

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 19 · Heft 1 · 2012

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Ethik in der
Pflege I**
Ethics in Care I

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Christoph Gisinger (Geriatric, Wien)
Martin Glöckler (Chirurgie, Wien)
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)
Heinrich Resch (Innere Medizin, 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	Thomas J. Piskernigg Aktuelle Entscheide des EGMR und EuGH im Bereich der Bioethik
Aus aktuellem Anlass	12	Johannes Bonelli Verwirrung um „Sterbehilfe“ in der Bioethikkommission
Schwerpunkt	15	Doris Pfabigan Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege
	27	Hanna Mayer, Sylvia Ferch Autonomie versus Fürsorge in der Pflege: eine qualitative Studie
	39	Josef Hörl Gewalt gegen alte Menschen als ethisches Problem in der Pflege
	51	Martina Hiemetzberger Der Tod und seine zwei Gesichter
Nachrichten	60	
Zeitschriftenspiegel	65	
Buchbesprechungen	67	
Ankündigung	74	Symposium „Konfliktherd Krankenhaus: Ärzte versus Manager“

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 Deak

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

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Deak

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Mag. Monika Deak

Bankverbindung:

Bank Austria, 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.

IMABE gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993, BGBl. Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

Redaktionsschluss: 20. Februar 2012

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

Pflege-Ethik: Ist diese neue „Bindestrich“-Ethik notwendig? Genügt uns nicht die Medizin-Ethik, die eine jahrtausendlange Tradition hat?

In der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts hat sich aus der medizinischen Hilfstätigkeit der Kranken- und Altenpflege die selbständige akademische Disziplin der Pflegewissenschaft entwickelt. Auch in der Praxis wird die Pflege nicht mehr als eine untergeordnete medizinische, sondern als eine komplementäre, aber doch eigenständige Tätigkeit betrachtet. Dieser Entwicklung wurde auch im Organigramm des Krankenhauswesens Rechnung getragen, indem die Pflege parallel zum ärztlichen Aufbau eine eigene hierarchische Struktur bekommen hat.

Zur Frage, ob die Medizinethik nicht doch die Pflege ethisch abdeckt, schrieb im Jahr 1988 der große Medizinethiker Ulrich Eibach in der Deutschen Krankenpflege-Zeitschrift: *„Das Bedenken des Todes erweist sich für das Handeln von Ärzten und Pflegenden als grundlegend, bildet gleichsam eine Voraussetzung aller Ethik für Ärzte und Pflegenden. Dabei sollen sich Krankenschwestern/-pfleger daran erinnern, dass ihr Handeln eine längere Tradition und eine andere geistige Grundlage hat als die auf die Bekämpfung des Todes ausgerichtete technische Medizin. Deshalb ist auch zu fragen, ob ärztliches und pflegerisches Selbstverständnis sich so decken sollen und müssen, wie es heute weitgehend der Fall ist.“*

Die Antwort liegt inzwischen auf der Hand: Die Pflegeethik hat sich etabliert. Pflege ist eine anerkannte Wissenschaft geworden, weil das spezifische pflegerische Handeln eine Komplexität erreicht hat, die für die richtige Anwendung und für den Wissensfortschritt, d. h. für Praxis, Lehre und Forschung, eine wissenschaftliche Systematisierung erforderlich gemacht hat. Man muss nur an die Vielfalt und Verschiedenheit der Pflegesituationen denken: Kranken- und Altenpflege, Krankenhauspflege, Pflege in Sonder- und Intensivstationen, Behindertenpflege, häusliche und institutionelle Pflege, Pflege von Dementen, von Komapatienten, von Frühgeborenen usw.

Auf die Entwicklung der Pflegewissenschaften folgte notgedrungen eine ethische Reflexion über die moralischen Dimensi-

onen dieses komplexen systematisierten Handelns. So entstand die Pflegeethik als eine angewandte Ethik.

Pflegehandlungen sind Handlungen an Patienten, Alten, Behinderten usw. im Rahmen einer interpersonalen, asymmetrischen Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. Unterscheiden sich diese Handlungen und diese Pflegebeziehungen so stark von den ärztlichen Handlungen und von der Arzt-Patient-Beziehung, dass sie eine zusätzliche angewandte Ethik rechtfertigen?

Pflegerische und ärztliche Handlungen sind zum Teil komplementär, großteils aber ziemlich verschieden. Dieser Unterschied alleine würde allerdings noch keine besondere Ethik rechtfertigen. Und auch von den ethischen Prinzipien her – Würde der Person sowie die vier Hauptprinzipien der Bioethik: Autonomie, Wohlwollen, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit – allein betrachtet, wäre eine Pflegeethik nicht zu rechtfertigen, denn die Prinzipien der medizinischen Ethik leiten sich auch von der allgemeinen Ethik ab und gelten nicht exklusiv für das ärztliche Handeln.

Ausschlaggebend für die Begründung der Notwendigkeit einer angewandten Ethik der Pflege ist die erwähnte Komplexität und Vielfalt des Pflegephänomens. Die Pflege konstituiert nicht eine parallele Beziehung zum Arzt-Patient-Verhältnis, die ähnlich zu diesem ist, sondern eine Dreier-Beziehung Arzt-Pfleger-Patient, oder sogar eine Beziehung zu viert, wenn man die Angehörigen dazu nimmt. In diesem Beziehungsgeflecht nimmt der Pfleger eine zentrale Position ein, denn die Pflege begründet eine in die intimen Bereiche des Patienten eingehende, mehr oder weniger dauerhafte, intensive und stark emotional geprägte Beziehung, die in der Regel nicht mit jener des Patienten zum Arzt oder zu den Angehörigen zu vergleichen ist. Die Pflegeperson trägt somit für den ihr anvertrauten Pflegebedürftigen eine Verantwortung, die sie nur zum Teil mit dem Arzt und zum Teil mit dem zuständigen Angehörigen teilt und teilen darf. Darüber hinaus müssen nicht zuletzt aufgrund der hohen Spezialisierung in der Medizin und der Spaltung in viele Fachgebiete die Pflegenden, vor allem in Pflegezentren, für Integration und Vereinheitlichung der medizinischen Versorgung der Pflegebedürftigen Sorge tragen.

Die intensive Nähe zum Patienten bringt die Pfleger in vielen Fällen zwangsläufig in die Lage, gegenüber der zu pflegenden Person eine Führungsrolle übernehmen zu müssen, die weit über das rein Pflegerische hinausreicht. Dies verleiht diesem Beruf eine besondere Größe und Würde, ist aber gleichzeitig eine große Bürde, die das Pflegepersonal überfordern kann. Die Führungs-

aufgabe ist die neue Herausforderung im aktuellen Berufsbild des Pflegers. Im modernen Krankenhausbetrieb und ganz besonders in Pflegezentren vertrauen sich die Patienten bzw. Bewohner dem Pfleger, der auch emotional zur Bezugsperson wird, an. Damit wird im neuen Berufsbild des Pflegers eine spezifische Führungskompetenz notwendig, die aus fachlicher und charakterlicher Kompetenz besteht. Die ethischen Aspekte dieser Kompetenz – Gesinnung und Haltungen – sind auch ein Gegenstand der Angewandten Pflegeethik, die sich auf die traditionsreiche, wieder modern gewordene Tugendethik stützen kann.

Grund genug also, dass diese und die kommende Ausgabe von *Imago Hominis* sich schwerpunktmäßig dem Thema „Ethik in der Pflege“ widmen. In diesem ersten Heft setzt sich zunächst Doris Pfabigan mit zwei wichtigen Prinzipien der Pflegeethik im Kontext der geriatrischen Langzeitpflege auseinander. Diese zwei Prinzipien werden theoretisch und praktisch im Hinblick auf die Anwendung auf die Langzeitpflege aufgearbeitet. Hanna Mayer und Sylvia Ferch präsentieren die Ergebnisse einer qualitativen Studie darüber, wie an Brustkrebs erkrankte Frauen das Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdbestimmung erleben: So zählen für sie persönliche Wertschätzung und empathische Anteilnahme als wesentliche Merkmale im Fürsorgeerleben zu den Grundvoraussetzungen, um gemäß ihren Vorstellungen von Selbstbestimmung agieren zu können. Der Soziologe Josef Hörl behandelt das Problem der Gewalt gegen alte Menschen in der Pflege. Empirische Studien zeigen ein eher düsteres Bild, in dem Gewalt in der häuslichen Pflege wie in Pflegezentren keine Ausnahme ist. Motivation, Ursachen, Folgen und Nebenfolgen werden dargelegt. Martina Hiemetzberger befasst sich mit dem Spezialfall der Pflege von Hirntoten bis zur Entnahme von Organen. Sind sie Sterbende oder Leichen? Dies ist dem äußeren Schein nach und subjektiv im Angesicht des Hirntoten für Pfleger schwer auszumachen und stellt daher eine besonders belastende Situation dar.

Enrique H. Prat

Thomas J. Piskernigg

Aktuelle Entscheide des EGMR und EuGH im Bereich der Bioethik

Recent Decrees of the ECHR and the CJEU regarding Bioethics

I. Einleitung

In jüngerer Zeit haben der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) und der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) Urteile gefällt, die aus ethischer Sicht erfreulich sind oder zumindest eine positive Tendenz aufweisen. Im Folgenden werden die tragenden Entscheidungsgründe herausgearbeitet, die zu diesen erstaunlichen Ergebnissen geführt haben. Die entscheidende Frage dabei ist: Haben die genannten Gerichtshöfe tatsächlich einen „Kurs auf das Naturrecht“ eingeschlagen, oder muss man die Entscheidungen lediglich als zwar im Ergebnis (tendenziell) positive, aber jederzeit umkehrbare Momentaufnahmen ansehen?

II. Verbot der Ei- und Samenzellenspende bei In-Vitro-Fertilisation (IVF) menschenrechtskonform?

1. Zur Vorgeschichte

Am 1. April 2010 hat noch alles anders ausgesehen: Damals sah der EGMR (Fall S.H. and others v. Austria, appl. no. 57813/00) in einer Kammerentscheidung im Verbot von Ei- und Samenzellenspende zum Zwecke der IVF eine Verletzung des Menschenrechtes auf Achtung des Privat- und Familienlebens sowie des Diskriminierungsverbots (Artikel 8 in Verbindung mit Artikel 14 Europäische Menschenrechtskonvention – EMRK).²

Der Gerichtshof betonte zwar allgemein den großen Ermessensspielraum nationaler Gesetzgeber in ethisch bzw. gesellschaftlich umstrittenen Regelungsbereichen. Sogar ein Totalverbot künstlicher Fortpflanzungstechniken sei zulässig. Sobald jedoch ein nationaler Gesetzgeber gleichsam die Tür

zur Anwendung künstlicher Fortpflanzungstechniken aufmachte, schien ihm der EGMR kaum mehr Möglichkeiten einzuräumen, diese Erlaubnis einzuschränken. Die Begründung des EGMR lief somit praktisch auf eine „Alles-oder-nichts-Argumentation“ hinaus.³ Das aktuelle Urteil der Großen Kammer vom 3.11.2011 vollzieht nun eine Kehrtwendung und hebt die Entscheidung der („kleinen“) Kammer auf.

2. Auf welchen Beurteilungszeitpunkt bezieht sich die aktuelle Entscheidung?

In formaler Hinsicht ist zunächst eine gewisse Unklarheit in der Begründung des EGMR im jüngsten Urteil festzuhalten, und zwar dahingehend, ob die österreichische Regelung tatsächlich *aktuellen* menschenrechtlichen Maßstäben entspricht. Streng genommen war nämlich Gegenstand der Entscheidung des EGMR ein Urteil des österreichischen Verfassungsgerichtshofes (VfGH) aus 1997, welches die österreichische Regelung als mit den Grund- und Menschenrechten vereinbar erachtete. Dementsprechend hält der EGMR nun fest: „[...] der Gerichtshof hat nicht zu erwägen, ob das gegenständliche Verbot der Samen- und Eizellenspende heute mit der Konvention vereinbar wäre oder nicht. Vielmehr ist zu entscheiden, ob diese Beschränkungen gerechtfertigt waren zu der Zeit, als sie vom österreichischen Verfassungsgerichtshof überprüft wurden“. Gleichzeitig wird allerdings betont: „Der Gerichtshof ist jedoch nicht daran gehindert, bei seinen Überlegungen nachfolgende Entwicklungen zu beachten.“⁴

Diese Diskrepanz ist deshalb erwähnenswert, weil aus der erstzitierten Feststellung manche schließen wollten, dass die aktuelle Entscheidung des EGMR nicht unbedingt etwas darüber aussage, ob die österreichische Regelung auch *heute*

noch menschenrechtlich vertretbar sei.⁵ Gegen diese Leseart spricht freilich das zweitangeführte Zitat des EGMR; weiters der Umstand, dass dessen inhaltliche Argumentation in der Folge im Präsen verfasst ist und – was schon die Verweise auf die aktuelle Judikatur des Gerichtshofes zeigen – sehr wohl auf den aktuellen Stand Bezug nimmt, sodass nicht etwa bloß rechtshistorische Fragen erörtert werden.

3. Die Gedankenführung des EGMR

Zunächst hält der Gerichtshof – von einem demokratischen Standpunkt aus erfreulicherweise – fest, dass der Ermessensspielraum der Einzelstaaten in ethisch umstrittenen, von keinem allgemeinen Konsens getragenen Fragen groß sei. Diesbezüglich haben nämlich die zuständigen staatlichen Autoritäten einen direkten und kontinuierlichen Kontakt mit den gesellschaftlichen Strömungen in den einzelnen Ländern und seien daher prinzipiell in einer besseren Position als ein internationales Gericht, den Inhalt der moralischen Standards in ihrem Land und darauf basierend die Notwendigkeit für Restriktionen zu beurteilen.⁶

Es gebe zwar derzeit einen klaren Trend in der Gesetzgebung der Vertragsstaaten der EMRK, die Ei- und Samenzellenspende zum Zweck der IVF zuzulassen. Dieser gründe jedoch nicht auf langfristig etablierten Prinzipien, sondern sei bloß als Reflexion eines momentanen Entwicklungsstandes zu betrachten. Ein solcher dynamischer oder brüchiger Konsens vermindere den Entscheidungsspielraum der Staaten daher nicht. Die Einräumung eines Ermessensspielraumes bedeute indes nicht, dass die jeweiligen gesetzgeberischen Lösungen jenseits der Prüfkompetenz des Gerichtshofes stehen.⁷

Der Gerichtshof akzeptiert im Gegensatz zur Vorentscheidung nunmehr die von Österreich ins Treffen geführten, durch die restriktive Gesetzgebung bei der Eizellspende zu verhindernden Risiken, nämlich die Gefahr der Ausbeutung von sozial schwachen Frauen und die Gefahr der Selektion von Embryonen. Ausdrücklich anerkennt der EGMR

auch das Ziel des FMedG, den im Zivilrecht lange etablierten Grundsatz „mater semper certa est“ (die Mutter ist immer sicher) aufrechtzuerhalten, indem man die Möglichkeit einer „Aufspaltung“ zwischen genetischer und biologischer Mutterschaft zu verhindern trachte.⁸

Besonders hervorzuheben ist, dass die Große Kammer den – zumindest – schlampigen Umgang der Vorentscheidung mit der Argumentation des VfGH behebt, indem sie auf dessen überzeugende Unterscheidung zwischen einer Adoption im üblichen Sinne und den familiären Verhältnissen nach einer Eizellspende Bezug nimmt.⁹

Der Gerichtshof weist auch darauf hin, dass relevante internationale Abkommen auf europäischer Ebene keine andere Beurteilung nahelegen. Ein Ad-hoc-Komitee von Experten betreffend die Entwicklung in den biomedizinischen Wissenschaften (1989) hielt etwa ausdrücklich fest, dass eine IVF nur mit Gameten des Paares durchgeführt werden sollte. Die Konvention über Menschenrechte und Biomedizin aus 1997 und das Zusatzprotokoll aus 2002 schweigen diesbezüglich. Die Richtlinie 2004/23/EG wiederum betont ausdrücklich die Freiheit der Mitgliedsstaaten, in diesem Bereich gesetzliche Maßnahmen zu setzen.¹⁰

Im Zusammenhang mit dem Verbot der Samenspende zum Zweck der IVF lobt der Gerichtshof ausdrücklich die österreichische Gesetzgebung als „sorgfältigen und vorsichtigen Versuch [...], soziale Realitäten mit dem prinzipiellen gesetzlichen Zugang in diesem Bereich in Einklang zu bringen.“ Der Gerichtshof lässt auch nicht unerwähnt, dass die österreichische Gesetzgebung es Betroffenen freistellt, ins Ausland zu gehen und die in Österreich verbotene Technik dort in Anspruch zu nehmen, wobei die auf diesem Vorgang resultierenden familienrechtlichen Beziehungen vom österreichischen Zivilrecht anerkannt werden.¹¹ ME wäre es allerdings unzutreffend, diese Möglichkeit als für den EGMR tragenden Grund für die Kompatibilität der gegenständlichen Regelung mit der EMRK (Europäische Menschenrechtskonvention) anzusehen.

Abschließend betont der Gerichtshof noch die Pflicht der österreichischen Gesetzgebung, die kommenden Entwicklungen auf diesem Gebiet aufmerksam zu beobachten und die Gesetzgebung gegebenenfalls anzupassen.¹²

4. Resümee

Die aktuelle Entscheidung des EGMR ist im Ergebnis sehr erfreulich. Insbesondere besteht, zumindest derzeit, kein Zwang mehr zu einer „Alles-oder-nichts-Gesetzgebung“, wie dies noch die Entscheidung der Kammer gefordert hat, oder gar zur „liberalisierenden“ Vereinheitlichung der Gesetzgebung in diesem Bereich in allen Vertragsstaaten der EMRK.

Gleichzeitig darf man aber nicht vergessen, dass der EGMR sich gleichsam ein „Hintertürchen“ offengelassen hat, unter Berufung auf medizinische und sonstige Entwicklungen das Verbot der Ei- und Samenzellenspende zum Zwecke der IVF später doch noch für menschenrechtswidrig zu erklären.

Wie nun die österreichische Politik mit diesem Urteil umgehen wird, erscheint offen. Die Beibehaltung des status quo kann zumindest derzeit ohne weiteres gerechtfertigt werden. Allerdings haben gewisse Politiker, darunter Gesundheitsminister Stöger, schon die Bereitschaft anklängen lassen, das FMedG dennoch zu „liberalisieren“ und insbesondere die Ei- und Samenzellenspende zum Zwecke der IVF zuzulassen, wogegen das aktuelle Urteil tatsächlich nicht spricht – ethische Erwägungen hingegen sehr wohl.

