführlich und praxisnah Zimmermann W., *Vorsorgevollmacht Betreuungsverfügung Patientenverfügung für die Beratungspraxis*, Erich Schmidt Verlag, Berlin (2007)
- 10 Holthoff V., Reuster T., Schützwohl M. (Hrsg.), *Ergodem. Häusliche Ergotherapie bei Demenz*, Thieme, Stuttgart/ New York (2013)
- 11 Vollmann J., Kühl K. P., Tilmann A., Helmchen H., *Einwilligungsfähigkeit und neuropsychologische Einschränkungen bei dementen Patienten*, *Nervenarzt* (2004); 75: 29-35
- 12 vgl. Hacker W., *Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit*, 2. Aufl., Huber, Bern (2005)
- 13 vgl. für den psychotherapeutischen Bereich Tress W., Erny N., *Patientenautonomie – ein dynamisches Konzept*, *Psychotherapie im Dialog* (2009); 10(4): 291-301
- 14 z. B. Helmchen H., Kanowski S., Lauter H., siehe Ref. 8
- 15 Höffe O., *Medizin ohne Ethik? Suhrkamp*, Frankfurt am Main (2002)
- 16 ähnlich aus pflegeethischer Sicht: Neumann E.-M., *Pflegeethik*, in: Helmchen H., Kanowski S., Lauter H., *Ethik in der Altersmedizin*, Kohlhammer, Stuttgart (2006), S. 310-359
- 17 Stoecker R., *Philosophie der Menschenwürde und die Ethik der Psychiatrie*, *PsychiatPrax* (2014); 41, Supplement 1: 19-25
- 18 Nell-Breuning O. von, *Das Subsidiaritätsprinzip*, in: Münder J., Kreft D. (Hrsg.), *Subsidiarität heute*, Votum Verlag, Münster (1998), S. 173-184; Schramm M., *Subsidiäre Befähigungsgerechtigkeit durch das Solidarische Bürgergeld*, in: Straubhaar T. (Hrsg.), *Bedingungsloses Grundeinkommen und solidarisches Bürgergeld – mehr als soziologische Konzepte*, University Press, Hamburg (2008), S. 177-218
- 19 Olbrich E., *Kompetenz im Alter*, *Zeitschrift der Gerontologie* (1987); 20: 319-330
- 20 z. B. Theunissen G., Plaute W., *Handbuch Empowerment und Heilpädagogik*, Lambertus, Freiburg i. Br. (2003)
- 21 WHO (World Health Organization), *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, 10. Revision (2013), <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/index.htm> (letzter Zugriff am 25. 01. 2014)
- 22 Oppenheimer C., *Ethics in old age psychiatry*, in: Bloch S., Chodoff P., Green S. A. (eds.), *Oxford University Press, New York* (1999), S. 317-343
- 23 Bieri P., *Wie wollen wir leben?* Residenz Verlag, St. Pölten (2011)
- 24 Quante M., *Person*, 2. Aufl., De Gruyter, Berlin/ Boston (2012); Bittner G., *Bin „ich“ mein Erinnerung?* in: Bittner G. (Hrsg.), *Ich bin mein Erinnerung. Über autobiographisches und kollektives Gedächtnis*, Königshausen & Neumann, Würzburg (2006), S. 57-70
- 25 Gerhardt V., *Sondervotum*, in: Deutscher Ethikrat, *Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme* (2012) <http://www.ethikrat.org/themen/medizin-und-pflege/demenz> (letzter Zugriff am 23. 02. 2015)
- 26 Singer P., *Praktische Ethik*, 3. Aufl., Reclam, Stuttgart (2013)

- 27 Fichte J. G., *Grundlage des Naturrechts nach Prinzipien der Wissenschaftslehre*, Werke I, 3 (Hrsg. Lauth R., Jacob H.), Frommann-Holzboog, Stuttgart (1966), S. 291-460
- 28 Macklin R., *Dignity is a useless concept*, *British Medical Journal* (2003); 327: 1419-1420
- 29 Schaber P., *Menschenwürde*, Reclam, Stuttgart (2012)
- 30 Gilligan C., *In a different voice*, Harvard University Press, Cambridge (1982); vgl. Brucker C. M., *Moralstrukturen, Grundlagen der Care-Ethik*, Deutscher Studien-Verlag, Weinheim (1990)
- 31 vgl. Stoecker R., siehe Ref. 17
- 32 Forst R., *Die Würde des Menschen und das Recht auf Rechtfertigung*, *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* (2005); 53(4): 589-596
- 33 Nussbaum M., *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, Harvard University Press, Cambridge (2006)
- 34 Bieri P., *Eine Art zu leben. Über die Vielfalt menschlicher Würde*, Hanser, München (2013)
- 35 Deutscher Ethikrat, siehe Ref. 25
- 36 vgl. Zimmermann W., siehe Ref. 9
- 37 Beauchamp T., Childress P., siehe Ref. 2
- 38 *auch eine andere Selbstbestimmung ist Selbstbestimmung*, Deutscher Ethikrat, siehe Ref. 25

Harald Tuckermann, Christian Erk

Strukturierte Kommunikation und Spitalmanagement

Structured Communication and Hospital Management

Zusammenfassung

Management in Spitälern ist eine hochgradig herausfordernde Aufgabe, insbesondere wenn es um klinik-, stationen- und abteilungsübergreifende Themen geht. Die Aufgabe von Management besteht darin, die vielfältigen Interessen, Perspektiven und Praktiken, die sich in den Kliniken, Stationen oder Abteilungen beobachten lassen, im Sinne des Ganzen aufeinander abzustimmen und für Entscheidungen mit Blick auf die Gesamtorganisation zu sorgen. Dabei kommt der Strukturierung von Kommunikation eine entscheidende Bedeutung zu. Denn: Die Qualität einer Entscheidung wird in nicht unwesentlichem Ausmaß durch die Entscheidungspraxis, d. h. durch das „Wie“ des Entscheidens mitbestimmt. Dieser Artikel hat es sich deswegen zum Ziel gesetzt, dem Leser einführend Möglichkeiten vorzustellen, die eigene Entscheidungspraxis in ihrer kommunikativen Verfertigung zu reflektieren und auf dieser Basis zu optimieren.

Schlüsselwörter: Kommunikation, Management, Entscheidung, Krankenhaus/ Spital

Abstract

Management in hospitals is a highly challenging task, especially when it is concerned with issues that transcend clinics, stations, and divisions. The task of management is to harmonize the variety of interests, perspectives, and practices that can be observed within a hospital's clinics, stations, and divisions with a view of the whole, and to facilitate decision-making so that it takes the entire organization into account. In order to be able to do so, the structuring of communication is of pivotal importance. The quality of a decision is significantly influenced by the decision-making-practice (i. e. the way this decision is made). Given the importance of an organization's decision-making-practice, this article aims at introducing readers to the possibilities of reflecting on and optimizing their own decision-making practices, as well as the communicative enactment of their organization's decisions.

Keywords: communication, management, decision-making, hospital

Prof. Dr. oec. Harald Tuckermann
Prof. Dr. phil. Christian Erk
Universität St. Gallen
CH-9000 St. Gallen
harald.tuckermann@unisg.ch
christian.erk@unisg.ch

1. Management als Ermöglichung von Entscheidungen

Management in Spitälern ist eine hochgradig herausfordernde Aufgabe, insbesondere wenn es um klinik-, stationen- und abteilungsübergreifende Themen wie beispielsweise Prozessmanagement, Strategie, Lean Management, Informationstechnik oder Controlling geht. Denn gerade bei solchen Themen wird deutlich, dass die unterschiedlichen Kliniken, Stationen oder Abteilungen ganz eigenständige Interessen verfolgen, jeweils unterschiedliche Perspektiven einnehmen und auch auf andere Weise zu ihren Entscheidungen kommen.¹ In jedem Bereich arbeiten Expertinnen und Experten, deren Fachbereiche sich historisch immer weiter ausdifferenziert haben. Ein Klinikleiter fasst das so zusammen: „Bei uns sind sowieso immer alle anders von den anderen“.²

Management hat damit zu tun, diese vielfältigen Interessen, Perspektiven und Praktiken im Sinne des Ganzen aufeinander abzustimmen. Die Aufgabe von Management besteht darin, für Entscheidungen mit Blick auf die Gesamtorganisation zu sorgen.³ In Anlehnung an das St. Galler Verständnis von Management⁴ versteht dieser Artikel unter Management entsprechend nicht eine Stelle (z. B. den CEO) oder ein Gremium (z. B. die Geschäftsleitung) innerhalb der Organisation Krankenhaus bzw. Spital. Unter Management wird stattdessen „die Funktion des Spitals (verstanden), in einem überaus komplexen, vielfältigen und verteilten Wertschöpfungssystem für Entscheidungen zu sorgen. Management zielt darauf ab, die kollektive Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der Organisation zu gewährleisten und weiter zu entwickeln“⁵. Mit anderen Worten: Bei Management geht es um die Schaffung der Voraussetzungen, die gegeben sein müssen, damit in einer Organisation jene Entscheidungen getroffen und realisiert werden können, die eine erfolgreiche und anspruchsgruppengerechte Wertschöpfung der Organisation als Ganzes voranbringen. Management im Spital steht somit vor der grundlegenden Herausforde-

rung, angesichts der vielfältigen Zahl und Formen der Entscheidungs- und Handlungspraxis relativ autonomer Kliniken, Stationen, Abteilungen und Bereiche gleichzeitig für organisationsweite und bereichsübergreifende Entscheidungen zu sorgen und sofort laufend und mit Blick auf die weitere Entwicklung eines Krankenhauses „optimale Voraussetzungen für die Erzielung von Behandlungsqualität zu schaffen“⁶.

Die hier angesprochenen Entscheidungen sind allerdings nicht als Wahlhandlungen einzelner Personen oder Bereiche zu verstehen. Sie stellen vielmehr kommunikative Errungenschaften dar, die zwischen den Beteiligten erfolgen. Es geht darum, in einem hoch spezialisierten und expertenorientierten Organisationsgefüge zu tragfähigen Verbindlichkeiten für die Gesamtentwicklung der Organisation zu gelangen.

Dabei kommt der Strukturierung von Kommunikation eine entscheidende Bedeutung zu, denn: Die Qualität einer Entscheidung wird nicht allein durch das „Was“ der Entscheidung (das Entschiedene), sondern in nicht unwesentlichem Ausmaß auch durch die Entscheidungspraxis, d. h. durch das „Wie“ des Entscheidens mitbestimmt. „Es braucht nicht nur fortlaufend inhaltlich gute Entscheidungen. Diese Entscheidungen brauchen auch Akzeptanz, sonst passiert einfach nicht viel“, so ein Spitalleiter.⁷ Insbesondere Letzteres ist aus zwei Gründen hoch anspruchsvoll: Erstens sind Spitäler durch die oben erwähnte Vielfalt charakterisiert, was zwar eine entsprechende Perspektivenvielfalt für die inhaltliche Ausarbeitung von Optionen und deren Auswahl bereitstellt. Jedoch erschwert diese Vielfalt gleichzeitig die Abstimmung und Einigung zwischen den unterschiedlichen Sichtweisen, Interessen und Formen der Entscheidungspraxis. Zweitens zeigt unsere Erfahrung, dass gerade bei Zeitdruck und hoher Komplexität von Entscheidungen, die Frage danach, wie entscheidende Festlegungen zustande kommen, aus dem Blick gerät. Stattdessen steht das jeweilige Thema, die inhaltliche Ausrichtung

zu der aktuell zu entscheidenden Frage, im Vordergrund. Deshalb ist es wichtig, sich regelmäßig bewusst mit der eigenen Entscheidungspraxis und kommunikativen Verfertigung von Entscheidungen auseinanderzusetzen.

Dieser Artikel hat es sich zum Ziel gesetzt, dem Leser einführend Möglichkeiten vorzustellen, die Entscheidungspraxis in ihrer kommunikativen Verfertigung zu reflektieren. Eine solche Reflexion der Muster, wie in der eigenen Organisation entschieden wird, bietet die Grundlage für etwaige Veränderung und Weiterentwicklung. Der Artikel richtet sich damit vor allem an Praktiker, bietet aber keine Rezeptlösungen an. Vielmehr geht es darum, die eigene Entscheidungspraxis von Krankenhäusern in den Blick zu nehmen und davon abhängig, selbst Möglichkeiten für eine förderliche Strukturierung von Kommunikation auszuloten.

2. Die zentrale Bedeutung der Strukturierung von Kommunikation

Wirft man einen Blick auf die in Spitälern historisch gewachsene Entscheidungspraxis, so strukturiert sich die Kommunikation nicht selten nach zwei Mustern, die jeweils als Extrempunkte des Kontinuums der Strukturierungsmöglichkeiten von Kommunikation betrachtet werden können.

Das erste Muster kann als „Bilateralismus“ bezeichnet werden. Ein Mitglied der Geschäftsleitung in einem Schweizer Krankenhaus beschreibt diese ihr Haus kennzeichnende Entscheidungspraxis wie folgt: „Dieser Bilateralismus, der ist bei uns ganz ausgeprägt. Jeder schaut ein wenig, mit wem man seine Themen vorantreiben kann.“ Das Muster, nach dem in diesem Spital trotz der unterschiedlichen relativ autonomen Bereiche Entscheidungen zustande kommen, die über die eigenen Bereichsgrenzen hinausgehen, ist das der bilateralen Kommunikation. Bevor ein Thema einem Gremium zur Entscheidung vorgelegt wird, wird dieses auf bilateraler Ebene in diversen Vier-Augen-Gesprächen vorverhandelt, um so sicherzustellen, dass das Thema im Sinne des Initiators entschieden wird.

Das folgende Beispiel eines Spitalleiters zur Einrichtung einer zentralen Bettendisposition bietet ein Beispiel für bilaterale Entscheidungspraxis:

„Bei der Einführung zur zentralen Bettendisposition gehe ich so vor: Ich muss in einer Vorphase unter vier Augen mit jedem Chefarzt sprechen. Ich darf ja nicht mit allen zusammen reden, da gäbe es ein vereinigt ‚Nein‘. Also ich spreche mit ihnen vorab, schaue, welche Möglichkeiten es gibt, wo etwa die Widerstände sind, die Probleme usw. Erst dann haben wir jetzt demnächst eine Sitzung zusammen. Das bedingt viele, viele Gespräche und Vertrauen, dass man nicht über den Tisch gezogen wird, und dann kann ich in die Geschäftsleitung gehen und sagen ‚Wir möchten die Bettendisposition so und so gestalten‘. Aber diese Vorbereitung braucht Monate. Ich investiere lieber diese Monate, als dass ich losgehe und dann nur ein ‚Nein‘, eine Ablehnung verhandle.“

Dieses Beispiel illustriert, wie in einem Krankenhaus eine Entscheidung für ein übergreifendes Thema bilateral-kommunikativ vorbereitet und getroffen werden kann. Die wesentliche Errungenschaft des bilateralen Entscheidungsmusters besteht darin, trotz der relativen Autonomie der Beteiligten übergreifende Entscheidungen zu ermöglichen. Dadurch leistet Bilateralismus einen wesentlichen Beitrag zur internen Stabilität. Neben dieser Errungenschaft zeigen sich aber auch einige Nachteile: Wie in der obigen Aussage erwähnt, beansprucht dieses Muster zum einen viele zeitliche Ressourcen. Zum anderen impliziert es Aushandlungsprozesse zwischen den Beteiligten, oder wie der Spitalleiter beschreibt, „ein ständiges Geben und Nehmen“. Darüber hinaus werden Themen eher aus der Sicht von Partikularinteressen lanciert, vorangetrieben und in Abstimmung mit anderen verarbeitet, was prinzipiell nicht unweigerlich zu einer förderlichen Entwicklung des Gesamspitals beitragen muss. Und schließlich produzieren bilaterale Absprachen ihrerseits Intransparenz, denn die jeweils an diesen Gesprächen nicht beteiligten Personen wissen nur, dass miteinander gesprochen wird, aber nicht, was in diesen Gesprächen vereinbart wird.

Gleichzeitig lässt sich in Organisationen, die ihre Entscheidungen bilateral-kommunikativ verfertigen, oftmals auch ein hoch formalisiertes bzw. bürokratisiertes Entscheidungsverfahren beobachten. Dieses Verfahren, welches als Bürokratismus bezeichnet werden kann, besteht im Wesentlichen aus der Abarbeitung unterschiedlicher Vor-, Zwischen- und Endberichte. Ein Abteilungsleiter beschreibt:

„Mit dem Entscheid von der Geschäftsleitung folgen wir dann einem Verfahren, das man sich im Intranet downloaden kann. Da ist die Projektvereinbarung – das ist der Output vom Zielvereinbarungsprozess – ein Funktionsdiagramm, die Ressourcenplanung, die Terminplanung. Und das Projekt wird dann in einer Projektvereinbarung festgehalten und unterschrieben. Die Projektkoordinationsstelle schaut sich den Antrag dann an, gibt es anschließend weiter zur Unterschrift an den Spitalleiter. Und dann werden die vorher definierten Meilensteine abgearbeitet, zu denen es einen Zwischenbericht braucht. Und dann gibt es vielleicht einen Schlussbericht und so weiter. Es steckt die Systematik dahinter von Initialisierung, Konzeption, Umsetzung und Abschluss. Und entsprechend haben wir eine schriftliche Vorstudie, Hauptstudie, Detailstudie usw. Das ist so das Modell.“

Dieses Muster trägt dazu bei, dass längerfristig angelegte Entscheidungsprozesse in ihrem Ablauf erwartbar bleiben. Zudem erlaubt die fortlaufende Dokumentation mit den jeweiligen Autorisierungen einen gewissen Grad an Transparenz innerhalb der Organisation. Wie der Bilateralismus ist jedoch auch der Bürokratismus mit einer Reihe von Nachteilen behaftet: Es gilt insbesondere unter Klinikern nicht selten als Krankheit, auch „Projektitis“ genannt. Denn es droht, die ordentliche Dokumentation selbst in den Vordergrund zu stellen, vor der eigentlichen Projektarbeit. Deshalb sehen Pflegende und Ärzte dieses Verfahren oft auch als „Motivationskiller“ und monieren die Abhängigkeit von den Abstimmungsrhythmen, die mit den Vernehmlassungen und Zustimmung zu den jeweiligen Berichten einhergehen. Letztlich droht den Initiativen und Entscheidungen zur weiteren Entwicklung des

Spitals eine geringere Legitimation und Akzeptanz, was ihre Umsetzung untergräbt.

Neben der hochgradig informellen und der stark formalisierten Entscheidungspraxis als Extremformen der Strukturierung von Kommunikation lassen sich im Spitalalltag mit Sicherheit auch andere Muster beobachten. Insbesondere angesichts der zunehmenden Themen, die über die Grenzen einzelner Bereiche und Kliniken hinaus die Gesamtorganisation betreffen, ist es hilfreich, die jeweils eigene Entscheidungspraxis zu hinterfragen. Basierend auf einer solchen Reflexion der eigenen kommunikativen Praxis lässt sich dann miteinander versuchen, die eigenen Praktiken der Entscheidungsfindung weiterzuentwickeln. Für diese reflexive Entwicklung ist es hilfreich zwischen der Strukturierung bei einzelnen Kommunikationsanlässen (vgl. Kapitel 3.1), wie Gesprächen, Meetings oder Workshops, und der Strukturierung zwischen diesen Anlässen (vgl. Kapitel 3.2) zu unterscheiden.

