

**ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNGSPFLICHT
UND HAFTUNG**

T. MAYER-MALY und E.H. PRAT (Hrsg.)

Reihe Medizin und Ethik (Hrsg. J. BONELLI)

Springer Verlag 1998

130 Seiten

ISBN-3-211-83230-0

Aufklärung und Haftung im ärztlichen Handeln haben in Europa und in den Vereinigten Staaten einen jeweils anderen Stellenwert. Grundsätzlich stimmt die Auffassung über die Patientenautonomie in der amerikanischen Theorie (Bioethik und Rechtslehre) und Praxis (klinischer Alltag) mit der europäischen nicht voll überein. Wahrscheinlich geht dieser Unterschied auf die besondere Prägung der amerikanischen Denkweise zurück, die, obwohl sie ihre Grundlage immer noch in der europäischen Philosophie hat, diese anders, nämlich radikal-liberal umsetzt. In Europa sitzt die philosophische und ideologische Tradition seit der Antike trotz Aufklärung stark im Knochenmark der Institutionen, was gewisse aufklärerische Forderungen, wie zum Beispiel die der Autonomie des Menschen, ins richtige Licht rücken läßt: Nur die autonome, also freie Handlung hat einen sittlichen Wert, d.h. sie ist gut oder schlecht, aber die Sittlichkeit der Handlung, d.h. ob sie gut oder schlecht ist, hat mit der Autonomie selbst, durch welche sie zustande gekommen ist, wenig zu tun. Amerika dagegen beginnt seine selbständige Geschichte mit der Aufklärung, die zu seiner Tradition wird, weil sie eigentlich kein voraufklärerisches Denken erlebt. Für den Liberalismus nach J.S. MILL, der die amerikanische Denkweise wesentlich prägt, ist das autonom Gewählte immer das Richtige. Autonomie wird somit zur Quelle der Sittlichkeit.

In den letzten Jahren häufen sich die Indizien dafür, daß auch in Europa der Trend in die Richtung der amerikanischen Praxis über

Aufklärung und Praxis geht. Dies untersuchen die Herausgeber des Buches im Rahmen eines interdisziplinären Diskurses mit namhaften Ärzten, Juristen und Ethikern, die zu einem Symposium eingeladen wurden. Die Aufsätze sind die Ergebnisse dieses Symposiums, das 1997 in Salzburg stattfand. Die Beiträge von G. PÖLTNER und E. PRAT zeigen, daß sich die Gewichte des Patienten und des Arztes in der modernen Arzt-Patient-Beziehung zwangsweise mit dem autonomen Menschenbild verändern. Eine liberalistisch-individualistische Auffassung von Autonomie führt zur Untergrabung der wesentlichen Grundlage der Arzt-Patient-Beziehung, nämlich des Vertrauens. Dieses muß heute bei den neuen Formen der Beziehung gestärkt werden. W. WALDHÄUSEL und J. KRAFT-KINZ beleuchten die derzeitige Situation aus der Sicht der medizinischen Praxis. Es zeigt sich, daß die heute praktizierten Regelungen zu stark die formale Korrektheit in den Vordergrund stellen. Der Fortschritt der Medizin hat zu einer weitreichenden Spezialisierung und Arbeitsteilung geführt, welche die Behandlungsprozesse die verschiedensten Formen und Abläufe annehmen läßt. Dabei kann die Erfüllung der Aufklärungspflicht unmöglich standardisiert werden, sondern man muß ihr die notwendige Flexibilität gewähren, damit sie der Singularität der Arzt-Patienten-Beziehung angepaßt werden kann.

E. DEUTSCH, T. MAYER-MALY und K. SCHMOLLER beschreiben die rechtliche Lage in Deutschland und Österreich. Es zeigt sich jedoch, daß in beiden Ländern Rechtsprechung und Praxis von der entsprechenden amerikanischen weit entfernt sind, obwohl in den letzten Jahrzehnten der Trend leicht in Richtung Stärkung der Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit geht. Auch zwischen Deutschland und Österreich gibt es Unterschiede in der Rechtslage und in der Rechtsprechung. In Deutsch-

land haben in der letzten Zeit die Haftungsklagen stärker zugenommen als in Österreich, wo die Prozesse eher gegen die Krankenhauträger als gegen die Ärzteschaft geführt werden. Die EU hat vor, die Arzthaftung zu verschärfen.