III. Recht auf Abtreibung – nun doch nicht?

1. Hintergrund

In den letzten Jahren gab es zwei prominente Versuche, ein „Recht auf Abtreibung“ auf europäischer Ebene – d. h. gegen den demokratischen Willen der wenigen verbliebenen Staaten, in denen Abtreibung mehr oder weniger weitgehend verboten ist (z. B. Irland, Polen) – einzuführen, und zwar im Rahmen des Europarates. Der politische Vorstoß

wurde von einer Mehrheit der parlamentarischen Versammlung des Europarates abgelehnt und teilweise in sein Gegenteil verkehrt. Die schließlich angenommene Resolution 1763 (2010)¹³ betont stattdessen das Recht der in medizinischen Berufen Tätigen, Mitwirkungen an Abtreibungen oder sonstigen Praktiken, die Ungeborene töten oder schädigen können, sowie an Euthanasie aus Gewissensgründen abzulehnen. Die britische Sozialistin und Initiatorin des ursprünglichen Vorstoßes, Christine McCafferty, sprach daraufhin von einer „Schande“ für den Europarat.¹⁴

Ein weiterer Vorstoß, der im Erfolgsfalle sogar die rechtliche Pflicht der Mitgliedstaaten der EMRK mit sich gebracht hätte, ein mehr oder weniger weitgehendes „Recht auf Abtreibung“ einzuführen, war die Klage gegen die irische Abtreibungsregelung vor dem EGMR (der ebenfalls ein Organ des Europarates ist) im Fall A, B and C v. Ireland, appl. no. 25579/05.¹⁵

2. Vergleich der Argumente zum erstbesprochenen Urteil

Auch hier betonte der EGMR die Tatsache, dass nationale Regierungen gleichsam „näher am Puls“ der politisch relevanten Strömungen im jeweiligen Land seien, um zu beurteilen, ob eine Beschränkung des Privatlebens zum Schutze der öffentlichen Moral erforderlich sei.¹⁶ Er anerkannte, dass das strenge irische Abtreibungsverbot auf „tiefen moralischen Werten“ basiere, wobei die im Verfahren ins Treffen geführten, in die Gegenrichtung weisenden aktuellen „Meinungsumfragen mit beschränkter Reichweite“ aus Sicht des Gerichtshofes keinen ausreichenden Beleg für einen Wandel bieten.¹⁷

Besonderen argumentativen Aufwand ließ der Gerichtshof der Verteidigung der irischen Abtreibungsregelung vor dem „internationalen Konsens“ angedeihen, der in Richtung mehr oder weniger weitgehender Abtreibungsfreigabe geht. Bekanntlich hat der Gerichtshof Veränderungen des „internationalen Konsenses“ immer wieder dazu

benützt, „Nachzüglerstaaten“ auf neue, sich andersorts durchsetzende Interpretationen bestimmter Menschenrechte festzulegen – bisweilen gerade auf moralisch umstrittenen Gebieten.¹⁸

Im o. a. IVF-Urteil war es für den Gerichtshof einfacher, die der öffentlichen Moral in Österreich entsprechende restriktive Regelung zu akzeptieren, weil tatsächlich kein allgemeiner Konsens in Richtung „liberalerer“ Regelungen besteht. Im Falle der Abtreibung ist die irische Regelung, die ein Abtreibungsverbot sogar bei ernster Gesundheitsgefahr für die Mutter statuiert, hingegen in Europa einzigartig. Dementsprechend hätte der Gerichtshof die Regelung auf Basis etablierter Argumentationsmuster („Konsens“) verwerfen können. Aus welchen Gründen auch immer wollte er dies jedoch vermeiden und hat dazu dem Begriff des relevanten Konsenses eine bemerkenswerte Prägung gegeben: Nicht der Konsens auf Rechtsetzungsebene sei relevant, sondern der naturwissenschaftliche und philosophische bzw. weltanschauliche Konsens dahingehend, wann das Recht auf Leben beginne. Und auf dieser Ebene existiere eben kein Konsens, weshalb das irische Abtreibungsverbot nicht der EMRK widerspreche.¹⁹

Ob dieses Argument allein für den Gerichtshof zur Akzeptanz der irischen Regelung ausgereicht hätte, ist gleichwohl fraglich. Er nimmt nämlich sehr ausführlich Bezug auf die Möglichkeit für irische Frauen, ihre Kinder im Ausland straffrei abzutreiben.²⁰ Es besteht somit eine durchaus nennenswerte Wahrscheinlichkeit, dass der EGMR ein Verbot für irische Frauen, ins Ausland „auszuweichen“, verwerfen könnte.

In einem Nebenpunkt beanstandet der EGMR die irische Regelung aber schließlich doch: Es fehle ein rechtsförmliches Verfahren, um im Vorhinein verbindlich festzustellen, ob eine Abtreibung (wegen Lebensgefahr) möglich sei. Ähnlich wie in einem bereits vor Jahren entschiedenen Fall betreffend Polen²¹ verlangt der Gerichtshof eine Art dem Eingriff vorgelagertes „Feststellungsverfahren“ (mit Rechtsmittelmöglichkeit) zwecks Klärung, ob eine Abtreibung in einem konkreten Fall

rechtmäßig sei. Es sei unzumutbar, dass Betroffene (auch Ärzte) im Nachhinein mit strafrechtlicher Verfolgung rechnen müssen und im Extremfall nur dort die Möglichkeit haben zu beweisen, dass die Voraussetzungen für eine rechtmäßige Abtreibung vorgelegen seien.²²

3. Resümee

Wie es scheint, hat der EGMR die – im positiven Sinne – strenge irische Abtreibungsregelung gleichsam unter „Artenschutz“ gestellt. Obwohl sie im „europäischen Konzert“ einzigartig ist, hat der Gerichtshof Irland zu keiner Angleichung an den „europäischen Konsens“ gezwungen. Im Unterschied zum o. a. IVF-Fall scheint auch kein praktikables „Hintertürchen“ vorhanden zu sein, um die Entscheidung nach politischer Opportunität zu einem späteren Zeitpunkt zu revidieren, zumal weder abtreibungsfreundliche „Meinungsumfragen“ noch internationale rechtliche „Konsensentwicklungen“ bei konsequenter Anwendung der Kriterien des EGMR eine Neubewertung rechtfertigen würden. Bloß ein echter Wandel in den moralischen Überzeugungen der irischen Bevölkerung könnte eine für den Gerichtshof relevante Änderung begründen. Diesfalls würden die Iren aber wohl ohnehin selbst für eine „liberalisierende“ Neuregelung sorgen.

IV. Die Würde des Embryos vor dem EuGH

Der EuGH hatte in einem Vorlageverfahren²³ festzulegen, was (oder vielmehr: wer) als „Embryo“ im Sinne des Artikels 6 (2) lit c der EU-Biopatentrichtlinie (98/44/EG)²⁴ zu verstehen sei. Dabei verwies der Gerichtshof zwar zunächst auf die „unterschiedlichen Traditionen und Werthaltungen“ in den Mitgliedstaaten, auf welche er nicht eingehen wolle, da er sich darauf zu beschränken habe, die Richtlinie juristisch auszulegen.²⁵

In der Folge konnte er, auch wenn er sich auf die Auslegung der Richtlinie beschränkte, der ethischen Brisanz der Vorlagefrage jedoch erwartungsgemäß nicht ausweichen. Aus den Erwägungs-

gründen der Richtlinie schloss er, dass der Begriff „Embryo“ weit auszulegen sei, und zwar nicht zuletzt unter Rückgriff auf die Menschenwürde.²⁶ So kam er zu einer Definition, die im Folgenden ganz bewusst wörtlich wiedergegeben werden soll:

„Jede menschliche Eizelle vom Stadium ihrer Befruchtung an, jede unbefruchtete menschliche Eizelle, in die ein Zellkern aus einer ausgereiften menschlichen Zelle transplantiert worden ist, und jede unbefruchtete menschliche Eizelle, die durch Parthenogenese zur Teilung und Weiterentwicklung angeregt worden ist, ist ein ‚menschlicher Embryo‘.“²⁷

Begründend führte der EuGH zutreffend an, dass Befruchtung, Klonierung, aber selbst Verfahren zur Parthenogenese „den Prozess der Entwicklung eines Menschen in Gang setzen“²⁸ (und nicht, wie in den einschlägigen Diskussionen oft behauptet wird, die Entwicklungen zum Menschen). Damit entspricht der europarechtliche Befund, zumindest in bezug auf die Biopatentrichtlinie, der Rechtslage in Österreich, wo § 22 Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB) den Schutz ungeborener Kinder ab dem „Zeitpunkt ihrer Empfängnis“ statuiert.

Aus dieser Definition leitete der Gerichtshof konkrete Beschränkungen²⁹ der Patentierbarkeit ab: Verbot der Patentierung von Erfindungen, die die Verwendung menschlicher Embryonen für industrielle, kommerzielle oder wissenschaftliche Zwecke beinhalten (erlaubt seien ausschließlich therapeutische oder diagnostische Erfindungen, welche auf den jeweiligen Embryo zu dessen Nutzen anwendbar seien); Verbot der Patentierung von Erfindungen, wenn die Entwicklung derselben, in welcher Phase auch immer, die Zerstörung bzw. Verwendung zerstörter Embryonen beinhaltet.

V. Schlussbemerkungen

Die Bilanz dieser Urteile kann nur positiv ausfallen. Auch wenn im Falle der IVF „Hintertürchen“ offenbleiben, um die Unterzeichnerstaaten der EMRK zu noch weiterer Zulassung unmoralischer

Praktiken zu verhalten, so ist die Feststellung, dass die EMRK kein Recht auf Abtreibung (nicht einmal bei schwerer Gesundheitsgefahr, nur bei Lebensgefahr würde der EGMR wohl ein solches annehmen) enthält, geradezu Goldes wert. Für Österreich bedeutet dies z. B., dass man aus der EMRK keine Begründung für die Übergangung des § 22 ABGB, der ungeborene und geborene Menschen, soweit es ihre Rechte betrifft, gleichstellt, mehr gewinnen kann.³⁰

Aus dem o. a. Abtreibungsurteil des EGMR Argumente für ein Abtreibungsverbot abzuleiten, wäre allerdings allzu optimistisch. Wie gesagt, hat das Abtreibungsurteil des EGMR eher defensiven Charakter. Dies bedeutet aber immerhin, dass Staaten, die eine strengere Abtreibungsregelung einführen oder in sonstigen Bereichen Zeichen für den Lebensschutz setzen wollen,³¹ konsequenterweise keine Verurteilung durch den EGMR zu befürchten haben sollten.

Die Tragweite der Vorabentscheidung des EuGH abzuschätzen, erscheint noch schwieriger. Eigentlich beschränkt sich die Angleichung des Europarechts an § 22 ABGB bloß auf den Anwendungsbereich der Biopatentrichtlinie. Dies ist gleichwohl nicht wenig, werden doch damit Forschungen, welche die – vom EuGH ausdrücklich anerkannte! – Menschenwürde des Embryos verletzen, zumindest wirtschaftlich uninteressant. Ein Verbot für Versuche am Menschen im Frühstadium (und seiner Vernichtung) folgt daraus jedoch wohl nicht unbedingt. Und was die Abtreibungsfrage betrifft, so hat das deutsche Bundesverfassungsgericht schon 1993 in geradezu erschütternder Weise gezeigt, wie man die gleiche Würde des ungeborenen Kindes betonen und im nächsten Atemzug den Staat verpflichten kann, für ungestörte, sogar vom Sozialsystem finanzierte Abtreibungsmöglichkeiten zu sorgen. Derartige argumentative Bocksprünge sind dem EuGH durchaus auch zuzutrauen. – Die Zukunft bleibt offen und „spannend“.

Referenzen

- 1 Fall S.H. and others v. Austria, appl. no. 57813/00, Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, 3. November 2011, <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/search.asp?skin=hudoc-en> (HUDOC-Database, letzter Zugriff am 6. Februar 2012)
- 2 Eine Besprechung dieses Urteils samt Erläuterungen zu prozessualen Rahmenbedingungen findet sich bei Piskernigg T., *Verbot von Samen- und Eizellenspende: eine Menschenrechtsverletzung?*, Imago Hominis (2010); 17: 143-149
- 3 Dazu kritisch Piskernigg T., siehe Ref. 2, 147 ff.
- 4 Fall S.H. and others v. Austria, appl. no. 57813/00, siehe Ref. 1, Pkt. 84 des Urteils. Diese sowie weitere wörtliche Zitate sind meine eigenen Übersetzungen aus dem englischen Originaltext.
- 5 So etwa der Grazer Medizinrechtsexperte Erwin Bernat im Interview mit der Tageszeitung „Die Presse“ am 3. November 2011
- 6 Fall S.H. and others v. Austria, appl. no. 57813/00, siehe Ref. 1, Pkt. 94
- 7 ebd., Punkte 96 ff.
- 8 ebd., Punkte 101 ff.
- 9 ebd., Pkt. 105; so auch schon die Kritik bei Piskernigg T., siehe Ref. 2, 146
- 10 ebd., Pkt. 107
- 11 ebd., Pkt. 114
- 12 ebd., Pkt. 118
- 13 Resolution 1763 (2010) des Europarates, The right to conscientious objection in lawful medical care, <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/tai0/ERES1763.htm> (letzter Zugriff am 6. Februar 2012)
- 14 So der Bericht auf der Internetseite „diestandard.at“ vom 8. Oktober 2010
- 15 Fall A, B and C v. Ireland, appl. no. 25579/05, Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, 16. Dezember 2010, <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/search.asp?skin=hudoc-en> (HUDOC-Database, letzter Zugriff am 6. Februar 2012)
- 16 ebd., Pkt. 223
- 17 ebd., Pkt. 226
- 18 Siehe die vom EGMR selbst angeführten Zitate der Vorjudikatur in: ebd., Pkt. 234
- 19 ebd., Pkt. 234 ff.
- 20 ebd., Pkt. 239 ff.
- 21 Fall Tysiac v. Polen; dazu Piskernigg T., *Gesetzesvorstoß gegen die „Kind als Schaden-Rechtsprechung“*, Imago Hominis (2007); 14: 231 ff.:227-242
- 22 Fall A, B and C v. Ireland, appl. no. 25579/05, siehe Ref. 15, Pkt. 250 ff.
- 23 Nach einem Vorabentscheidungsersuchen des deutschen Bundesgerichtshofes (in seinen Aufgaben vergleichbar mit dem österreichischen Obersten Gerichtshof)
- 24 Richtlinie 98/44/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. Juli 1998 über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1998:213:0013:0021:DE:PDF> (letzter Zugriff am 6. Februar 2012)
- 25 Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Union (EuGH) in der Rechtssache C-34/10, 18. Oktober 2011, <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=111402&pageIndex=0&doclang=DE&mode=doc&dir=&occ=first&part=1&cid=254151> (letzter Zugriff am 6. Februar 2012), Begründung Pkt. 30
- 26 ebd., Pkt. 33
- 27 ebd., Spruchpunkt 1
- 28 ebd., Begründung Pkt. 36
- 29 ebd., Spruchpunkte 2 und 3
- 30 Dies sei angesichts gewisser „Andeutungen“ des OGH, z. B. in der Entscheidung 5 Ob 148/07m, besonders betont.
- 31 Man denke z. B. an den ursprünglich von der FPÖ geforderten und kürzlich vom Justizministerium wieder aufgegriffenen Ausschluss des Schadenersatzes für den Unterhalt eines aus „Versehen“ nicht abgetriebenen Kindes.

Dr. Thomas J. Piskernigg
 Korrespondenz: c/o IMABE
 Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

Der Autor ist Prüfbeamter der Volksanwaltschaft.
 Der Beitrag gibt seine persönliche Meinung wieder.

Johannes Bonelli

Verwirrung um „Sterbehilfe“ in der Bioethikkommission

Confusion within the Commission on Bioethics around Assisted Dying

Die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt hat im Juni 2011 „Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende“ vorgelegt.¹ Dahinter steht die Erkenntnis, dass die herkömmlichen Begriffspaare aktiv-passiv und direkt-indirekt für die medizinisch-ethische Beurteilung von Handlungen in der Situation von Sterben und Tod Anlass zu Missverständnissen geben und daher im medizinischen Alltag wenig hilfreich sind. Das liegt freilich weniger an den Begriffen selbst, sondern daran, dass uns deren Sinngehalt heutzutage weitgehend abhanden gekommen ist. Trotzdem ist das grundsätzliche Bemühen, hier Klarheit zu schaffen, durchaus zu begrüßen.

Die Bioethikkommission hat als Vorlage die Stellungnahme des deutschen Nationalen Ethikrates verwendet. Dagegen wäre ja grundsätzlich nichts einzuwenden, wenn man diese eingehend studiert und genau hinterfragt hätte.

Die Bioethikkommission empfiehlt, die bisher verwendete Terminologie von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe aufzugeben und folgende Begriffe einzuführen: Sterbebegleitung, Therapie am Lebensende, Sterben lassen. Davon werden weiters die Mitwirkung am Selbstmord sowie die Tötung auf Verlangen unterschieden, die gemäß der geltenden österreichischen Rechtslage strafbare Handlungen sind.

Blickt man jedoch auf die Definitionen dieser Begriffe, wie sie von der Bioethikkommission in ihren Empfehlungen dargelegt werden, so findet man gleich am Anfang keinen relevanten Unterschied zwischen den Termini „Sterbebegleitung“ und „Therapie am Lebensende“. Zur Sterbebegleitung heißt es: „Unter den Begriff der Sterbebegleitung fallen Maßnahmen zur Pflege, Betreuung und Behandlung von Sterbenden...“. Zur Therapie am

Lebensende: „Zu Therapien am Lebensende zählen alle medizinischen Maßnahmen, einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern, das Leben zu verlängern oder Leiden zu mindern.“ Worin sich diese beiden Definitionen unterscheiden, erscheint zunächst einmal rätselhaft. Denn in beiden Fällen handelt es sich um eine recht allgemeine Beschreibung der Palliativmedizin ohne Bezug zur ethischen Kategorie der Sterbehilfe bzw. der Euthanasie. Wirft man allerdings einen Blick in die Stellungnahme des deutschen Nationalen Ethikrates von 2006, so wird sofort klar, dass von den österreichischen Autoren der Kernpunkt der Unterscheidung nicht aufgegriffen wurde. In der Stellungnahme des Nationalen Ethikrates heißt es nämlich unter dem Begriff Therapie am Lebensende: „Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist.“ In der herkömmlichen Terminologie würde dieser Fall unter den Begriff der aktiven indirekten Sterbehilfe fallen, und man sieht schon, dass die Termini „Therapie am Lebensende“ und „Sterbebegleitung“ bereits in nuce unzureichend sind und zu Missverständnissen Anlass geben, wenn sie nicht ausführlich kommentiert werden.

Auch der Begriff des „Sterben zulassen“ wird in den Empfehlungen sehr undifferenziert behandelt, dort heißt es: „Eine unter kurativer Therapiezielsetzung als lebensverlängernd bezeichnete medizinische Maßnahme kann unterlassen werden, wenn der Verlauf der Krankheit eine weitere Behandlung nicht sinnvoll macht.“ Sterben zulassen kann al-

lerdings nicht nur durch ein Unterlassen (Behandlungsverzicht), sondern auch durch ein aktives Tun erfolgen (z. B. Abschalten der Beatmungsmaschine). Diese Verdeutlichung wäre für die ärztliche Praxis geradezu essentiell.

Ebenso nicht erfasst wird mit der neuen Begrifflichkeit eine Situation, bei der eine an sich lebensrettende Maßnahme verweigert wird (passive direkte Euthanasie).

Genau genommen wird auch die willkürliche Tötung von Menschen (vor allem Kranker, Alter und Behinderter), z. B. durch die Überdosierung eines Medikamentes, nicht erfasst.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass das Anliegen, die Terminologie im Umgang mit kranken Menschen am Lebensende zu präzisieren, ein berechtigtes Anliegen ist. Leider ist dies der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt nicht gelungen. Im Gegenteil: Die vorgeschlagenen Begriffe sind verwirrend, vieldeutig und geben Anlass zu weiteren Missverständnissen. Ganz wesentliche ethische Grenzfälle am Lebensende werden überhaupt nicht erfasst. Man hat den Eindruck, als hätten diese Empfehlungen Leute am „grünen Tisch“ verfasst, die keine Erfahrung mit den praktischen Problemen am Krankenbett haben. Die missglückten Formulierungen der Bioethikkommission zeigen auch, dass die herkömmliche Handlungsklassifizierung in aktiv-passiv und direkt-indirekt wohl durchdacht ist und dass man auf sie nicht gänzlich verzichten wird können. Allerdings erscheint es notwendig, diese Begriffe wieder mit Leben zu erfüllen und ihre praktische Bedeutung für die heutigen Bedürfnisse neu zu präzisieren.

Wahrscheinlich sollte man auf die so vieldeutigen Ausdrücke „Sterbebegleitung“ und „Therapie am Lebensende“ überhaupt ganz verzichten und grundsätzlich nur zwischen den Begriffen „Sterbehilfe“, „Euthanasie“, und „Sterben lassen“ unterscheiden. Die Kennzeichnung für Sterbehilfe sollte dann nur im eigentlichen Sinne des Wortes und daher nur in einem positiven Zusammenhang

als (palliative) Hilfe verstanden werden, auch wenn diese Hilfe indirekt eine Lebensverkürzung bewirken sollte. Unter Euthanasie hingegen würde man immer eine direkte Tötung verstehen, sei sie nun ein aktives Tun oder eine passive Unterlassung von lebensrettenden Maßnahmen. Sterben lassen kann, wie gesagt, sowohl durch passiven Behandlungsverzicht als auch durch aktiven Behandlungsabbruch erfolgen. Ethisch besteht zwischen beiden Fällen kein Unterschied. Aber gerade deshalb hat diese Unterscheidung als Orientierungshilfe in der Praxis eine wichtige Funktion.

Referenzen

- 1 „Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende“ der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, 27.6.2011, <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=44491> (letzter Zugriff: 6. Februar 2012)

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
bonelli@imabe.org

Doris Pfabigan

Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege

Dignity and Autonomy in Longterm Geriatric Nursing

Zusammenfassung

Die Achtung der Würde und Autonomie wird in verschiedenen Gesetzen, in den Leitbildern der Organisationen sowie in unterschiedlichen Pflege-theorien immer wieder eingemahnt. Was darunter jedoch genau zu verstehen ist, bleibt weitgehend im Dunkeln. Das Forschungsprojekt „*Würde und Autonomie im Kontext geriatrischer Langzeitpflege*“⁴¹ widmete sich diesen gesellschaftlichen Fragen. Dabei wurden die Begriffe Würde und Autonomie theoretisch aufgearbeitet und durch die Sichtweise hilfsbedürftiger alter Menschen, deren Angehörige sowie Pflege- und Betreuungspersonen anschaulich gemacht und konkretisiert. Zentrale Ergebnisse des Projekts sowie Herausforderungen für die Praxis sollen im folgenden Artikel dargestellt werden.