3. Ansätze zur reflexiven Strukturierung von Kommunikation und Entscheidungen

3.1. Drei Ebenen für die Strukturierung einzelner Kommunikationsanlässe (Mikrostrukturierung)

Als Kommunikation verstanden, haben Entscheidungen inklusive ihrer Veränderungen drei Ebenen, die gleichzeitig mitlaufen: Inhalt, Prozess und Beziehung. Jeder Kommunikationsanlass, sei es ein informelles Gespräch, ein Telefonat, eine Sitzung, ein Workshop, eine Veranstaltung usw., beginnt meist auf der Beziehungsebene mit einer Begrüßung und der Herstellung des Kontakts. Innerhalb der Prozessebene geht es um die Festlegung der Anliegen in Form einer Agenda oder Tagesordnung, die dann auf der Inhaltsebene abgearbeitet wird. Gegen Ende wird das Ganze noch zusammengefasst, mitunter ein weiterer Termin vereinbart (Prozessebene) und sich verabschiedet (Beziehungsebene). Dieses generische Modell ist in Tabelle 1 dargestellt.

Wirkungsebenen				
Inhalte		Themen- bearbeitung		
Prozess		Dramaturgie- arbeit*	Dramaturgie- arbeit*	
Beziehung	Beziehungs- gestaltung			Beziehungs- gestaltung

Tab. 1: Ebenen der Kommunikation⁸ (* Prozesssteuerung)

Tägliche Röntgenrapporte lassen sich beispielsweise mit Hilfe dieser Heuristik beobachten: Nach kurzer Begrüßung und Klärung der nächtlichen Neueintritte sowie der erwarteten Austritte von Patienten während des Tages werden die Befunde in hoher zeitlicher Taktung besprochen und erste Maßnahmen zur weiteren Behandlung definiert. Innerhalb kurzer Zeit ist auf diese Weise der tägliche Arbeitsalltag besprochen, bevor die Ärztinnen und Ärzte wieder zu ihren jeweiligen Stationen, anderen Treffen oder zu Patientenbesuchen entschwinden. Dieser Ablauf ist hoch effizient und fokussiert auf die routinisierten täglichen Abläufe innerhalb einer Klinik und damit auf die Inhaltsebene der Kommunikation.

Bei komplexeren Fragestellungen oder organisationalen Themen jedoch, deren Ausgang noch unklar ist und die sich mit der Zeit entwickeln, ist dieser häufig beobachtbare Fokus auf die inhaltliche Abarbeitung jedoch riskant. Hier wird die Prozessebene zunehmend wichtig, und zwar insbesondere die Klärung der Erwartungen zu Beginn und die Klärung der nächsten Schritte zum Abschluss eines solchen Anlasses. Beispielsweise führte in einer Initiative zur Optimierung der Röntgenrapporte ein Treffen des Projektteams unterschiedlicher Klinikvertreter mit dem Chefarzt Radiologie auch deshalb zu Konfusion im Projektteam, weil am Ende des Treffens seine Mitglieder wieder schnell an den eigenen Arbeitsplatz zurückkehrten, ohne sich miteinander über das Gespräch auszutauschen und miteinander Schlussfolgerungen für die nächsten Schritte zu ziehen. Die Projektmitglieder

folgten dem Muster der Röntgenrapporte, das auf die effiziente tägliche Klärung der Behandlungsarbeit ausgerichtet ist, aber nicht auf die eigene Entwicklung. In diesem Fall der Selbstentwicklung ist der Inhalt noch unklar und die Prozessebene wird wichtiger. Hier geht es darum, sich angesichts der sich abzeichnenden Veränderung kontinuierlich miteinander darüber abzustimmen, worin die wesentlichen Schlussfolgerungen liegen und welche nächsten Schritte sich daraus für die Entwickler des Röntgenrapports ableiten.

Gerade bei Zeitdruck ist der Fokus auf die Inhaltsebene unter Vernachlässigung der Prozessebene ein häufiges Muster. Mit Hilfe des voranstehenden Modells der drei Ebenen der Kommunikation lässt sich dieser blinde Fleck in den Blick nehmen, indem z. B. die in Tabelle 2 genannten Leitfragen zur Prozessebene von den an einer Sitzung beteiligten Personen gezielt adressiert werden.

Gleich, in welche inhaltliche Richtung ein Spital seine Praxis für organisationsweite Entscheidungen weiter entwickeln will, halten wir es auf Prozessebene für sinnvoll, mit einer *Erwartungsklä rung* zu beginnen und mit einer *Erfahrungsklä rung* abzuschließen. Beides lässt sich wiederum in jedem Kommunikationsanlass anwenden, in informellen und formellen Gesprächen, Sitzungen, Workshops oder Veranstaltungen.

Die *Erwartungsklä rung* dient vor allem dem so genannten „Agenda Setting“, wobei in formalisierteren Kommunikationssituationen (z. B. einer Sitzung) die Agenda bereits teilweise über eine Tagesordnung vorstrukturiert wird. Im Rahmen

Leitfrage	Ihre Antwort
Wie kommen die Themen auf die Agenda?	...
Wie erfolgt die Priorisierung der Themen?	...
Wie wird die Zeit in dem Anlass auf die unterschiedlichen Themen verteilt?	...
Welchen Status hat das jeweilige Thema? Dient es der Information, Diskussion, Autorisierung einer Konklusion?	...
In welcher Weise wird das Thema weiter bearbeitet?	...
Wer ist für das Thema und seine weitere Bearbeitung verantwortlich?	...
Wie wird das Thema dokumentiert und wie klären wir, wie es im Anschluss daran weitergeht?	...

Tab. 2: Reflexion von einzelnen Kommunikationsanlässen

der Erwartungsklärung werden die Teilnehmenden dazu eingeladen, ihr jeweiliges Anliegen für diesen Anlass konkret zu formulieren und darüber auch ein Stück weit Verantwortung für den Erfolg eines Kommunikationsanlasses zu übernehmen. Die Erwartungsklärung richtet den Blick nach vorne in die Zukunft, zum Beispiel über folgende Leitfrage:

- „Angenommen, das Treffen ist ein Erfolg, was genau ist dann anders?“

Die *Erfahrungsklärung* am Ende eines solchen Anlasses blickt demgegenüber auf das Treffen zurück und lässt die Beteiligten nicht nur das (Nicht-) Erreichen inhaltlicher Themenbearbeitung benennen. Darüber hinaus lädt die Erfahrungsklärung auch dazu ein, den Verlauf des Kommunikationsanlasses Revue passieren zu lassen, um auf dieser Basis Konklusionen für den nächsten Anlass ziehen zu können. Als Leitfragen können hier die folgenden drei Fragen dienen:⁹

- „Was haben wir gesehen?“ fragt nach *Beschreibungen* und *Daten*, und
- „Wieso ist es so abgelaufen, wie es abgelaufen ist?“ erkundet *Erklärungen*, während
- „Was haben wir gelernt?“ die *Konklusionen* aus den ersten beiden Fragen ziehen hilft.

Diese drei Fragen erlauben es, die eigene Kommunikations- und Entscheidungspraxis zu reflektieren. Je nach Anlass kann man dafür mehr oder weniger Zeit einplanen.

Um die eigene Entscheidungspraxis kontinu-

ierlich verbessern zu können, ist es zudem hilfreich, sich auch explizit mit den sogenannten *Bearbeitungsformen* zu befassen. Die Frage zu den *Bearbeitungsformen* hilft zu rekonstruieren, auf welche Art und Weise und in welchen inhaltlichen Schritten eine bestimmte Entscheidung bearbeitet und gefertigt wird. Die Bearbeitungsform kann dabei je nach der Art des Themas, den Anliegen der Beteiligten und dem Termindruck sehr unterschiedlich sein. Im Rahmen einer solchen Reflexion der Prozessdimension von Entscheidungen stehen vor allem die folgenden drei Fragekomplexe im Vordergrund: Zum einen ist gerade bei längerfristigen Initiativen, wie bei einer Strategieentwicklung oder Veränderungsprojekten, die Frage nach der zeitlichen Strukturierung zunehmend wichtig: Wie oft, in welchem Rhythmus wird die anstehende Entscheidung bearbeitet und wie hängt diese zeitliche Strukturierung mit anderen Entscheidungsprozessen im Spital zusammen? Zum anderen gehört zur Reflexion der Bearbeitungsformen auch das Thema des Einbezugs und der Verankerung der Entscheidung in der Organisation: Wer wird zu welchem Schritt, wann, in welcher Rolle oder Funktion mit in die Entscheidung einbezogen? Eine dritte wichtige Frage adressiert vor allem diejenigen, die nicht an der Entscheidung beteiligt sind: Wie erfolgt die Kommunikation der Entscheidung, aber auch die Kommunikation darüber, wer darin nun eingebunden wird?

Komponente	Leitfrage	Ihre Antwort
Erwartungserklärung	Angenommen, das Ereignis (z.B. Gespräch, Meeting, Veranstaltung, Workshop, die Entscheidung) ist erfolgreich, was genau ist dann anders und was haben wir erreicht?	...
Erfahrungserklärung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Was haben wir gesehen (Beobachtung, Daten)? 2. Wieso ist es so passiert, wie es passiert ist (Hypothesen, Erklärungen, Deutungen)? 3. Was haben wir gelernt (Konklusionen, Vereinbarungen)? 	...
Bearbeitungsform	<ol style="list-style-type: none"> 1. In welchen Schritten werden wir bei dieser Entscheidung vorgehen (inhaltlich)? 2. In welchem Zeitrhythmus werden diese Schritte vollzogen und bis wann ist die Entscheidung getroffen? 3. Wer muss wann in die Entscheidung einbezogen werden und in welcher Rolle (Experte, Verantwortlicher, Betroffener)? 	...
Verankerung in der Organisation	Wie genau - das heißt, was wird wann wem in welcher Form mitgeteilt - erfolgt die fortlaufende Kommunikation der Entscheidung insbesondere an Nicht-Beteiligte?	...

Tab. 3: Hilfen zur Prozesssteuerung und Reflexion der Entscheidungspraxis

Wenn man sie im Vorhinein berücksichtigt, hilft die Beantwortung all dieser Fragen dabei, unnötigen Missverständnissen, Konflikten oder Gerüchten vorzubeugen. Nach wichtigen Entscheidungen unterstützen die Fragen dabei, die eigene Entscheidungspraxis zu reflektieren, also zu klären, wer über was, wann und wie entscheidet. Diese in den vorangegangenen Absätzen dargestellten Überlegungen und Möglichkeiten zur Reflexion der Prozessebene von Kommunikation sind in Tabelle 3 nochmals zusammengefasst.

3.2. Die Auswahl von Beteiligten zu einzelnen Kommunikationsanlässen

Am Ende des letzten Abschnitts wurden bereits die Fragen nach der Einbindung von Personen in Entscheidungen und nach der Kommunikation von Entscheidungen im Spital gestellt. Die Frage der Einbindung anderer Personen in

eine Entscheidung ist deswegen von Bedeutung, da es hier letztlich um die Qualität eines Entscheids, aber auch um seine Nachvollziehbarkeit und damit Akzeptanz im Rest der Organisation geht. Beides ist insbesondere in Spitälern zentral, weil die jeweiligen Fachbereiche, Kliniken und Abteilungen eine gewisse Autonomie genießen und gerade übergreifende Themen auf die Zustimmung von potentiell Beteiligten angewiesen sind. So berichtet ein Klinikmanager von einer seiner Initiativen zur Weiterentwicklung des Anmeldeprozesses in einer gynäkologischen Klinik. Während er Vertreter der Ärzteschaft, der IT-Abteilung und diverse andere in das Projekt involviert hatte, wäre die anfänglich unterlassene Berücksichtigung der Pflege beinahe der Grund für das Scheitern des Projektes geworden.

Bezugspunkt für die Frage nach der Einbindung ist die Entscheidung selbst, also das konkrete

Thema der Entscheidung mit der Leitfrage, um was es bei dieser Entscheidung genau geht. Ausgehend von der entsprechenden Antwort lässt sich ableiten, welche *Expertise* für diese Entscheidung notwendig ist und wer im Spital am ehesten über diese *Expertise* verfügt.

Neben der *Expertise* sind aber noch zwei Komponenten notwendige (wenn auch nicht hinreichende) Bedingungen für gute Entscheidungen: Verantwortung bzw. (Entscheidungs-) Kompetenz und Betroffenheit. Mit den Komponenten *Verantwortung* und *Kompetenz* soll geklärt werden, wer als Person, Stelle oder Gremium die Verantwortung für diese Entscheidung übernimmt, über die nötige Entscheidungskompetenz verfügt und damit auch diese Entscheidung treffen sollte. So scheinbar einfach diese Frage gestellt ist, so schwierig ist manchmal ihre Beantwortung, wenn man beispielsweise in einem Spital einerseits hört: „Da haben wir die Letztverantwortung“. Andererseits bleibt aber unklar, worin genau diese Letztverantwortung besteht und was sie in Abstimmung mit anderen Beteiligten bedeutet. Eine weitere zu berücksichtigende und zu reflektierende Komponente ist die *Betroffenheit*. Entscheidungen sollen Wirkungen entfalten, führen nicht selten zu Veränderungen, sei es in Aufgaben, Zuständigkeiten, zeitlichen Rhythmen von Visiten oder ähnlichem. Sowohl die direkt wie die indirekt Betroffenen daher ein Stück weit einzubinden, steigert neben

der Akzeptanz auch die inhaltliche Qualität einer Entscheidung.

Tabelle 4 fasst diese Komponenten und Fragen zusammen. Deren Beantwortung kann die Vorbereitung tragfähiger Entscheidungen unterstützen, genauso wie sie die Rekonstruktion abgelaufener Entscheidungen strukturieren hilft:

Klarheit über diese Fragen und deren nachvollziehbare Kommunikation innerhalb des Spitals oder der eigenen Klinik trägt schließlich zur Legitimation der Entscheidung bei.

3.3. Die Strukturierung zwischen Kommunikationsanlässen (Makrostrukturierung)

Verstehen die Beteiligten ihre Klinik, Bereich, Abteilung oder das Spital nicht als Team, sondern als Organisation, rückt die Mikro- und Makrostrukturierung von Kommunikation in den Vordergrund. Die in den vorangegangenen Abschnitten dargestellte Mikrostrukturierung von Kommunikation bezieht sich vor allem auf die Gestaltung einzelner Kommunikationsanlässe. Dahinter steht die Annahme von Kommunikation unter Anwesenden, wie sie beispielsweise in Teams möglich ist. Ein wesentlicher Unterschied zwischen einem Team und einer Organisation besteht nun darin, dass eben nicht alle Beteiligten zu einem Anlass erscheinen (können) und parallel unterschiedliche Anlässe stattfinden, die aufeinander Bezug nehmen. Für einen Fachbereich, eine Klinik oder ein

Komponente	Leitfrage	Ihre Antwort
Entscheidung	Worum geht es bei dieser Entscheidung genau?	...
Expertise	Wer hat für diese Frage die beste inhaltliche Expertise?	...
Verantwortung/ Kompetenz	Wer übernimmt die Verantwortung für diese Entscheidung und hat die nötige Entscheidungskompetenz?	...
Betroffenheit	Wer ist von der Entscheidung direkt, indirekt und potenziell in welcher Form betroffen?	...

Tab. 4: Einbindung von *Expertise*, *Kompetenz* und *Betroffenheit*

Spital als Organisation wird daher die Makrostrukturierung von Kommunikation bedeutsam. Hier geht es darum, dass Entscheidungen auch unter Abwesenheit, d.h. auch dann erfolgen, wenn nicht alle an der Entscheidung beteiligten oder von der Entscheidung betroffenen Personen anwesend sind. Im vorangehenden Abschnitt wurde dazu bereits die Frage der Kommunikation mit den Nicht-Beteiligten einer Entscheidung aufgeworfen. Je nachdem, wie Ergebnisse von Entscheidungen oder wie der Prozess kommuniziert werden, steigt oder sinkt die Akzeptanz in der Organisation. Missverständnisse, Konflikte und Gerüchte lassen sich ein Stück weit auffangen, wenn es gelingt, die an der Entscheidung Unbeteiligten trotzdem regelmäßig in der Informationsschleife und im Austausch zu halten.

Makrostrukturierung ist aber auch allgemeiner gemeint und bezeichnet die wechselseitige Vernetzung unterschiedlicher Kommunikationsanlässe.

Solche Anlässe, seien es Gespräche, Sitzungen, Veranstaltungen, Rapporte, Visiten usw. sind heute an der Tagesordnung und manchmal so häufig, dass man kaum noch der „eigentlichen“ Arbeit nachgehen kann. So gelang es beispielsweise einem interdisziplinären Zentrum an einem Kantonsspital in der Schweiz mit ungefähr 25 Mitarbeitenden, etwa 30 reguläre Meetings in unterschiedlichen Zeitrhythmen von täglichen Absprachen bis hin zu vierteljährlichen Sitzungen abzuhalten. Das frustrierte alle Beteiligten. Der Leiter monierte: „Alle wollen mit mir reden und ich komme zu nichts mehr“. Gleichermaßen bemängelten die Mitarbeitenden, dass ihr Vorgesetzter kaum zu fassen sei, um sich mit ihm abzustimmen.

Um diese Situation zu verbessern, hat der betreffende Bereich seine Kommunikationsanlässe in Form einer Analyse reflektiert, deren zugrunde liegenden Fragestellungen auch generell hilfreich für Makrostrukturierung von Kommunikation sind:

Entscheidungsnotwendigkeiten	Kommunikatives Setting 1	Kommunikatives Setting 2	
	Beschreibung des Settings <ul style="list-style-type: none"> • Typ: Um was für ein Setting handelt es sich (z.B. Rapport, informelles Gespräch, Veranstaltung, etc.) • Beteiligte: Wer ist daran beteiligt? • Zeit: In welchem zeitlichen Rhythmus findet es statt (z.B. ad hoc, regelmäßig in welchen Abständen, etc.)?
Was sind die zentralen Themen im Behandlungsalltag?			
... [pro Thema eine Zeile]	... [Ihre Einschätzung]	... [Ihre Einschätzung]	...
...	... [Ihre Einschätzung]	... [Ihre Einschätzung]	...
Was sind die zentralen Themen in der Entwicklung unseres Bereichs?			
... [pro Thema eine Zeile]	... [Ihre Einschätzung]	... [Ihre Einschätzung]	...
...	... [Ihre Einschätzung]	... [Ihre Einschätzung]	...