Ein Übersichtsbericht von J. MERAN über die aktuelle Diskussion zu den Patiententestamenten rundet die Darstellung des Themas ab. Diese neue Institution ist sicherlich ein weiteres Instrument der Patientenautonomie. Die Verbindlichkeit dieser zeitversetzten Willensäußerung wirft eine Reihe von Fragen auf, die weitere Diskussionen erforderlich machen.

Aus dem Diskurs dieses Buches kann geschlossen werden, daß eine gesetzliche oder berufsständische Regelung der Aufklärungspflicht und Haftung, die es ermöglicht, sie als Druckinstrument des Patienten bzw. seines Rechtsanwalts gegenüber den Ärzten zu verwenden, ein Hindernis für die richtige Kommunikation ist, weil sie einen Graben zwischen Patienten und Ärzteschaft aufreißt. Die Heilkunst droht in eine Defensivmedizin abzugleiten. Der Preis für die Gewährleistung des Selbstbestimmungsrechts und der Schutz vor ärztlichem Versagen wäre nicht angemessen, würde bei der Durchsetzung dieser Werte ein für die allgemeine Gesundheit bedrohlicher offener und direkter Konflikt zwischen Selbstbestimmungsrecht der Patienten und Haftungspflicht der Ärzte ausbrechen.

Das Wertvolle an diesem Buch ist, daß sich Ethiker, Mediziner und Juristen an einen Tisch gesetzt haben, um eine vielseitige Darstellung des Problems zu vermitteln. Natürlich hätte man viele andere Aspekte behandeln können, die im Buch etwas zu kurz kommen, aber die Lektüre dieses Buches wird sowohl für Patienten als auch für Ärzte und Krankenpflegepersonal einen großen Gewinn darstellen.

H. UFER

TÖTEN ODER STERBENLASSEN? ZUR FRAGE DER PATIENTENVERFÜ- GUNG

H.B. WUERMELING

*Medizin - Ethik - Recht, Angermüller Gespräche
Wissenschaftsverlag richard rothe, Passau 1997
50 Seiten*

ISBN 3-927575-71-2

Zum Inhalt: Die Zeit, in der Ärzte sich mit Sterbenden beschäftigen, ist historisch gesehen eine erst sehr kurze. HIPPOKRATES hatte seinen Schülern verboten, sich mit Unheilbaren oder Sterbenden abzugeben, wo nichts zu heilen war, hatte der Arzt nichts zu suchen. In den Jahrhunderten, über das Mittelalter bis zur Neuzeit gab es wohl eine christliche Tradition in Hospitälern oder Hospizen, sich Unheilbarer und Sterbender anzunehmen, die aber von nicht ärztlichen Personen gepflegt wurden. Erst vor ca. 200 Jahren wandte sich die Schulmedizin den Sterbenden zu, indem erstmals Richtlinien erarbeitet wurden, wie der Umgang mit Sterbenden zu erfolgen habe. HUFELAND kritisierte 1824 diese Tätigkeit: Es wäre zwar gut, sich den Unheilbaren zu widmen, jedoch wäre die Versuchung nahe, statt des Leidens den Leidenden zu beseitigen, den Leidenden zu töten, damit das Leiden aufhört. Wäre dieser Grenzbereich einmal überschritten, dann wäre der Arzt der gefährlichste Mann im ganzen Staate. Ein Jahrhundert später traf die Vorhersage ein – Euthanasiebewegungen waren entstanden. „To be happy or not to be at all“ (BENTHAM). Die Lebensqualität bestimmt den Lebenswert. Jedoch gibt es auch eine zweite Entwicklung, die der ärztlichen Hinwendung zu dem Unheilbaren gefolgt ist: die Palliativmedizin, die nicht mehr auf Lebensverlängerung aus ist, sondern ein Erträglichmachen des verbleibenden Lebens erlangen will. Gerade in diesem Bereich wird ein Umdenken der Ärzte noch erforderlich sein, denn nach wie vor wird der Tod vom Arzt als Niederlage empfunden, als etwas, womit man nichts zu tun haben woll-

te. Noch vor 40 Jahren wurde beispielsweise in der Sowjetunion das endgültige Überwinden des Todes als Ziel der Medizin genannt!