Schlüsselwörter: Würde, Autonomie, Ethik, geriatrische Langzeitpflege

Abstract

Ensuring dignity and autonomy is claimed by lawmakers, organisational mission-statements and care theories. The precise meaning of these goals however remains opaque. The research project “Dignity and Autonomy in the Context of Geriatric Long-term-Care” elaborates this problem by analysing the terms theoretically and illustrating the point of view of people in need of care, their relatives and caretakers. Major findings of the project as well as challenges to practical care are described in the article below.

Keywords: Dignity, Autonomy, Ethics, Geriatric long-term-care

Mag. Dr. Doris Pfabigan
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Fakultät für Philosophie und Bildungswissenschaft
Institut für Philosophie, Universität Wien
Universitätsstr. 7, A-1010 Wien
doris.pfabigan@univie.ac.at

Theoretischer Hintergrund

Menschenwürde gehört zu den schillerndsten und zugleich schwierigsten Begriffen der Moralphilosophie. Welchen Status und welche Bedeutung die Menschenwürde besitzt und wie sie begründungstheoretisch definiert werden kann, darüber herrscht in der philosophischen Debatte jedoch weitgehend Uneinigkeit. Hat uns die Natur oder Gott mit würdebegründenden Eigenschaften ausgestattet, ist es die Fähigkeit zur moralischen Autonomie, die der Menschheit einen unvergleichlichen moralischen Wert verleiht? Ist jeder Mensch Träger der Würde oder nur der „normale“ „erwachsene“ Mensch, der zukunftsbezogene Wünsche hat und über „Ichbewusstsein“ verfügt?² Wie die Antworten auf diese Fragen ausfallen, hängt davon ab, welches Bild des Menschen und welches Verständnis von Ethik vorausgesetzt werden.

Der hier vorgeschlagenen Deutung der Menschenwürde liegt ein Ethikverständnis zugrunde, das als Ausgangspunkt moralischer Rücksichtnahme die geteilte Verletzlichkeit, die gemeinsame Körperlichkeit, aber auch unsere Sehnsucht nach einem gelingenden Leben bestimmt.³ Um den Umständen gerecht zu werden, dass der Mensch in ständiger Spannung zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit lebt⁴ und dass er seiner Naturhaftigkeit sowie der damit verbundenen Bedürftigkeit nicht entkommen kann, ist ein Würdeverständnis gefordert, das diese Dimensionen des Menschseins berücksichtigt.

Verletzbar ist der Mensch nicht nur durch seine leibliche Verfasstheit, die ihn als Bedürfniswesen auszeichnet, sondern auch weil die menschliche Existenz einen dialogischen Charakter besitzt.⁵ Das bedeutet, dass personale Identität nur im Kontext von Intersubjektivität entwickelt und bewahrt werden kann und der Mensch dabei auf die Anerkennung durch andere angewiesen ist. Personale Identität auszubilden und zu erhalten, stellt insofern eine anthropologische Grundaufgabe des Menschen dar, als es dabei immer um eine Passung zwischen subjektivem „Inneren“ und gesell-

schaftlichem „Außen“ geht und erst dadurch eine „Selbstverortung“ des Subjekts ermöglicht wird.⁶

Die motivationale Kraft personaler Lebensführung liefert die Selbstachtung, die den Kern der Identität bildet. Selbstachtung hat zwei Seiten. Die sichere Überzeugung, dass die eigenen Vorstellungen darüber, was im Leben wichtig ist, es wert sind, verwirklicht zu werden, macht das Selbstwertgefühl aus. Das Selbstvertrauen speist sich aus der Sicherheit, die Fähigkeiten zu besitzen, diese Absichten so weit wie möglich verwirklichen zu können.⁷ Wird die Selbstachtung durch Vorenthalten von Anerkennung oder Missachtung untergraben, so geht die motivationale Lebenskraft verloren: „[N]ichts [scheint] der Mühe wert, oder wenn etwas wertvoll erscheint, dann fehlt der Wille sich dafür einzusetzen. Alles Streben und alle Tätigkeit wird schal und leer, man versinkt in Teilnahmslosigkeit und Zynismus.“⁸ Sich selbst als achtenswerte und wertgeschätzte Person ansehen zu können, muss also als sozial-anthropologisches Grundbedürfnis anerkannt werden.

Selbstachtung bildet damit die allgemeine und basale Voraussetzung für gelingende Identitätsbildung und der Möglichkeit, im eigenen Lebensentwurf aufzugehen. Die innere Werthaltung der Selbstachtung muss als Würde nach außen verkörpert werden und fände ohne kultivierbare Naturseite der Person keinen Gegenstand. Der Leib fungiert somit als lebendiger und sichtbarer Träger der Würde.⁹ Wird die sozial vermittelte Selbstachtung mit der Leiblichkeit verknüpft, ist ein Kriterium gewonnen, das sich auf den ganzen Menschen bezieht – von seiner Geburt bis zu seinem Tod.¹⁰ Der Achtungsanspruch bleibt bestehen, auch wenn die kognitiven Fähigkeiten verloren gehen.

Die Tatsache, dass Selbstachtung nicht unabhängig von intakten Anerkennungsverhältnissen ist und zudem als innere Einstellung nach außen hin verkörpert werden muss, macht sie so „antastbar“ durch physische als auch psychische Verletzungen und bedarf umfangreicher Sicherungen.

Auch wenn die hier vorgeschlagene Bedürfnis-

konzeption der Menschenwürde nicht durch die Fähigkeit zur moralischen Autonomie begründet wird, so kommt ihr trotzdem eine hohe Bedeutung zu. Damit die innere Werthaltung der Selbstachtung nach außen dargestellt werden kann, bedarf es eines gewissen Ausmaßes an Freiheit. Zudem muss bedacht werden, dass das Selbstverständnis, eine selbstbestimmte Person zu sein, vom moralischen Gefühl der Selbstachtung motiviert und begleitet wird. Darüber hinaus erzeugt dieses Selbstverständnis den Wunsch, für diese Fähigkeiten auch geschätzt zu werden.¹¹ Sinn und Bedeutung personaler Autonomie stehen damit in einem engen Zusammenhang mit der Frage nach dem So-sein-wollen der jeweiligen Person, der Frage danach, welchen Lebensplan sie verfolgt und wie sie diesen verwirklichen will. Ein reines Möglichkeitskonzept von Freiheit, wie es verschiedene negative Freiheitsideen liefern, greift insofern zu kurz, als es übersieht, dass es manchen Personengruppen nicht nur an Gelegenheit fehlt, ihre Selbstbestimmung zu realisieren, sondern sie auf direkte Unterstützung angewiesen sind.¹² Um selbstbestimmt leben zu können, bedarf es immer eines Zusammenspiels subjektiver und objektiver Bedingungen. Zu den subjektiven Faktoren gehören beispielsweise die Fähigkeit, Ziele und Projekte überhaupt auszubilden, sich gegenüber den eigenen Wünschen kritisch verhalten zu können sowie Autonomie als Habitus, als schätzenswerte Haltung. Beispiele für objektive Voraussetzungen sind gesellschaftliche Bedingungen, die frei sind von systematischer Repression, Manipulation und Täuschung sowie der Respekt der Privatsphäre der Person.¹³

Da gerade die Gruppe der älteren Menschen in der nachberuflichen Phase ihres Lebens und bei Pflegebedürftigkeit von der öffentlichen Daseinsvorsorge abhängig sind, bestimmen die von der Gesellschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen den Handlungsspielraum der älteren Menschen wesentlich. Die Sicherstellung der Selbstbestimmung in dieser Lebenslage stellt damit eine komplexe rechts- und sozialpolitische Aufgabe dar und

bedarf über den Rechtskontext hinausgehend weiterer Unterstützungsangebote.¹⁴

Wie kann nun die Schutzfunktion und der Gestaltungsauftrag, welche bei der theoretischen Konzeption der Menschenwürde impliziert sind, handlungspraktisch umgesetzt werden? Um die abstrakten Begriffe Würde und Autonomie mit real erfahrenen Inhalten zu füllen und sie so einer wirklichkeitsnahen und problembezogenen Auseinandersetzung innerhalb des Kontextes der Langzeitpflege zugänglich zu machen, wurden in leitfadengestützten Interviews Sichtweisen und Erfahrungen pflegebedürftiger Menschen (18 Personen) und deren Angehörigen (7 Personen) erhoben. Sodann wurde in Gruppendiskussionen mit professionell pflegenden, betreuenden und behandelnden Personen danach gefragt, ob sich deren Sicht eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns mit jener der pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen deckt. Ein zentraler Fokus in den Gruppendiskussionen galt den Bedingungen, die gegeben sein müssen, um einen würdevollen Kontext für alle Beteiligten in der geriatrischen Langzeitpflege zu schaffen.

Würde und Autonomie aus der Sicht von pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zeigen deutlich auf, wie sehr im Bereich der geriatrischen Langzeitpflege, für die eine Asymmetrie der Beziehungen charakteristisch ist, die Selbstachtung der BewohnerInnen/KlientInnen gefährdet ist.

Wie schwierig es für auf Pflege und/oder Betreuung angewiesene Menschen ist, an einem akzeptablen Selbstbild festzuhalten, wird schon dadurch deutlich, wenn man sich vor Augen führt, dass in dieser Lebenssituation meist der Großteil des Umfelds fehlt, das üblicherweise Anerkennung spendet. Auch wenn beinahe alle pflegebedürftigen GesprächspartnerInnen Kontakte zu Angehörigen pflegen, so wurde sichtbar, dass BewohnerInnen darüber hinaus über wenig wirklich befriedigende

soziale Beziehungen verfügen. Aber auch pflegebedürftige Menschen, die zu Hause leben, können mit der Ablehnung und dem Unverständnis ihrer Umwelt konfrontiert sein. Dazu kommt der Verlust der unterschiedlichen Rollen, in denen sich der Mensch in seiner Unvertretbarkeit und Besonderheit wahrnehmen kann. Die Möglichkeiten, abwechselnd in verschiedene Rollen oder Welten einzutauchen und sich somit von der anderen zu erholen, gehen mit dem Einzug in die Institution der Altenpflege verloren. Die neue und oft einzige Rolle des Bewohners, der Bewohnerin ist obendrein so stark mit Vorurteilen belegt, dass der Einzelne seine eigene Individualität nur sehr bedingt und unter sehr großen Anstrengungen einbringen kann. Die gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber dem „nutzlosen, störenden, aufhaltenden“ (PA2, 228)¹⁵ alten Menschen, „dem bestenfalls eine Meinung, aber kein Recht auf Selbstbestimmung zugestanden wird“ (PA2, 3), bleiben nicht ohne Einfluss auf institutionelle geriatrische Langzeitpflege. Die Aussagen einer Befragten wie „Pflegerkräfte lassen einem das Alter nicht spüren“ (DP5, 500) verweisen darauf, dass es keineswegs als selbstverständlich angesehen wird, alten Menschen mit Achtung und Respekt zu begegnen.

Zu den genannten Umständen, die eine Identitätsbewahrung im Alter erschweren, kommt hinzu, dass die Menschen, die institutionell gepflegt und betreut werden, häufig Unterstützung bei jenen Verrichtungen benötigen, welche in unserer Gesellschaft normalerweise unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfinden. Im Falle der Pflegebedürftigkeit werden sonst übliche Distanzen überschritten und schambesetzte Körperteile berührt. Gerade diese spezifischen Bedingungen machen in ganz besonderer Weise ein achtungsvolles Kommunizieren und Handeln notwendig.

Im Fokus der achtsamen Zuwendung gilt es, in Pflege- und Betreuungssituationen zunächst das wahrzunehmen, worin die Menschen einander gleich sind, nämlich in ihrem moralischen Status sowie als Rechtsperson. Jeder Mensch hat den grundlegenden Anspruch auf Umgangsfor-

men und Kommunikationsstile, welche ihn trotz aller bestehenden Ungleichheit als „Gleichen unter Gleichen“ ansprechen.¹⁶ Den pflegebedürftigen Menschen als grundsätzlich gleichgestellt zu betrachten, beinhaltet den in den Interviews immer wieder geäußerten Aspekt des Ernstnehmens, der alle Facetten der Geringschätzung ausschließt. So also beispielsweise zum „Kindergartenkind“ (PA2, 5), „Objekt“ (DA3, 521) zur „Pflegernummer“ (DA3, 442), zu degradieren.

Thomas Steinforth hebt hervor, dass der Effekt der eigenen Werthaftigkeit wesentlich verstärkt wird, wenn dieses Ernstnehmen auch und immer wieder als Gleichbehandlung erfolgt. Umgekehrt wird der negative Effekt für die Selbstachtung maßgeblich verstärkt, wenn beispielsweise BewohnerInnen erleben, dass sie weniger ernst genommen werden als die Personen ihrer Umwelt.¹⁷ Ein Gesprächspartner erzählt von einem derartigen Erlebnis und stellt es in Verbindung mit seiner Vorstellung von Würde.

„Gut, da haben wir ein Problem gehabt, auch Würde bitte, die eine Schwester war extrem nett, von den zweien, die mir herausgeholfen haben und hat gesagt, sie holt gleich die Kollegin und kam in kürzester Zeit zurück: Sie ist beschäftigt. Nach 10 Minuten, als sie wieder vorbeiging, hab ich sie wieder gebeten, sie möge die Kollegin holen und mir helfen, das ging insgesamt 4-mal. Beim vierten Mal kam diese Schwester und hat mich angeschnauzt, was wollen Sie eigentlich, ich hab andere Patienten auch. Da hab ich nur zu ihr gesagt: Bin ich kein Patient?“ (DPH8, 66)

Ernst nehmen als Gleichbehandlung bedeutet für die InterviewpartnerInnen, die diesen Aspekt zur Sprache bringen, dass man in einem Gespräch nicht übergangen oder überhaupt übersehen werden darf. Eine Gesprächspartnerin, die diesbezüglich negative Erfahrungen gemacht hat, hat dies wie folgt ausgedrückt: „Ja, sagen wir so, wie hier oft ... dass sie einen gar so ... also links liegen lassen.“ (DP10, 819)

Der Mangel an Respekt, der sich im Übersehen-Werden zeigt, mag vordergründig vielleicht weniger aggressiv erscheinen als eine direkte Belei-

digung. Dass es sich in beiden Fällen um eine Demütigung handelt, aber jeweils unterschiedliche Gefühle ausgelöst werden, hat Tzvetan Todorov deutlich herausgestellt: Die Verwerfung, die sich in der direkten Beleidigung ausdrückt, ist zwar schmerzlich und oftmals schwer zu ertragen, kann aber „weggesteckt“ oder „wegdiskutiert“ werden. Dagegen macht uns das Gefühl, völlig unbeachtet zu sein, glauben, dass wir von der Liste der Lebenden gestrichen seien, „und das schnürt uns die Kehle zu“.¹⁸ Achtung setzt Beachtung voraus: Übersehen und überhört zu werden, sich als unfähig zu erleben, die eigene Präsenz auszudrücken, sind Missachtungserfahrungen, die in den Gesprächen immer wieder als Würdeverletzungen thematisiert wurden. Das Ignorieren wird dahingehend interpretiert, dass man als Mensch gilt, dessen Anwesenheit nichts zählt.

Aus den Schilderungen der Befragten geht hervor, dass das Gefühl, als relevante AkteurIn betrachtet und geschätzt zu werden, unter anderem dadurch bestätigt und gestärkt wird, wenn Pflege- und Betreuungspersonen ihnen mit Zurückhaltung, Taktgefühl und Höflichkeit begegnen. Diese Umgangsformen drücken Respekt aus, schützen aber auch vor dem Zunahe-Treten einer fremden Person und damit auch vor Entblößung, Erniedrigung und Demütigung. Eine der pflegebedürftigen InterviewpartnerInnen spricht an, dass sie sich nur dann behaupten kann, wenn ihr Respekt gezollt wird. Wird ihr dieser vorenthalten, besteht keine Möglichkeit, sich zu verteidigen, und es bleibe ihr nur mehr der Rückzug (DP12, 174). Diese Aussage macht deutlich, dass Respekt der Schutzmantel ist, der den Abstand zwischen den Personen markiert. Dieser Abstand muss gewahrt werden, um die „individuelle Sphäre“¹⁹ des Einzelnen zu schützen. Derartige Formen der Achtungsbezeugung öffnen zusätzlich einen Spielraum, in dem die Würde in einer nach eigenem Dafürhalten angemessenen Form zum Ausdruck gebracht werden kann. Sich angemessen und so darstellen und kleiden zu können, wie es der eigenen Individualität entspricht, wurde

von den Befragten als wesentlicher Aspekt genannt, der zum Gefühl der eigenen Würde beiträgt.

„Man sagt zwar, das ist eine oberflächliche Würde. Die Würde hat man trotzdem, aber für mich gehört das einfach zusammen. Weil das ist ein Teil von mir, das ist ein essenzieller Teil von mir.“ (DA1 331)

Sein Äußeres zu pflegen, sich so zu kleiden, wie es den eigenen Vorstellungen entspricht, wird von den InterviewpartnerInnen auch als Möglichkeit gesehen, beachtet zu werden. Dass die Kleidung ein Begegnungsfeld zwischen fremden Blicken und dem eigenen Willen darstellt, streicht auch Todorov heraus. Deshalb kommt ihr im Streben nach Anerkennung eine besondere Bedeutung zu. Kleidung ermöglicht einer Person, sich im Verhältnis zu anderen zu bestimmen. Eine Person wählt ihre Kleider nach Maßgabe der anderen. „Wer dagegen keine Kontrolle mehr über seine Kleidung ausüben kann [...], fühlt sich den anderen gegenüber gelähmt, seiner Würde beraubt.“²⁰ Auch die Pflegewissenschaftlerin Gröning erläutert in Bezugnahme auf Goffman (1973), dass es zur Identitätsausrüstung der Person gehört, selbst entscheiden zu können, wie sie anderen Menschen gegenübertritt. Wird einer Person diese Möglichkeit verwehrt, so wird es ihr schwer fallen, an einem akzeptablen Selbstbild festzuhalten, was einer Erschütterung ihrer Identität gleichkommt.²¹

Das Gefühl der eigenen Würde steht für die GesprächspartnerInnen in einem engen Bedeutungszusammenhang mit dem Sich-ernst-genommen-Fühlen, was Beachtung voraussetzt, die Anerkennung der Person als Gleiche unter Gleichen sowie Benehmen, Zurückhaltung und Taktgefühl. Werden diese Formen des „*ordentlichen Umgangs*“ (DAH2, 40) missachtet, wird die Person nicht ernst genommen, „*dann hat man schon manches Mal das Gefühl, man ist nur irgendwer*“ (PP2, 78). Nicht nur irgendwer zu sein, sondern als individuelle Person anerkannt, respektiert und auch wertgeschätzt zu werden, und zwar mit all seinen Stärken und Schwächen und in seinem gesamten Gewordensein,

wird als weiterer Aspekt eines ernstzunehmenden Umgangs genannt:

„Würde heißt, dass man mich als Person anerkennt. Dass man mich als die Person, die ich bin, auch wahrnimmt, auch mit meinen nicht so feinen Eigenheiten. Also das würde ich schon ganz stark als Würde bezeichnen. Dass man mich als Person anerkennt, ernst nimmt, ja auch gern hat, aber auch dass man sich mit mir auseinandersetzt, sich mit mir auf Auseinandersetzungen einlässt und mich trotz dieser Auseinandersetzungen respektiert.“ (DA1, 432)

In diesem Zitat wird noch einmal deutlich, wie sehr wir als Menschen auf die zustimmende Reaktion unserer Mitmenschen angewiesen sind. Nur dann, wenn wir in unseren Beziehungen unterschiedliche Anerkennungsformen wie Achtung, Respekt und Wertschätzung erfahren, können wir das Gefühl entwickeln und aufrechterhalten, uns als achtenswerte und wertgeschätzte Person sehen zu können.

Damit sich eine Beziehung entfalten kann, in der die Würde der pflegebedürftigen Menschen zum Ausdruck gebracht werden kann, bedarf es ganz wesentlicher Elemente der Fürsorge. Die Aussagen der Gepflegten und deren Angehörigen bestätigen, dass Fürsorge und Selbstbestimmung weder als einander nachgeordnete noch als sich gegenseitig ausschließende Konzepte angesehen werden können, sondern einander bedingen. Fürsorgliches Handeln in Verbindung mit fachlicher Kompetenz trägt zur Stärkung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens der Pflegebedürftigen bei und macht es in vielen Fällen erst möglich, dass auch diese Menschen ihre Selbstbestimmung realisieren können. Die befragten pflegebedürftigen Personen erfahren sich dann als selbstbestimmt, wenn sie über Wahlmöglichkeiten sowie über Entscheidungsautonomie bezüglich der Bestimmung ihres Eigenwohls verfügen. Selbst entscheiden zu können, was man will und wie man etwas haben will, ist wiederum eng verbunden mit dem Bedürfnis nach Kontrolle über sich und die Situation und betrifft die Kontrolle über geistige und körperliche Integrität ebenso

wie das Vorhandensein einer Privatsphäre und den Einfluss auf materielle Gegebenheiten.