Tab. 5: Meeting Assessment

Erstens überlegte das Zentrum, welche Themen, Fragestellungen bzw. Entscheidungen von zentraler Bedeutung sind. Diese reichten von konkreten Behandlungsfragen zu bestimmten Patienten, über Themen der Zusammenarbeit intern und mit anderen Kliniken, über Forschung bis hin zur Gesamtausrichtung und Entwicklung des Zentrums. Zweitens listeten die Beteiligten ihre Kommunikationsanlässe mit Namen und Typ (z. B. informelles Gespräch, Rapport, Sitzung etc.), Beteiligten und zeitlicher Rhythmik auf. Aus diesen beiden Dimensionen konnte ein „Meeting Assessment“ in Form einer Kreuztabelle angelegt werden (vgl. Tabelle 5).

In diesem Beispiel ergab das Meeting Assessment folgende Resultate: 1. Bestimmte Themen wurden in mehreren Kommunikationsanlässen besprochen und entschieden, so dass möglichst alle Mitarbeitenden möglichst überall dabei sein wollten oder mussten. Umgekehrt gab es 2. Themen, die nirgendwo systematisch bearbeitet wurden, sondern nur informell, „zwischen Tür und Angel“, gar nicht oder durch den Vorgesetzten. 3. existierten einige Kommunikationsanlässe mit identischen Themen. Diese drei Einsichten führten zu folgenden Optimierungen: Erstens wurden Themen explizit und eindeutig zugeordnet. Zweitens konnte das Zentrum folglich die Anzahl von Anlässen reduzieren und gleichzeitig drittens die Abwesenheit von Mitarbeitenden über eine systematische Dokumentation und über die Erwartbarkeit von Themen und Meetings auffangen. Das schuf Entlastung für den Behandlungsalltag und Flexibilität, während gleichzeitig der beidseitige Frust sank. Mit Blick auf das eigene Entscheiden erlaubte die Optimierung der eigenen Kommunikationsanlässe eine transparentere, nachvollziehbarere und erwartbarere Praxis. Ein wesentlicher Ansatzpunkt bestand hierbei darin, die so genannten AKVs (Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten) nicht nur wie üblich für einzelne Stellen, sondern eben auch für Gremien und andere Kommunikationsanlässe zu spezifizieren.

3.4. Strukturierung von Kommunikation als Mittel zur Verbesserung der Entscheidungspraxis

Die in den voranstehenden Kapiteln angestellten Überlegungen zur Strukturierung von Kommunikation bieten eine Möglichkeit, die eigene Entscheidungspraxis im Spital zu analysieren und damit auch einer möglichen Weiterentwicklung zugänglich zu machen. Im Vordergrund der Überlegungen steht die meist implizite Prozessdimension von Entscheidungen und nicht die sonst priorisierte inhaltliche Dimension von Entscheidungen. Bei der prozessualen Strukturierung von Entscheidungen kommt es einerseits darauf an, zwischen Mikro- und Makrokontext zu unterscheiden. Insbesondere auf Mikroebene einzelner Kommunikationsanlässe laufen dabei die drei Ebenen Beziehung, Prozess und Inhalt gemeinsam ab. Für die zweite Ebene der Prozesssteuerung bieten sich die Erwartungs- und Erfahrungsklärung an, genauso wie die Frage nach der konkreten Bearbeitungsform sowie der Einbindung von Beteiligten und der Kommunikation mit Unbeteiligten an einer Entscheidung. Für die Einbindung stellen Expertise, Verantwortung, Kompetenz sowie Betroffenheit notwendige Bedingungen für eine gute Entscheidungsqualität dar. Darüber hinaus ist es wichtig, Entscheidungen auf Makroebene, also zwischen einzelnen Kommunikationsanlässen zu strukturieren. Mit Hilfe eines Meeting Assessments lässt sich dabei nicht nur Freiraum durch Optimierung schaffen, sondern auch die Nachvollziehbarkeit von Entscheidungs-orten und Themen steigern.

4. Management im Spital: Die Sorge um strukturierte Kommunikation und Entscheidungen

Zu Beginn dieses Artikels ist Management als Funktion der Organisation definiert worden. Management ist nicht auf die Geschäftsleitung, eine Abteilung, Stelle oder Person beschränkt. Management findet verteilt über das gesamte Spital statt und zeigt sich in den Mustern der kommunikativen Verfertigung von Entscheidungen. Die Kernherausforderung von Management in Spitä-

lern besteht hierbei darin, bei unterschiedlichen Formen der Entscheidungspraxis gleichzeitig für organisationsweite Entscheidungen zu sorgen. Der vorliegende Artikel hat dazu die Strukturierung von Kommunikation vorgeschlagen und anhand der Entwicklung der eigenen Entscheidungspraxis aufgezeigt, wie im Mikro- und Makrokontext künftige Entscheidungen geplant und vergangene reflektiert werden können, um das eigene Entscheiden weiter zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund ist eine Kernaufgabe von Management, die Strukturierung von Entscheidungen in der eigenen Organisation fortlaufend weiter zu entwickeln. Angefangen von der Frage, wie Themen auf die (Entscheidungs-)Agenda des Spitals gelangen, also was als zentrale Entscheidungsnotwendigkeit identifiziert wird, geht es dann darum, je nach Fragestellung eine passende Bearbeitungsform festzulegen. Dazu gehört nicht nur die Festlegung analytischer Verfahren, durch die diese Entscheidung abgearbeitet werden soll, sondern auch die Beschäftigung mit der kommunikativ-prozessualen Seite der zu treffenden Entscheidung. Letztere umfasst die Klärung, (a) wer, in welcher Rolle, auf welche Weise mit in eine Entscheidung eingebunden wird, (b) welche kommunikativen Anlässe sich für welche Entscheidungen anbieten und (c) wie die zeitliche Abfolge von Entscheidungen strukturiert ist. Für eine solche Strukturierung von Entscheidungen ist es aus unserer Sicht ratsam, Entscheidungsnotwendigkeiten zu triagieren: Handelt es sich eher um Fragen der Patientenbehandlung (Fachkontext), der Voraussetzungen für diese Behandlung (Systemkontext) oder um die Frage nach der weiteren Entwicklung des Gesamtsitals in seinem Umfeld (Gesamtkontext)? Je nachdem, sind andere analytische Verfahren, andere Beteiligte und Betroffene und/ oder eine andere zeitliche Rhythmik erforderlich.

Die Herausforderung für ein Spital und sein Management liegt darin, eine solche stärkere Strukturierung von Entscheidungen zu etablieren. Eine derartige Entwicklung erfordert von den Beteiligten,

die eigene alltägliche Arbeit zu reflektieren, zu hinterfragen und nachvollziehbar zu entscheiden (!), ob und wenn ja, wie sie geändert werden sollte sowie miteinander einzuüben. Das ist nicht zuletzt deshalb anspruchsvoll, weil eine solche Entwicklung bei „fahrendem Wagen“ erfolgt. In der Organisation wird fleißig weiter entschieden, während die Veränderung des Entscheidens vorangetrieben wird.

Entscheidungen stärker zu strukturieren ist zunehmend wichtig, weil es mehr zu entscheiden gibt; weil die jeweiligen Entscheidungen die Behandlungsarbeit, aber auch die (organisationalen) Bedingungen der Behandlungsarbeit betreffen; weil Entscheidungen gerade in Spitälern überaus verteilt getroffen werden; und weil sie gleichzeitig oft miteinander vernetzt sind. Die Strukturierung von Entscheidungen ermöglicht es, dass das Entscheiden in zeitlicher Hinsicht, in thematischer Hinsicht und mit Blick auf die Beteiligten und Betroffenen stärker erwartbar werden. Das schafft Sicherheit und Flexibilität, ermöglicht Verlässlichkeit und Freiheitsgrade.

Referenzen

- 1 vgl. Denis J.-L., Lamothe L., Langley A., *The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations*, *Academy of Management Journal* (2001); 44(4): 800-837
- 2 Die Zitate stammen von unseren Forschungspartnern aus der Praxis mit unterschiedlichen Spitälern der Schweiz, mit denen wir seit 2004 mittelfristige Kooperationen zur Begleitung organisationaler Entwicklungsinitiativen mit Hilfe qualitativer feldnaher Methoden eingegangen sind.
- 3 vgl. Wimmer R., *Die Zukunft von Führung. Brauchen wir noch Vorgesetzte im herkömmlichen Sinn?*, *Organisationsentwicklung* (1996); 4: 46-56
- 4 vgl. Rüegg-Stürm J., Grand S., *Das St. Galler Management-Modell. 4. Generation - Einführung*, Haupt Verlag, Bern (2014)
- 5 Tuckermann H., Rüegg-Stürm J., Mitterlechner M., *Zur Unmöglichkeit des Managements von Spitälern: Die Paradoxie von Management*, *Schweizerische Ärztezeitung* (2014); 95(16/17): 662-665, hier S. 662
- 6 Rüegg-Stürm J., Bachmann A., *Management im Spital – auch das noch?!*, in: Rüegg-Stürm J., Bieger T. (Hrsg.),

Unternehmerisches Management: Herausforderungen und Perspektiven, Haupt Verlag, Bern (2012). S. 117-148, hier S. 118

- 7 In der Literatur wird diese Einschätzung geteilt (vgl. Denis J.-L., Lamothe L., Langley A., siehe Ref.1, S. 833).
- 8 Rüegg-Stürm J., *Spitalmanagement im Kontext zunehmender Ungewissheit und Ambiguität*, Schweizerische Ärztezeitung (2009); 90(47):1850-1854, hier S. 1852; Tuckermann H. et al., siehe Ref. 5
- 9 vgl. Schein E., *Prozessberatung für die Organisation der Zukunft*, EHP, Köln (2000)

Jessica Knierim

Kommunikation mit sedierten Patienten auf der Intensivstation

Communication with Sedated Patients in the Intensive Care Unit

Zusammenfassung

Patienten, die eine intensivmedizinische Behandlung benötigen, müssen meist analgosediert werden, um eine adäquate Therapie zu ermöglichen. Leider hat diese Maßnahme nicht nur positive Auswirkungen. Gerade in der Aufwachphase kommt es häufig zu Wahrnehmungsstörungen sowie Angst- und Stresszuständen. Hier ist eine der Situation angepasste Kommunikation von großer Bedeutung. Sie soll dem Patienten Sicherheit vermitteln, Vertrauen schaffen und Ängste nehmen. Anhand eines Fallbeispiels wird gezeigt, wie wichtig die situationsgerechte patientenorientierte Kommunikation während der Sedierung ist – insbesondere in der Aufwachphase. Es wird beschrieben, welche Probleme ein Intensivaufenthalt für den Patienten mit sich bringen kann und wie man diesen mit der richtigen Kommunikationsmethode entgegenwirken und somit den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann.

Schlüsselwörter: Kommunikation, Sedierung, Nonverbale Kommunikation, Pflege

Abstract

To ensure an adequate therapy, patients with a need for intensive care treatment often have to be analgo-sedated. Unfortunately, the effects of this measure are not only positive. Perceptual disorder, and a state of panic and stress, particularly while recovering from sedation, can be observed. In such cases, it is important to use a situationally adapted communication strategy to make sure that the patient has a feeling of safety and trust, and that anxiety can be reduced. A practical example will demonstrate how important situationally adapted and patient-oriented communications are while the patient is still under sedation – and especially while recovering from sedation. The article will demonstrate the challenges that the patient faces while in intensive care and gives advice on how to counteract these challenges with the right communication methods in order to positively influence the course of the disease.

Keywords: communication, sedation, non-verbal communication, care

Jessica Knierim
Krankenschwester für Anästhesie & Intensivmedizin
Praxisleiterin und Beraterin für Ethik im
Gesundheitswesen
Rotenburger Straße 28c, D-37269 Eschwege
jessica.knierim@knierim-ethik.de

Um Patienten auf der Intensivstation behandeln zu können, muss man ihnen oft sedierende Medikamente verabreichen. Zusätzlich werden meist Analgetika eingesetzt, um die mit einer Verletzung, Operation oder auch nur mit der Immobilität verbundenen Schmerzen zu vermeiden. In der Entwöhnungsphase sind die Patienten dann nur leicht sediert. In diesem Zustand ist eine adäquate Kommunikation mit dem Patienten notwendig, die ihm hilft, seinen Aufenthalt auf der Intensivstation besser zu überstehen. Diese Kommunikation stellt das medizinische und pflegerische Fachpersonal vor Herausforderungen, da es viele Kommunikationshindernisse zu überwinden gibt.

Aus meiner 12-jährigen Arbeit auf der Intensivstation möchte ich in diesem Artikel meine Erfahrungen schildern und praxisorientierte Empfehlungen geben.

Im ersten Teil berichte ich über die unterschiedlichen Wahrnehmungsstörungen und die damit verbundenen Kommunikationshindernisse, die ein längerer Intensivaufenthalt mit sich bringt. Hierbei ist der systematische Perspektivenwechsel hilfreich, um sich besser in die Situation eines Intensivpatienten hineinzusetzen.

Im darauffolgenden Abschnitt berichte ich über einen Patienten, welcher sich zur Behandlung auf der Intensivstation befand. Er schildert seine Erfahrungen, Sorgen und Ängste und beschreibt eindrucksvoll, wie man sich in solch einer Situation fühlt und was dies für die Kommunikation bedeutet.

Der letzte Teil meines Artikels beleuchtet, wie die Kommunikation mit sedierten Patienten auf der Intensivstation besser erfolgen, man den Aufenthalt des Patienten angenehmer gestalten und den Krankheitsverlauf nachhaltig positiv beeinflussen kann. Hierbei gehe ich neben der verbalen Kommunikation immer wieder auch auf die Komponente der nonverbalen Kommunikation ein.

Der sedierte Patient

Nicht selten kommt es vor, dass ein Mensch im Laufe seines Lebens auf eine intensivmedizi-

nische Behandlung angewiesen ist, sei es aufgrund einer lebensbedrohlichen internistischen Erkrankung, einer schweren Verletzung oder Operation. In dieser Zeit ist es oftmals notwendig, dass sich dieser Patient einer invasiven, das heißt einer in den Körper eindringenden Behandlung unterziehen muss. Bei diesen intensivtherapeutischen Maßnahmen kann es sich beispielsweise um die Beatmungstherapie bei einem Lungenversagen oder um die Hirndrucktherapie bei einem schweren Schädelhirntrauma handeln. In dieser Phase muss der Patient analgosediert werden, um diese speziellen Behandlungen durchführen zu können und dabei Angst-, Stresszustände und Schmerzen zu vermeiden, da sich diese negativ auf den Heilungsprozess auswirken. Tiefe Analgosedierung heißt, dass der Patient in einen künstlichen Schlaf versetzt wird und vorerst nicht erweckbar ist. Diese Analgosedierung wird mit stark wirksamen Medikamenten vorgenommen, welche schmerzlindernd (z. B. Opiate) und sedierend (z. B. Benzodiazepine oder Barbiturate) wirken. Oft dauert diese Behandlung mehrere Tage, wenn nicht gar Wochen. Leider hat die analgosedierende Therapie neben den positiven Auswirkungen häufig auch schwerwiegende Nebenwirkungen. So kommt es neben Herz-Kreislauf-Störungen, Darmträgheit und Störungen des Immunsystems häufig gerade in der Entwöhnungsphase zu Entzugerscheinungen und Verwirrheitszuständen.¹ Die Entwöhnungsphase wird gewöhnlich dann eingeleitet, wenn die kritische Phase – die Akutphase – der Erkrankung überwunden ist. In dieser Zeit hat sich der gesundheitliche Zustand des Patienten soweit stabilisiert, dass eine Beendigung der maschinellen Beatmung angestrebt werden kann und eine tiefe Analgosedierung nicht mehr notwendig ist. Während der Entwöhnungsphase kommt es durch das Absetzen der stark wirksamen Medikamente bei circa 60% der langzeitsedierten Patienten zu auffälligen Verhaltensweisen.² Häufig sind sie desorientiert, nicht kooperativ oder gar aggressiv gegenüber dem Pflegepersonal. Aber nicht nur das Absetzen

der Medikamente ist Auslöser für dieses Verhalten. Häufig befindet sich der Patient in der Phase der Entwöhnung in einem halbawachen Zustand, in welcher noch nicht gänzlich auf Schmerz – oder Beruhigungsmittel verzichtet werden kann. Oftmals ist zu diesem Zeitpunkt eine Beendigung der Beatmungstherapie noch nicht erfolgt und eine verbale Kommunikation seitens des Patienten nicht möglich. Er kann sich nicht mitteilen, seine Ängste äußern oder sich im Raum orientieren. Zu diesem Zeitpunkt werden viele Umstände vom Patienten fehlinterpretiert, die um ihn herum geschehen. Häufig weiß der Patient nicht, ob er sich in der Realität oder im Traum befindet. In dieser Zeit kommt es nicht selten zu Orientierungs- und Wahrnehmungsstörungen, wenn nicht gar zu massiven Angstzuständen bis hin zur Todesangst. Grund dafür sind neben der Entzugssymptomatik durch das Absetzen der sedierenden und schmerzlindernden Medikamente mehrere Faktoren.

Der gestörte Tag-Nacht-Rhythmus

Der Intensivpatient hat meistens einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus. Dies rührt daher, dass der Patient sich im Rahmen der Entwöhnungsphase häufig in einem Zustand zwischen Sedierung und Wachen befindet. Der natürliche erholsame Schlaf mit den physiologischen REM-Phasen fehlt oft ganz. Meist ist auch eine weiter andauernde Gabe von schmerzlindernden und beruhigenden Medikamenten von deutlich geringerer Stärke notwendig, um der Entzugssymptomatik entgegen zu wirken. In dieser Phase hat der Patient häufig nur kurz andauernde Wachphasen. Die Wachphasen des Patienten können sowohl tagsüber als auch nachts auftreten, ein physiologischer Tag-Nacht-Rhythmus kann häufig nicht gewährleistet werden. Zudem ist die intensivpflegerische Behandlung des Patienten tagsüber wie auch nachts wichtig, wie etwa das regelmäßige Umbetten des Patienten, um ein Dekubitalgeschwür zu verhindern, die Mundpflege zur Soro-
prophylaxe oder die Gabe von Medikamenten.

Auf einer Intensivstation herrscht rund um die Uhr rege Aktivität und nicht selten wird zu später Stunde das Zimmer hell erleuchtet. Auch sind die Fenster des Patientenzimmers oftmals zum Sichtschutz mit Folie überzogen. Dies führt dazu, dass am Tage nur abgeschwächtes Licht in das Zimmer dringen kann. Die zeitliche Orientierung der Patienten geht verloren. Auch dies kann, aufgrund des abnormalen Schlafverhaltens Wahrnehmungsstörungen und Desorientiertheit zur Folge haben.

In dieser Phase ist es deshalb wichtig, dem Patienten eine zeitliche Orientierung zu ermöglichen. So sollten tagsüber die Jalousien geöffnet oder das Licht angeschaltet werden. Nachts ist es sinnvoll, die Beleuchtung auf ein Minimum zu reduzieren. Auch sollten die Alarmgrenzen der Monitore auf eine geringe Lautstärke heruntergeregelt werden. Wenn der Hautzustand des Patienten es zulässt, soll das regelmäßige Umlagern des Patienten nachts in größeren Zeitabständen erfolgen. Sehr hilfreich ist hier eine situationsgerechte Kommunikation. Um dem Verlust der zeitlichen Orientierung entgegen zu wirken, sollte der Patient des Öfteren über Datum und Uhrzeit informiert werden. Eine große Wanduhr im Patientenzimmer ist ebenso hilfreich.