Gerade die Intensivmedizin mit ihren zunehmenden Möglichkeiten des operativen Organersatzes tut sich schwer, diesen Mentalitätswandel mitzuvollziehen. Die Erklärung der Bostoner Kommission über den Hirntod war einer wertenden Entscheidung ausgewichen. In der Folge wurden nur jene Fälle eines irreversiblen Hirnausfalls „gelöst“, bei denen die Beatmung abgestellt und im gegebenen Fall die Organe zu Transplantationszwecken weiterverwendet werden können.

Die differenzierende Betrachtung des Rechtes auf Leben kann klärend wirken: im engeren Sinn ist unser Recht auf Leben ein Defensivrecht, ein Recht darauf, daß niemand mich töten darf. Die gesellschaftliche Antwort auf dieses Lebensrecht ist das Tötungsverbot. Recht auf Leben ist darüber hinaus auch ein Anspruchsrecht. In diesem Sinn verlangen wir, daß der eine für den anderen einsteht, und Hilfe bekommt, die notwendig ist, um leben zu können.

Diese Ansprüche sind verschieden – ob Säugling, Erwachsener, Greis. Die Antwort der Gesellschaft ist das Gebot der Solidarität, des Einstehens füreinander, das aber an die Grenzen der Ressourcen stößt. Diese Grenzen werden durch die Verhältnismäßigkeit bestimmt. Die Moralthologie hat wiederholt betont, daß der einzelne verpflichtet sei, für sich selber die *media ordinaria* zur Erhaltung von Gesundheit und Erlangung des ewigen Heiles anzuwenden, zu den *media extraordinaria* sei niemand verpflichtet. Papst Pius XII. hat in einer bedeutsamen Ansprache diese Regel wiederholt, indem er betonte, daß die Ärzte ab einem bestimmten Zeitpunkt, in dem ein Patient bereits im Sterben liege, die Bemühung um die Lebenserhaltung einstellen und den Patienten dem Sterben überlassen dürfe.

In der Folge bringt der Autor dann zwei konkrete Fälle, um näher zu erläutern, auf welchen Faktoren Verhältnismäßigkeit beruhe. Im Falle

des Erlanger Babys – eine schwangere Frau erlitt einen schweren Unfall und erlitt in der Folge den Hirntod – waren die Ärzte übereingekommen, einfache intensivmedizinische Maßnahmen – die Beatmung – aufrechtzuerhalten, um die Weiterführung der Schwangerschaft zu gewährleisten. Auf außerordentliche Intensivmaßnahmen wollte man im Falle von Komplikationen nicht übergehen – die wären nicht mehr verhältnismäßig gewesen. Der zweite Fall wurde ebenfalls der breiten Öffentlichkeit bekannt. Eine alte demente Frau, tief komatös nach einer erfolgreichen RA, mußte durch die PEG-Sonde künstlich ernährt werden. Der Hausarzt kam mit ihrem Sohn überein, daß die künstliche Ernährung einzustellen wäre. Daraufhin wurden beide verurteilt, in 2. Instanz jedoch freigesprochen, da man auf den mutmaßlichen Willen der Patientin zurückgreifen konnte, die viele Jahre zuvor anlässlich einer Fernsehsendung den Wunsch geäußert hatte, daß sie keine intensivmedizinischen Maßnahmen oder Pflege für ihr eigenes Lebensende möchte. Erst der Rückgriff auf diese Willensäußerung führte zur Entlastung von Arzt und Sohn. Die Ermittlung des Patientenwillens ist nicht immer so leicht. Einerseits finden sich manche Menschen in Situationen, in denen sie nicht mehr entscheiden können, andererseits sind Vorausentscheidungen praktisch nicht möglich, da man für sich selbst nur schwer wissen kann, wie man in konkreten Situationen entscheiden wird, die noch nicht eingetroffen sind. Im Anschluß stellt der Autor einen Patienten-Testament-Entwurf vor, der im Auftrag der evangelischen Landeskirche in Bayern erstellt wurde (nebenbei, das Formular ist im Gesangbuch der evangelischen Kirche abgedruckt). Die Konfrontation mit diesen Fragen führt die Menschen dazu, sich Gedanken über ihr eigenes Leben und Sterben zu machen. Empfohlen wird auch die Bestellung eines Vertreters, der dann im Falle der eigenen Unfähigkeit Entscheidungen treffen kann.