In den Interviews wurde oftmals thematisiert, dass es aus unterschiedlichen Gründen schwierig ist, eigene Bedürfnisse, Wünsche oder Vorstellungen zur Geltung zu bringen. In diesem Zusammenhang kann mit Ferber²² und Brandenburg²³ eingebracht werden, dass die Entscheidungsfähigkeit einer Person umso mehr angezweifelt wird, je höher ihr Pflegebedarf ist und zudem noch häufig infrage gestellt wird, wenn der getroffene Entschluss für die Umgebung unbequem ist und die Routine der Langzeitpflege stört. Wie schwierig es ist, sich gegen die Routine durchzusetzen – *„es gibt ganz viele Schwestern, Pfleger [...], die zumindest versuchen ihm seinen Willen aufzudrücken“* (DPH7, 433) – oder gegen herrschenden Normierungsdruck zu handeln, wird immer wieder angesprochen:

„Der hat sein Dings, der muss nach seinem Buch die Zeiten abarbeiten oder irgend etwas und die Unterschrift machen und dann kann er nicht Rücksicht nehmen, ob der grad aufgelegt ist oder nicht [...] da wird keine Rücksicht darauf genommen. Selbstbestimmung geht nicht in einem Heim.“ (DPH9, 609)

Eine wichtige Erkenntnis, die aus der Befragung gewonnen wurde, ist, dass es auch jenen Menschen, die sich prinzipiell im Pflegeheim gut aufgehoben fühlen, schwerfällt, Änderungswünsche vorzubringen. Befürchtet wird, dass sich das Vorbringen eigener Bedürfnisse und Vorstellungen nicht mit einer harmonischen Beziehung zu den Pflege- und Betreuungspersonen vereinbaren lässt.

„Ich würde einmal verändern, später essen und nach dem Essen zusammensetzen und irgend ein Spiel spielen oder so plaudern, aber nicht dass man schon um sieben ins Bett gehen muss, leider. Das würde ich verändern. Aber ich kann's ja nicht. Und ich würde es auch nicht sagen, weil vielleicht ist die Stationsschwester dann böse auf mich. Man weiß es ja nicht, wie man bei die Leut' ankommt. Also ich lass nichts über sie kommen. ‚Frau [Name], wenn Sie ein Anliegen haben, kommen Sie zu mir, oder wenn ich Ihnen helfen kann, helfe ich Ihnen‘, also sie ist sehr, alle eigentlich alle, aber zum Schluss,

wenn ich mit dem komme, ist sie vielleicht böse. Das will ich nicht, dass sie böse ist auf mich, ich will mit jedem gut auskommen.“ (DP4, 166)

Hier kann aus theoretischer Sicht eingebracht werden, dass sich anzupassen und sich zu bescheiden auch als eine Möglichkeit gesehen werden kann, sich Anerkennung zu verschaffen: *„Meine bloße Übereinstimmung mit den Regeln wirft mir ein – zumindest positives – Bild meiner selbst zurück; also existiere ich.“²⁴* Doch von der Mehrheit der GesprächspartnerInnen werden Erlebnisse des Vorenthaltens von Möglichkeiten der Selbstbestimmung immer wieder als Situationen der Nicht-Achtung und des Empfindens der Entwürdigung thematisiert. Damit ist es auch nicht verwunderlich, dass Personen, die solche Erfahrungen als Missachtung zur Sprache bringen, die damit verbundenen negativen Empfindungen ganz ähnlich beschreiben, wie sie sich auch bei der Bedrohung ihrer Würde einstellen: Hier geht es um Gefühle wie Empörung, Trauer, Rückzug, das Gefühl der Wertlosigkeit und der Verlassenheit, Resignation und Todeswunsch. Dass das Leben ohne Würde nicht mehr lebenswert sei, wurde in den Gesprächen oftmals thematisiert. Wie massiv diese hier nur beispielhaft angeführten Missachtungserfahrungen verletzen können, kommt im folgenden Zitat sehr klar zum Ausdruck:

„Nein, das ist kein Leben mehr, ich würde es gerne ändern, aber ich weiß nicht wie. Ich sitze dann nur ganz hilflos da und denke nach. Denke nach, was könnte ich machen, dass es anders wird und beginn es dann wahrscheinlich auch verkehrt. Ich weiß es nicht. Ich werde dann leicht hysterisch, ja ich weiß nicht, wie ich mich wehren soll und „ah!“, beginn ganz einfach herumzuschreien, wo es eigentlich nichts zu schreien gibt. Ich weiß nicht, schreit der Körper dann?“ (DPH7, 504)

Die Ergebnisse der Studie machen deutlich, dass sich Missachtungserfahrungen ebenso negativ auf Identität und die Integrität der betroffenen Menschen auswirken wie körperliche Erkrankungen oder Schädigungen auf ihr physisches Leben. Damit ist klar, dass die Wahrung der Würde und Autonomie der pflegebedürftigen Menschen kein

nachgeordneter Luxus ist, um den man sich kümmern kann, wenn Grundpflege und körperbezogene Prophylaxen durchgeführt sind, falls noch Zeit bleibt. Wertschätzendes und respektvolles Verhalten sowie hinwendende Fürsorge stützen ganz wesentlich die motivationale Lebenskraft der pflegebedürftigen Menschen.

Aspekte eines würdigenden Lebens- und Arbeitskontextes

Die Gruppendiskussionen machen deutlich, dass die Vorstellungen der Pflege- und Betreuungspersonen darüber, welche Aspekte würdebewahrend und welche würdeverletzend sind, ein hohes Maß an Deckung mit jenen der pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen zeigen. Sichtbar wurde ebenfalls, dass die TeilnehmerInnen deutlich wahrnehmen, in welcher vielfältiger Weise die Würde im Alter bedroht ist und wie bedeutsam eine mitfühlende Haltung den gepflegten Menschen gegenüber ist. Welche Bedingungen müssen nun aus Sicht der Pflege- und Betreuungspersonen erfüllt sein, um einen würdigenden Lebens- und Arbeitskontext zu schaffen, und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Praxisgestaltung?

Rahmenbedingungen zu schaffen, dass Pflege- und Betreuungspersonen ihre Arbeitsorientierung, die nach wie vor auf der grundlegenden Sorge um das Wohlergehen der pflegebedürftigen Menschen basiert, aufrechterhalten können, wurde als eine der zentralen Bedingungen genannt. Dieses normative Selbstverständnis, sich als gute Pflege- und Betreuungsperson sehen zu können, verlangt danach, auch im Arbeitskontext *„mit gutem Gewissen in den Spiegel reinschauen können“* (GD2, 1501) und *„zu mir stehen können und zu meinen Entscheidungen“* (GD2, 1498).

Jane Lawless zeigt in diesem Zusammenhang auf, dass die Pflegenden ihre Würde mit der der PatientInnen verflochten erleben. Können die Bedürfnisse eines Patienten nicht erfüllt werden und entsteht dadurch eine würdeverletzende Situation, sind Pflegepersonen bereit, sich aufzuopfern und zusätzlichen Aufwand zu betreiben, um die

Würde von PatientInnen zu erhalten. Möglich ist diese Strategie aus Sicht der Autorin nur kurzfristig. Wird der zusätzliche Aufwand der Pflegepersonen nicht anerkannt bzw. kritisiert oder seitens der Organisation eine noch höhere Arbeitsleistung gefordert, gerät die Selbstachtung der Pflegepersonen ins Wanken.²⁵ Auch die Pflegeethikerin Ann Gallagher stellt deutlich heraus, dass die Selbstachtung der Pflegenden beeinträchtigt wird, wenn ihre Werte nicht in nachvollziehbarer Weise respektiert werden. Die Folge ist, dass ihre Fähigkeit abnimmt, die Würde von PatientInnen, deren Angehörigen und der KollegInnen zu achten.²⁶

Als weiterer wichtiger Aspekt wurde die Notwendigkeit der Selbstsorge eingebracht. Was es zu meistern gilt, ist der schwierige Balanceakt zwischen Mitgefühl, dem sich Einlassen auf die KlientInnen/BewohnerInnen, und Abgrenzung zu vollbringen:

„Anzuerkennen, aber nicht darunter zu leiden. Das heißt, für mich ist es schon sehr wichtig, für mich selbst als Pflegekraft, hier Abgrenzung zu finden. Das heißt, gewisse Dinge zu tolerieren, aber nicht bis zur Selbstaufgabe. Also auch „Nein“ sagen zu können.“ (GD2, 129)

Die Selbstsorge stellt einen bedeutsamen Faktor für das Aufrechterhalten der Selbstachtung und des damit verbundenen Selbstwertgefühls dar. Selbstfürsorge impliziert die Fähigkeit, gegenüber Überforderung sensibel zu bleiben, eigene Bedürfnisse zu berücksichtigen und Belastungen richtig einschätzen zu können. Wird die Verantwortung jedoch alleine den Pflege- und Betreuungspersonen zugeschrieben, bedeutet dies außer Acht zu lassen, dass die Bedingungen, unter denen Menschen in helfenden Berufen tätig sind, in einem erheblichen Maß deren seelische Gesundheit beeinflussen können. Die Möglichkeit zu schaffen, Fürsorge und Sorge um das Selbst tragen zu können, muss nicht zuletzt als solidarische Aufgabe gesehen werden.²⁷

Eine hohe Bedeutung kommt im Zusammenhang von Würde im Arbeitsalltag der Wertschätzung durch die KollegInnen und der Arbeitgebenden zu. Nur wenn Wertschätzung und Respekt im Umgang miteinander eine Rolle spielen, sind

Pflegende in der Lage, diese Erfahrungen bei pflegebedürftigen Personen weiterzugeben:

„Bei uns im Haus und überhaupt im ganzen Haus auf der Station, wo wir zum Großteil mit dementen Menschen arbeiten, da hat Wertschätzung und Respekt zwischen den Kollegen auch einen sehr großen Wert, weil nur wenn's da funktioniert, dann können wir das auch weiter übertragen.“ (GD2, 1587)

Im direkten Austausch sehen die TeilnehmerInnen eine Möglichkeit, einander Wertschätzung entgegenzubringen. Gespräche unter KollegInnen haben aber auch entlastende Funktion, eröffnen neue Entscheidungsmöglichkeiten, fördern die Arbeitsautonomie sowie die Sicherheit im Handeln: *„Und es gibt mehr Sicherheit, nicht? Mehr Sicherheit für meine Person und mehr Sicherheit in der Sache, dass die richtig getan wird.“* (GD2, 1005)

Die Rahmenbedingungen für einen Austausch zwischen KollegInnen, mit Vorgesetzten oder mit professioneller Hilfe in der Supervision werden im Wesentlichen von der Organisation geprägt: Nur wenn eine Reflexion über die Gestaltung oder Bewältigung von Arbeitssituationen als Teil professioneller Kompetenz gesehen wird und dafür ausreichend zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen, wird diese auch stattfinden. Sind diese Möglichkeiten strukturell verankert, werden sie nicht nur als Entlastung erlebt, sondern auch als Würdigung der Pflege- und Betreuungspersonen und deren Tätigkeit.

In den Gruppengesprächen wird deutlich, wie enorm wichtig es ist, dass die erbrachten Leistungen der Pflege- und Betreuungspersonen seitens der Organisation gewürdigt werden, *„wenn man einmal positives Feedback kriegt und man hört, das habt ihr jetzt mal gut gemacht, das ganze Team, das ist mehr wert, wie wenn's eine Gehaltserhöhung gibt.“* (GD1, 860) Ebenso wird es als Ausdruck des Respekts gedeutet, wenn Vorgesetzte die Anforderungen und Belastungsmomente ernst nehmen und in schwierigen Situationen konkrete Unterstützung anbieten *„und nicht: ‚Das ist dein Job, den hast du zu machen, egal wie.‘“* (GD1, 814)

Die Anerkennung dessen, dass Pflege- und Betreuungsarbeit spezielles Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten voraussetzt, drückt sich auch in passenden Fortbildungsangeboten aus. Fehlen diese Formen des Respekts und der Wertschätzung seitens der Organisation, hat dies negative Auswirkungen auf unterschiedlichsten Ebenen: Pflege- und Betreuungspersonen verlieren ihrerseits die Fähigkeit, die Würde der Gepflegten zu wahren. Ebenso zeigen die Ergebnisse einer Langzeitstudie, die von einem Forschungsteam der Universität Pennsylvania durchgeführt wurde, dass ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen Burnout und dem Respekt, den Pflegepersonen von der Organisation wahrnehmen. Die höchsten Burnout-Werte zeigen die Personen, die sowohl ihre Autonomie als auch den ihnen entgegengebrachten Respekt als besonders niedrig einstufen.²⁸

Herausforderungen für die Praxisgestaltung

Wenn nun aus den Forschungsergebnissen hervorgeht, dass Pflege- und Betreuungspersonen zwar deutlich wahrnehmen, wie verletzlich pflegebedürftige Menschen hinsichtlich ihrer Würde sind und wie wichtig der Respekt ihrer Autonomie ist, stellt sich natürlich die Frage, wie es zu den Missachtungserfahrungen kommt, von denen pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige so eindrücklich berichten. Vielleicht lässt sich diese Kluft damit erklären, dass an derartigen Gruppendiskussionen vor allem Personen teilnehmen, die besonders engagiert und dementsprechend sensibel sind. Nun kann aber dieser Deutung entgegengehalten werden, dass auch groß angelegte Studien nachweisen, dass das berufliche Selbstverständnis von Pflege- und Betreuungspersonen nach wie vor an der Sorge um das Wohlergehen der hilfsbedürftigen Menschen orientiert ist.²⁹ Diese Orientierung stellt ein enormes Potential dar, über das die Gesellschaft verfügt. Die Herausforderungen, die sich für Institutionen der geriatrischen Langzeitpflege stellen, sind nicht nur dafür zu sorgen, dass nur geeignete und gut ausgebildete Personen angestellt

werden, sondern auch, dass Pflege- und Betreuungskräfte ihre ethische Motivation und ihr empathisches Arbeitsverständnis nicht verlieren.

Eine würdevolle Pflege und Betreuung, die durch anteilnehmende Fürsorge geprägt ist, kann nur dann realisiert werden, wenn es entsprechende institutionelle Rahmenbedingungen gibt. Sind die Organisationsstruktur und der Ablauf so gestaltet, dass sie sich vorrangig am Primat der Ökonomie orientieren, so führt das dazu, dass wesentliche Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen unberücksichtigt bleiben und ihr Recht auf Selbstbestimmung untergraben wird. Darüber hinaus wird verhindert, dass Pflege- und Betreuungspersonen empathisch auf BewohnerInnen/KlientInnen eingehen können und stattdessen eher dazu neigen, Würdeverletzungen zu übersehen, nicht zuletzt um dem Arbeitsdruck zu entkommen.

Die Förderung einer Kultur des mitmenschlichen Umgangs, die eine Entwicklung aller Beteiligten ermöglicht, verlangt danach, den Subjektcharakter sowohl der pflege- und betreuungsbedürftigen Personen als auch der PflegerInnen anzuerkennen. Erst durch das Einbringen der Subjektivität der Pflege- und Betreuungspersonen können würdevolle Situationen geschaffen werden. Das dem Primat der Ökonomie folgende Paradigma, Pflege- und Betreuungsarbeit nach standardisierten und rein instrumentellen Aspekten auszurichten, degradiert dagegen beide zum Objekt, die Pflegenden und die Gepflegten. Um diese Situation zu vermeiden, wäre es ein wichtiger Schritt, Erfahrungen von sinn- und bedeutungsvollem Handeln und Beziehungen zu ermöglichen. Das würde bedeuten, Qualitätsmanagementmaßnahmen nicht auf Formqualität zu beschränken, sondern ausgehend von den Leitprinzipien Würde und Autonomie, für den Umgang mit alten pflegebedürftigen Menschen und auch mit den MitarbeiterInnen Kriterien einer Begegnungsqualität zu verankern.

Die Aussagen der InterviewpartnerInnen machen sichtbar, dass das Pflegeheim ein Ort ist, an dem Gefühle wie Angst, Scham, Aggression und

andere belastende Emotionen bewältigt werden müssen, und zwar seitens der alten Menschen, aber auch jener, die pflegen und betreuen. Fürsorgliche Anteilnahme an Menschen zu nehmen, die „gezeichnet“ und ein Spiegelbild des eigenen möglichen Schicksals sind, ist eine enorme psychische und soziale Leistung.³⁰ Diese Leistung anzuerkennen und die verstehende Zuwendung von Gefühlen müssen Eingang in den Qualitätsdiskurs im Kontext der geriatrischen Langzeitpflege finden. Diesem Prozess müsste eine realistische Diskussion über Wert- und Zielkonflikte vorausgehen, der in und zwischen allen Hierarchieebenen zu führen ist, nicht zuletzt deshalb, um Spannungsfelder und Widersprüche sichtbar zu machen und möglicherweise auch zu entschärfen.

Die Organisationen dabei zu unterstützen, die Lebens- und Arbeitsbedingungen in diesem Bereich nachhaltig zu verbessern, muss als gesamtgesellschaftlicher Auftrag wahrgenommen werden und ist ohne Wohlwollen und Solidarität gegenüber den pflegebedürftigen Menschen und jenen, die pflegen, nicht realisierbar.