Akustische und visuelle Wahrnehmungsstörungen

Der hohe Geräuschpegel, der auf einer Intensivstation herrscht, ist ein Auslöser für Wahrnehmungsstörungen, z. B. durch das Alarmieren des Monitors, hupende Infusionspumpen, das Leeren der Müllsäcke, Gespräche oder das Herumlaufen des Personals. Dies führt zu einer permanenten Reizüberflutung des Patienten, welche er nicht mit seiner Situation in Verbindung bringen kann. Häufig werden diese Geräusche besonders in der Entwöhnungsphase vom Patienten fehlinterpretiert, und er fühlt sich im schlimmsten Fall sogar bedroht, und es entstehen Wahnvorstellungen. So werden beispielsweise Geräusche einer Vakuumpumpe als Motorengeräusch eines rasant vorbeifahrenden Motorrads wahrgenommen oder das

Sprudeln des Sauerstoffanschlusses als Regen.

Oft nimmt der Intensivpatient seine Umgebung auch wesentlich lauter und intensiver wahr. Er leidet in diesem Fall an einer sogenannten Hyperakusis. Dies ist eine vorübergehende pathologische Überempfindlichkeit der akustischen Wahrnehmung. Ausgelöst wird diese durch einige Medikamente oder auch durch das Absetzen der sedierenden Wirkstoffe. Nicht selten glaubt der Intensivpatient auch, dass über ihn gesprochen wird, man ihn mit Ketten gefangen hält oder ihm geschadet wird. Er kann nicht realisieren, dass es sich bei den Gesprächen um den fachlichen Austausch des Personals handelt, welches ihm helfen möchte. Die vermeintlichen Ketten sind Monitorkabel, welche die Überwachung seiner Vitalzeichen gewährleisten. Aber auch wenn diese Geräusche nicht fehlinterpretiert werden, sondern real wahrgenommen werden, sind sie für den Patienten oft kaum zu ertragen, und es entsteht ein Gefühl der Hilflosigkeit. Er kann sich dieser permanenten Ruhestörung nicht entziehen oder auf diese hinweisen.

Visuelle Wahrnehmungsstörungen sind auch oft zu beobachten. So kann beispielsweise das Personal als bedrohliche Kreaturen oder das Intensivzimmer als Schlachthaus gesehen werden. Auch die eingeschränkte Sicht des Patienten fördert die visuellen Wahrnehmungsstörungen. Er befindet sich häufig über einen langen Zeitraum ausschließlich in seinem Bett, in ein und demselben Raum und hat nicht die Möglichkeit oder Kraft sich umzusehen. So schaut er beispielsweise in Rückenlage permanent an die Zimmerdecke mit dem oftmals grellen Licht, den Infusionsampeln und Ventilatoren der Klimaanlage. Dies wird häufig als nicht real erfasst, sondern sorgt dafür, dass der Patient sich in anderen Sphären wähnt. Diese fehlgeleitete Wahrnehmung kann durch das pathologisch veränderte Geräuschempfinden zusätzlich verstärkt werden und für den Patienten eine weitere Bedrohung darstellen. In dieser Phase ist der Patient oft agitiert, nicht kooperativ oder auch aggressiv. Die Kommunikation wird dadurch deutlich erschwert, da auch

alternative Kommunikationstechniken kaum möglich sind, z. B. das Anreichen einer Buchstabentafel oder die Vereinbarung bestimmter Handzeichen. An dieser Stelle können dem Patienten neben beruhigenden Worten sanfte Berührungen, wie das Streichen über den Kopf oder das Halten der Hand ein Gefühl von Sicherheit vermitteln.

Störung der körperlichen Eigenwahrnehmung

Verantwortlich für die Störung der körperlichen Eigenwahrnehmung sind die Nebenwirkungen der starken Schmerz- und Beruhigungsmittel. Sie führen oftmals dazu, dass der Patient seinen Körper nicht mehr real spüren kann. Darüber hinaus sind Intensivpatienten in der Regel nicht in der Lage, sich selbständig im Bett zu wenden. Daher werden sie meist auf sogenannte Weichlagerungs- oder Wechseldruckmatratzen gebettet. Diese sollen die Entstehung eines Dekubitalgeschwürs verhindern. Jedoch sorgen sie aufgrund der fehlenden Körperbegrenzung auch dafür, dass die körperlichen Konturen des Patienten verschwimmen und dieser das Gefühl hat, zu zerfließen.³ Wahrnehmungsstörungen sind die Folge der verminderten oder komplett fehlenden Außenreize. Halluzinationen sind keine Seltenheit. Oft ist der Patient auch in dieser Situation ängstlich und agitiert. Eine adäquate Reaktion auf Ansprache zeigt sich in diesem Zustand nur selten, wodurch die Kommunikation erschwert wird.

Hilfreich kann hier ein nonverbales Kommunikationsangebot sein. An erster Stelle steht hierbei, die körperliche Eigenwahrnehmung des Patienten zu verbessern, beispielsweise indem man ihn bei den pflegerischen Tätigkeiten mit festen, ruhigen Handgriffen berührt. Eine weitere Möglichkeit ist, seine Extremitäten auszustreichen oder körperbegrenzende Lagerungen durchzuführen. Vor allem ist auch das regelmäßige Umlagern im Bett wichtig, um den körperlichen Wahrnehmungsstörungen entgegenzuwirken. Ebenso positiv kann sich die körpermodellierende Waschung auf die Wahrnehmung des Patienten auswirken, da ihm hierbei sein

Körper durch die Berührungen an vielen Stellen des Körpers besonders bewusst gemacht wird. Häufig kann man dabei beobachten, wie der Patient ruhiger wird und sich zunehmend entspannt.⁴

Alptrauerfahrungen

Oft wird ein Intensivpatient von Alpträumen geplagt. Die Ursachen hierfür können unterschiedlicher Natur sein, wie z. B. eine Nebenwirkung der starken Medikamente, die Verarbeitung eines schweren Traumas oder ureigene Ängste.⁵ Träume über Tod und Sterben, bedrohliche Situationen oder Verlust von geliebten Menschen sind keine Seltenheit. Oft vermischen sich diese Träume mit der Wirklichkeit. Der Patient ist in dieser Situation häufig ängstlich, aggressiv oder verwirrt.

Das Verschwimmen von Realität und Traum sowie die wahrnehmungsbeeinflussenden Auswirkungen des intensivstationären Aufenthaltes tragen dazu bei, dass es zu auffälligen Verhaltensweisen, Desorientiertheit und Aggressivität des Patienten kommen kann. Dies geschieht häufig in der Phase der geringer dosierten Verabreichung schmerzlindernder und beruhigender Medikamente, während jedoch ein völliges Erwachen des Patienten noch nicht erfolgt ist. In dieser Phase ist eine patientenorientierte, einfühlsame und der Situation angepasste Art der Kommunikation von enormer Wichtigkeit.

Im folgenden Abschnitt möchte ich über einen Patienten berichten, welcher sich einer intensivmedizinischen Behandlung unterziehen musste. Er war bereit von seinen Erfahrungen in dieser Zeit zu berichten, die er nach mehr als 10 Jahren heute immer noch oft im Familien- und Freundeskreis thematisiert.

Die Erfahrungen des Herrn M.

Herr M. war Patient auf der operativen Intensivstation, wo ich ihn betreute. Er war damals mittleren Alters und hatte einen schweren Motorradunfall erlitten. Neben einer Verletzung der Lunge war besonders eines seiner Beine schwer verletzt

worden. Er war über einen längeren Zeitraum sediert und beatmet. Herr M. musste auf Grund der Schwere seiner Beinverletzung mehrfach operiert werden, und es war anfangs nicht abzusehen, ob das Bein erhalten bleiben konnte.

Herr M. erinnert sich daran, dass er in der ersten Zeit seines Intensivaufenthaltes in einem Mehr-Bett-Zimmer gelegen hat. An diese Zeit kann er sich jedoch nur bruchstückweise erinnern, da er hochdosierte Schmerz- und Beruhigungsmittel erhielt. Erst als sich sein Zustand stabilisierte und die Entwöhnungsphase von der Analgosedierung eingeleitet werden konnte, wurden die Erinnerungen konkreter. Jedoch konnte er diese zeitlich nicht einordnen, da er weiterhin oftmals starke Schmerz- und Beruhigungsmittel bekam. Er hatte viele kurze Wachphasen, in welchen er auch unter Wahrnehmungsstörungen litt. So hatte er beispielsweise das Gefühl, im Bett zu stehen, sah Schienen und Uhren, die auf dem Kopf standen. Erstaunlicherweise war er oft im Stande, das ärztliche und pflegerische Personal als solches zu erkennen und kurzzeitig den Gesprächen während der Visite oder pflegerischen Übergaben zu folgen.

Herr M. konnte sich auch detailgenau an den Unfallhergang erinnern, und er machte sich gerade in der Anfangszeit sehr viele Sorgen um seinen körperlichen Zustand. Er wusste, dass sein Bein schwer verletzt war und hatte Angst, dieses vielleicht nicht mehr bewegen zu können oder gar zu verlieren. Auch die Dosis der Röntgenstrahlen, denen er häufig ausgesetzt war, bereiteten ihm Sorgen. Er versuchte sich selbst zu beruhigen, da er aufgrund der Beatmungstherapie nicht in der Lage war sich verbal mitzuteilen und Fragen bezüglich seines Zustandes zu stellen.

Herr M. empfand die Räumlichkeiten der Intensivtherapiestation als sehr trostlos. Er lag oftmals über eine längere Zeit auf dem Rücken, sah über sich lediglich die Infusionsampeln und die Ventilatoren der Klimaanlage. An einem der Ventilatoren befand sich ein Staubfussel, welcher in den Wochen seines Aufenthaltes nicht beseitigt

wurde. Dies löste starke Bedenken bezüglich der Hygiene bei Herrn M. aus. Zumal wusste er durch die Schilderungen der Ärzte, dass sich in den Wunden seines Beines Schmutzpartikel befanden und dieses sich dadurch entzündet hatte. Die Geräuschkulisse in dem Intensivzimmer empfand Herr M. vor allem in der ersten Zeit seines Intensivaufenthaltes als sehr belastend. Die für ihn anfangs unbekannt und lauten Geräusche vermittelten ihm ein Gefühl der Hilflosigkeit. Erst im späteren Verlauf gewöhnte er sich an die Geräuschkulisse, als er einordnen konnte, welche Bedeutung die unterschiedlichen Alarmsignale oder das Rauschen der Absaugvorrichtung hatten. Sie verschafften ihm letztendlich sogar eine gewisse Orientierung.

Herr M. hatte große Probleme mit der Beatmungssituation. Er hatte das Gefühl, durch den Beatmungsschlauch – den Tubus – nicht ausreichend Luft holen zu können und hatte Angst zu ersticken. Daher war er körperlich sehr unruhig. Da das Personal ihn jedoch nur anstarrte und ihn nicht zu verstehen schien, entfernte er den Tubus letztendlich selbständig. Da seine Wahrnehmung durch die analgosedierenden Medikamente deutlich eingeschränkt war, war er sich nicht im Klaren darüber, dass er seinen Genesungsprozess durch diese Handlung enorm gefährdete. Er erhielt umgehend eine hohe Dosis an Schmerz- und Beruhigungsmitteln und wurde wieder intubiert. Auch dieses Mal hatte Herr M. Angst zu ersticken. Damit er sich nicht erneut selbständig des Beatmungsschlauches entledigen konnte, wurde er an beiden Händen fixiert. Um sich zu befreien, versuchte er in dieser Situation einer Schwester die Schere aus der Kitteltasche zu entnehmen. Dies wurde vom Personal als aggressiv und unzurechnungsfähig eingestuft. Niemand interpretierte die Handlung als Ausdruck, dass er Panik hatte und lediglich versuchte, sich aus dieser für ihn vermeintlich lebensbedrohlichen Lage zu befreien.

In dieser Situation bekam er dann Ketamin, ein Analgonarkotikum mit oftmals halluzinogener Nebenwirkung verabreicht. Dieses Medi-

kament löste wiederum unangenehme Wahrnehmungsstörungen bei ihm aus. Er hatte das Gefühl Achterbahn zu fahren. Das Bett bewegte sich in seinem Empfinden hoch und runter, was für ihn wieder sehr belastend war. Ebenso hatte Herr M. Angst vor dem Umlagern im Bett. In gewissen Positionen hatte er das Gefühl, keine Luft mehr zu bekommen, was mit seiner verletzten Lunge zu erklären war. Ebenfalls empfand er bei Mobilisationsmaßnahmen den Blasendauerkatheter als sehr unangenehm. Transporte zu Untersuchungen (wie z. B. CT) waren aufgrund der Schmerzen beim Umbetten für Herrn M. nur schwer auszuhalten. Während dieser Zeit war Herr M. nicht in der Lage, sich verbal zu äußern und auf seine Schmerzen aufmerksam zu machen. So ließ er diese Prozeduren immer wieder über sich ergehen, mental darauf vorbereitet, Schmerzen zu bekommen.

In der Zeit seines Intensivaufenthaltes hatte Herr M. viele Alpträume, an die er sich auch heute noch sehr deutlich erinnern kann und auf die er nicht näher eingehen möchte, da sie ihm emotional sehr zugesetzt haben. Herr M. war grundsätzlich in der Lage, Träume von der Realität abzugrenzen, jedoch wusste er nach dem Erwachen häufig nicht sofort, wo er war, sondern wählte sich noch in seinem Traum. Auch während unseres Gesprächs ist ihm deutlich anzumerken, wie sehr ihn diese starken Träume belastet haben.

Den pflegerischen Umgang empfand Herr M. insgesamt als vorsichtig und umsichtig. Sein starkes Durstgefühl wurde ernst genommen, er erhielt Infusionen. Er empfand den oft lockeren und scherzhaften Umgang als sehr hilfreich. Dadurch wurde die Situation, in der er sich befand, entschärft.

Eine behandelnde Ärztin trat ihm während der Visite ehrlich gegenüber und beschönigte seine Situation nicht. Sie schilderte ihm das genaue Ausmaß seiner Verletzungen, welche Folgen diese haben könnten und erläuterte ihm die möglichen Therapieoptionen. Dafür war Herr M. sehr dankbar. Nun wusste er genau, in welchem Zustand er

sich befand und was weiterhin auf ihn zukommen würde. Er konnte sich nun besser mit seiner Situation auseinandersetzen und schöpfte letztendlich auch Hoffnung, da er ja nun wusste, dass weitere Therapien folgen würden und eine vollständige Genesung nicht ausgeschlossen war.

Es gab jedoch auch Momente, in welchen er sich einen anderen Umgang gewünscht hätte. In einer Phase beispielsweise, in welcher Herr M. noch beatmet und leicht sediert war, lief eine pflegerische Kollegin während des Nachtdienstes ständig im Zimmer hin und her und klickte dabei mit einem Kugelschreiber. Dieses Geräusch empfand Herr M. als sehr laut und störend und konnte es nicht einordnen. Da er zu diesem Zeitpunkt auch noch beatmet war, konnte er sich nicht verbal mitteilen und die Schwester darum bitten, diese Handlung zu unterlassen.

Offenkundig schlechte Laune des Pflegepersonals oder aber auch ein „Zuviel an Zuwendung“ empfand Herr M. als sehr unangenehm. Oft hätte er lieber seine Ruhe gehabt, als beispielsweise gebettet zu werden oder zum wiederholten Male gesagt zu bekommen, wo er sich befindet. Das Zähneputzen empfand er als sehr unzureichend. Teils wurden sehr harte Tücher zum Abwischen des Mundes verwendet, wovor ihm immer graute, da ihm dies Schmerzen bereitete. Zum Teil fühlte sich Herr M. unverstanden, wie z. B. während der Beatmungstherapie, als er das Gefühl hatte zu ersticken. Auch auf sein Bitten, kein Ketamin zu geplanten Operationen zu erhalten, wurde keine Rücksicht genommen, und somit war er immer wieder den „Achterbahnfahrten“ ausgesetzt. In diesen Situationen hätte sich Herr M. mehr Rücksichtnahme und empathisches Verhalten des Personals gewünscht.

Herr M. hat nach eigenen Angaben die Zeit seines Intensivaufenthaltes recht gut verarbeitet und kaum noch Beeinträchtigungen im Alltag. Jedoch werden seine damaligen Erlebnisse in Gesprächen mit der Familie noch häufig thematisiert.

Kommunikation mit sedierten Patienten

Die Kommunikation mit sedierten Patienten auf der Intensivstation stellt hohe Anforderungen an das pflegerische Personal. Sie soll dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit vermitteln, ihm Ängste und Hilflosigkeitsgefühle nehmen und für Orientierung sorgen. Ehe man als Pflegekraft mit dem Patienten in Kommunikation tritt, ist es äußerst wichtig, sich in seine Lage hinein zu versetzen.

Das Gespräch mit Herrn M. zeigt, wie wichtig es ist, auch mit einem beatmeten, leicht analgosedierten Patienten situationsgerecht zu kommunizieren. Man betrachte beispielsweise die Situation, in welcher er das Gefühl hatte, keine Luft durch den Beatmungsschlauch zu bekommen. Er hatte das Gefühl zu ersticken, fühlte sich hilflos und panisch. In diesem Moment war er körperlich sehr unruhig und nicht kooperativ. Er versuchte auf diesem Wege, nonverbal auf seine missliche Lage aufmerksam zu machen und Hilfe zu bekommen. Den pflegerischen Kollegen erschien er jedoch aggressiv und nicht zurechnungsfähig. Es kam niemand auf den Gedanken, dass Herr M. mit dem Beatmungsgerät zu kämpfen hatte und er sich in einer für ihn lebensbedrohlichen Situation befand. In diesem Moment wäre eine der Situation angepasste Kommunikation sicher sehr hilfreich gewesen.

Doch wie sollte die Kommunikation mit sedierten Patienten nun erfolgen?

Ermittlung der Sedierungstiefe und des Schmerzniveaus

Eine Möglichkeit herauszufinden, in welcher Phase der Sedierung sich ein Patient befindet, ist die Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). Hauptsächlich ist sie ein Instrument zur Regulierung der Sedierungstiefe. Jedoch gibt sie auch Aufschluss über die Wahrnehmung des Patienten, so dass die Kommunikation der Situation entsprechend angepasst werden kann.

Um herauszufinden, ob ein sedierter und beatmeter Patient Schmerzen hat, hat sich die Behavioral Pain Scale (BPS) im Arbeitsalltag bewährt.