Zuletzt zeigt der Autor die laufenden Entwicklungen in Deutschland und in der Schweiz

auf. Die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaft hat Richtlinien entworfen, wann und bei welchen Patienten lebenserhaltende Maßnahmen eingestellt werden können.

„Unter lebenserhaltenden Maßnahmen verstehen die Schweizer die Anwendung der künstlichen Niere, die künstliche Beatmung, die künstliche Ernährung und sogar die künstliche Hydrierung, d.h. also, daß auch die Flüssigkeitszufuhr und nicht nur die Nahrungszufuhr und die Beatmung bei jenen Patienten eingestellt werden dürfen, bei denen ein Wiedererwachen aus dem vegetativen Status nicht mehr zu erwarten ist.“ (34)

„Wer sich dafür ausgesprochen hat, sieht sich dem Vorwurf ausgesetzt, Euthanasie zu wollen. Doch es geht darum nicht. Die Einstellung der Behandlung erfolgt ja nicht, um den Patienten zu töten, sondern die Einstellung der Behandlung erfolgt, weil eine Behandlung nicht mehr verhältnismäßig ist. Das, was mit dem Patienten getan wird, Aufwand und Belastung, entspricht nicht mehr dem, was dabei herauskommen kann.“ (34)

Einige Anmerkungen:

Der Autor beginnt mit einem interessanten historischen Rückblick der Medizingeschichte. Die Problematik des Umgangs mit den Sterbenden ist ein relativ junges Problem, die Fortschritte der Medizin, die uns in ehemals unbekannt Situationen führen, verschärfen die Konfrontation. Nur eine bewußte Weiterentwicklung der Palliativmedizin kann ein unmoralisches Abgleiten der Medizin in die Euthanasie verhindern. Für den Autor scheinen dabei zwei Elemente von eminenter Bedeutung zu sein. Einerseits müssen die Verhältnismäßigkeitskriterien ins Treffen geführt werden, wobei er jedoch den Maßstab schuldig bleibt. Was ist wann verhältnismäßig und wozu? Auf der anderen Seite muß der freie Wille des Patienten mehr Beachtung finden. Das Anliegen ist gut, doch die Grenzen bleiben undefiniert: auch der Patient, der die aktive

Tötung verlangt, tut dies aus freiem Willen. Dennoch kann die Tötungshandlung vom Arzt nicht ausgeführt werden. Die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen wie künstliche Beatmung, künstliche Niere aber auch künstliche Ernährung können nicht auf dieselbe Ebene gestellt werden. Während das eine – die Ernährung in der Mehrzahl der Fälle eine einfache pflegerische Maßnahme ist, ist künstliche Beatmung oder der Ersatz der Nierenfunktion an aufwendige intensiv-medizinische Maßnahmen geknüpft. Allein des unterschiedlichen Aufwandes wegen muß wohl auch hier die Verhältnismäßigkeit ins Spiel gebracht werden. Der freie Wille des Patienten kann daher wohl nicht das einzig entscheidende Zünglein an der Waage sein.

Das Büchlein ist dennoch lesenswert und ein wichtiger Anstoß, des weiteren auch ein Vorstoß zur vertieften Auseinandersetzung mit dem Behandlungsabbruch. Die Unüberwindbarkeit des Todes muß ins Bewußtsein gerückt werden, um Arzt und Patient vor therapeutischem Übereifer einerseits oder nihilistischer Verzweiflung andererseits zu bewahren. Ein Annehmen der Vergänglichkeit erleichtert die richtige Entscheidungsfindung.

N. AUNER

LEBEN IN DER HAND DES MENSCHEN: Die Brisanz des biotechnischen Fortschritts

Günter ALTNER

Darmstadt: Primusverlag, 1998

234 Seiten

ISBN 3-89678-077-8

Günter ALTNER, Dr.theol.Dr.rer.nat., ist Professor für evangelische Theologie an der Universität Koblenz-Landau und Gründungsmitglied des Freiburger Öko-Instituts. Angeleitet durch die Ehrfurcht vor allem Leben, vertritt er eine Bioethik, die sich ausnahmslos allem Leben verpflichtet fühlt und dabei wertphilosophische und – parallel dazu – theologische Gründe geltend macht. Die Maxime lautet: Es gibt kein le-

lebensunwertes Leben! Damit deklariert er eindeutig seine Position gegenüber einer utilitaristischen, aufgeklärten Bioethik eines Norbert HOERSTER oder Peter SINGER. Seine jüdisch-christliche Sicht verhilft dem Leser zu einem sicheren Fundament für eigene Antworten auf neuartige, kontroverielle und höchst brisante Ansichten, die unsere Welt fundamental verändern könnten.