Referenzen

- 1 Das Projekt wurde am Institut für Philosophie der Universität Wien gemeinsam mit der Pflegewissenschaftlerin Patricia Kacetyl durchgeführt und vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung gefördert. <http://ethik.univie.ac.at/angewandte-ethik/pflegeethik/projekt-wuerde-und-autonomie/>
- 2 Hoerster N., *Ethik des Embryonenschutzes. Ein rechtsphilosophischer Essay*, Reclam, Stuttgart (2002), S. 12
- 3 Wetz, F., *Die Würde der Menschen ist antastbar. Eine Provokation*, Klett-Cotta, Stuttgart (1998), S. 152
- 4 Callahan D., *Nachdenken über den Tod. Die moderne Medizin und unser Wunsch, friedlich zu sterben*, Kösel, München (1998), S. 155
- 5 Taylor Ch., *Das Unbehagen der Moderne*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1995), S. 55
- 6 Keupp H., Ahbe Th., Gmür W., *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*, Rowohlt, Hamburg (2008), S. 28
- 7 Rawls J., *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1994), S. 47
- 8 siehe Ref. 7
- 9 Fuchs Th., *Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays*, Die Graue Edition (2008), S. 113 f.
- 10 Gerhard V., *Vom Zellhaufen zu Selbstachtung*, in: Nidarümelin J. (Hrsg.), *Ethische Essays*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (2002), 424:424-440
- 11 Hahn H., *Moralische Selbstachtung. Zur Grundfigur einer sozialliberalen Gerechtigkeitstheorie*, Walter de Gruyter, Berlin (2007), S. 125
- 12 Tugendhat E., *Die Kontorverse um die Menschenrechte*, in: Gosepath St., Lohmann G. (Hrsg.), *Philosophie der Menschenrechte*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1998), 58: 48-62
- 13 Rössler B., *Bedingungen und Grenzen von Autonomie*, in: Pauer-Studer H., Nagl-Docecal H. (Hrsg.), *Freiheit, Gleichheit und Autonomie*, Oldenbourg, Wien (2003), 350:327-358
- 14 Ferber Ch., *Selbstbestimmung im Alter – eine Herausforderung für die Gesellschaftspolitik* (2006), in: Bundesministerium für Justiz (Hrsg.), *Recht und Würde im Alter*, Richterwoche Saalfelden. 9. bis 13. Mai 2005, Neuer Wissenschaftlicher Verlag, Wien/Graz (2005), 22f: 19-37
- 15 An den verwendeten Buchstaben der Codierung lässt sich erkennen, ob es sich um Aussagen von Gepflegten oder von Angehörigen handelt und ob die pflegebedürftige Person zuhause gepflegt und betreut wird. Der erste Buchstabe weist die Interviewerin aus, der zweite (P) steht für die Person, die institutionell gepflegt wird. Steht als zweiter Buchstabe ein „A“, so bedeutet das, dass es sich um eine Aussage einer Angehörigen handelt. Ist in der Buchstabenkombination zudem ein „H“ enthalten, so wird die pflegebedürftige Person bzw. Angehörige zuhause gepflegt und betreut. Die Codierung GD steht für Gruppendiskussion.
- 16 Steinforth Th., *Selbstachtung, Gleichheit und Gerechtigkeit*, in: Hahn H. (Hrsg.), *Selbstachtung oder Anerkennung? Beiträge zur Begründung von Menschenwürde und Gerechtigkeit*, Universitätsverlag, Weimar (2005), 110:104-120
- 17 Steinforth Th., siehe Ref. 16
- 18 Todorov T., *Abenteurer des Zusammenlebens. Versuch einer allgemeinen Anthropologie*, Wagenbach, Berlin (1995), S. 102
- 19 Simmel G., *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*, Duncker und Humboldt, Berlin (1992), S. 396
- 20 Todorov T., siehe Ref. 18, S. 96
- 21 Gröning K., *Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen*, Mabuse, Frankfurt/Main (2001), S. 34
- 22 Siehe Endnote 14, S. 23

- 23 Brandenburg H., *Autonomieförderung durch Pflegende in der Langzeitpflege?*, in: Huber, M. et al. (Hrsg.), *Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern*, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover (2005), S. 23
- 24 Todorov T., siehe Ref. 18, S. 99
- 25 Lawless J., *Dignity in the Work Lives of Clinical Nurses*, Masterthesis, Victoria University of Wellington (2009), S. 114
- 26 Galagher A., *Dignity and respect for Dignity – Two Key Heath Professional Value: implications for Nursing Practice*, *Nursing Ethics* (2004); 11(6): 592:587-599
- 27 Küchenhoff J., *Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge – die seelischen Voraussetzungen*, in: Küchenhoff J. (Hrsg.), *Selbsterstörung und Selbstfürsorge*, Psychosozial, Gießen (1999), 147:147-165
- 28 Ramarajan L., Barsade S., *What makes the job tough? The influence of organizational respect on burnout in the human services* (2006), <http://knowledge.wharton.upenn.edu/papers/1327.pdf> (letzter Zugriff am 23.1.2012)
- 29 Hasselhorn H. et al., *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa* (2005), <http://www.baua.de/de/Publikationen/Uebersetzungen/Ue15.pdf?blob=publicationFile> (letzter Zugriff am 23.1.2012)
- 30 Rosenmayr L., *Schöpferisch altern. Eine Philosophie des Lebens*, LIT, Wien/Berlin (2007), S. 217

Hanna Mayer, Sylvia Ferch

Autonomie versus Fürsorge in der Pflege: eine qualitative Studie

Autonomy versus Caring: a qualitative Study

Zusammenfassung

Das Spannungsfeld von Selbstbestimmung bzw. Autonomie und Fremdbestimmung bzw. Heteronomie krebserkrankter Menschen stellt ein zentrales Thema im pflegewissenschaftlichen Bereich dar. Ziel der dem Artikel zugrunde liegenden Studie war es nun, einen Beitrag zum näheren Verständnis von Selbstbestimmung und Selbstbestimmungsbedürfnis im Verhältnis zur Fürsorge im Kontext einer Krebserkrankung zu leisten. Fünf erzählte Geschichten von an Brustkrebs erkrankten Frauen bilden das Material dazu. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass es im Erleben der Frauen um eine ganz besondere Art der Selbstbestimmung geht, die viel mehr mit den Möglichkeiten des „wieder Selbstwerden-Könnens“ zu tun hat. Abhängigkeit bedeutet für sie nicht eine passive, nicht kontrollierbare, sondern eine selbstbestimmte (selbstgesteuerte) Abhängigkeit. Persönliche Wertschätzung ebenso wie empathische Anteilnahme als wesentliches Merkmal im Fürsorgeerleben ist die Grundvoraussetzung, um gemäß ihren Vorstellungen von Selbstbestimmung agieren zu können.

Schlüsselwörter: Selbstbestimmung, Fürsorge, Frauen mit Brustkrebs

Abstract

The area of conflict between autonomy/self-determination and heteronomy of people suffering from cancer is an essential issue for nursing science. The aim of the study was to get to a better understanding of the individual need of self-determination and the relation to heteronomy in a caring relationship. The data base consists of five stories of women, who were suffering from breast cancer. The results showed, that the meaning of self-determination is more to have the possibility to „be myself“. Heteronomy was seen more as a voluntarily elected state and determined by self control, rather than a passive, not controllable state. Personal appraisal and empathy as main attributes of caring are a precondition for acting according to their personal conception of self-determination.

Key words: Self-determination, Caring, Women with breast cancer

Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer
Mag. Sylvia Ferch
Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien
Alser Straße 23/12, A-1080 Wien
hanna.mayer@univie.ac.at

Ausgangslage

Das Spannungsfeld von Selbstbestimmung bzw. Autonomie¹ und Fremdbestimmung bzw. Heteronomie kranker Menschen, im Speziellen bei krebserkrankten Menschen, stellt nicht nur ein zentrales Thema im medizinisch-ethischen Bereich dar, sondern auch für die Pflegewissenschaft. Wie Bobbert² dazu erläutert, findet das Recht auf Autonomie und der Informed Consent (das Prinzip der aufgeklärten Zustimmung) in der Medizinethik große Beachtung, da es den Weg zur therapeutischen Entscheidungsfindung darstellt. In der Pflegepraxis sind meist nicht die ethischen Entscheidungsprobleme vorrangig, vielmehr sind es das zwischenmenschliche Verhältnis, die Bindung und der Umgang mit den Patienten, die Möglichkeiten der Autonomie einräumen können.

Menschen mit einer Krebserkrankung sind nicht nur einem hohen Leidensdruck ausgesetzt, sie durchleben verschiedene Phasen von Unsicherheit und latenter Orientierungslosigkeit und sind deshalb besonders gefährdet, in Abhängigkeiten zu geraten. Mit Schwere der Erkrankung muss der Gedanke der Selbstbestimmung unter einem besonderen Gesichtspunkt betrachtet werden, da bei letalen Krankheiten noch keine selbst erfahrene Vorstellungskraft über das Krankheitsgeschehen und dessen Ausgang existiert und solche Erkrankungen von Kontrollverlusten und Hilflosigkeit geprägt sind. In solchen Situationen tritt weniger das Bedürfnis nach Selbstbestimmung in den Vordergrund, sondern das nach Fürsorge und Schutz. Denn „Je tiefer das Krankheitsgefühl, desto stärker wird der Wunsch nach Hilfe und somit nach schützender Abhängigkeit von den behandelnden Ärzten und Pflegepersonen“.³ Hier muss man sich die Frage stellen, welchen Stellenwert und welche Bedeutung Selbstbestimmung für die Betroffenen haben und in welchen Situationen sie diese abgeben wollen. An diesen Gedanken schließt die Diskussion um „Caring“ im Sinne professioneller Fürsorge an.

Die Sorge um Andere als zentraler Bestandteil professioneller Pflegepraxis kann bereits auf

Florence Nightingale zurückgeführt werden. Für Nightingale liegen die Wurzeln der Pflege in einer fürsorglichen und heilenden Beziehung, welche sie durch die Begrifflichkeit „Caring“ umschreibt.⁴ Caring oder Fürsorge als zentrales Prinzip professioneller Pflege ist sowohl Gegenstand pflegetheoretischer Auseinandersetzung^{5,6,7,8} als auch Thema zahlreicher empirischer Studien⁹⁻¹⁸ und Metastudien.^{19,20}

In der pflegewissenschaftlichen Literatur wird das Prinzip der Fürsorge jedoch meistens positiv konnotiert. In wenigen Arbeiten wird auch eine „negative Seite“ von Caring (Fürsorge) thematisiert. Van Mil zeigt in ihrer Studie über das Erleben von „Sorge“ aus Sicht von Patienten auf, dass Fürsorge auch schädigend sein kann. Patienten erleben sich dann als Objekte, ihres eigenen Wertes beraubt und fühlen sich u. a. hilflos, machtlos und schuldig.²¹

Dieser Aspekt unterstützt die Debatte um die paternalistische Haltung und das asymmetrische Beziehungsgefüge hinter einem Care Begriff, wie er z. B. Noddings²² zugeschrieben wird, der die Gefahr von Abhängigkeit und Entmündigung mit sich bringt. Auch wenn sich durch die Beiträge von Conradi²³ das Verständnis von Fürsorge von dem paternalistischen Anspruch gelöst hat und der pflegewissenschaftliche Diskurs auf einem Caring Prinzip geführt wird, das mehr von dem Ziel des Befähigens („Enablings“) als Ziel des Übernehmens für andere („doing for“) ²⁴ getragen ist, stellt sich die Frage des Zusammenspiels von Selbstbestimmung und einer fürsorgenden Haltung bzw. Handlungen und dem Bedürfnis der Betroffenen nach beiden.

Betrachtet man den aktuellen Forschungsstand zu dieser Thematik, so fällt einerseits auf, dass vor allem die Frage nach Information und Entscheidungsbeteiligung, nach der Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung und Auswirkungen von Entscheidungen auf das Behandlungsergebnis und interne Entscheidungsfaktoren thematisiert wird. Der emotionalen Färbung (Beziehungsaspekt) im Entscheidungsprozess oder die Frage, wie Entscheidungsprozesse (interaktiven Aspekt) ablaufen, wur-

de bisher wenig Beachtung geschenkt. Obwohl das Selbstbestimmungs- bzw. Autonomiekonzept in der pflegewissenschaftlichen Literatur eingehend diskutiert wird, wurden bisher Untersuchungen zur inhaltlichen Bedeutung von Autonomie aus der Patientenperspektive wenig beleuchtet.^{25,26}

Die Ergebnisse der vorliegenden Studien zeigen einen Widerspruch bzw. ein Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach Selbstbestimmung und dem Bedürfnis nach Fürsorge. Es zeigen sich einerseits Wünsche nach aktiver Beteiligung im Entscheidungsprozess und andererseits eine Bereitschaft den ärztlichen Paternalismus zu akzeptieren.^{27,28,29,30}

Die Abgabe von Entscheidungen als Möglichkeit, Autonomie zu demonstrieren, wird nur von Delmar et al.³¹ thematisiert. Sie zeigten in einer qualitativen Studie über Unabhängigkeits- und Abhängigkeitsverhalten bei chronisch Kranken auf, dass es auch als Zeichen von Selbstbestimmung gewertet wurde, wenn Kranke die Entschlossenheit zeigten, um Hilfe zu bitten.

Ziel der diesem Artikel zugrunde liegenden empirischen Arbeit war es nun, einen Beitrag zum näheren Verständnis von Selbstbestimmung und Selbstbestimmungsbedürfnis im Verhältnis zur Fürsorge im Kontext einer Krebserkrankung zu leisten. Es ging dabei in erster Linie darum, die Bedeutung und das Erleben von Autonomie bzw. Selbstbestimmung und Heteronomie bzw. Fürsorge bei Frauen mit Brustkrebs darzustellen.

Ausgangspunkt waren daher folgende Fragestellungen:

- Was bedeutet Autonomie/Selbstbestimmung bei Frauen mit Brustkrebs und wie stellt sie sich dar?
- Was bedeutet Heteronomie/Fürsorge für Frauen mit Brustkrebs und wie stellt sie sich dar?

2. Methode

In den für die empirische Arbeit entwickelten Fragestellungen geht es um das Erleben und die inhaltliche Bedeutung von Selbstbestimmung und Fürsorge.

Der Arbeit liegt der qualitative Forschungsansatz zugrunde. Dieser ist geeignet, Einblicke in die Betroffenenperspektive zu erhalten, subjektive Wahrheiten und Sichtweisen des Einzelnen zu beschreiben.³² Zur Erhebung der Daten wurde die Form des leitfadengestützten Interviews in Anlehnung an die Grundgedanken des problemzentrierten Interviews von Witzel³³ gewählt. Der hierfür entwickelte Interviewleitfaden stützt sich auf zentrale Aspekte des Forschungsinteresses:

- Erfahrungen mit Selbstbestimmung
- Persönliche Einflussnahmen und Grenzen von Selbstbestimmung
- Fürsorgebedürfnis
- Erwartungen/Bedeutungen von Fürsorge

Die mit einem Diktiergerät aufgezeichneten und wörtlich transkribierten Interviews wurden in Anlehnung an die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring³⁴ ausgewertet, d. h. die Interviews wurden durchgelesen, inhaltstragende Teile identifiziert, paraphrasiert und soweit abstrahiert, dass ein erstes lineares Kategoriensystem entwickelt werden konnte. Ein weiterer Analyseschritt beinhaltete das Prüfen der Kategorien auf deren Zusammenhänge und Beziehungen zueinander, so dass eine grafische Darstellung (Modell) des in Bezug auf die Forschungsfragen entwickelten Konstrukts erstellt werden konnte.

Zugang zu potenziellen Interviewpartnerinnen wurde durch eine Ordination für Hämatologie und Onkologie in Niederösterreich gefunden. Ausgewählt wurden Frauen mit Mammakarzinom, die sich bereits in der Tumornachbetreuung befanden, in stabiler körperlicher und seelischer Verfassung waren und sich freiwillig für ein Gespräch bereit erklärt hatten. Fünf einstündige Gespräche mit Frauen zwischen 40 und 60 Jahren bildeten die Basis für die folgende Auswertung. Die Behandlung und der Verlauf der Erkrankung waren bei diesen Gesprächspartnerinnen breit gestreut, so dass aus unterschiedlichen Erfahrungshintergründen auf die Fragen eingegangen werden konnte.

Ethische Überlegungen

Da sich Menschen, die an Krebs erkrankt sind, grundsätzlich in einer außergewöhnlich belastenden Situation befinden, sind diese in höherem Ausmaß als vulnerabel einzustufen. Diesem Aspekt wurde insofern Rechnung getragen, als davon abgesehen wurde, Personen zu befragen, die sich im akuten Krankheitsstadium und in daher in einem noch größeren Ausmaß der physischen und psychischen Belastung befinden. Weiters wurde besonders großes Augenmerk auf den Einsatz adäquater Methoden (hier: sehr offene empathische Gesprächsführung) gelegt. Die Berücksichtigung des momentanen physischen und psychischen Zustandes, eine adäquate und umfassende Information über das Forschungsvorhaben, das Einholen des Informed Consent unter Betonung jederzeit das Gespräch ohne nachteiliger Konsequenzen abbrechen zu können und die Zusicherung der Anonymität waren weitere Voraussetzungen.

3. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchung beziehen sich zum einen auf die zentrale Frage nach dem Erleben von Selbstbestimmung im Sinne der inhaltlichen Bedeutung für an Brustkrebs erkrankte Frauen, zum andern auf die Frage nach der Bedeutung von Fürsorge und deren Bedeutung im Zusammenhang zwischen Heteronomie und Selbstbestimmung. Die Frage danach, ob der Wunsch nach Selbstbestimmung und Fürsorge gleichzeitig bestehen und diese scheinbare Unvereinbarkeit dieser Widersprüchlichkeiten überwunden werden kann, bestimmt dabei die Perspektive der Auswertung.

3.1 Erleben von Selbstbestimmung

Selbstbestimmung drückt sich hier besser in dem Begriff „Selbstbestimmtheit“ aus, der die aktive Komponente und die Erlebensperspektive mehr in den Vordergrund rückt. Selbstbestimmtheit drückt sich hier anhand von sechs Dimensionen aus, die zwar jede für sich stehen, aber in gewisser

Weise auch einander bedingen. Es sind dies: Selbstverantwortung, Selbstfindung, Selbstkonfrontation, Selbstvertrauen, Erhaltung des Kontrolleinflusses und Selbstregulation.

Selbstverantwortung

Selbstverantwortung, so wie sie aus dem Erleben der Frauen beschrieben wird, kann anhand von fünf Begriffen (Subkategorien) differenziert werden: der *Verantwortungsbereitschaft* (sich selbst und der Familie gegenüber), *Veränderungsbereitschaft*, *Unabhängigkeit*, *Selbständigkeit* und *Selbstorganisation*.

Die Selbstverantwortung der betroffenen Frauen hat pflichtbewusstes Handeln zum Grundgedanken. Sie verstehen es als Aufforderung an sich selbst, die eigenen Probleme soweit unter Kontrolle zu bringen, dass durch Erreichen von notwendigen Bedingungen eine Lebensgrundlage geschaffen wird, damit Beeinträchtigungen aus der persönlichen Krankheit in ihr Leben integriert werden können:

„... aber man muss sofort für sich Verantwortung übernehmen und sich nicht irgendwie ‚abschasseln‘ lassen ... [...] das ist für mein Wohl.“

Selbstfindung

Die Selbstfindung der betroffenen Frauen in ihrer Krankheit wird geprägt durch *Zeitsouveränität*, *Ablenkung*, *Wahrnehmung eigener Bedürfnisse*.

Durch die Entwicklung eigener Zeiträume können sich die Frauen frei bewegen und intensiv über die eigenen Bedürfnisse nachdenken. In Phasen der Zuversicht unterstreichen die Frauen die Notwendigkeit zur Auseinandersetzung mit sich selbst, um ein anderes, der Krankheit angepasstes Selbstgefühl entfalten zu können.

Im Selbstbestimmungserleben beansprucht die Selbstfindung eine tragende Rolle für die Betroffenen. Sie wird charakterisiert durch die Hinwendung der Frauen zum eigenen Selbst. Die Selbstfindung dient als Orientierung in den verschiedenen Krankheitsphasen und stellt neue Motivationsquellen dar. In Form von Ausleben ihrer Kreativität, Naturverbundenheit und Erlebnissen,

die die Sinne unmittelbar fordern, können sie in dieser Zeit ihre Bedürfnisse nicht nur besser erfassen, sondern auch deuten.

Um inneres Wachstum vorantreiben zu können, d. h. u. a. Lernen mit den Ängsten und Stimmungsschwankungen umzugehen, brauchen die Frauen vor allem Zeit, die sie für sich beanspruchen müssen.

Die Auseinandersetzung mit sich bzw. das Wahrnehmen eigener Bedürfnisse spielt bei der Selbstfindung eine zentrale Rolle. Die Wertigkeiten der Betroffenen verschieben sich. Dinge, die vor der Erkrankung vielleicht als wichtig erachtet wurden, treten in den Hintergrund, andere unwichtig erscheinende, bekommen eine besondere Bedeutung:

„Wenn ich Umleitungen sehe, dann gehe ich sie nicht mehr, ich nehme nur mehr den direkten Weg ...“

Selbstkonfrontation

Ein wesentliches Merkmal im Selbstbestimmungsgedanken der betroffenen Frauen zeigt sich in der Selbstkonfrontation mit ihrer Erkrankung. Die Selbstkonfrontation ist notwendig um Klarheit über sich in der Krankheit zu bekommen. Erst wenn sich die Frauen über ihre Präferenzen und Wünsche im Klaren sind, können sie die vielfältigen Entscheidungen treffen. Die Selbstkonfrontation wird sichtbar durch: *Sinnfindung, Bewertungen, Entscheidungsbereitschaft* und wird im Wesentlichen als Suche nach dem Sinn ihrer Erkrankung beschrieben.

Den Frauen geht es prinzipiell um umfassende reflektierte Entscheidungen, die die persönlichen Bedürfnisse adäquat erfassen können. Die Freiheit zu haben, selbst zu entscheiden, ist für sie selbstverständlich, sie bestehen aber nicht auf ihrer Entscheidungsautonomie. Vielmehr wünschen sie sich durchgehend eingehende Beratungen, bis sie sich ihrer Ängste, Bedürfnisse und Wünsche bewusst sind, um dann gemeinsam mit dem Arzt ihre Entscheidungen treffen zu können:

„... einfach die Meinung von denen hören, damit ich dann für mich das entscheiden kann.“

Selbstvertrauen

Das Vertrauen in Andere wie auch das Vertrauen in sich und in die eigenen Wahrnehmungen beruht auf einer Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit und der Umwelt. Drei Subkategorien, die die inhaltliche Bedeutung von Selbstvertrauen aus der Sicht der befragten Frauen differenzieren, können mit den Begriffen *Gefühl von Machbarkeit, Ressourcenerweiterung, Vertrauen in die eigenen Wahrnehmungen* umschrieben werden.

Durch die Erkrankung und den damit verbundenen Krankenhausaufenthalt entsteht ein neuer Bezugsrahmen für die Frauen. In diesem müssen sich die Frauen finden und bewegen können:

„... und das Urvertrauen, dass man das eigentlich wieder aufbaut oder hervorholt. Das funktioniert schon im Kleinen ...“

Selbstvertrauen zu besitzen, heißt für die Frauen, an ihre Stärken zu glauben, sämtliche Ressourcen auszuschöpfen und das Wissen, es bewältigen zu können.