Punkte	Ausdruck	Beschreibung
+4	Streitlustig	Offene Streitlust, gewalttätig, Gefahr für das Personal
+3	Sehr agitiert	Zieht oder entfernt Schläuche oder Katheter, aggressiv
+2	Agitiert	Häufige ungezielte Bewegungen, atmet gegen den Respirator
+1	Unruhig	Ängstlich, Bewegungen, aber nicht aggressiv oder lebhaft
0	Aufmerksam und unruhig	
-1	Schläfrig	Nicht ganz aufmerksam, aber erwacht anhaltend (>10 s) durch Ansprache
-2	Leichte Sedierung	Erwacht kurz nach Ansprechen, nimmt dabei Augenkontakt auf
-3	Mäßige Sedierung	Bewegt sich oder öffnet die Augen nach Ansprechen, jedoch kein Augenkontakt
-4	Tiefe Sedierung	Reagiert nicht auf Ansprache, bewegt sich aber oder öffnet die Augen auf körperliche Reize
-5	Nicht erweckbar	Keine Reaktion auf Ansprechen oder körperlichen Reiz

Tab. 1: Richmond Agitation SedationScale (RASS)⁶

Ist der Patient noch nicht in der Lage, sich verbal zu äußern, kann man diese als Interpretationshilfe seiner nonverbalen Kommunikation nutzen. Die BPS ist eine Hilfe zur Deutung der bewussten und unbewussten nonverbalen Kommunikation des Patienten. Je höher die Summe der Punktzahlen, desto höher ist das Schmerzempfinden des Patienten.

Darüber hinaus darf eine achtsame Beobachtung des Patienten – verbunden mit einer guten Kommunikation – natürlich nicht in den Hintergrund treten. So hilft es nicht, bei einem agitierten Patienten ausschließlich die Medikamentenzufuhr zu erhöhen, sondern eine beruhigende, der Situation angepasste Kommunikation ist unerlässlich.

Die Kontaktaufnahme

Tritt man an das Bett des Patienten heran, spricht man ihn mit Namen an, um ihn auf die Kontaktaufnahme vorzubereiten. Die Ansprache des Patienten erfolgt diesem immer zugewandt und in seinem Sichtfeld. Neben der verbalen Kommunikation sollten auch die nonverbalen Komponenten seitens des Pflegepersonals zur Anwendung kommen. So ist es beispielsweise sehr sinnvoll, den Patienten mit einer Initialberüh-

rung zu begrüßen. Diese Maßnahme kommt aus dem Feld der basalen Stimulation und hat sich als sehr wirksam erwiesen. Sie sollte nicht nur bei der Begrüßung, sondern ebenso bei allen anderen patientennahen pflegerischen Tätigkeiten sowie beim Verabschieden angewandt werden. Sie vermittelt dem Patient ein Gefühl von Sicherheit und Orientierung. Die oftmals lange Bettlägerigkeit sowie die verschwommene Wahrnehmung aufgrund starker Medikamente sorgen dafür, dass der Intensivpatient seinen Körper nicht differenziert wahrnehmen kann. Daher ist es wichtig, für die Initialberührung einen körperzentralen Berührungspunkt zu wählen. Dies kann beispielsweise der Thorax oder aber auch die Schulter des Patienten sein. An diesen Stellen sind wegen der regelmäßigen Atembewegung die Wahrnehmungsstörungen noch nicht allzu stark ausgeprägt. Die Berührung sollte sanft und behutsam, aber dennoch deutlich spürbar sein. Ist diese Kontaktaufnahme erfolgt, stellt sich die Pflegekraft mit Namen und der beruflichen Funktion vor. Dies nimmt dem Patienten das Gefühl der Anonymität und des Ausgeliefertseins. Ebenso sorgt es dafür, dass sich eine Vertrauensbasis entwickeln kann.

Ermöglichen der Orientierung

Nach der ersten Kontaktaufnahme sollte dafür gesorgt werden, dem Patienten die Orientierung zu ermöglichen. Dies geschieht, indem man ihn über den Ort, das Datum und die Uhrzeit aufklärt. Auch den Grund des Aufenthaltes auf der Intensivstation sollte man nennen, um Angst und Unsicherheit zu nehmen. Sedierte oder in der Entwöhnungsphase befindliche Patienten sind zudem meist beatmet und können sich nicht verbal mitteilen. Auch über diesen Zustand, der häufig Stress und Angst auslöst, müssen sie informiert werden. Wichtig ist zu erklären, dass die Beatmung nur eine Übergangsphase ist und sie nach Entfernen des Beatmungsschlauches wieder in der Lage sein werden, zu sprechen. Diese Informationen sollten nicht nur einmal pro Tag, sondern zu jedem Schichtbeginn, sowie zwischendurch häufiger wiederholt werden. Sollte der Patient dennoch Angst verspüren und die Beatmungstherapie nur schwer aushalten können, wäre es möglich, eine nonverbale Verständigung, wie beispielsweise bestimmte Hand- oder Klopfzeichen zu wählen. Man kann ihm somit rechtzeitig zur Seite stehen und unnötige Ängste vermeiden. Auch muss der Patient vor jeder pflegerischen Maßnahme informiert und auf diese vorbereitet werden. Dreht man ihn

beispielsweise auf die linke Seite, muss ihm dies auch mitgeteilt werden. Zum einen, um ihn bei abrupten Bewegungen nicht unnötig zu erschrecken, zum anderen, um ihm Orientierung zu geben. Unterstützend kann die Seite, auf welche der Patient gedreht werden soll, ausgestrichen (eine Methode aus dem Feld der Basalen Stimulation®) und die Wahrnehmung somit verstärkt werden.

Die Kommunikation mit dem Patienten während pflegerischer Maßnahmen gilt nicht nur bei der Lagerung, sondern auch bei allen anderen Tätigkeiten, die am Patienten vorgenommen werden, z. B. das Waschen, die Mundpflege oder das Verabreichen von Medikamenten. Der Patient sollte stets gut über die Dinge, die an ihm vorgenommen werden, informiert sein. Dies gibt ihm ein Gefühl der Orientierung, der Sicherheit und schafft Vertrauen.

Verständliche Kommunikation

Wichtig bei der Kommunikation ist es, dass mit dem Patienten in klaren und deutlichen Worten gesprochen wird. Ist ein Patient schwerhörig, muss dementsprechend lauter gesprochen werden. Verfügt dieser über Hörgeräte, sollten diese auch genutzt werden. Für Pflegekräfte ist es alltäglich und gehört zur Normalität, medizinische Fachbegriffe oder Abkürzungen zu benutzen. Jedoch kann sich

Item	Beschreibung	Punkte
Gesichtsausdruck	• entspannt	1
	• teilweise angespannt	2
	• stark angespannt	3
	• Grimassieren	4
Adaption an Beatmungsgerät	• Toleranz	1
	• seltenes Husten	2
	• Kämpfen mit dem Beatmungsgerät	3
	• kontrollierte Beatmung nicht möglich	4
Obere Extremität	• keine Bewegung	1
	• teilweise Bewegung	2
	• Anziehen mit Bewegen der Finger	3
	• ständiges Anziehen	4

Tab. 2: Behavioral Pain Scale (BPS)

ein Patient, vor allem wenn er bewusstseinseingeschränkt ist, nichts unter einem Tubus, ZVK oder ähnlichem vorstellen. Daher ist es wichtig, in verständlicher, alltäglicher Sprache zu kommunizieren und Fachbegriffe zu vermeiden.

Kontrolle des eigenen Verhaltens

Die Arbeit auf einer Intensivstation ist oft sehr anstrengend. Das Personal hat oftmals einen großen Arbeitsaufwand, wenig Zeit für die Patienten und einen hohen Stresspegel, sei es durch einen instabilen Patienten, der die ungeteilte

Aufmerksamkeit der Pflegekraft benötigt oder ungeplante Aufnahmen von Patienten. Dies kann dazu führen, dass man dem Patienten ungeduldig gegenübertritt und ihm nicht das ausreichende Maß an Aufmerksamkeit entgegenbringt. Dies ist jedoch ethisch nicht vertretbar, da jedem Patienten eine fürsorgliche und ihm zugewandte Behandlung zusteht. Es sollte auf jeden Fall vermieden werden, dass der Patient die Hektik oder Ungeduld zu spüren bekommt und er sich dadurch vielleicht nicht traut, die Pflegekraft auf seine eigenen Sorgen aufmerksam zu machen.

	Kommunikation mit sedierten Patienten		
Personal in der Rolle als	ermöglichen	der Situation anpassen	vermeiden
Sender Sprechen Mitteilen Ausdrücken Signalisieren	<ul style="list-style-type: none"> • Nonverbale Kommunikation (z.B. Berührung, Gesten, Mimik) • laute und deutliche Aussprache • Alltagssprache und keine Fachsprache • Hörgeräte und Sehhilfen • Muttersprache 	<ul style="list-style-type: none"> • Angst nehmen • Erklärung der Situation • örtlicher und zeitlicher Kontext • persönliche Ansprache • Ansprache im Sichtfeld • nach Befinden fragen • gewaltfreie Kommunikation • Erläuterung der durchgeführten Maßnahmen am Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • belastende Gespräche nicht im Zimmer führen • keine Streitgespräche • nicht über, sondern nur mit dem Patienten sprechen • nur so viel Kommunikation wie nötig und nicht überfordern
Empfänger Wahrnehmen Interpretieren Verstehen	<ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung der Kommunikationsmöglichkeiten (z.B. mit der RASS) • Nonverbale Kommunikation nutzen (z.B. Vereinbaren von Zeichen) • Interpretationshilfen nonverbaler Kommunikation (z.B. mit der BPS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Perspektivenwechsel • Empathie • Achtsamkeit • Sensibilisierung • Einschätzung der Situation (z.B. mit RASS) • bei Unsicherheit fragen 	

Tab. 3: Kommunikaton mit sedierten Patienten (Jessica Knierim, 2014)

Jeder Patient, der sich auf einer Intensivstation befindet, hat eine schwere Erkrankung zu bekämpfen und zu verarbeiten. In dieser Zeit benötigt er Zuspruch, emotionale und auch körperliche Unterstützung, um seinen Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Belastet man ihn nun mit seinen eigenen Unzulänglichkeiten, schürt dies Ängste und Misstrauen, was einer positiven Entwicklung des Genesungsprozesses entgegenwirkt. Auch sollte man seine privaten Sorgen nicht mit in die Betreuung des Patienten einfließen lassen. Wie man auch im Falle von Herrn M. sehen kann, war ihm die schlechte Laune des pflegerischen Personals ebenfalls sehr unangenehm, da es für ihn neben seinen eigenen Sorgen eine zusätzliche Belastung darstellte. Dagegen hat er sich bei dem Personal, welches locker und spaßig mit ihm umging, deutlich besser aufgehoben gefühlt.

Ebenso positiv für ein konstruktives, dem Krankheitsverlauf zuträgliches Miteinander zwischen Patient und Pflegekraft sind tröstende Worte und Gesten. So gibt es etliche nonverbale Möglichkeiten, mit dem Patienten zu kommunizieren und somit eine beruhigende Wirkung zu erzielen. Hierzu gehört das Halten der Hand, das Streichen über die Wange oder auch ein einfaches Lächeln. Diese kleinen Gesten fördern das Vertrauen, nehmen dem Patienten die Ängste und können nachhaltig den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.

Kommunikation ermöglichen, der Situation anpassen und störende Kommunikation vermeiden

Die wesentlichen Kommunikationshindernisse sind eine grundsätzlich erschwerte verbale Kommunikation, eine der Situation unangebrachte Kommunikation, die Fehlinterpretation und störende Kommunikation, die nicht an den Patienten gerichtet ist.

Tabelle 3 zeigt eine Übersicht verschiedener Handlungsmaßnahmen und Empfehlungen zur Überwindung dieser Kommunikationshindernisse aus der Sicht des Personals. Die Darstellung ist ge-

trennt nach der Rolle des Personals als Sender oder Empfänger der Kommunikation.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass eine „gute“ Kommunikation dem Patienten in den Umständen entsprechendes möglichst positives Empfinden des Intensivaufenthalts ermöglichen kann. Der Krankheitsverlauf kann so insgesamt positiv beeinflusst werden und das Risiko späterer Belastungsstörungen verringert werden.

Referenzen

- 1 Larsen R., *Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege*, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg (2012), S.617
- 2 ebd., S. 617
- 3 Ulrich L., Stolecki D., Grünewald M., *Thiemes Intensivpflege und Anästhesie*, Thieme Verlag, Stuttgart (2005), S. 65
- 4 ebd., S. 80
- 5 Kammerer T., *Traumland Intensivstation*, Books on Demand GmbH, Norderstedt (2006), S. 313
- 6 Ley B., *Analgesiedierung endotracheal intubierter Intensivpatienten*, *PflegenIntensiv* (2014); 3: 19-22
- 7 ebd.

Public Health: Österreich unter Top-Drei-Ländern im Alkoholkonsum

Österreich liegt unter den Top-Drei-Nationen in Europa mit dem höchsten Pro-Kopf-Alkoholkonsum laut der *OECD Health Statistics 2014*. Mit durchschnittlich 11,2 Litern wird die Alpenrepublik nur noch von Litauen (12,7 Liter) und Estland (11,3 Liter) überholt. Der EU-Durchschnitt liegt bei 10,1 Liter Pro-Kopf-Alkoholkonsum (reiner Alkohol).

Dass sich hier in den vergangenen Jahren kaum etwas zum Besseren bewegt hat, ist bedauerlich und lässt sich nicht bloß mit kulturellen Gewohnheiten begründen. So konnte Italien den Pro-Kopf-Alkoholkonsum von 16,7 Liter im Jahr 1980 auf 6,1 Liter senken, die Schweiz von 13,5 auf immerhin 9,9 Liter. Politische Maßnahmen erweisen sich laut WHO als effizient in der Reduktion des Alkoholkonsums, u. a. die Regulierung von Werbung und gezielte Preispolitik beim Verkauf, etwa in Form höherer Besteuerung.

In Baden-Württemberg kam es nach einem nächtlichen Alkoholverkaufsverbot zu einer Stagnation der Alkoholintoxikationen. Der Rückgang war laut einer Studie im *Journal of Public Economics* auf die Gruppe der 15 bis 24-Jährigen beschränkt. Seit März 2010 gilt in Baden-Württemberg ein nächtliches Verkaufsverbot von alkoholischen Getränken in Tankstellen, Supermärkten und Kiosken zwischen 22 Uhr und 5 Uhr, jene Zeit, in der ein kostengünstiger Nachschub an Alkoholika an Tankstellen oder Kiosken möglich war. Nach einer Hochrechnung könnte das Verbot für Jugendliche in den 22 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes 444 Jugendliche und 288 junge Erwachsene vor einem Krankenhausaufenthalt bewahrt haben. Bei Behandlungskosten von etwa 540 Euro könnten die Krankenkassen als Folge des Verbots über 396.000 Euro gespart haben.

Journal of Public Economics, 2015; doi:10.1016/j.jpubeco.2014.12.010

Deutsches Ärzteblatt, 10. Februar 2015 (online)

Studie: Die Entstehung von Krebs hat auch etwas mit „Zufall“ zu tun

Zwei Drittel bestimmter Krebserkrankungen entstehen nicht durch Lebensstil oder Gene, sondern durch Zufallsmutationen. Das ist das Ergebnis einer US-amerikanischen Studie, die Anfang Jänner 2015 in *Science* erschienen ist. Es werde selbst bei Ausschluss aller Risikofaktoren immer Krebserkrankungen geben, die, wie die Forscher schreiben, dann einfach „Pech“ sind. Der Einfluss, den der Lebenswandel hat, variiert je nach Krebsart aber stark, so die beiden Autoren der *Johns Hop-*

kins University, Bert Vogelstein, Onkologe, und Cristian Tomasetti, Mathematiker. Eine familiäre Vorbelastung spiele überhaupt nur in fünf bis zehn Prozent aller Krebsfälle eine Rolle. Das Krebsrisiko lasse sich durch eine gesunde Lebensweise zwar generell senken – etwa ohne Rauchen –, dies gelte aber bei Weitem nicht für alle Formen von Krebs.

Die Studienautoren waren der Frage nachgegangen, warum manche Krebsarten häufiger sind als andere. Dickdarmkrebs ist etwa 24 Mal so häufig wie Dünndarmkrebs, beide sind aber ganz ähnlichen Substanzen ausgesetzt. In 31 bestimmten Geweben verglichen die Forscher die Häufigkeit der Tumore mit der Häufigkeit der Stammzellteilungen. Das Ergebnis: In Geweben, in denen sich Stammzellen besonders oft teilen (etwa im Dickdarm), ist das Tumorrisiko höher als dort, wo kaum Zellteilungen stattfinden (zum Beispiel im Dünndarm).

Die Pressemitteilung vom 1. 1. 2015 der Johns Hopkins-Universität mit dem Titel „*Pech gehabt: Zufallsmutationen spielen Hauptrolle bei Krebs*“, wurde medial weltweit aufgegriffen – und sorgte für so heftige Debatten wie selten, die weiterhin auf Science verfolgt werden können. Sogar die WHO widersprach in einer ungewöhnlichen Pressemitteilung (No 231 am 13. 1. 2015) der Studie und hielt fest, dass „die meisten Krebsarten nicht das Ergebnis von ‘Pech’ seien“.

Dass die Ergebnisse der Studie medial teils ungenau wiedergegeben wurden, räumten auch die Medien ein. Ein Beispiel: Viele Medien sprachen von Pech bei „zwei Drittel aller Krebsarten“ statt korrekterweise: „Zwei Drittel von bestimmten Krebsarten“, einige stellten dies, wie *ORF-Science*, später richtig. Eine Studie im *British Medical Journal* hat gezeigt, dass Journalisten und Pressestellen im Wissenschaftsbereich immer wieder zu verzerrenden Übertreibungen neigen – auf Kosten der Fakten.

Die Studie untergräbt offenkundig das Paradigma „Kampf gegen Krebs – Prävention kann so gut wie alles verhindern“. Erstmals taucht wieder so etwas wie Zufall/Schicksal („Pech“) in einer naturwissenschaftlichen Studie auf. Kritiker halten dem entgegen, dass Zufall bloß Chiffre für ein Noch-Nicht-Wissen biologischer Zusammenhänge sei. Für viele ist das Prinzip Zufall/Schicksal dagegen eine große Erleichterung, etwa Eltern von krebserkrankten Kindern, die häufig von Schuldfragen geplagt sind.

Laut des *Health at a Glance Report 2014* gab es EU-weit im Jahr 2012 rund 2,7 Millionen Neuerkrankungen an Krebs. Der Faktor Alter spielt ebenfalls eine erhebliche Rolle: Je älter ein Mensch wird, desto höher ist sein Risiko, im Laufe des Lebens Krebs zu bekommen. Die Zahl

der Krebstoten ist in den 40 Jahren in Österreich annähernd gleich geblieben, was auch mit der alternden Gesellschaft in Zusammenhang stehen kann. 2013 starben 20.094 Menschen in Österreich an Krebs.

Science, 2015; 347(6217): 78-81

ORF-Science, 6. Februar 2015 (online)

British Medical Journal, 2014; 349: g7015

www.hopkinsmedicine.org

Die Zeit, 2. Jänner 2015 (online)

Kommunikation: Nicht nur Ärzte, auch Patienten sollten besser kommunizieren

Für eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung ist eine gute Kommunikation entscheidend. Bei Kommunikation steht häufig die Kompetenz des Arztes im Fokus, die Rolle des Patienten wird seltener behandelt. Viele Patienten sind mit Arztgesprächen nicht zufrieden. Sie konnten nicht alle Fragen stellen, sei es, weil sie nicht den Mut dazu hatten, oder aber der Arzt Zeitknappheit signalisiert hatte. Eine Freiburger Forschergruppe um Erik Farin-Glattacker vom *Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg* hat nun eine eigene Patientenschulung (genannt: KOKOS-Schulung) entwickelt. Das Projekt wurde vom deutschen *Bundesministerium für Bildung und Forschung* gefördert.