Gentechnik, Organtransplantation, aktive Sterbehilfe und Euthanasie, Klonen und Patentieren neuer Lebensarten – die revolutionierende Entwicklung der Biotechnik – erörtert der Autor in umfassender Weise und stellt die gegensätzlichen Denkschulen der Bioethik, die jüdisch-christliche der aufgeklärt-pragmatischen gegenüber. Er geht dabei von der Verpflichtung zum bioethischen Diskurs aus. Dazu offeriert er konkrete Orientierungen für die gesellschaftliche Konsensfindung. Sein Buch ist deshalb außerordentlich informativ und nützlich, weil es zu höchst aktuellen Problemen den eigenen wie auch den konträren Standpunkt umfassend hinterfragt und argumentiert.

Teil I geht auf den Kern der Thematik:

Grundsatzfragen: „Das Verständnis der Evolution, der Menschenwürde und Kreaturwürde im Widerstreit der Meinungen.“

Das richtige Verständnis dieser Begriffe entscheidet über die ethischen Verhaltensnormen bezüglich aller neuen biotechnisch-revolutionären Entwicklungen.

Evolution oder Revolution? Prof. KRIMSKY plädiert für Revolution: „Den langsamen Evolutionsprozeß, der in höheren Organismen zu relativ abgegrenzten Arten geführt hat, durch Aufsprengung der Artengrenzen überholen“. „Die Umwelt durch gentechnische Neugestaltung an die menschliche Zivilisation anpassen“. Diesem Gentechnikutopisten stellt Altner – mit Ernst MAYER – die Evolution als nichtlinearen Prozeß der Selbstorganisation entgegen. Er weist – u.a. mit A. M. Klaus MÜLLER – auf die risikoträchtigen Folgewirkungen einer gentechnischen Artenveränderung zwecks Befriedigung von Nut-

zungs- und Profitabsichten hin. Ausführlich bietet er schöpfungstheologische Aspekte an: Die Evolution ist als Form immer wieder neu erfolgreicher Zuwendung Gottes zu verstehen. Es gibt daher kein lebensunwertes Leben.

Mit Kritik an der Bioethik-Konvention des Europarates entwirft der Autor elf Grundsätze, um Klarheit in die Diskussion zu bringen.

Der Ethik der Menschenwürde steht eine Ethik der Interessen gegenüber. Dem Ethos der Stärke und Selbstbestimmung wird die Befreiung durch das Kreuz entgegengehalten. Die beiderseitig beanspruchte Richtigkeit bedarf der Hinterfragung durch den Kontrahenten (tatsächlich Qualität gegen absolute Werte). So müßte, fordert der Autor, konkret über die praktische Gestaltung der Lebensbedürfnisse (Aussonderung oder Fürsorge) in den Grenzzonen menschlicher Existenz (ungeborenes Leben, Behinderte, Komatöse, Sterbende) gesprochen werden.

Die Kreaturwürde – so der Autor – ist eine noch gar nicht gefundene, geschweige denn anerkannte Qualität. Er zieht den Bogen der Entwicklung ethischer Begründungen von antropozentrischer (Ulrich KATTMAN, KANT), pathozentrischer, bewußtseinsorientierter, utilitaristischer (SINGER: manche Tiergattungen sind Personen, andere nicht.), holistischer (K.M. MEYER-ABICH), bis zu der vom Autor vertretenen biozentrischen Ethik. „Aus dem Gleichen (Lebenswillen z.B.) ergibt sich die Achtung vor dem Anderssein.“ Eine Liste von Kriterien für die Berücksichtigung artspezifischer Bedürfnisse unterstützt sein ethisches Verständnis für die Würde der Kreatur.