Erhaltung des Kontrolleinflusses

Die Erhaltung des Kontrolleinflusses ist für die Betroffenen ein weiteres bedeutsames Element im Selbstbestimmungsgedanken.

Hoffnung stellt sich dabei als zentrale Bedingung zur Erhaltung der Kontrolle dar. Dabei ist das Aufzeigen von Ansatzpunkten für Hoffnung wichtig, um unnötige Ängste oder aber auch einen depressiven Rückzug zu vermeiden. Wenn persönliche Heilungschancen in Frage gestellt und damit das Hoffnungsgerüst der Betroffenen zerstört werden, ist es in dieser Situation viel schwieriger kontrolliert zu reagieren:

„... da hat einfach ein anderer ihre Stelle eingenommen, ... [...] ... der hat weitergemacht und ich komm' zu dem, der war aber nicht vorbereitet, war irgendwie nicht involviert in meinen Fall ... [...] ... der nimmt den Befund und liest den durch und sagt zu mir: „...Sie sind aber eine arme Frau“, ... ich denk mir ... jetzt ist es aus ...“

Die Frauen erkennen, dass sie vom Erkrankungsfortschritt und von der Meinung des be-

handelnden Arztes bis zu einem gewissen Grad abhängig sind. Um ihre Kräfte zu schonen oder sich zu schützen, wählen die Frauen den Rückzug aus dem sozialen Leben. Distanz ist daher ebenso ein Mechanismus zur Erhaltung der Kontrolle wie aktiver Widerstand.

Kontrollverlust kann zu einer verstärkten Abhängigkeit von Bezugspersonen und medizinischem Personal führen, wobei das nicht immer negativ bewertet wird. Vertrauen ist hier der wichtigste Parameter, um Kontrollverlust zu kompensieren bzw. diesem die Konnotation des Kontrollverlusts zu verleihen.

„... in der Phase, wo sie die Diagnose kriegen, da wissen sie eigentlich gar nichts. Sie müssen ganz einfach auf den Arzt vertrauen ...“

„... ich vertraue ihm, ... [...] ... ich bin davon überzeugt, er macht das Richtige für mich, und somit ist das in Ordnung ... da bin ich eher froh darüber ...“

Selbstregulation

Die Selbstregulation bedeutet für die Frauen, Handlungen vorzunehmen, die ihre Unabhängigkeit stärken und erweitern. Sie begreifen die Bedeutung ihres Krankheitserlebens und haben Kenntnisse zur Selbständerung (um Schwierigkeiten besser zu überstehen) erwerben können. Sie nehmen Verhaltensweisen an, die einen Ausgleich schaffen und Wohlbefinden hervorrufen können. Die betroffenen Frauen begreifen ihre Selbstregulation als *Behauptung eigener Bedürfnisse*.

Ebenso wird durch Relativieren Selbstregulierung erreicht:

„... dann hab' ich mir auch gedacht, gescheiter die Brust weg, als tot oder?“

3.2 Fürsorgeerfahrungen

In den Gesprächen zeigte sich, dass für die Frauen Abhängigkeit in ihrem Fall nicht eine passive, für sie nicht kontrollierbare Abhängigkeit ohne Einfluss bedeutet, sondern sie empfinden diese als Ausdruck für selbstbestimmte [selbstgesteuerte] Abhängigkeit bzw. bewusst angenommene Fürsorge.

Fürsorge in diesem Sinn ist durch zwei wesentliche Dimensionen getragen: der persönlichen Wertschätzung und der empathischen Anteilnahme.

Persönliche Wertschätzung

Von zentraler Bedeutung im Fürsorgeerleben ist das Spüren einer Atmosphäre der persönlichen Wertschätzung. Dies beinhaltet Gegenseitigkeit in Form von beiderseitiger Akzeptanz des jeweiligen So-Sein-Könnens. Die persönliche Wertschätzung kann als Grundbedingung zur erfolgreichen Weiterentwicklung in der Krankheit verstanden werden. Die betroffenen Frauen wünschen sich ein Minimum an Respekt, verlangen dabei aber keine besondere Behandlung, sondern fordern einfach Menschlichkeit ein.

„... das sind so kleine Dinge, die man ändern kann, man verlangt ja nicht weiß Gott was ...“

Die Frauen sind in ihrer Krankheit gegenüber persönlichen Aussagen sensibler und dadurch verletzlicher geworden. Daher haben sie verstärkt ein Anrecht auf ein gewisses Grundverständnis in ihrer Situation, das sich in adäquater Haltung ihnen gegenüber äußern sollte. Dabei ist es für diese Frauen nicht so sehr von Bedeutung, wie tief sich der andere auf ihren Zustand einlässt, sondern einfach die Tatsache, dass sich jemand grundsätzlich in die Gefühle und Bedürfnisse der Frauen einfühlen kann.

„... einfach sagen, was willst du, du kannst jederzeit kommen, ruf' mich an, oder wenn du irgendetwas brauchst, ...“

Empathische Anteilnahme

Die empathische Anteilnahme ist ein zusätzliches Kriterium in der Fürsorgeerfahrung der Betroffenen. Für die Frauen stellt das gefühlsmäßige Einstellen auf ihr Befinden, d. h. das sensible und einfühlsame Wahrnehmen ihrer Gefühlswelt und damit verbundenen Bedeutungen, einen wesentlichen Bestandteil eines gelungenen Fürsorgeverhältnisses dar.

Die betroffenen Frauen brauchen nicht nur ein gemeinsames Eintauchen in Form von empa-

thischer Anteilnahme in ihre Krankheitswelt, sie benötigen ebenso ein sogenanntes „Mitschwimmen“, welches emotionale Sicherheit erfordert, ein Aspekt, der allgegenwärtig ist. Dies kann sich u. a. durch ehrliche Kommunikation ausdrücken. Wenn das Bedürfnis nach ehrlicher Kommunikation unerfüllt bleibt, wird die Gesprächsbeziehung eher anstrengend als förderlich empfunden:

„Einerseits wollte ich Kommunikation ... [...] ... viele Menschen können mit dem überhaupt nicht umgehen, fühlen sich aber trotzdem bemüßigt ...“

Besondere Fürsorge(beziehung)

Damit das Fürsorgeangebot nicht als anstrengend erlebt wird und sich die Frauen nicht noch zusätzlich vor fehlender Empathie schützen müssen, brauchen sie besondere Beziehungen und Rückzugsmöglichkeiten. Frauen mit Brustkrebs haben gewisse Erwartungen an die Fürsorge, wie zum Beispiel das adäquate Anbieten von Hilfe und Beratung. Sie beanspruchen außerdem strukturierte und beständige Beziehungen, damit sie durch Veränderungen in der Krankheit wieder Vertrauen in sich selbst und in andere Menschen aufbauen können. Diese besondere Beziehung wird als Unterstützung zur Selbstbestimmung und zum Schutz vor passiver Abhängigkeit verstanden. *Passende Hilfe anbieten, einen sicheren Raum schaffen, Schutz vor passiver Abhängigkeit und Bevormundung, Anbieten von Entscheidungshilfen*, umfassen jene Elemente, die aus der Sicht der Gesprächspartnerinnen diese besondere Fürsorge(beziehung) ausmachen können.

Die an Brustkrebs erkrankten Frauen haben eine genaue Vorstellung von Hilfe. Im Zeitraum der Therapiefindung bedeutet das Anbieten von Entscheidungshilfen eine erhöhte Beratungsbereitschaft von ÄrztInnen und Pflegepersonen.

Die Frauen nehmen ihre zeitweilige Hilfsbedürftigkeit bewusst wahr, versuchen jedoch möglichst wenig davon Gebrauch zu machen. Wenn sie Fürsorge wirklich benötigen, begeben sie sich bewusst in Abhängigkeit:

„... diese Dinge überleg' ich mir dann schon ... [...] ... ich nehme aber auch Hilfe an, wenn ich weiß, ich kann nicht weiter ...“

„... ich nehm' das dann schon an, dann, wenn ich vom Spital heimkomm, wenn ich frisch operiert bin ... [...] ... aber ich will das dann wieder selber übernehmen ...“

Sie wollen sich aber aus Angst vor bevormundender Abhängigkeit nicht auf ein fremdes Hilfskonzept festlegen. Das besondere Fürsorgegehren wird in Beziehung mit Selbstbestimmung verstanden und sinkt mit wieder zunehmender eigener Handlungsorientierung.

Fallen-Lassen-Können

Fallen-Lassen-Können bedeutet, die Kontrolle kurzfristig durch Ausleben der Gefühle abgeben zu können. Dies passiert vor allem in Gegenwart von Menschen, bei denen sich diese Frauen wohl und geborgen fühlen. Ihre Selbstbestimmung drückt sich dahingehend aus, dass die Frauen bestimmen, wann, wo und bei wem sie sich fallen lassen können.

„... man braucht jemanden, wo man das Gefühl hat, gut aufgehoben zu sein, damit man das durchsteht.“

Durch die Anerkennung ihrer Gefühlswelt wird es den Frauen ermöglicht, sich in diesem Moment von dem Krankheitsdruck vorübergehend zu befreien, um wieder positive Gefühle entwickeln zu können. Die dafür notwendige Bedingung ist ein Gefühl von *Sicherheit*. Die Möglichkeit, sich zu entspannen und kurzfristig *Verantwortung abgeben zu können*, wird von den Frauen als große Erleichterung beschrieben und kann dann passieren, wenn sich die Frauen sicher fühlen:

„... sie hat dann immer gewartet auf mich, also das war schon eine große Erleichterung, da hab' ich mich wenigstens ein bisschen entspannen und fallen lassen können.“

„... Fallen lassen hab' mich dann schon können, vor der OP, oder so, wo ich gewusst hab' jetzt kommst du zur OP, da war ich mir sicher, die macht das Beste daraus ...“

Stabilität in der Krankheit

Die Frauen wünschen sich in ihrem Krankheitserleben Stabilität und Kontinuität, um ihre in der Krankheit momentan noch fragile Selbstregulation nicht zu gefährden. Durch Selbständigung können sie Verhaltensweisen entwickeln, die Wohlbefinden hervorrufen. Sie wollen ihre neu erworbenen Möglichkeiten und Lebensansichten in ihren Alltag integrieren bzw. nicht durch die Routine wieder verlieren. Dies bedingt gleichzeitig, dass andere Menschen dieses anerkennen können und ernst nehmen.

Durch das *Verlassen-Können auf Andere* und durch eine kontinuierliche *Betreuung und Beratung* kann eine gewisse Stabilität erreicht werden.

Fürsorge muss daher so gestaltet sein, dass sie Stabilität für diese Frauen bringt, um die individuellen Selbstbestimmungsmöglichkeiten bewusst in die Phase der Krankheit verankern zu können. Das

heißt vor allem, dass die persönlichen Veränderungen der erkrankten Frauen von den Beteiligten registriert und erfasst werden müssen, und es sollte dementsprechend auf diese eingegangen werden. Das Ignorieren dieser verhindert oder verzögert den Prozess der Stabilisierung.

Hoffnung und Neuorientierung

Die *Hoffnung* bewirkt nicht nur Kontrollerhalt, sondern ist als Ausgangspunkt und als Ziel im Gesundwerdungsprozess zu sehen. Das *Formulieren von Zielen* und die *Neuorientierung* bilden dabei die Kerninhalte in den Aussagen.

Die betroffenen Frauen werden durch die Erkrankung auch von Ambivalenzen im Gefühlsleben überrollt. Ein stabiles Gleichgewicht in diesen Phasen kann durch das hoffnungsvolle „In-die-Zukunft-blicken“ erreicht werden. Die Hoffnung ist u. a. eine wesentliche Determinante im Bestre-

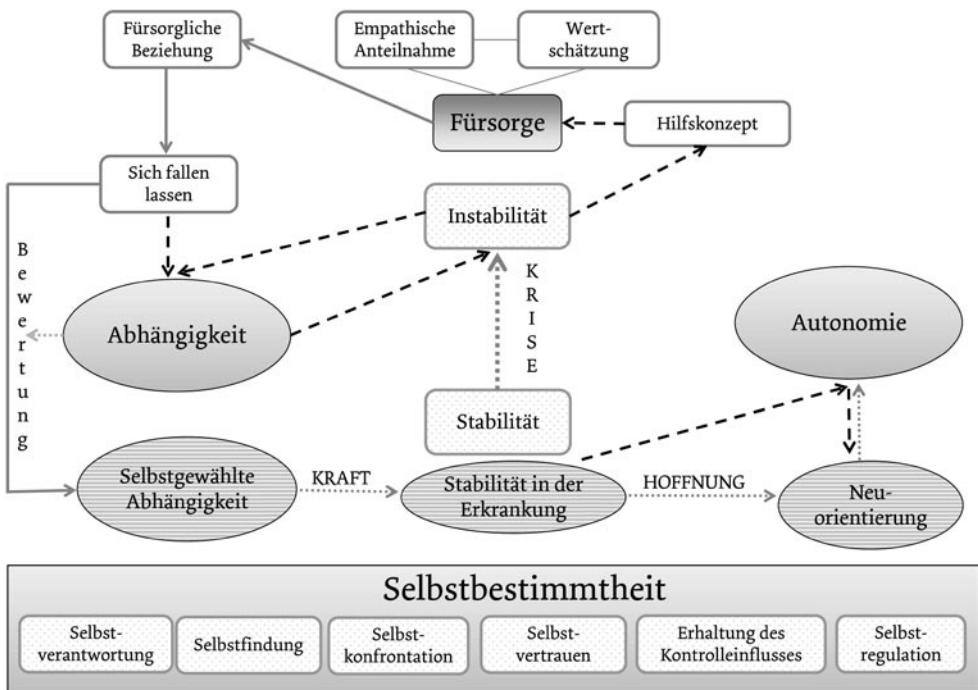


Abbildung 1: Zusammenhänge zwischen den Kategorien zu Fürsorgeerfahrung

ben, die eigene Persönlichkeit zu entfalten. Diese Wachstumserfahrung kann in weiterer Folge zu einer Neuorientierung führen:

„... und hab' gesehen, dort gibt's einen Weg raus, da gibt's einen Weg raus, nicht, und das Schöne ist, ich hab' mir gedacht, jetzt such' ich mir die Wege aus, die ich gehe ...“

„... einfach eine Erleichterung, wenn du jetzt für dich weißt, welchen Weg schlage ich ein, gehe ich und der wird gut sein ...“

Hoffnung leben zu lassen, nicht zu zerstören ist daher von zentraler Bedeutung.

Bringt man die beschriebenen Kategorien unter dem Gesichtspunkte des Verhältnisses von Autonomie und Abhängigkeit im Kontext von Fürsorge in Zusammenhang, so zeichnet sich das Bild in Abbildung 1.

Eine Krebserkrankung ist eine krisenhafte Situation (nicht nur zu Beginn der Diagnosestellung, sondern immer wieder in unterschiedlichen Phasen der Erkrankung) und bringt die Betroffenen in einen Zustand der Instabilität. In instabilen Situationen ist es schwierig, Selbstbestimmung zu leben und z. B. autonom Entscheidungen zu treffen. Die Frauen greifen auf Hilfskonzepte, wie das der Fürsorge (von jemand anderem umsorgt zu werden, sich fallen lassen können) zurück. Dies ist wichtig, um über kurzfristige (selbstgewählte) Abhängigkeit Kraft sammeln zu können für den Aufbau von Stabilität.

Fürsorge in diesem Sinne beruht auf Wertschätzung und empathischer Anteilnahme und stellt sich in einer besonderen Beziehung dar, die ganz besonders von Vertrauen geprägt ist. Dies führt in einen Zustand des „Sich fallen lassen Könnens“. Das „Sich fallen lassen“ wird – ist es von der fürsorglichen Beziehung getragen – positiv bewertet und als Form der „selbstgewählten“ Abhängigkeit verstanden, die nicht negativ konnotiert ist, da sie die Möglichkeit eröffnet, Kraft zu schöpfen und Stabilität in der Erkrankung zu erlangen. Diese ist eine wichtige Grundlage, um selbstbestimmt handeln zu können. Im Aufrechterhalten von Hoffnung spiegelt sich

einerseits die Bedingung zum Kontrollerhalt wider, andererseits kann es als Determinante für Neuorientierung gesehen werden. Neuorientierung ist ein wesentliches Ziel, um aus der Krankheit heraus zu kommen und somit sein Leben wieder selbst in die Hand nehmen zu können.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Qualitative Forschungsarbeiten haben keine Verallgemeinerung der Ergebnisse im Sinne des Repräsentativitätsverständnisses quantitativer Untersuchungen zum Ziel, sondern das Verstehen eines Phänomens. Es ist jedoch möglich – liegt Datenmaterial in entsprechender Tiefe (die nicht unbedingt von der Anzahl der Untersuchungspersonen abhängig ist) vor –, Muster zu bestimmten Phänomenen zu erkennen, wie dies hier der Fall ist, und daraus allgemeine Aussagen abzuleiten. Diese können dann durch weitere Untersuchungen ergänzt, vertieft und verfeinert werden.

Die Rekonstruktion der Erfahrungen und Bedeutungen von Selbstbestimmung von Frauen mit Brustkrebs hat gezeigt, dass das Leben von Selbstbestimmung nicht notwendigerweise diametral zur Schwere der Erkrankung steht, dass es hier um eine ganz besondere Art der Selbstbestimmung geht, die viel mehr mit den Möglichkeiten des „Wieder-Selbst-werden-Könnens“ zu tun hat.

Wird das individuelle Autonomiestreben durch ein besonderes Hilfskonzept unterstützt, so kann dieses infolgedessen eine passive Abhängigkeit verhindern. Autonomie und die Wünsche an die Fürsorge bedingen sich gegenseitig. Individuelle Selbstbestimmung lässt sich im Krankheitsfall nicht ohne Fürsorge adäquat umsetzen. Aber auch eine besondere Fürsorge (beziehung) einzugehen, ist ohne den Respekt vor der Autonomie des Anderen nicht möglich.

Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass die betroffenen Frauen Abhängigkeit bzw. Fürsorge als Bestandteile ihrer Krankheit sehen. Für die befragten Frauen bedeutet Abhängigkeit nicht eine passive, nicht kontrollierbare Abhän-

gigkeit, sondern sie empfinden diese als selbstbestimmte (selbstgesteuerte) Abhängigkeit. Persönliche Wertschätzung, die ihnen entgegengebracht wird, ist die Grundvoraussetzung, um gemäß ihren Vorstellungen von Selbstbestimmung agieren zu können, ebenso ehrliche, empathische Anteilnahme als wesentliches Merkmal im Fürsorgeerleben. Wichtig dabei ist die *besondere Fürsorge(beziehung)*, in der die Frauen *Stabilität* und *Kontinuität* erfahren. Herauszustreichen ist auch noch das Aufrechterhalten der Hoffnung als wichtiges Konzept, das einerseits notwendig ist, um Kontrolle aufrecht zu halten bzw. wieder zu erlangen, und andererseits der Weg zu einer Neuorientierung ist, die als letztendliches Ziel verfolgt wird.

Das Fürsorgebegehren darf demzufolge nicht als Gegensatz zur Selbstbestimmung gesehen werden. Nach Seidl³⁵ ist die zweiseitige Darstellung von der Patientin als passive, abhängige, aber auch als aktive, unabhängige Person definitiv im Verlauf einer Krebserkrankung verankert, denn in der akuten Krankheitsphase gibt es wenige Handlungsspielräume, um Selbstmanagement³⁶ betreiben zu können.

In der Pflegepraxis muss daher Autonomie aus der Betroffenenperspektive gesehen und entsprechend den inhaltlichen Bedeutungen gefördert werden, um Selbstbestimmung jenen Gehalt zu verleihen, der im Kontext der Fürsorge realisiert und gemäß der persönlichen Krankheit und den Wertorientierungen Sinn geben kann. Dadurch kann bessere Beratung und Begleitung geleistet werden, die letztendlich zu einer gezielten Ressourcenorientierung führt.

Durch Fürsorge, die aktiv auf die Bedürfnisse und momentane individuelle Situation eingeht, kann den Frauen die Gelegenheit eingeräumt werden, einem möglichen Passivitätsbedürfnis nachgeben zu können, ohne in eine paternalistische Fürsorge im Sinne von Bevormundung zu verfallen.