Laut Autoren wollen chronisch kranke Patienten wissen und erlernen, was sie selbst tun können, um für sich den größten Nutzen aus einem Arztgespräch zu ziehen: in knapper Zeit die richtigen Fragen stellen, eigene Wünsche und Meinungen äußern, Feedback geben und das Arztgespräch nachbereiten. Häufig hätten sie aber den Eindruck, dass sie Befürchtungen oder auch für die Behandlung wichtige Beobachtungen eigener Symptome nicht so ausführlich einbringen zu können, wie es sinnvoll gewesen wäre.

„Die *American Medical Association* schätzt, dass 80 Prozent der medizinischen Fehler auf Kommunikationsstörungen zurückzuführen sind. Verschiedene Studien belegen darüber hinaus die ökonomische Relevanz einer ungenügenden Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten und den positiven Einfluss gelungener Kommunikation auf Adhärenz und Behandlungsergebnis“, berichten die Autoren im *Deutschen Ärzteblatt*. In Form von Gruppenschulungen könnten chronisch kranke Patienten und Patientinnen und deren Angehörige erlernen, zielgerichtet zu kommunizieren, kompetent aufzutreten und die knappe Zeit im Arztgespräch bestmöglich für sich nutzen.

Wie entscheidend die Kommunikation bei schwerer

Erkrankung in der Terminalphase für den Patienten ist, zeigt ein aktueller Report des *Institute of Medicine (IOM)* der *National Academy of Sciences* mit dem Titel *Dying in America*. Das 21-köpfige Expertenteam kritisiert, dass wegen finanzieller Anreize Eingriffe durchgeführt werden, die oft „teuer sind und wenig angepasst an die Bedürfnisse, Ziele und Präferenzen der Patienten und ihrer Familien“. Die Autoren des 500-Seiten-Berichts geben Empfehlungen für eine patientenorientierte und Patienten-Familien-orientierte End-Of-Life-Behandlung ab. Patienten werden ermutigt, sich früh mit dem Sterben auseinanderzusetzen und ihre Wünsche zu kommunizieren. Die Empfehlungen zur geriatrischen Palliativpflege umfassen eine stärkere Integration der medizinischen und sozialen Dienste, Unterstützung für pflegende Angehörige sowie ein Aufbessern der Palliativversorgung in Pflegeheimen und häuslichen Pflegeprogrammen.

Deutsches Ärzteblatt, 2014; 111(39): A-1646 / B-1414 / C-1346
Report Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life, 17. 9. 2014

Studie: Ärzte fühlen sich nicht auf Umgang mit sterbenden Patienten vorbereitet

Menschen wollen zu Hause sterben. Doch die Realität sieht anders aus: 70 Prozent der Österreicher sterben in Institutionen, davon 50 Prozent in Krankenhäusern. Auch Tumorpatienten, die keine mobile Palliativversorgung haben, sterben zum Großteil im Spital, nur 20 Prozent erleben ihre letzten Stunden zu Hause. Gerade in Krankenhäusern sind sterbende Patienten aber unterversorgt, wie eine aktuelle, in *Cancer* veröffentlichte Studie zeigt.

In einer Querschnittsstudie befragten die Autoren rund 1130 Ärzte und Pflegekräfte in 16 deutschen Krankenhäusern und 10 Krebszentren in Baden-Württemberg. Es ging dabei um ihre eigene Sicht auf die Palliativversorgung und End-of-Life-Care in den Krebskliniken. Das Ergebnis ist ernüchternd: Nur etwa die Hälfte der Befragten meinten, dass ein würdevoller Tod auf ihrer Station möglich sei. 50 Prozent der Befragten gab an, grundsätzlich zu wenig Zeit für sterbende Krebspatienten zu haben. 55 Prozent klagten über strukturelle Probleme: So gebe es zu wenig adäquate Räumlichkeiten für Terminalpatienten.

Düster ist auch die Einschätzung der persönlichen Kompetenz: Nur 19 Prozent der Befragten waren der Ansicht, selbst auf den Umgang mit Sterbenden gut vorbereitet zu sein, bei den Ärzten waren es überhaupt nur 6 Prozent, wie die Sozialwissenschaftlerin Karin

Jors und Kollegen vom *Universitätsklinikum Freiburg* schreiben. „Die Zahlen dürften angesichts der Weigerung vieler Krebszentren, sich an der Untersuchung zu beteiligen, sogar ein zu optimistisches Bild der Situation zeichnen“, so die Autoren. Einzig an den Palliativstationen selbst waren die dort tätigen Mitarbeiter überzeugt (95 Prozent), dass in ihrem Krankenhaus ein würdevolles Sterben möglich ist. Das Ziel müsste folglich sein, mehr Geld in den Aufbau von professioneller Palliativversorgung und in die Ausbildung der Mitarbeiter zu investieren, fordern die Studienautoren.

Cancer, 2014; 120: 3254-3260

FAZ, 9. September 2014 (online)

Großbritannien: Parlament stimmt für Verbot der Abtreibung wegen Geschlecht

Mit überwältigender Mehrheit hat das britische Parlament dafür gestimmt, die geschlechtsselektive Abtreibung explizit für gesetzeswidrig zu erklären. Seit Herbst 2013 hatte sich für diesen Beschluss eine Allianz quer durch alle politische Lager formiert. Anlass war das Auffliegen von zwei Ärzten, die zugegeben hatten, auf Wunsch der Eltern auch Abtreibungen aufgrund des „falschen“ Geschlechts (Genderzid) durchzuführen. Laut britischem Abtreibungsgesetz (*Abortion Act*) aus dem Jahr 1967 ist eine Abtreibung allein aufgrund des Geschlechts verboten. In der Praxis wurde dieses Gesetz aber umgangen. Statt einer lückenlosen Aufklärung wurde das Verfahren gegen die beiden Ärzte von der Staatsanwaltschaft eingestellt, mit der Begründung, dass es „kein öffentliches Interesse“ an der Verfolgung der Taten gebe.

Dagegen hatten 50 britische Abgeordnete verschiedenster politischer Lager in einem offenen Brief protestiert. Sie hätten zwar sehr unterschiedliche Meinungen über die Abtreibung. Geeint seien sie aber „in der Besorgnis“ über die Entscheidung der Staatsanwaltschaft. Wenn die gezielte Tötung weiblicher Föten nicht strafrechtlich verfolgt würde, wäre das „ein Schritt zurück im Kampf um die Gleichstellung der Geschlechter“, so die Abgeordneten. Genderzid, also die geschlechtsspezifische Abtreibung, sei „illegal“ und „verfassungswidrig“.

Nun votierten 181 der Abgeordneten (nur eine Gegenstimme), ein neues Gesetz gegen Genderzid zu erlassen. Für Jänner 2015 ist eine zweite Lesung anberaumt.

Die schottische Abgeordnete Fiona Bruce, Mitglied der *Conservative Party*, unterstrich in der Debatte, dass diese notwendig gewordene gesetzliche Klarstellung „eine Schande“ sei. In Großbritannien sei die gezielte

Abtreibung von Mädchen bereits ein ernstes Problem. Die illegale Abtreibung weiblicher Föten wird offenbar in einigen ethnischen Gemeinschaften in Großbritannien praktiziert und hat in diesen Bevölkerungsgruppen inzwischen zu einem erheblichen Ungleichgewicht zwischen Burschen und Mädchen geführt. Die Politik dürfe nicht länger wegschauen, auch nicht von der damit verbundenen psychischen und physischen Gewalt gegen Frauen. Das Verbot dürfe kein totes Recht werden, im Gegenteil: „Dieser Gesetzentwurf wäre ein Schritt auf dem Weg zur Bewältigung dieser tragischen und diskriminierenden Praktiken, die eine fundamentale Form der Gewalt gegen Frauen und Mädchen ist“, so Bruce in ihrem Schlussplädoyer.

In Großbritannien wurden im Jahr 2013 insgesamt 202.577 Abtreibungen durchgeführt, 69 Prozent der Frauen waren zwischen 20 und 34 Jahre alt. Die meisten Frauen gaben an, dass sie allein oder in keiner fixen Partnerschaft lebten.

Österreich ist eines der letzten europäischen Länder, in denen keine Datenerhebung über Abtreibung stattfindet. Die *Bürgerinitiative Fakten Helfen* (<http://www.fakten-helfen.at/>), gestartet von der Aktion Leben, fordert 40 Jahre nach Einführung der Fristenregelung eine anonyme Erhebung von Zahlen und Motiven zu Abbrüchen. Nur wer die Fakten kenne, könne Schwangeren in Not auch helfen. Die Bürgerinitiative kann noch bis 30. März 2015 unterschrieben werden.

The Telegraph, 4. November 2014 (online)

Protokoll der Debatte im House of Commons, *Abortion (Sex-Selection)*, 4. November 2014

Abortion Statistics, England and Wales, 2013

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
Band 27, Heft 1, 2014

Editorial: Sabine Wöhlke, Solveig
Lena Hansen, Silke Schickentanz:
Nachdenken im Kinossessel?

Bioethische Reflexion durch Filme
als eine neue Möglichkeit der
Diskussion von Standpunkten und
Betroffenheit;

Originalarbeiten:

Katja Kailer: Ethische Urteilsbil-
dung mittels Spielfilme? Reproduk-
tionsmedizin und ihre gesellschaft-
lichen Konsequenzen in *GATTACA*;

Solveig Lena Hansen, Sabine
Wöhlke: „Wir wissen es alle, nur
sprechen wir es nie aus.“ Institu-
tionalisierte Uninformiertheit als
Bedingung von Vulnerabilität beim
Klonen und Organspende in *Never
Let Me Go*;

Arno Görger, Rudolf T. Inderst:
Im Land der lebenden Toten – Zur
Reflektion von medizinischen To-
deskriterien in *The Walking Dead*;

Mark Schweda, Lisa Frebel: Wie ist
es, dement zu sein? Epistemolo-
gische Probleme und filmästheti-
sche Lösungsperspektiven in der
Demenzethik;

Tobias Eichinger: Die Inszenierung
unserer reproduktiven Zukunft –
Dokumentarfilmische Narrative im
bioethischen Diskurs;

Sayani Mitra, Solveig Lena Hansen:
Auf der anderen Seite der Kamera.
Leihmutterchaft in Indien und das
moralische Anliegen der Dokumen-
tarfilmerin Surabhi Sharma.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

22. Jahrgang, Heft 1, 2015

Wilhelm Bergthaler, Ferdinand
Kerschner und Eva Schulev-Steindl:
Das vergessene Umweltgesetz -
oder: Ein Quiz für Umweltjuristen;
Beiträge:

Wolfgang Wessely: Die höchstge-
richtliche Rechtsprechung im Um-
welt-Verwaltungsstrafrecht 2013;
Wolfgang List, Piotr Pyka: Gegen
die „Besachwalterung“ im UVP-
Recht. Zur Rechtswidrigkeit der
Bindungswirkung von UVP-Fest-
stellungsbescheiden;
Beate Geretschläger: Nachhaltigkeit
im Vergaberecht.

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Eng-
lisch

14. Jahrgang, Heft 4, 2014

Articles:

Michael Brian Humble: Do-Not-Re-
suscitate Orders and Suicide

Attempts. What Is the Moral Duty
of the Physician;

Charles Robertson: A Thomistic
Analysis of Embryo Adoption;

Jeri Gerding: Extraordinary Means
and Depression at the End of Life.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spa-
nisch

47/3, 2014

Estudios:

Clara Ramas San Miguel: Técnica,
modernidad y metafísica. Heideg-
ger sobre Jünger;

Jorge Peña Vial: La vida exige ser
narrada;

Jordi Cabos: Sufrimiento e indivi-
dualidad en Schopenhauer;

Manfred Svensson: El conocimiento
existencial es conocimiento prác-
tico. Una interpretación de la tesis

kierkegaardiana sobre la subjetivi-
dad de la verdad;

Fernando G. Martín De Blassi:

Acedia y tedio en Tomás de Aquino.
¿Una cuestión de inapetencia
espiritual?

Manuel Lázaro: *Theologia magistra
philosophiae*. Un ejemplo: la lectura
teológica de la naturaleza y el natu-
ralismo filosófico en el siglo XII.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

21. Jahrgang, Sonderheft Umwelt &
Technik, Energierechtstag 2014

Editorial: Stefan Storr, Karl Stöger:
Flatterstrom im Aufwind;
Beiträge:

Eva Schulev-Steindl: Die Ver-
antwortung des Staates bei der
Energiewende;

Karl Stöger: Das steiermärkische
Sachprogramm Windenergie;

Georg Eisenberger: Aktuelle Recht-
sprobleme bei der Genehmigung
von Kleinwasserkraftanlagen;

Thomas Rabl: Aktuelle Recht-
sprechung im Energierecht – zur
Energiewende.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

21. Jahrgang, Heft 6, 2014

Wilhelm Bergthaler, Eva Schu-
lev-Steindl, Ferdinand Kerschner:
„Zu Ende gebaut ist nie...“ über
die „ewige Baustelle“ des Umwelt-
rechts;

Schwerpunkt:

Remo Klinger, Ulrike Giera: Tu
felix, Deutschland? Das europä-
ische Recht auf saubere Luft und
seine Umsetzung im nationalen
Recht Österreichs und Deutsch-
lands;

Christopher Engel, Clemens
Strauss: Zum Anlagenbegriff des
§364a ABGB im Hinblick auf baube-
willigte Nutztierstallungen.

Medicina e morale

Rom, Rivista internazionale di
Bioetica

Halbjährliche Zeitschrift
2014/5

Articoli:

Claudio Sarteau: Biogiuridica e ricer-
ca scientifica;

Palma Sgreccia: La persona al
centro;

Paola Delbon, Adelaide Conti, Mas-

simo Gandolfini, Edoardo Donati, Simona Griffini, Patrizio Pasqualetti: La triade personale sanitario-paziente-familiari in ambito neurologico e neurochirurgico. Risultati di un'indagine sul campo;
Julio Tudela, Rossana Estellés, Justo Aznar: Maternal-foetal immunity: an admirable design in favour of life;
Nicola Posteraro: Atto medico, spersonalizzazione e chirurgia estetica. La nascita del nuovo diritto alla bellezza.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch
22. Jahrgang, Heft 4, 2014
Leitartikel:
Alexander Merkl: 'Fruchtbarkeitsversicherung': *Social Egg Freezing?*
Zur medizinethischen Vertretbarkeit eines neuen produktionstechnologischen Verfahrens unter theologisch-ethischer Perspektive;
Heike Kämpf: „Wer bist du?“ Zur ethischen Dimension narrativer Identität.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD
Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
Band 26, Heft 4, 2014
Editorial: Claudia Wiesemann: 25 Jahre Kinderrechtskonvention - Herausforderung für die Medizinethik;
Originalarbeiten:
Ulrike Heider, Florian Steger: Individuelle Entscheidungsfindung nach pränatal diagnostizierter schwerer fetaler Fehlbildung;
Annemarie Heberlein: Ethische Aspekte der aktuellen Rechtsprechung in der Substitutionsbehandlung;
Peter Schröder-Bäck, Kai Michelsen, Lisette Bongers, Helmut Brand, Katharina Förster, David Townend: Rechtliche und ethische

Aspekte grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung innerhalb der Europäischen Union;
Orsolya Friedrich, Jan-Hendrik Heinrichs: Autonomie als Rechtfertigungsgrund psychiatrischer Therapien.

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Englisch
14. Jahrgang, Heft 3, 2014
Articles:
Louise A. Mitchell: Major Changes in Principles of Biomedical Ethics. A Review of Seven Editions of Beauchamp and Childress;
A Colloquium Organized by Ascension Health: Medical Intervention in Cases of Maternal-Fetal Vital Conflicts;
Jozef Laurinec: Ethical problems in the Use of Hormonal Contraception. An Investigation Based on Natural Law Theory and Virtue Ethics.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch
60/4, 2014
Abhandlungen:
Reiner Sörries: Christliche Begräbniskultur in säkularer Gesellschaft;
Konrad Baumgartner: Wir gedenken der Toten – nicht damit, sondern weil sie leben. Christlicher Umgang mit den Toten angesichts des derzeitigen Wandels der Bestattungskultur;
Stephan Sahn: Die Transplantationsmedizin und der Umgang mit dem Körper;
Manfred Baumann, Helen Kohlen, Hermann Brandenburg: „Ich pflege lebende Tote“ Ethische Überlegungen zur Pflege hirntoter Patienten;
Reinhard Pabst, Andreas Schmiedl, Vera Christina Pabst, Thomas Tschernig: Ethik und Emotionen im Umgang mit Körperspenden in

deutschsprachigen Anatomien;
Diana zu Hohenlohe: Bestattungskultur im Wandel – Neue Herausforderungen für das Friedhofs- und Bestattungsrecht.

Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen

Gerd Gigerenzer, J. A. Muir Gray (Hrsg.)
 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
 2013
 402 Seiten
 ISBN 978-3-9414-6882-5

Das von einer gleichnamigen Stiftung getragene Ernst Strüngmann Forum in Frankfurt führt seit Jahren Experten zusammen, die ein Thema höchster Priorität aus verschiedenen Blickwinkeln genau untersuchen können. Das vorliegende Buch – Publikation der jährlichen Konferenz – nimmt die Zukunft des Gesundheitssystems in den Blick, angestoßen, wie im Vorwort betont, vom Problem der Gesundheitskompetenz der einzelnen Akteure im Gesundheitssystem: Ärzte und andere Anbieter, Patienten, Versicherungsträger, Öffentlichkeit.

Internationale Fachleute steuern Diskussionsbeiträge bei, die in einem Schlusskapitel, das eine Art Konsensus der einzelnen Gesprächskreise widerspiegelt, aufgenommen und nochmals in den verschiedensten Facetten beleuchtet werden soll, so der Aufbau des Buches.

Auch wenn sich der Leserkreis nach dem Wunsch der Verfasser auf alle oben genannten Beteiligten im Gesundheitssystem erstrecken sollte, werden doch wohl in erster Linie Ärzte, Versorgungswissenschaftler, Gesundheitsökonomien und andere Entscheidungsträger im Gesundheitssystem das Buch mit Gewinn lesen, nahezu alle Kapitel sind anspruchsvoll, aber klar geschrieben, wobei sich gewisse Redundanzen bemerkbar machen.

Im ersten Teil beschreiben die beiden Herausgeber das kommende Jahrhundert als jenes der Patienten. Den immer mehr ausufernden Kosten des Gesundheitssystems sei am ehesten dadurch zu begegnen, dass die Gesundheitskompetenz der einzelnen Patienten gesteigert würde. Dass es hieran krankt, wird immer wieder durch durchaus verblüffende Zahlen belegt, z. B. dass die beiden gängigsten Krebs-Screeningmethoden (Mammogra-

phie bzw. PSA Screening) in ihrer Nützlichkeit von der Bevölkerung bis zum 100fachen überschätzt werden; dass dann auch nur etwa ein Zehntel einer Stichprobe von Berliner Urologen das Für und Wider eines PSA-Tests hinreichend erklären konnten, verschärft die Brisanz.