Im Teil II behandelt der Autor in „Aktuelle Problemhorizonte“ die brisanten Herausforderungen für die Würde von Mensch und Kreatur: Gendiagnose, Gentherapie, Gentechnik, Sterbeprozess und Organtransplantation, Aktive und passive Sterbehilfe und die Forderung der Euthanasie, Klonen und Patentieren von biotechnischen Verfahren, Produkten und deren Anwendung.

Der Autor begründet eugenische Gefahren der Gendiagnose und stellt eine „Leiter der gentechnischen Veränderungsmöglichkeiten“ bis hin zur Umkonstruktion des Menschen auf und fordert Verantwortung zwecks Einschränkung dieser unaufhaltsamen Entwicklung.

Sterbeprozess und Organtransplantation sind in Deutschland erst 1997 in Gesetzesform geregelt worden – unbefriedigend, wie der Autor betont. Denn kontrovers bleiben: das Hirntodkriterium und die Frage nach der Entscheidungskompetenz als Voraussetzung für die Organentnahme. Der Autor: die entscheidende Frage ist, wie unter Anerkennung der Menschenwürde als Fundamentalgarantie die Transplantationspraxis der Würde des Menschen (der Spender und Empfänger) entspricht.

In „Theoretische Aspekte“ formuliert der Autor konkrete Maßstäbe für die kritische Handhabung von Organtransplantationen. Schließlich behandelt er das Thema „Xenotransplantation“ (Übertragung von Organen über die Artengrenzen hinweg).

Zu „Aktive und passive Sterbehilfe und die Forderung der Euthanasie“ verweist der Autor auf die gefährliche Nähe der Grundmotive Peter Singers zum NS-Gedankengut, aber auch auf die grundsätzlichen Unterschiede der Zielsetzungen. Er stellt die gnadentheologisch begründete Gottesebenbildlichkeit einer Generalgarantie für jede menschliche Existenz – wie in der deutschen Bundesverfassung verankert – entgegen. Die Richtlinien der Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften, die er vollständig in sein Buch aufnimmt, hält er für eine tragfähige Grundlage für ärztliches Handeln.

Altner definiert „Klonierung“ und „Patentierung“ und listet denkbare Nutzüberlegungen. Ethische Maßstäbe ergeben sich aus den Kriterien der Würde von Mensch und Kreatur. Dazu fordert er – mit Anton LEIST – die Tradition der ganzheitlichen Begriffe Kosmos, Schöpfung, Leben neu auszulegen. In der von Altner vertretenen biozentrischen Ethik ist Natur nicht nur Molekularmaschine, sondern Geschichte, die

vom Menschen als Teilhaber und Gestalter wahrgenommen wird.

Dem Klonen von Tieren und pflanzlichen Organismen wird breiter Raum gegeben, die Gefahren werden aufgezeigt, und eine Stufenleiter der ethischen Handlungsvarianten wird aufgebaut.

In den „Perspektiven für eine geklonte Gesellschaft“ zitiert er Gründe, die zur Akzeptanz von Klontechnik auch bei Menschen führen wird (Patentrecht zum Schutz biotechnologischer Erfindungen, EU-Parlaments-Richtlinien). Nach Offenlegung potentieller Folgen nennt der Autor theologische Proteste gegen Patentierung: Katholiken und mehr als 80 protestantische, jüdische, moslemische, hinduistische und buddhistische Glaubensrichtungen erklären: „We believe that humans and animals are creations of God, not humans and as such should not be patented as human inventions.“

In Teil III entwickelt der Autor die Verpflichtung zum bioethischen Diskurs:

Das Transplantationsgesetz (Hirntod), die Bioethik-Konvention des Europarates (Forschung an Menschen auch ohne deren Zustimmung), die UNESCO-Bioethik-Deklaration (Zugriffsmöglichkeit auf das menschliche Erbgut), die Ethik-Empfehlungen der USA und der EU (Klonen von menschlichen Embryonen nicht auszuschließen) und die Patentierungsrichtlinien des EU-Parlaments (aus Menschen isolierte Gene unter Patentrecht), haben den Bürger spüren lassen, daß er keine Mitsprache in dieser fundamentalen biotechnischen Revolution hat. Der Autor fordert eine Bundes-Ethikkommission, die er konkret definiert.