Referenzen

- 1 Im pflegewissenschaftlichen Zusammenhang wird Selbstbestimmung bzw. Autonomie synonym verwendet, da hier noch keine klare umrissene Begriffsbestimmung existiert.
- 2 Bobbert M., *Patientenautonomie und Pflege: Begründung und Anwendung eines moralischen Rechtes*, Campus, Frankfurt/New York (2002)
- 3 Meerwein F., Bräutigam W. (Hrsg.), *Einführung in die Psychoonkologie*, Huber, Bern (2002)
- 4 Marriner-Tomey A., *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*, Recom Verlag, Basel (1992)
- 5 Wiedenbach E., *The helping art of nursing*, American Journal of Nursing (1963); 63: 54-57
- 6 Watson J., *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*, National League for Nursing, New York (1998)
- 7 Benner P., Wrubel J., *Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*, Hans Huber, Bern (1997)
- 8 Swanson K., *Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others*, Journal of Nursing Scholarship (1993); 25(4): 352-357
- 9 Larsson G., Widmark-Peterson V., Lampic C., Von Essen L., Sjöden P. O., *Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression*, Journal of Advanced Nursing (1998); 27(4): 855-864
- 10 Von Essen L., Sjöden P., *The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff*, International Journal of Nursing Studies (2003); 40: 487-497
- 11 Christopher K., Hegedus K., *Oncology patient's and oncology nurses' perceptions of nurse caring behaviors*, European Journal of Oncology Nursing (2000); 4(4): 196-204
- 12 Widmark-Petersson V., Von Essen L., Sjöden P. O., *Perceptions of Caring Among Patients with Cancer and their Staff*, Cancer Nursing (2000); 23(1): 32-39
- 13 Schmid-Büchi S., *Wie schätzen Patientinnen und Patienten Caring ein*, Pflege (2001); 14(3): 152-160
- 14 Liu J., Mok E., Wong T., *Caring in Nursing: Investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China*. Journal of Clinical Nursing (2005); 15(2), 188-196
- 15 Yuanmay C., Ya-Ping L., Hsiu-Ju C., Chia-Chin L., *Cancer Patient and Staff Ratings of Caring Behaviors: Relationship to Level of Pain Intensity*, Cancer Nursing (2005); 28(5): 331-339
- 16 Khademian Z., Vizesfar F., *Nursing student's percep-*

- tions of the importance of caring behaviors, *Journal of Advanced Nursing* (2008); 61(4): 456-462
- 17 Iranmanesh S., Axelsson K., Sävenstedt S., Häggström T., A caring relationship with people who have cancer, *Journal of Advanced Nursing* (2009); 65(6): 1300-1308
 - 18 Zamanzadeh V., Azimzadeh R., Valizadeh L., *Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviours*, *BMC Nursing* (2010); 9(10)
 - 19 Finfgeld-Connett D. *Meta-Synthesis of caring in nursing*, *Journal of Clinical Nursing* (2008), 17(2): 196-204
 - 20 Papastavrou E., Efstathiou G., Charalambous A., *Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies*, *Journal of Advanced Nursing* (2011); 67(6): 1191-1205
 - 21 Mil, M. M. van, *Beleving en betekenis van zorg, een onderzoek naar de beleving en betekenis van zorg bij patienten van de wijkverleegkundige*, Masters-Dissertation, University of Wales, Hogeschool van Utrecht, The Netherlands, unpub., zit. nach: Schnepf W., *Pflegekundige Sorge, Pflege & Gesellschaft* (1996); 2: 13-16
 - 22 Noddings N. *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley u. a. (1984)
 - 23 Conradi E., *Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*, campus, Frankfurt/Main (2001)
 - 24 Swanson K., *Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others*, *Journal of Nursing Scholarship* (1993); 25 (4): 352-357
 - 25 Nordgren S., Fridlund B., *Patients' perceptions of self-termination as expressed in the context of care*, *Journal of Advanced Nursing* (2001); 35(1): 117-125
 - 26 Bobbert M. *Patientenautonomie und Pflege: Begründung und Anwendung eines moralischen Rechtes*, campus, Frankfurt/New York (2002)
 - 27 Davies S., Laker S., Ellis L., *Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice - a literature review*, *Journal of Advanced Nursing* (1997); 26: 408-417
 - 28 Arman M., Rehnsfeldt A., *Living with breast cancer - a challenge to expansive and creative forces*, *European Journal of Cancer Care* (2002); 11: 290-296
 - 29 Halkett G., Arbon P., Scutter S. D., Borg M., *The phenomenon of making decisions during the experience of early breast cancer*, *European Journal of Cancer Care* (2007); 16: 322-330
 - 30 Beaver K., Booth K., *Information needs and decision-making preferences - comparing findings for gynaecological, breast and colorectal cancer*, *European Journal of Oncology Nursing* (2007); 11 (5): 409-416
 - 31 Delmar Ch., Boje T., Dylmer D., Forup L., Jakobson Ch., Moller M., Sonder H., Pedersen B. D., *Independence/dependence - a contradictory relationship? Life with a chronic illness*, *Scand J Caring Sci* (2006); 20: 261-268
 - 32 Mayer H., *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*, Facultas, Wien (2011)
 - 33 Witzel A., *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*, Campus, Frankfurt/Main (1982)
 - 34 Mayring P., *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, Beltz, Weinheim (2003)
 - 35 Seidl E. (Hrsg.), *Autonomie im Alter*, Maudrich, Wien (2000)
 - 36 Tritter J. Q., Calnan M., *Cancer as a chronic illness? Reconsidering categorization and exploring experience*, *European Journal of Cancer Care* (2002); 11: 161-165

Josef Hörl

Gewalt gegen alte Menschen als ethisches Problem in der Pflege

Elder Abuse as an ethical Problem of Care

Zusammenfassung

Eine Schwierigkeit für die Gewaltforschung ist die Divergenz zwischen subjektiven Empfindungen und der objektiven Feststellung von Tatbeständen. Prävalenzangaben liegen für die Institutionen nur spärlich vor; im Familienbereich schwanken sie stark, je nachdem, welche Formen des körperlichen, psychischen, finanziellen Missbrauchs bzw. der Vernachlässigung einbezogen werden. Entgleisende Pflegebeziehungen haben im institutionellen und im familialen Zusammenhang unterschiedliche Ursachen und Ausprägungen. In den Heimen und Krankenhäusern sind ungenügende Ausbildung und Ressourcenmangel wichtige Faktoren. Bei den Pflegebeziehungen in der Familie sind Überlastung, eine ungünstige biografische Vorgeschichte und Verwahrlosungsphänomene entscheidende Risikokonstellationen. Stress, Burnout und zu hohe Ansprüche der Pflegenden an sich selbst sind in beiden Kontexten zu finden, wobei in der Familie die besondere Gefühlsdynamik zu berücksichtigen ist. Eine Erkenntnis besteht darin, dass der herkömmliche Täter-Opfer-Antagonismus nur begrenzt vorzufinden ist.

Schlüsselwörter: Gewalt gegen alte Menschen, Pflege, Institutionen, Familie

Abstract

There are discrepancies between subjective and objective definitions of elder abuse. Prevalence data for elder mistreatment in institutional care is scarce; data for mistreatment in family care-giving varies considerably according to which types of abuse are included. Causes and consequences of elder abuse depend on the context: in institutions inadequate training and lack of resources are important risk factors whereas in the families above all the problems of caregiver overload, biographical aspects and neglect by relatives are to be considered. Stress, burnout, and exaggerated self-demands can be found in both areas. The emotional importance of family relationships must be especially taken into account. The common antagonism between perpetrator and victim cannot be applied to abusive care-giving situations.

Keywords: Elder abuse, Care-giving, Institutions, Family

a. o. Univ.-Prof. Dr. Josef Hörl
Institut für Soziologie
Universität Wien
Rooseveltplatz 2, A-1090 Wien
josef.hoerl@univie.ac.at

Einleitung

In seiner ethischen Betrachtung des Alters spricht Andreas Kruse von der „sittlichen Verpflichtung“ pflegerischer Maßnahmen, welche von den alten Menschen aber auch angenommen werden müssen: „Die bewusst angenommene Abhängigkeit ist ... als eine bedeutende ethische Kategorie zu verstehen, als mit ihr besondere sittliche Anforderungen an das soziale Umfeld des Menschen verknüpft sind: Allein dadurch, dass ein anderer Mensch von meiner Hilfe abhängig ist, somit dessen Wohlbefinden von meinem Handeln beeinflusst ist, ist die ethische (und nicht nur fachliche) Dimension meines Handelns angesprochen.“¹ Wenn man dieser Auffassung folgt, so müssen die Pflege und deren bewusste Annahme zu den kulturell wertvollsten Formen menschlichen Handelns gezählt werden und sollten zu einem gelungenen Leben in einer „altersfreundlichen Gesellschaft“ beitragen. Gleichzeitig leben wir aber in einer Lebenswirklichkeit, wo Pflegebeziehungen zwar verhältnismäßig selten, aber immer wieder zu schweren Misshandlungen, Missbräuchen, groben Vernachlässigungen, ja sogar zu Tötungen führen. Die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit ist offensichtlich. Wenn Taten bekannt werden, so wird regelmäßig bestürzt die Frage gestellt: Wie war das möglich?

Im Folgenden soll gezeigt werden, dass sich die Bedingungen und Ursachen für gewalttätig entgleisende Pflegebeziehungen im institutionellen Kontext der Heime und Krankenhäuser und im häuslichen Kontext der Familie durchaus unterschiedlich darstellen. Stets sind zwar individuelle und strukturelle, normative und psychodynamische, praktische und situative Aspekte ineinander verwoben, doch spielen in den Institutionen organisatorische Zwänge und Ressourcenmangel eine bedeutende Rolle, wogegen in der Familie die Gefühlsdynamik und biografische Faktoren wesentliche Komponenten sind.

Wenn man die Dyade von im Rahmen von Pflegebeziehungen Gewalt ausübenden bzw. erleiden-

den Personen untersuchen will, besteht das wesentliche theoretische und methodologische Problem in der Erfassung der wechselseitigen Sinnzusammenhänge. Es ist weder ausreichend, die Handlungen des „Täters“ oder der „Täterin“ zu verstehen, noch ausreichend, sich in die Welt des „Opfers“ zu versetzen, sondern es ist eben die Reziprozität der Sinnorientierungen zu berücksichtigen.

Begriffsklärungen

Die methodologische Grundforderung der Verwendung von möglichst präzisen und plausiblen Begriffsdefinitionen ist in diesem Forschungsbereich besonders schwierig zu erfüllen.² Beim Gewaltbegriff laufen die subjektiven Empfindungen der Menschen und das, was als objektiv abgrenzbarer Tatbestand gelten kann, auseinander. So ist anhand der Analyse von Gruppendiskussionen mit alten Menschen nachweisbar, dass der von ihnen subjektiv als „Gewalt“ erlebte Bereich breit und geradezu ausufernd ist und unachtsames oder unhöfliches Verhalten im Alltag einschließt.³ Diese Extensivität des Gewalterlebens lässt sich wohl zumindest teilweise dadurch erklären, dass in Ermangelung anderer Begriffe die Unzufriedenheit mit dem gesellschaftlichen Umfeld als Gewalt umgedeutet wird. Bestimmte „Gewaltformen“ laufen offensichtlich unter der Wahrnehmungsschwelle der jüngeren Mitmenschen ab, eine Einsicht, die insbesondere für die helfenden und beratenden Berufe durchaus praxisrelevant sein wird.

Aber auch die Fachwelt ist keineswegs einig, welche Phänomene unter den Gewaltbegriff subsumiert werden sollen. Die Definition des englischen Begriffs „elder abuse“ lautet: „Elder Abuse is a single or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person.“⁴ Diese Definition der Weltgesundheitsorganisation ist insofern einengend, weil sie nur Handlungen innerhalb von *Vertrauensbeziehungen* einbezieht – also z. B. die Straßenkriminalität ausschließt –, aber an-

derseits umfassend, weil sie auch Unterlassungen und seelisch-emotionale „Verletzungen der Seele“ als mögliche Missbrauchsform zulässt.

Gewalt in den Institutionen der Heilung und Pflege

Die Lebenssituation der alten Menschen in den Heimen und Krankenhäusern ist einerseits von Fortschritten geprägt, so etwa in den rechtlichen Bestimmungen, im Komfortbereich des Wohnens und insbesondere auch in der medizinischen Qualität. Es lässt sich ein wachsendes Interesse für das Fachgebiet der Akutgeriatrie und der geriatrischen Rehabilitation feststellen.

Andererseits gibt es zahlreiche Berichte über Gewalthandlungen an alten Menschen. Dies zwingt zur Feststellung, dass das Gewaltpotenzial trotz Qualitätszirkeln und gesetzlichen Bestimmungen weiter existiert.

Forschungen auf der Basis repräsentativer Stichproben stoßen freilich auf Hindernisse, denn der Zugang zu den sich abschottenden Organisationen ist schwierig und so sind z. B. Opferbefragungen kaum durchführbar.

Befragungen des Personals ergeben, dass psychische Gewalt vermutlich von der Mehrzahl und physische Gewalt von bis zu einem Drittel der Pflegenden angewendet wird.⁵

Eine Zusammenfassung der Forschung zu gewaltfördernden Grundtatbeständen in der institutionellen Altenpflege ergibt folgendes Bild:⁶

- i. Ein niedriges Ausbildungsniveau bzw. die fehlende fachliche Betreuung des Personals sind ein Nährboden für Aggression und Gewalt.
- ii. Gewalt kann auch *ohne* Aggression bzw. schädigende Absicht ausgeübt werden. Der typische Fall ist die Brechung von Widerstand von Bewohnerinnen und Bewohnern, um Arbeiten schneller zu erledigen, z. B. bei der Intimpflege oder dem Essenreichen.
- iii. Beim aktiven Tun ist weiters davon auszugehen, dass der *verbale* Missbrauch weit häufiger ist als der *physische* Missbrauch – „Im Anfang

ist das böse Wort.“ Dazu gehören auch die infantilisierende und respektlose Anrede. Von den Pflegerinnen und Pflegern werden verbale Aggressionen als kaum erklärungsbedürftig dargestellt, diese werden als übliche Vorgangsweisen „normalisiert“, entschuldigt und gerechtfertigt. Ein Betriebsklima, das solche Akte toleriert, schafft die Voraussetzung zur Realisierung von manifester Gewalt.

- iv. Noch häufiger als aktives Tun ist *Vernachlässigung* als mangelhafte Pflege oder als schlichtes Unterlassen von Hilfe bzw. in Form des Ignorierens. In einem weiteren Sinn gehört zur Vernachlässigung auch das Fehlen von aktiven Elementen in der Gestaltung des Alltagslebens und der Mangel an autonomen Handlungsspielräumen.
- v. *Freiheitsbeschränkende* Maßnahmen unterliegen einer Kontrolle durch das Gesetz. Es gibt jedoch gewisse Entscheidungsspielräume für die Pflegenden, und die verantwortlichen Ärzte verlassen sich bei ihren Anordnungen weitgehend auf die Berichte, die ihnen von den Pflegenden gegeben werden. Fixierungsmaßnahmen werden vor allem mit dem vorgeblichen Schutz vor Stürzen und der Bewegungsunruhe bei Demenz gerechtfertigt.⁷
- vi. Pflegerinnen und Pfleger werden auch selbst *Opfer* von physischer und verbaler Aggression oder auch von sexuellen Angriffen, insbesondere durch psychisch veränderte Bewohnerinnen und Bewohner. Obwohl aggressive Handlungen durch die Bewohner erwartet werden müssen (und eine entsprechende Schulung stattfindet), stehen die Pflegenden in der konkreten Situation doch in der realen Gefahr, (vielleicht unbewusst) gegen-aggressiv zu werden. Ein Überblick über die vorhandenen empirischen Studien in Heimen der Langzeitpflege ergibt, dass je nach Studie 29% - 92% der Bewohner aggressives Verhalten zeigen, wobei verbale Aggression häufiger vorkommt als physische Aggression.⁸

Insgesamt ergibt sich ein Bild von Verhaltensweisen, das stark von Ressourcenmangel, Zeitnot und Stresssituationen geprägt ist. Das führt zum *Vermeiden* von Kontakt. Das bedeutet einerseits möglichst rationelle Pflege, andererseits das Vermeiden von Begegnung und Kommunikation überhaupt. Wenn Heimbewohner Bedürfnisse artikulieren oder Wünsche aussprechen, die legitim sein mögen, aber den Organisationsablauf stören, so ist die Reaktion häufig das schlichte Verlassen des Raums, ein demonstratives Schweigen oder nichtssagende, banale Antworten oder kurz angebundenes, autoritäres Verhalten. Es entstehen diffuse Vorformen von Gewalt, die sich aufschaukeln können. Es ist durchaus wahrscheinlich, dass sich der nicht ausgetragene Konflikt später dann doch noch in indirekter Form ausdrückt, etwa im Schimpfen über das Essen oder auch in Umleitung der Aggressionen auf Gegenstände, etwa aggressives Papierzerreißen.

Ursachen für Gewalt in der institutionellen Altenpflege

Es müssen fünf zentrale Sachverhalte beachtet werden:

- i. Altenpflege wird als „Endlospflege“ wahrgenommen, an deren Ende auch bei bestem Bemühen und größten Anstrengungen zur „Aktivierung“ unausweichlich die Verschlechterung des Zustands und letztlich der Tod steht. Medizinische Erfolgserlebnisse im Sinne einer Entlassung oder Gesundung gibt es kaum. Zudem fehlt im Gegensatz zur Pflege im Familienkreis die Hoffnung auf Erlösung nach dem Tod der betreuten Person.
- ii. In allen Untersuchungen zu den Arbeitsbedingungen in der Altenpflege steht der hohe *Zeitdruck* als Stressfaktor im Vordergrund. Der in der stationären Altenpflege chronische Personal-mangel führt dazu, dass die Pflegenden mit den Aufgaben der Grundpflege ausgelastet sind und soziale Beziehungen kaum aufgebaut werden können. Es kommt zwar durch die Pflege zu körperlicher Nähe, aber die seelische Distanz bleibt. Die mechanische Haltung einer stummen Massenabfertigung begünstigt dann eine mangelnde Wahrung der Intim- und Privatsphäre.
- iii. Die *Altenpflegeausbildung* bereitet in der Regel nicht gezielt auf die Bearbeitung von möglichen Situationen vor, wenn hoher Zeitdruck zu gewalthaften Handlungen führt, die ohne aggressive Absicht leicht Bestandteil der Pflege von abhängigen Personen werden können.
- iv. Die *ethischen Ansprüche* in der Pflege werden zu strikt als absolute Ansprüche formuliert. Das hohe Ziel der Nächstenliebe als ursprüngliches Motiv des Helfens erlaubt keine Aggression oder Wut und hat den Anspruch, alle gleich liebevoll zu behandeln. Wer diesen Anspruch verinnerlicht hat, für den sind Aggressionen verwerflich, sie werden tabuisiert und können somit nicht bearbeitet werden. Der totale Anspruch dieser Werteskala bringt es mit sich, dass er nie erfüllt, aber auch nicht bearbeitet werden kann. Letztlich führt das zu umfassender Hilflosigkeit, die sich unter Umständen gegen die Schwächeren, nämlich die Pflegebedürftigen, und hier insbesondere die Demenzkranken, wenden kann.
- v. Fehlende Beziehungskompetenzen sind eine wichtige Ursache von Burnout, das wiederum ein hoher Risikofaktor für Gewalt in der Pflege ist.⁹ Die Reaktionsweisen dieses gut belegten Syndroms sind vor allem die Folge des übermächtigen Gefühls der Hilflosigkeit: Verlust der Anteilnahme und der positiven Gefühle gegenüber dem Patienten. In Burnout-Situationen geht den Pflegenden die Kontrollfähigkeit über die Situation verloren, weil sie überlastet und erschöpft sind, sie gleiten ab in kalte Routine. Aggressionen, die ursprünglich gegen die Institution gerichtet sind, verschieben sich in Richtung der Patienten, allenfalls in Form physischer Gewalt, wobei die Mitglieder des Pflegeteams einander in diesem Tun legitimieren und entschuldigen.

Neben diesen Erklärungsmustern, die in einem engeren Zusammenhang mit der Pflege Tätigkeit selbst stehen, dürfen die *strukturellen* Gegebenheiten im weiteren Sinn nicht übersehen werden. Denn erst im Zusammenspiel zwischen der konkret belastenden Arbeitssituation und den ungenügenden Bedingungen des sozialen Umfelds kann Gewalt entstehen. Abgesehen vom drastischen *Personalmangel* sind *Architektur* und *Inneneinrichtung* zu nennen. Noch immer gibt es in vielen Heimen zu wenige Möglichkeiten für die Bewohner, um sich wenigstens in geringem Umfang einen kleinen Individualbereich schaffen zu können. Der Mangel an Rückzugsbereichen und Privatsphäre erzwingt stete „Gemeinsamkeit.“ Wer sich aber nie zurückziehen kann, entwickelt ein Übermaß an Spannung. Die unübersehbare Aggressivität *innerhalb* der Patientengruppe (z. B. in Form von „Territorialstreitigkeiten“) ist gewiss zum Teil durch die Zwangsbeziehungen infolge erzwungener Nähe zu erklären. Es gibt eine große Anzahl von Gleichgestellten. Es wird dadurch der oder dem Einzelnen aber nicht das Gefühl vermittelt, einer Schicksalsgemeinschaft anzugehören, in der man sich ja auch geborgen fühlen könnte, sondern viel eher herrscht die Angst vor, einer unter vielen und damit in seiner Individualität bedroht zu sein.