Bei den Patienten gebietet es weithin an basaler „Gesundheitskompetenz“ (health literacy), bei den Ärzten in erster Linie an Statistikkompetenz (statistic literacy). Die forschende Pharmaindustrie unternimmt wenig bis nichts, um diesen Missständen abzuwehren, da diese den Gewinnen der Pharmaindustrie jedenfalls zuträglich zu sein scheinen. Eine Reihe von Beispielen wird angeführt, so etwa das Problem der Scheininnovation (Me-Too-Medikamente), mit denen seit Jahren der Markt überschwemmt wird: Präparate erhalten aufgrund ihrer Überlegenheit gegenüber Placebo die Zulassung, mussten sich aber einem Vergleich mit bereits etablierten Medikamenten nie stellen.

Auch die Berichterstattung über tatsächliche Arzneiinnovationen ist dadurch verzerrt, dass sich die öffentliche Hand weltweit aus der klinischen Forschung weitgehend zurückgezogen hat und Pharmafirmen dazu neigen, Studien mit Negativresultaten nicht zur Publikation einzureichen. Der Widerstand auch der führenden Fachpublikationen gegen diesen schwer datenverzerrenden Missstand hält sich in Grenzen, zumal auch weltweit führende Magazine von Einschaltungen der Pharmafirmen und insbesondere dem Verkauf von Sonderdrucken zum Gutteil ihr Budget finanzieren.

Zur Verwirrung von Ärzten wie Patienten trägt bei, dass Vor- und Nachteile eines Präparats einer Früherkennungsmethode usw. meist als relative Risiken dargestellt werden; die Hersteller verkünden, das Präparat XY würde etwa die Häufigkeit, einen Schlaganfall zu erleiden, um 50% reduzieren, wohingegen in absoluten Zahlen, beispielsweise 10.000 Personen 10 Jahre lang behandelt werden müssten, damit anstatt zwei nur eine von ihnen einen Insult erleidet. Derlei Daten werden dann in Wegwerfpostillen von Pharmareferenten

an Ärzte weitergegeben oder gar via Medien den Laien mitgeteilt.

Oft werden absolute und relative Wahrscheinlichkeitsangaben auch vermischt, indem der Nutzen einer Intervention in relativen, der potentielle Schaden aber in absoluten Zahlen angegeben wird. Die Autoren fordern demgemäß transparente Berichterstattung in medizinischen Fachzeitschriften, in Patientenbroschüren, im Zeitalter des Internets und von „Dr. Google“ immer wichtiger, auch auf Websites.

Schließlich kommen sie auf die Interessenskonflikte verantwortlicher Mediziner zu sprechen; Fachleute, die Leitlinien entsprechend der evidence based medicine verfassen, sind oft gleichzeitig Berater zahlreicher Pharmafirmen oder Medizinproduktehersteller, was sich in teilweise schier unglaublichen Differenzen in den Verschreibungshäufigkeiten von Medikamenten oder aber auch in der Durchführung chirurgischer Eingriffe z. B. zwischen amerikanischen Bundesstaaten niederschlägt. In einem US-Bundesstaat werden Frauen bis zum Alter von 70 Jahren zu weniger als 20% einer Hysterektomie unterzogen, in einem benachbarten zu über 70%, bei Prostataoperationen kann sich ein ähnliches Verhältnis finden. Weitere Problemfelder stellen die „defensive Medizin“ dar, wo Ärzte gemäß dem Grundsatz „niemand wird je wegen Überbehandlung verklagt“ sich genötigt sehen, ein Höchstmaß an diagnostischen wie therapeutischen Interventionen anzufordern, wobei die öffentliche Hand, so die Autoren, daran interessiert sein müsste, die Patienten über die Gefahren dieser ihren behandelnden Ärzten aufgezwungenen Defensivmedizin und der damit einhergehenden Übertherapie aufzuklären.

Das Kapitel, das durchaus auch als Schnelldurchlauf durch die meisten in dem Buch angerissenen Themen betrachtet werden kann, schließt mit einem neuerlichen Verweis auf das „statische Alphabetentum“ von Ärzten (weniger als 10% der Ärzte konnten in gewissen Studien mit

Begriffen wie Vorlaufzeit Bias oder Überdiagnose Bias etwas anfangen).

Ein Zitat des zweiten Präsidenten der Vereinigten Staaten John Adams, „den untersten Schichten die Möglichkeiten zum Wissen zu erhalten ist wichtiger für die Allgemeinheit als aller Besitz der Reichen im Land“ zitierend, wird dem verblüfften Leser mitgeteilt, dass etwa in einer Befragung in Neuseeland nur knapp 50% aller Schulabgänger in der Lage waren, eine Wahrscheinlichkeit von 1:100 mit jener von 1% zu identifizieren.

In den nächsten Kapiteln stellen die Autoren für die häufigsten Beratungsfälle der täglichen Praxis (Prostatakrebs Screening, Mammographie, Pränataldiagnostik) Entscheidungsbäume vor, die im Patientenberatungsgespräch auch angesichts solcher erschreckender Voraussetzungen eine informierte Entscheidung möglich machen sollen. Die Behauptung, im täglichen klinischen Alltag mangle es einfach an Zeit, wollen sie nicht gelten lassen.

Der zweite Teil des Buches beschäftigt sich mit der Rolle der Forschung in Hinblick auf mangelnde Gesundheitskompetenz. Dass Forschungsbereiche, die gewinnbringende Pharmainnovationen versprechen, ungleich mehr gefördert werden als Präventionsmaßnahmen, deren Ertrag sich oft erst in Jahrzehnten einstellen würde, wird hier erwähnt, ebenso die Taktik vieler Firmen oder Interessensverbände, sich Prominenten (Schauspieler, Sportler usw.) zu bedienen, um die Aufmerksamkeit auf einzelne Krankheiten zu lenken. Auch akute Ausbrüche ansteckender Krankheiten, die regelmäßig in ihrer Gefahr, auf weite Bevölkerungsteile überzugreifen, überschätzt werden, können die Mittelvergabe was Forschung anlangt, massiv beeinflussen. Die Verbreitung und Anwendung von Forschungsergebnissen zur health literacy und sinnvollen Investition im Zeitalter knapper Ressourcen sei dem gegenüber nahezu „Dezimalstaub“.

Einen kritischen Blick müssen sich auch die medizinischen Fachzeitschriften gefallen lassen. Einen gängigen medizinischen Terminus abwandelnd wird die NNR (number needed to treat) an

Fachbeiträgen in vielen auch renommierten Zeitschriften als höchstens 1:100 (das heißt 99 Artikel stellen de facto redundanten Ausschuss dar) angegeben. Gelingt ein Artikel mit tatsächlich wissenschaftlich profunder Aussage, liegt die Versuchung für die Autoren nahe, diesen mehrmals zu publizieren, indem die Resultate in Untergruppen zerstückelt werden, um so den Impact Faktor der Arbeit zu erhöhen. Wiederum sei es der Staat, dem es obliege, hier gegenzusteuern. Beispielhaft wird die Förderung der Evaluationsforschung in Großbritannien genannt, als abschreckendes Beispiel über Weiterbildung der Öffentlichkeit, die zumindest geduldete Hysterie um vermeintliche Vogelgrippe und Schweinegrippe Pandemien, die das Vertrauen in der Öffentlichkeit in Gesundheitserziehung im Allgemeinen unterminiert und die generelle Impfbereitschaft im Besonderen reduziert hätten.

Die beiden letzten Abschnitte des Buches beschäftigen sich mit der Gesundheitskompetenz von Meinungsbildnern (Journalisten) und, wiederum speziell mit Blick auf die Ärzteschaft, dem Gesundheitswissen der Zukunft. Wie können Arzt und Patient, aufbauend auf einer gemeinsam erarbeiteten, die Wertesysteme des Patienten ins Kalkül ziehenden, Zielsetzung miteinander arbeiten? Unterstrichen wird auch die Notwendigkeit, die in der Grundausbildung heutzutage oft noch viel zu rudimentär unterrichtete statistische Kompetenz der Ärzte im Rahmen eines lebenslangen Lernens auszugleichen.

Insgesamt gelingt es den Autoren des Sammelbandes, Problemstellungen, die den meisten Akteuren im Gesundheitssystem da und dort wohl schon begegnet sind, in kombinierter Form vorzustellen und zu veranschaulichen. Das Buch kann jedem ans Herz gelegt werden, der es sich vorgenommen hat, medizinische Fachliteratur kritisch zu lesen, ebenso wie jenen, denen die zunehmende Unfinanzierbarkeit des Gesundheitssystems Sorgen bereitet oder die ans Unethische grenzende, verzerrende Darstellung von Forschungsergebnissen mit Hilfe der Mathema-

tik und Statistik unter Ausnützung mangelnder Kompetenz des „Konsumenten“, Arzt wie Patient gleichermaßen.

K. Usar

Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen. Praktische Anwendungen

Claudia Wiesemann, Alfred Simon (Hrsg.)
mentis, Münster 2013
455 Seiten
ISBN 978-3-8978-5804-6

Die Autonomie des Patienten als „wichtiges moralisches Gut“ (445) zählt seit ihrer späten Wahrnehmung im medizinischen Umfeld zu den „thematischen Klassikern“ (237) unter den Publikationen. Insofern setzt sich jede neue Veröffentlichung der Frage aus, inwieweit sie tatsächlich vertiefte theoretische Erkenntnisse, neue Entfaltungen für den Alltag, zu klärende Kritikpunkte oder zusätzliche hilfreiche Lösungsansätze bei alltagsrelevanten Problemstellungen zu liefern imstande ist, oder ob sich im interessierten Leser aus dem konkreten medizinischen Umfeld mit seinen vielfältigen Erfahrungen nicht doch der Verdacht regt, dass alle „Teilnehmer der Autonomiedebatten ... auf die eine oder andere Weise zur Verwirrung“ beitragen (73). Diese Einschätzung bestimmt, ob eine Publikation insbesondere aus der Sicht einer alltagspragmatischen Medizinethik empfehlenswert erscheint.

Auch der von den bekannten Autoren Wiesemann und Simon herausgegebene Sammelband „Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen. Praktische Anwendungen“ setzt sich diesem Anspruch aus.

Im theoretischen Teil werden verständlicherweise zahlreiche bekannte Gesichtspunkte präsentiert, wobei sich mitunter auch Redundanzen – etwa die vielfältigen Bezüge auf Beauchamp, Childress und Faden – nicht vermeiden lassen. Dankenswert erscheinen im theoretischen Teil die Gedanken, die aus dem „Respekt vor der Autonomie“ positive ärztliche Verpflichtungen zur Förderung der Patien-

tenselbstbestimmung ableiten (45) und damit über ein bloß negativ abwehrendes Autonomieverständnis hinausführen, das in den Alltagsroutinen und bedingt durch eine starke Verrechtlichungstendenz häufig bestimmend erscheint (51).

Für den Alltag ebenfalls hilfreich erscheinen jene Sentenzen, welche sich den theoretischen Autonomieansätzen – individuell vs. relational – widmen und dadurch zahlreiche bedenkenswerte Assoziationen bieten. Dazu zählt etwa die soziale Einbettung individueller autonomer Entscheidungen (48 f.) oder das Bild relationaler Autonomie, welche erst durch eine gelungene gemeinsame Vorgehensweise – hier am Bild des Tangotanzens (64) – mit Leben erfüllt werden kann. Einwänden, wonach Personen nicht imstande wären, sich aufgrund vorab getroffener Festlegungen von evaluativen Perspektiven zu distanzieren, wird mit Berufung auf die jüngsten Arbeiten von Harry Frankfurt eine Absage erteilt (64 f.). Dies ist insbesondere für Alltagsdiskussionen bedeutsam, in denen Patienten mit intensivem Glaubensleben (zumeist Zeugen Jehovas und Ablehnung von Blutgabe) schon vorab eine mentale Enge und damit eine relative Unfreiheit in Entscheidungen unterstellt wird!

Zugleich wird auf die bislang zweifellos zu wenig beachtete Gefahr hingewiesen, dass über relationale Autonomiekonzepte „durch die Hintertür paternalistische Ideen von einem ‚gelingenden Leben‘ eindringen könnten (53). Diese und einige weitere Punkte helfen bei der alltäglich notwendigen Rezeption der Autonomie im Alltag. Die jeweils aufgezeigten Divergenzen zwischen individuellen und relationalen Autonomiekonzepten überlässt man der theoretischen Auseinandersetzung.

Nicht genug unterstreichen kann man jedoch die in individuellen Ansätzen wertvolle Feststellung, wonach Menschen auch unter sehr widrigen Umständen autonom sein können (69 f.), was an Malherbes Konzept von „Gesundheit und Autonomie“ Anfang der 1990er Jahre erinnert. Die unterstützende Funktion der Umgebung – in gewisser Weise also auch eine relationale Komponente! – be-

ziehungsweise die Beeinträchtigung, wenn Bestrebungen des Patienten von der Umgebung nicht anerkannt würden, kann zur Gewissenerforschung allen Institutionen ans Herz gelegt werden.

Die im juristischen Teil getroffene Feststellung, wonach die Rolle einer ausdifferenzierten Judikatur zu einem formalistischen Autonomiekonzept verführt hat, das die „Varianz von Patientenfähigkeiten“ nicht berücksichtigt (97), kann unterstrichen werden. Bedenklich hingegen mutet es an, dass im Jahr 2012 tatsächlich noch das „hohe Alter“ (sic!) als „konkreter Verdachtsmoment“ für Autonomiedefizite angeführt wird (79 und tendenziell auch 85). Dass dies in einem prononciert die Autonomie befürwortenden Sammelband zu finden ist, überrascht.

Hinsichtlich theologischer Adnota zum Thema Autonomie hätte man sich – in Anbetracht zahlreicher anderer Autoren, die sich in den vergangenen Jahren diesem Thema widmeten, zweifellos Erhellenderes erwarten dürfen. So mutet es ein wenig eigenartig an, wenn im katholischen Abschnitt eher das Spannungsfeld zwischen „moderner Theologie“ und dem Lehramt durchscheint (148) oder anhand des Beispiels von Terry Schiavo zwar die Thematik von Autonomie und Lebensrecht angesprochen und dabei die bekannte Rede des Papstes Johannes Paul II aus dem Jahr 2004 zur Begründung herangezogen wird (141), zugleich aber die vielfältige Zahl der durch die Moralthologie anschließend rezipierten Interpretationen mit durchaus hilfreichen Zugängen für den Alltag gänzlich verschwiegen wird. Wie es zudem zu verstehen wäre, dass ein „nicht mehr geteiltes moralisches Verständnis von Krankheit und Gesundheit“ den Arzt „daher zu einem Dienstleister der selbstbestimmten Interessen des Patienten“ werden lässt (143), ist nicht nur unklar, sondern verkennt zudem, dass auch dem Arzt – wie ja in den entsprechenden Gesetzesbestimmungen ersichtlich – selbstverständlich eine Autonomie als Schutzrecht zukommt. Dem Verständnis des alltagspragmatischen Medizinethikers entspricht

es eher, dass gerade das in den Alltagsgesprächen oft aufleuchtende unterschiedliche Verständnis in einer therapeutischen Partnerschaft die Qualität des gemeinsamen Aushandelns auf eine höhere Stufe führen kann.

Darauf, dass auch die evangelische Theologie ihre Not mit konkreten Hilfen für die Autonomie im Alltag hat, verweist – nach drei interessanten Zugängen, die damit durchaus mehr bieten – der Autor selbst, wenn er bezweifelt, dass Dabrock, Fischer und Härle in medizinischen Konfliktsituationen einen Dienst zu leisten vermögen (164).

Der mit „klinischer Praxis“ überschriebene vierte Teil bezieht sich aus Sicht des Rezensenten doch auch eher auf theoretische Grundlagen. Dies zeigt sich beispielsweise durch sehr allgemein gehaltene Adnota zu Notfallsituationen. Hervorzuheben sind jedoch die Aspekte, welche die Bedeutung des Verständnisses als zentrale Notwendigkeit autonomer Entscheidungen beschreiben – interessanterweise mit Bezug auf die Arbeit von Helmchen aus dem Jahr 1989 (171). Bei der Darstellung der unterschiedlichen Spielarten des Paternalismus (174 f.) wäre vielleicht auch der „konzedierte Paternalismus“ von Rössler zu erwähnen gewesen, insbesondere deshalb, weil seine Überlegungen angesichts zunehmender Formalitäten und Formalismen im Alltag neuerdings wieder als *Modus vivendi* ins Spiel gebracht werden.

Hervorzuheben ist der Beitrag von Dörries, in welchem individuelle und relationale Autonomieaspekte im Alltag anschaulich aufgezeigt werden. Dem Umstand, dass Kinder auch in Entscheidungen einer leichten Beeinflussung unterliegen, hätte vielleicht noch etwas mehr Augenmerk geschenkt werden können.

In einem der reproduktiven Autonomie gewidmeten Abschnitt finden sich interessante Überlegungen zur Ethik einer Elternschaft (217) in Verbindung mit der Kritik am Konzept einer „postnatalen reproduktiven Autonomie“ und „einem Selbstbestimmungsrecht der Eltern nach der Geburt“ (220), das durchaus auch an altrö-

mische Gepflogenheiten zu erinnern vermag.

Aus dem Abschnitt „Autonomie und Biopolitik“ ist der Beitrag von Schickentanz hervorzuheben, der sich – abseits der rechtlichen Unterschiede zwischen Deutschland und Österreich – gut der strukturell bedingten Statik einer Patientenverfügung widmet (239). Der Hinweis, wonach aufgrund fehlender Abrechnungsmöglichkeiten die ärztliche Beratung fehle (239), sollte aus Sicht des Rezensenten mit der geläufigen Problematik ergänzt werden, dass der im Alltag nicht selten vorgebrachte Interpretationsvorbehalt einer „mangelnden Folgeabschätzung“ des Verfügungsautors durch Beratungen verhindert und damit die Verfügung besser abgesichert werden kann.

Feuerstein verweist sehr pointiert auf die Vielschichtigkeit des Autonomiebegriffs. Außerdem zeigt er in Ansätzen auch das Spannungsfeld zwischen dem ärztlichen Fokus auf das Wohl des Kranken und der Autonomiezunahme des Patienten auf (250 f.). Spannend sind die Gedanken Arnasons, der kulturellen und ökonomischen Kräften als Bedingungen für ein „freies Entscheiden“ nachspürt (275) und das Spannungsfeld zwischen der Betonung einer individuellen Verantwortung des Patienten und den gesellschaftlichen Einflussfaktoren der Gesundheit aufzeigt (282 f.). Es lässt höchstens ein wenig erstaunen, dass zwar die „sittliche Selbstverpflichtung“ Kants vielfältig hörbar wird, ohne dass dieser Autor bewusst genannt wird.