Für die akribische Darstellung der biotechnischen Revolution, deren Folgen für ethische Probleme, für die konkreten Vorschläge zum ethischen Diskurs und – vor allem – für die in die Tiefe gehenden Begründungen ethischer Verhaltensnormen, gebührt dem Autor Dank und Anerkennung.

P. HARTIG

ERSTER INTERNATIONALER PFLEGEKONGREß NÜRNBERG

Jürgen OSTERBRINK (Hrsg.)

Verlag Hans Huber 1998

Seiten 407

ISBN 3-456-82976-0

Jürgen OSTERBRINK führt in seinen 407 Seiten die einzelnen Referate des internationalen Pflege-theorienkongresses an.

In Summe werden 39, zum Teil englische Referate behandelt, welche theoretischer und praktischer Natur sind. Alle Beiträge reflektieren den immer stärker werdenden Aufbruch in das neue Krankenpflegezeitalter. Dies reicht über Selbstpflege, Pflege-theorien und Pflegeforschung.

Nachfolgend sollen drei bemerkenswerte Abhandlungen herausgestrichen und angeführt werden.

„Vom Anfänger zum Experten: Der Weg zu einer differenzierten klinischen Welt in der Intensivpflege“ (P. BRENNER, C. TANNER, C. CHESLA und J. RUBIN). Dieser Beitrag zeigt den mit Steinen gepflasterten Berufsweg einer „frisch diplomierten“ Pflegeperson im Alltag. Es wird die Entwicklung vom Vertrauen auf die in der Ausbildung erlernten Prinzipien und Regeln bis hin zur praktischen Umsetzung des Erlernten beschrieben. Es erfolgt ein Wandel vom analytischen und regelgeschützten Denken zur Intuition. Die unterschiedlichen Kompetenzstufen in der klinischen Welt des Anfängers werden anschaulich dargestellt.

„Die Selbstpflegedefizit-Theorie von Dorothea OREM“ (G. C. M. EVERS)

Die Theorie von Dorothea OREM besagt: „Selbstfürsorge ist die Ausübung von Handlungen, die der Mensch in seinem eigenem Interesse zur Erhaltung seines Wohlbefindens, seiner Gesundheit und seines Lebens ausführt oder anstrebt.“ Sie geht davon aus, daß jeder Mensch bestrebt ist, nach seinen Fähigkeiten für sich selbst zu sorgen. Je nach der Art des Defizits soll die Pflegeperson angemessen mit

Motivation, Anleitung, Unterstützung oder Übernahme von Tätigkeiten reagieren. Besonderer Wert wird dabei auf die Einbindung der Angehörigen des Pflegenden gelegt. Erst wenn beide den Anforderungen nicht gewachsen sind, greift die Pflegeperson fachgerecht ein. Pflege-ische Handlungen ergänzen und unterstützen die Fähigkeiten des Menschen zur Selbstpflege, sollten ihn aber keinesfalls in seiner Selbständigkeit einschränken.

„Primary Nursing – die Voraussetzung zur Einführung eines Pflegemodells“ (R. TEWES)

„Primary Nursing“ wird mit Primärpflege oder Bezugspflege übersetzt. Es ist kein Pflegemodell, sondern eine Organisationsform von Pflege (= Pflegesystem).

Es gliedert sich in

- a) Verantwortlichkeit
- b) Kontinuität der täglichen Pflege
- c) direkte Kommunikation
- d) „Care giver as care planner“

Es stellt sich die Frage: „Welches Pflegesystem ist das geeignetste System?“

Ist dies geklärt, kommt es zur Einführung eines neuen Modells, was oft mit großen Veränderungen verbunden ist. Jeder Pflegenden macht dabei einen großen Lernprozeß durch. Die Wertungen, die bisher wichtig waren, verändern sich und gehen in eine neue Richtung.

In einem weiteren Schritt sollten die alten Überzeugungen reflektiert und analysiert werden, um sich davon bewußt zu verabschieden. Dies klingt alles sehr einfach, ist aber „Knochenarbeit“.

Zusammenfassend wird bemerkt, daß manche Beiträge sehr theoretisch und wenig praxisnahe gehalten sind. Die drei beschriebenen Referate sind aus dem Stationsalltag gegriffen. Sie verdeutlichen den derzeitigen Umbruch in der Krankenpflege. Sie motivieren und geben neue Denkanstöße bei der Arbeit am Patienten.

M. FILA