Dies zeigt Graumann allerdings dafür in ihrem Beitrag dankenswerterweise umso deutlicher auf, wenn sie eine sehr gute und verständliche Auslegung Kant'scher Gedanken im Hinblick auf den für den Alltag sehr bedenkenswerten Begriff einer „Assistierten Freiheit“ (324 f.) vorlegt, mit der auch weniger Belesene die nach wie vor aktuelle Bedeutung des Philosophen für die gegenwärtigen Spannungsfelder erfahren kann.

Dass Bratu „gute Gründe“ bei Diskriminierungsaspekten demaskiert, schiene noch positiver, wenn nicht – wie in ähnlichen thematischen Abhandlungen häufig – ständig die Sklavenhaltung im

christlichen Kontext als Beispiel erhalten müsste (270), sondern etwas aktueller auch die gegenwärtig ökonomischen „guten Gründe“ wie sexuelle Ausbeutung oder Kinderarbeit präsentiert würden.

Naturgemäß wendet sich das Interesse im Alltag stehender Mediziner wohl besonders dem 8. Teil zu, in welchem schließlich Anwendungsprobleme thematisiert werden, die für den medizinischen Alltag konkret hilfreiche Erkenntnisse bieten, auf die jedoch im Einzelnen mangels Platz nicht eingegangen werden kann. Es sollen daher nur stichwortartig einige besondere Aspekte hervorgehoben werden.

Dazu zählen vor allem die Thematik eines „natürlichen Willens“ und des „Lebensgenusses“ von Demenzerkrankten, selbst wenn dies an anderer Stelle von Hufen im Zusammenhang mit der Tätigkeit von Ethikkomitees als unzulässig qualifiziert wird (435). Ebenso zählen die Studienerkenntnisse über die Beeinflussung von Entscheidungen aufgrund des Patientenverhaltens (Jox, 330, 335) dazu oder die Überlegungen, den typischen Begriff „lebensverlängernde Maßnahmen“ zugunsten des Begriffs „medizinische Maßnahme, ohne die der Patient wahrscheinlich in den nächsten 6 Monaten sterben würde“ zu verlassen (Kühlmeier, 349).

Höchst interessant ist es, insbesondere im Hinblick auf Demenzerkrankte, denen die Wortsprache verloren gegangen ist, die Bedeutung der „Kommunikation durch Leiblichkeit“ im Sinne einer „pro-körpersprachlichen Autonomie“ (Hofmann, 355 f.) wahrzunehmen, was mit vielen Alltagserfahrungen konform geht, jedoch gegen Erkenntnisse im Beitrag von Jox steht.

Auch der Beitrag von Seifert über einen „Paradoxon Paternalismus“ (364 ff.), der darauf Bezug nimmt, inwieweit der Patient auf Information oder Einwilligung verzichten könnte (wieder ein Anklang an Aspekte des konzidierten Paternalismus nach Rössler!), verdient besondere Beachtung. Für österreichische Leser wäre höchstens noch zu ergänzen, dass beispielsweise im sog. „Aids-Gesetz“ letztlich ein Aufklärungsverzicht des Patienten grundsätzlich ausgeschlossen wird.

Weiters von Interesse erscheinen die Überlegungen von Schildmann zur Frage einer Wunscherfüllung (376 ff.), wengleich in seiner Aussage, wonach der Wunsch eines Patienten erfüllt wird, wenn ihm „kein Schaden zugefügt wird“ (381), das Spannungsfeld zur eigentlich handlungsleitenden Indikation nicht allzu deutlich wird.

Überlegungen Inthorns auf Basis der ersten Evaluation bzgl. des Umgangs mit Patientenverfügungen können hinsichtlich ihrer Aktualität hinterfragt werden, wenn etwa auf einen Spezialbereich des Österreichischen Patientenverfügungsgesetzes Bezug genommen und festgestellt wird, dass den Ärzten die „Unterscheidung zw. verbindlich und beachtlich ... nicht geläufig“ sei (411), was Inkongruenzen zur aktuellen Situation aufzeigt. Auch der Umstand, dass eine „beachtliche Patientenverfügung“ nur als „Hinweis auf den Patientenwillen“ gedeutet wird, verschweigt die Entwicklung in den vergangenen Jahren, welche auch diesem Instrument eine hoch authentische Qualität zubilligt und in Verbindung mit einem erhellenden OGH-Urteil schließlich im juristischen Fachbereich den Begriff einer „qualifiziert beachtlichen“ Patientenverfügung hervorgebracht hat.

Hufen plädiert dafür, Patientenverfügungen als Selbstbestimmungsinstrument ernstzunehmen. Gegen relativierende Interpretationsversuche stellt er dem Grundsatz „in dubio pro vita“ seinen Grundsatz „In dubio pro dignitate“ entgegen (436 f.). Er geht allerdings zugleich sehr kritisch mit Ethikkomitees um, denen er – auch in Bezug zur Leitlinienarbeit – unterstellt, dem Patientenwillen eine „objektive Sicht des ethisch ‚Richtigen‘ entgegenzusetzen“ (439). Abgesehen von der Frage, was mit „ethisch richtig“ überhaupt gemeint sein soll, scheinen aus Sicht des Rezensenten jedoch gerade diese Einrichtungen derzeit eher als Garanten für eine dem Patientenwillen folgende Interpretation zu dienen. Der Umstand, dass eine Beratung des therapeutischen Teams aufgrund der daraus resultierenden Entscheidungen bereits als „Tätigkeit mit Grundrechtseingriff“ (435) qualifiziert

ist, erscheint sehr weit ausgelegt, umso mehr, als der Autor selbst auf Seite 439 nur mehr von einem Mitwirken „an äußerst grundrechtsrelevanten Entscheidungen“ spricht. Ebenso kann die extreme Skepsis gegenüber Mitgliedern mit religiöser Ausrichtung (440) aus persönlicher langjähriger Erfahrung in unterschiedlichen Ethikberatungsbereichen nicht nachvollzogen werden.

Diese kritische Sicht wird allerdings durch den letzten Beitrag im Buch von Neitzke anhand von interessanten Beispielen aus der Ethikberatung (447 ff.) mehr als wettgemacht, wenn auch, wie in seinem Fallbeispiel sechs zwischen Autonomie als Schutzrecht bei Indikation und Autonomie und Wunscherfüllung deutlicher differenziert werden könnte (450). Ausgehend vom Grundsatz „Autonomie zu ermöglichen“ bietet er in seiner erfahrungsgesättigten Darstellung zweifellos ausreichend Stoff für Themen, welche Ethikkomitees in Gesprächen abseits individueller Fallberatungen mehr als der letztgenannte Beitrag zu besserer Qualität verhelfen können.

Das 450 Seiten umfassende Buch kann mit Blick auf zahlreiche für den Alltag hilfreiche Aspekte zur Lektüre empfohlen werden, selbst wenn sich auch danach der Eindruck vertiefen mag, dass sich in Bezug auf die Facetten der Autonomie und ihrer Berücksichtigung noch „eine ganze Menge von Baustellen (Henn)“ (242) finden.

M. Peintinger

Jenseits der Therapie. Philosophie und Ethik wunscherfüllender Medizin

Tobias Eichinger
transcript Verlag, Bielefeld 2013
303 Seiten
ISBN 978-3-8376-2543-1

Wo ein Wunsch ist, ist auch ein Weg. Kosmetik, Ästhetik und Wellness weckt Wünsche, der Weg ist via Industrie bereits geebnet und wird lukrativ verkauft. Hinter den Aspekten der „wunscherfüllenden Medizin“ liegen Motivationen. „Wunsch und Bedürfnis“ lautet daher das

erste Kapitel dieser am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin ausgereiften Studie. Dem Autor gelingt hier eine feinsinnige Differenzierung: Der Wunsch mag nebulos, emotionell und letztlich utopisch-unerfüllbar sein, während das Bedürfnis auf einen konkreten Mangel und dessen Beseitigung fokussiert (Schaden, Schmerz, Gefahr etc.) und damit mehr dem herkömmlichen Image der „Heil-kunde“ entspricht, im Gegensatz zur schlecht definierbaren Wunschvorstellung. Freilich gibt es auch Überschneidungen von Wunsch und Bedürfnis: So kann ein zunächst abstrakter Wunsch bis zur Handlungswirksamkeit verdichtet werden, während ein chronisches, dem Lebensentwurf inhärentes Bedürfnis vielfach nicht beseitigt werden kann, wenn es dem „Mängelwesen Mensch“ anhaftet (Arnold Gehlen).

T. Eichinger unternimmt den interessanten Versuch, die Dimensionen der Bedürfnisse (Reichweite, Dringlichkeit etc.) zu gewichten und einer philosophischen Anthropologie zu unterwerfen: Der Mensch (Mängelwesen, Stiefkind der Natur) ist herausgefordert, seine Mängel selbst zu kompensieren. Bei diesem Prozess spielt die individuelle Verantwortung bzgl. Hierarchie der Wünsche und Bedürfnisse eine entscheidende Rolle – besonders wenn die Grenzen des „Normalen“ und „Berechtigten“ ungenügend definiert sind.

Was nun die Medizin betrifft, so ist der Begriff des Bedürfnisses näher an der Krankheit, der des Wunsches näher der „Aufbesserung“ des Gesunden (enhancement).

Im zweiten Teil befasst sich der Autor mit den „Ausweitungen der Medizin“. Jetzt kommt die Autonomie des Patienten gegenüber Medizin im Allgemeinen und „Arzt“ im Besonderen ins Spiel (Prinzipienethik). Letzterer muss die *Wünsche* des Klienten an der *Indikation* bemessen. Das aufklärende Gespräch hat einen offenen Ausgang, wenn gleich die Asymmetrie des Wissensstandes in ein Einverständnis münden sollte (informed consent), auch wenn dadurch ein der Gesundheit abträglicher Wunsch des Klienten nicht erfüllt wird.

Eine wichtige Voraussetzung: die freundliche Zuwendung des Arztes darf nicht geschmälert werden, auch wenn einer Wunscherfüllung im Sinne einer Ausweitung des therapeutischen Paradigmas nicht stattgegeben wird. Eine konkrete Liste der üblichen Wünsche und Ansinnen (Eingriffe, Medikamente, auch paramedizinische Verfahren) liefert der Autor am Ende dieses zweiten Teiles (Kap. E; S. 214 f.).

Zwangsläufig spricht der Autor hier auch die Rolle des Marktes an, die nicht nur mit den Wünschen der Klienten, sondern auch mit den Interessen einer gewissen Ärzteschaft spekuliert im Sinne der Korrumpierung eines Dienstleistungsparadigmas, wenn sich Ärzte in die Rolle des Verkäufers (von Schönheit und Doping) begeben und ihre Rolle als care-giver gegen die eines „health-consultant“ eintauschen. Auf diesem Boden sprießen nicht zuletzt in Deutschland die „individuellen Gesundheitsleistungen“, in Österreich: Leistungen im kassenfreien Raum, die aber immerhin als (noch) „ärztlich erforderlich ... und vertretbar“ angesehen werden können.

Dem Autor ist zuzustimmen: Gesundheit im weitesten Sinn kann und darf nicht zum Konsumgut werden (bestellt, geliefert, bezahlt); sie würde dadurch auch der Kaufkraft unterworfen und der allgemeinen Verfügbarkeit entzogen werden. Ganz nebenbei: Es ist schließlich die Natur, die heilt (sanat), worin sie vom Arzt unterstützt wird (curat). Für den Menschen als integrales Wesen aus Körper, Geist und Seele kann keine Garantie bestehen, dass mit „Heilung“ alles Übel eliminiert ist. Hier wird Pöltner (2007) zitiert: Gesundheit ist ein dem Menschen vorgegebener Zweck, der nicht hergestellt, sondern bestenfalls wiederhergestellt werden kann. Dazu Giovanni Maio: Gesund ist, wer „in ein gutes und akzeptierendes Verhältnis zu seinem Kranksein treten“ kann (2009).

Durch Pathologisierung und Medikalisierung werden Mängel im Befinden, der Verhaltensweisen und das Altern als Krankheiten definiert, sobald ihretwegen ein Arzt aufgesucht und eine Medizin

verschrieben wird: Der Begriffskomplex Beschwerde/Arzt/Pille reicht aus für den Stempel „Krankheit“, die in der Gesellschaft „ausgehandelt“ wird, wie z. B. Kosmetika gegen Altershaut und Pillen gegen Gedächtnisschwund.

Auch in der Prävention rangiert bei vielen Menschen die Medikalisierung vor der Änderung der Lebensführung, gestützt durch eine unheilige Allianz aus Bequemlichkeit und kassenpflichtigen Produkten der Pharmaindustrie (Eichinger spricht von „Parteigängern problematischer Lebensentwürfe“).

Der dritte Teil ist schließlich der Anti-Aging-Bewegung gewidmet. Der Autor bleibt auch hier in seiner Kritik sachlich und nobel, auch dort, wo es um die abstrusen Machenschaften der American Academy of Anti-Aging-Medicine, kurz 4AM, geht – ein höchst erfolgreicher Geschäftszweig an der Grenze der Medizin, der sich die „Abschaffung der Krankheit namens Alter“ zum Ziel gemacht hat (Pathologisierung, s. o.). Diese primitive „Wunscherfüllung“ hat schon aus finanzieller Sicht Probleme mit der allgemeinen Verfügbarkeit und damit der Gerechtigkeit (Wohlstandslastigkeit). Klug setzt der Autor all dem entgegen, indem er für die Diskussion einer Akzeptanz des Alter(n)s im Patientengespräch wie in der öffentlichen Meinungsbildung eintritt.

Fazit: Das Buch zeigt auf medizinisch-anthropologischem hohem Niveau kritische Zugänge zu aktuellen Fragen der sogenannten wunscherfüllenden Medizin.

F. Kummer

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten.

2. Gestalten der Manuskripte

Länge/Umfang: 25.000 - 35.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

Die erste Seite soll enthalten:

1. einen kurzen Titel der Arbeit auf Deutsch und Englisch
2. Name des Autors/ der Autoren
3. Kontaktdaten
4. eine Zusammenfassung des Beitrags (max. 900 Zeichen inkl. Leerzeichen) sowie 3–5 Schlüsselwörter auf Deutsch und Englisch

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Datenformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Grafiken werden in Druckqualität (hoher Auflösung) benötigt. Nach Drucklegung werden dem Autor die entsprechenden Belegexemplare zugesandt.

3. Literatur

Die Zitierung erfolgt in Form von Endnoten, wobei die Nummerierung fortlaufend und die Zitierungszahlen hochgestellt sein sollen.

Bei Zeitschriftenbeiträgen sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen oder erster Autorenname und „et al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. abgekürzter Titel der Zeitschrift nach den internationalen Regeln (Index Medicus)
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit

Beispiel: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897–903

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsorte
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl

Beispiel: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9–10

1. General Remarks

Submission of an article for publication implies the transfer of the comprehensive copyright from the author to IMABE as publisher, including the right of translation into any language. Accepted papers become the permanent property of the publisher.

By establishing manuscripts, the following guidelines should be respected:

The contribution should be provided by the authors in electronic format (MS Word or RTF).

2. Formation of Manuscripts

Length/ scale: 25.000 - 35.000 characters including whitespace characters

First page:

1. Short title in English and German
2. Name of the author/ the authors
3. Contact details
4. Abstract of the article in English (max. 900 characters including whitespace characters) and 3 - 5 keywords in English and German (can be provided by the editor)

Pages should carry consecutive numbers, including those of the reference list. Acknowledgements should be placed between end of text and references. For citation of references the automated footnotes of the file format should be used. Tables and figures should be placed adjacent to the corresponding text. All illustrations need

to be in print quality (high resolution).

The author will receive accordant copies of the published issue.

3. References

The quotation is effected in terms of endnotes, in which the numbering should be consecutive, the quotation numbers elevated.

Articles from journals are cited in the following manner:

1. All Authors, or first author plus "et al.", followed by initials of first name in capital letters.
2. Title
3. Journal in standardized abbreviation (Index Medicus)
4. Year in parentheses followed by semicolon
5. Volume followed by colon
6. Initial and final page

Example: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897-903

Citation of monographs and books:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Publishing company
4. Locations of publishing company
5. Year in parentheses
6. Indication of pages (from - until)

Example: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9-10

IMABE-Info (www.imabe.org)

AIDS 1: Die Infektion und ihre Verbreitung
AIDS 2: Prävention und Therapie
Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht
Burnout
Drogen
Entschlüsselung des menschlichen Genoms
Ethische Qualität im Krankenhaus
Euthanasie aus ethischer Sicht
Katholische Kirche zur Euthanasie
Familie und Krankheit
Fehlerkultur in der Medizin
Gender
Gentechnik in der Humanmedizin
Grenzen der Sozialmedizin
Hirntod
In-Vitro-Fertilisation
Kardinaltugenden und ärztliche Praxis
Klonen
Kommunikation und Vertrauen
Lebensqualität in der Medizin
Mifegyne. Die Abtreibungspille RU 486
Mitleid: Mitleiden und Mitleben
Neurowissenschaft
Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva
Ökonomie und Gesundheitswesen
Organtransplantation
Palliativmedizin
Der ethische Ruf der Pharmaindustrie
Pille danach
Pille versus Natürliche Empfängnisregelung
Placebo

Post-Abortion-Syndrom (PAS)
Präimplantationsdiagnostik
Pränatale Diagnostik
Pränatalmedizin
Prävention als moralische Tugend des Lebensstils
Reduktion von Therapie bei Terminalpatienten
Ethik in der Schönheitsmedizin
Schwangerschaftsabbruch in Österreich
Sinnorientierte Medizin
Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen
Risiken der späten Schwangerschaft
Stammzellen
Sucht und Alkohol
Tabakrauchen
Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten
Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht
Viagra. Medikament oder Lustpille?

Stellungnahmen (www.imabe.org)

24. 11. 2014: Stellungnahme zur Novellierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
16. 10. 2014: Stellungnahme „Klares Nein zu ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung - Für eine Kultur des Beistandes“
13. 02. 2013: Stellungnahme zur Diskussion über die Wirkungsweise der „Pille danach“
24. 04. 2012: Stellungnahme zum Vorschlag zur Liberalisierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
04. 02. 2011: Stellungnahme zur „Kind als Schaden“-Judikatur
23. 03. 2009: Stellungnahme zur Empfehlung für eine Liberalisierung der Stammzellforschung

Vorschau

Imago Hominis · Band 22 · Heft 2/2015
Schwerpunkt: Die Sprache des Schmerzes verstehen II

Editorial	3	
Current Issues	6	Stephanie Merckens What Does the New Reproductive Medicine Act Bring?
Focus	11	Fred Salomon Communication in Multiprofessional Therapeutic Teams
	21	Irmgard Hofmann Caretakers and Relatives: Between Defence and Cooperation
	31	Thomas Reuster Autonomy and Care in Old Age Psychiatry from a Medical Point of View
	43	Harald Tuckermann, Christian Erk Structured Communication and Hospital Management
Practical Experience	55	Jessica Knierim Communication with Sedated Patients in the Intensive Care Unit
News	66	
Journal Review	69	
Book Reviews	71	