Gewalt in der Familie und im sozialen Nahraum

Empirische Daten liegen seit den 1980er-Jahren vor, wobei die Betroffenheitsraten bei der 65- und mehrjährigen Bevölkerung in Privathaushalten zwischen weniger als 1% und mehr als 25% (Jahresprävalenz) schwanken.¹⁰ Diese enorme Spannweite ist großteils durch die unterschiedlichen Erhebungstechniken und Operationalisierungen der Gewaltformen zu erklären. Eine Zunahme von Misshandlungen und Vernachlässigungen ist nicht belegbar, allerdings ist die gesellschaftliche Sensibilisierung für dieses Thema in den letzten Jahren zweifellos größer geworden. Insgesamt sind die körperlichen Misshandlungen weniger häufig als

andere Formen, wie verbale Aggressionen, beispielsweise Drohungen (etwa mit dem Abschieben in ein Heim) oder die Vernachlässigung (z. B. Mangelernährung oder auch die Isolierung) und die finanzielle Ausbeutung. Ebenfalls einigermaßen gesichert scheint, dass die überwiegende Anzahl der Gewaltfälle in Haushaltsgemeinschaften geschieht und Frauen eher Opfer von verbalen Aggressionen und Vernachlässigung werden und Männer eher Opfer in materieller Hinsicht. Als Täter neigen Frauen eher zu psychischen, Männer eher zu körperlichen Misshandlungen. In Bezug auf die verwandtschaftlichen Beziehungen ergibt sich, dass einerseits Ehepartner/Ehepartnerinnen und andererseits Kinder (Enkelkinder) etwa gleich häufig als Verursacher in Erscheinung treten.

Gewaltausübung steht häufig im Zusammenhang mit Pflege- und Betreuungsbeziehungen. Für die Subgruppe der *betreuungsbedürftigen* alten Menschen lässt sich resümieren, dass fast ein Viertel psychisch missbraucht und ein Fünftel vernachlässigt wird; mehr als ein Drittel der pflegenden Angehörigen sagt von sich selbst, dass sie schon Gewalt angewendet hätten. Unstrittig ist weiters, dass demenziell erkrankte Menschen einem besonders erhöhten Gewaltrisiko ausgesetzt sind.¹¹

Es gibt in der Familie drei Konstellationen – die einander nicht ausschließen –, von denen man aufgrund der vorliegenden Evidenz behaupten kann, dass sie Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung von alten Menschen begünstigen: zwangsweise Abhängigkeiten, eine ungünstige familienbiografische Vorgeschichte, Verwahrlosungsphänomene.

Abhängigkeitsverhältnisse

Das wohlfahrtsstaatliche System hat dazu geführt, dass die älteren Menschen heute finanziell weitgehend unabhängig von ihren Nachkommen sind und auch das engste Zusammenleben wegen Wohnraummangels eher der Vergangenheit angehört. Grundsätzlich werden dadurch familiäre Konflikte abgeschwächt und die Solidarität gestärkt.¹²

Heute tritt der wichtigste Fall von Abhängigkeit im Alter dann ein, wenn Menschen pflegebedürftig werden. Familiäre Langzeitpflege ist durchaus nicht selten, im Alter zwischen 45 und 79 Jahren ist in Österreich jede zehnte Person entsprechend tätig, selbst unter den 80- und Mehrjährigen gibt es noch eine substanzielle Anzahl. Von allen betreuenden Personen pflegen zwei Drittel die Eltern oder einen Elternteil bzw. die Schwiegereltern, ein Drittel pflegt jemanden aus der gleichen Generation, zumeist den Partner bzw. die Partnerin, seltener Geschwister. Rund drei Viertel aller Pflegenden sind weiblich.¹³

Die Pflege der eigenen Angehörigen wird grundsätzlich nach wie vor als eine ethisch-moralische Verpflichtung innerhalb der Familie angesehen. Es existiert ein aus vier ineinander verwobenen Komponenten zusammengesetztes Motivationsbündel, welches dazu führt, dass die Pflege des Partners, der Partnerin bzw. der Eltern mehrheitlich mit einer gewissen Selbstverständlichkeit übernommen wird:¹⁴

- i. Liebe und affektive innere Verbundenheit und Nähe, welche die Pflege von Angehörigen bis zu einem gewissen Grad auch als erfüllende Lebensaufgabe empfinden lassen;
- ii. Gefühle der Dankbarkeit für die von den nunmehr Bedürftigen früher selbst erbrachten Leistungen und Opfer, wobei sich diese Gefühle auf die gesamte gemeinsam verbrachte Lebensspanne erstrecken;
- iii. Kulturelle Verantwortlichkeitsnormen und soziale Kontrolle durch die Umgebung, allenfalls verstärkt durch die Scheu, fremden Pflegepersonen Einblick in das private Umfeld zu gewähren;
- iv. Anreize materieller Art, etwa Erwartung eines Erbes, Geschenke, Einkommensverbesserungen durch das Pflegegeld.

Von Ausnahmen abgesehen – welche freilich im Falle von Demenzerkrankungen häufiger auftreten – sind die Reaktionen der Betreuten üblicherweise von großer Dankbarkeit gegenüber den Betreuerinnen getragen; für diese wirkt die gezeigte Dankbarkeit wiederum als immaterielle Gratifikation,

stärkt ihr Selbstbild als kompetent helfende Person und fördert somit letztlich die Bereitschaft zur Fortsetzung der Betreuung.

Ungeachtet dieser positiven Grundhaltung klagt die große Mehrheit der Betreuungspersonen über eine zumindest phasenweise Überbelastung, wobei als wichtigste Faktoren zu nennen sind:¹⁵

- i. Mehrarbeit (u. a. die ästhetisch unangenehmen Arbeiten samt seelischer Belastung, besonders bei Inkontinenz) und physische Belastungen durch manuelle Tätigkeiten, aber auch chronischer Schlafmangel aufgrund von dauernden nächtlichen Störungen;
- ii. soziale Isolation durch die Angebundenheit im Haushalt bzw. durch die Dominanz des Aktivitätsrhythmus der Pflegebedürftigen, woraus mangelnde Freizeit, Verzicht auf Urlaub, reduzierte berufliche und private Selbstverwirklichungsmöglichkeiten resultieren;
- iii. Kommunikationsschwierigkeiten, wenn aufgrund von Schwerhörigkeit oder von Demenzerkrankungen Gespräche nur unter größten Schwierigkeiten möglich sind;
- iv. widersprüchliche oder aggressive Verhaltensweisen, speziell des demenzkranken alten Menschen, die einen wesentlichen Stressfaktor darstellen, selbst wenn man über die medizinische Ursachen informiert worden sein mag;
- v. Hoffnungslosigkeit angesichts des hilflosen Erlebens von Krankheit und Leiden, trotz des hohen persönlichen Einsatzes;
- vi. Unabsehbarkeit des Endes dieser krisenhaften Lebensphase, wodurch keine Zukunftsplanung zugelassen wird;
- vii. fehlende Anerkennung und Unterstützung der Pflegeleistungen durch die anderen Familienmitglieder, durch die Sozialbürokratie und durch die Gesellschaft im Allgemeinen.

Alles in allem werden die psychisch-seelischen Belastungen noch bedrückender erlebt als die rein körperlichen oder finanziellen, wobei erstere natürlich in besonders hohem Maße bei der Betreuung von demenziell Erkrankten auftreten. Belastung

ist in erster Linie ein subjektives Erleben, das sich nicht ohne weiteres aus objektivierbaren Faktoren wie dem Grad der körperlichen Beeinträchtigung einer Person oder der für die Pflege erforderlichen Zeit ableiten lässt. So betont auch das transaktionale Stressmodell von Lazarus die Bedeutung der Bewertung eines Reizes und der Einschätzung der vorhandenen Bewältigungsstrategien.¹⁶ In den familialen Pflegesituationen bilden diese widerstrebenden Faktoren den Hintergrund für ein hohes Maß an Ambivalenz, was sozusagen den Boden für Gewalt aufbereitet, wenngleich diese letztlich nur in seltenen Fällen manifest wird.¹⁷

Die Erklärung der Gewaltentstehung in diesem Zusammenhang ist als „*Caregiver-overload*“-These bekannt geworden.¹⁸ Demnach gehen Pflegebeziehungen mit einer Vielzahl an Anforderungen und Frustrationen einher und die Wahrscheinlichkeit von Misshandlung bzw. Vernachlässigung nimmt mit dem Ausmaß der Pflegebelastung zu. Der Ursprung von Überforderung liegt häufig in der Diskrepanz zwischen den Erwartungen und der Realität. Viele Pflegenden erwarten am Anfang, die Kontrolle über die Pflege zu behalten. Diese Erwartung wird jedoch oft enttäuscht, weil die zeitlichen und die seelisch-emotionalen Anforderungen unterschätzt werden. Die Anwendung von Gewalt ist dann primär eine Reaktion auf die entstandene Stresssituation, die gleichzeitig als unfair und unentrinnbar wahrgenommen wird.

Zudem kann das Schwanken zwischen der Sorge um den Angehörigen und dem Gefühl des Selbst-zu-kurz-Kommens in unheilvoller Weise Schuldgefühle hervorrufen, die vom alten Menschen leicht verstärkt werden können. Die Vermeidung des Vorwurfs, den alten Angehörigen „abgeschoben“ zu haben, ist ein häufiges Motiv zur Fortsetzung der Pflege. Schuldgefühle können die Pflegenden in tiefe emotionale Abhängigkeiten verstricken, die in Grenzsituationen zur Gewaltanwendung führen können, was wiederum Schuldgefühle auslöst und die Lage als hoffnungslos erscheinen lässt. Verschärfend wirken *wechselseitige* Abhängigkeits-

verhältnisse. Wenn z. B. eine Tochter von ihrer pflegebedürftigen Mutter finanziell abhängig ist und sich daraus ein bitteres Gefühl der Unfreiheit entwickelt, so ist bei der gleichzeitigen Verpflichtung zur Pflege die Wahrscheinlichkeit nicht gering, dass sie sich auf „kompensierende“ Weise gewalttätig verhält.

Festzuhalten ist, dass das Bild eines Täter-Opfer-Antagonismus die Situation nur sehr unzureichend trifft. Es zeigen so gut wie alle Untersuchungen, dass sich die Mehrzahl der pflegenden Angehörigen, welche Gewalt anwenden, letzten Endes ausweglos überfordert fühlt. Insofern sind die Täter und Täterinnen gleichzeitig Opfer ihrer Überforderungssituation, was sich auch darin zeigt, dass sie überdurchschnittlich häufig von Depressionen, psychosomatischen Beschwerden und Alkoholmissbrauch betroffen sind.¹⁹

Familienbiografische Vorgeschichte

In vielen Fällen hat Gewalt im Alter eine lange Vorgeschichte, die in die frühen und mittleren Lebensjahre zurückreicht. Die Beziehungen zwischen den erwachsenen Kindern und ihren Eltern und Schwiegereltern sind mehr als jede andere soziale Beziehung durch die gesamte Biografie geprägt. So wird ein Familienstil, der schon immer durch Aggressionen gekennzeichnet war, vermutlich im Alter weitergeführt werden.

Eine Studie mit pflegenden Töchtern über ihre Mutterbeziehung in der Kindheit, Adoleszenz, in der Phase der Loslösung und eigenen Familiengründung und in der aktuellen Betreuungssituation bestätigt die lebenslange Kontinuität von Beziehungen. Hatten die Töchter zu ihren Müttern bereits in der Kindheit eine emotional überwiegend positive Beziehung, so wirkte sich die Pflegesituation weniger belastend aus. Wurden die Pflegesituationen hingegen überwiegend von Loyalitäts- und ethischem Verpflichtungsgefühl getragen, so zeigte sich das Muster von lebenslangen, Konflikt beladenen, nie gelösten Dyaden oder symbiotischen, negativen Beziehungen bereits in der Kindheit.

Bei gleichem Betreuungsaufwand erlebten diese Frauen es emotional wie physisch als signifikant anstrengender und belastender, ihre pflegebedürftigen Mütter zu betreuen.²⁰

Nicht nur die intergenerationelle Gewalt, sondern auch jene zwischen den Ehepartnern im Alter muss selbstverständlich vor dem Hintergrund einer Fortführung von wahrscheinlich lang bestehenden problematischen Beziehungen interpretiert werden. Man schätzt, dass in rund 5% aller alten Ehen körperliche Gewalt eine Rolle spielt. Hier kann es durchaus auch zu Umkehrungen in der Machtbalance kommen, wenn etwa der autoritäre Ehemann nicht mehr in der Lage ist, seine Ansprüche mit physischer Gewalt durchzusetzen.²¹

Die Tatsache der langfristigen Nachwirkung von biografischen Ereignissen im familialen Kontext hat das Konzept eines „intergenerationellen Gewaltkreislauf“ entstehen lassen, wo angenommen wird, dass erwachsene Kinder, die ihre alten Eltern misshandeln, früher selbst von diesen misshandelt worden waren, d. h. Vergeltung wie auch Imitation von Verhalten eine Rolle spielen. Allerdings erscheint die empirische Basis bisher nicht ausreichend, um die Gewaltkreislauf-These für das höhere Alter als verifiziert ansehen zu können.²²

Problemfamilien

Eine dritte und in vieler Hinsicht verschiedene Ausgangslage finden wir bei den sogenannten „Problemfamilien“ mit Verwahrlosungstendenzen vor, wo der Missbrauch von Alkohol oder Suchtgiften vielfach der entscheidende Faktor für körperliche Misshandlungen ist. Für einen Suchtkranken kann die Pension des alten Angehörigen die wichtigste permanente Geldquelle sein. Ebenso problematisch sind jene Fälle, in denen Beschäftigungslose von den finanziellen Ressourcen des alten Menschen partizipieren, den sie gleichzeitig vernachlässigen. In solchen Situationen vereinen sich häufig finanzielle Ausbeutung, Drohungen, soziale Isolierung und direkte physische Gewalt. Die allenfalls verständigten Sozialdienste können oft nur aufklä-

rend oder durch das Angebot von Hilfen wirken; eine juristische Folge – sei es eine polizeiliche Verfolgung oder gar ein Gerichtsverfahren – ist nur in extremen Fällen zu beobachten.

Dieser Erklärungsstrang wird in der „*Problemrelative*“-These²³ zusammengefasst, der zufolge verhaltensgestörte und deviante Angehörige, die außerdem häufig vom alten Menschen in finanzieller und/oder sonstiger Hinsicht abhängig sind, ihre aggressiven Handlungstendenzen eben auch in der Pflegebeziehung ausleben.

Gefühlsdynamik als Merkmal von Familienbeziehungen

Wie immer Familienbeziehungen konkret ausgestaltet sein mögen: Ein stets wichtiges, wenn nicht *das* herausragende Merkmal, ist ihre besondere Gefühlsdynamik. Diese hat auch für den Fall von Gewaltbeziehungen schwerwiegende Konsequenzen, welche in dieser Form bei Übergriffen in Institutionen nicht auftreten.

Erneut wird hier das Problem der Subjektivität der Wahrnehmung und Definition von Gewalt berührt. Während jedoch in Bezug auf die Stellung der alten Menschen in der Gesellschaft im Allgemeinen Gewalt subjektiv extensiv ausgelegt wird, ist im Familienzusammenhang das Verständnis ein anderes. Jeder Mensch bewertet die Beziehungen zu seinen Familienmitgliedern keineswegs ausschließlich nach den vorgegebenen (Rechts-)Normen, sondern es herrschen private Standards und Verständnisweisen vor, die sowohl von den sozialen und allenfalls auch ethnischen Milieus als auch von der jeweiligen besonderen Familiengeschichte beeinflusst sind. Darüber hinaus gilt das Familienleben nachgerade als *das* Sinnbild für eine selbstbestimmte Sphäre, in die Außenstehende keinen Einblick haben und schon gar nicht eingreifen dürfen.

Das Streben nach Privatautonomie führt zusammen mit der Gefühlsdynamik und der Bedeutung der Familiengeschichte dazu, dass sowohl die Untersuchung von als auch die Hilfestellung bei vermutterter Gewalt im persönlichen Nahbereich besonders

schwierig sind. Es gibt fließende Grenzen zwischen „Normalität“ und Gewalt, und die Widersprüche zwischen den objektiven Urteilen – soweit diese überhaupt möglich sind – und den subjektiven Bewertungen der Beteiligten sind schwer aufzulösen.

Deshalb ist die Frage nach der Überschreitung der Gewaltschwelle oftmals heikel, wie an Beispielen gezeigt werden kann: Wo ist die Grenze zu ziehen zwischen gern gegebenen finanziellen Gaben der Großmutter an die Kinder und Enkel und den Fällen der eindeutigen finanziellen Ausbeutung? Ist die Drohung von erwachsenen Kindern gegenüber ihrem alternden Vater, die Kommunikation mit ihm abubrechen, wenn er sich an eine neue Lebenspartnerin bindet, nur als banale Familiendiskussion zu qualifizieren oder bereits terroristische Erpressung? Ist es eine verständliche, wenn nicht sogar verpflichtende Pflegehandlung oder bereits Missbrauch, wenn der mental eingeschränkten Pflegebedürftigen die ärztlich verschriebenen Tabletten trotz Gegenwehr in den Mund geschoben werden? Darf eine Tochter ihren unter der Alzheimer-Krankheit leidenden Vater legitimer Weise für ein paar Stunden in der gemeinsamen Wohnung einsperren, um ein bisschen Distanz zu gewinnen, oder übt sie Gewalt aus und macht sich vielleicht sogar strafbar?

Fraglos wird es in diesen und ähnlich gelagerten Fällen zu Diskrepanzen zwischen objektiver und subjektiver Beurteilung kommen, so dass vom sogenannten „unwissenden Opfer“ bzw. vom/von der „unwissenden Täter/in“ gesprochen werden muss.²⁴ Wenn für die Negativität einer Handlung kein Bewusstsein besteht, dann wird es schwierig, das Dunkelfeld zu durchdringen und erfolgreich Hilfe anzubieten, und es werden Strafmaßnahmen auf Unverständnis stoßen.

Während einerseits reale Gewalt ausgeblendet wird, ist andererseits zu sehen, dass scheinbar triviale Anlässe schwerwiegende Folgen haben können. Zur Illustration folgendes Beispiel: Es ist in der Literatur unumstritten, dass Haustiere für ältere Menschen einen besonders hohen Stellenwert als Gefährten und Bestandteil des sozialen

Netzwerks einnehmen und sie zu ihnen eine starke emotionale Bindung haben. Wenn nun der durchaus nicht realitätsferne Fall eintritt, dass ein Geldfordernder Angehöriger dies mit der Drohung verbindet, bei Nichterfüllung seines Wunsches dem geliebten Haustier des alten Menschen etwas anzutun, so wird man zweifellos auch aus objektiver Sicht von Gewaltausübung sprechen.²⁵ Freilich wird die Ahndung der erpresserischen Drohung ein bestimmtes Strafausmaß nicht überschreiten können, sofern die Angelegenheit überhaupt nach außen offenbar wird. Mit anderen Worten: Die objektive Beurteilung des Falles wird der vom alten Menschen empfundenen Katastrophe in keiner Weise gerecht werden können.

Nebenfolgen der Opferwerdung

Eine nicht immer gebührend gewürdigte Tatsache sind die gravierenden „Nebenfolgen“ einer Opferwerdung. Der alte Mensch als Opfer will häufig schwerwiegende Nachteile für den Täter oder die Täterin vermeiden, weil er deren Zuwendung trotz allem nicht verlieren will und weil er mit ihr oft auch ökonomisch oder pflegerisch eng verbunden ist. Wird die Gewalt ausübende Person „entdeckt“, dann ist damit der Fortbestand der bisherigen Beziehung gefährdet, und es kann der Verlust der sozialen Unterstützung durch diese Person eintreten. Deswegen bleibt das Opfer stumm, wobei natürlich auch Zwang oder Nötigung bzw. die Furcht vor Revancheakten und Repressalien durch den Täter eine Rolle spielen können.

Die Gewalt Ausübenden sitzen so am längeren Ast, denn den missbrauchten alten Menschen stünden als wenig verlockende Alternativen nur die soziale Isolation oder der Heimeintritt zur Verfügung. Konsequenterweise wählen viele Opfer daher nicht den Weg, Hilfe von außen zu suchen, sondern sie wirken nicht selten sogar mit bei der Leugnung und der Verschleierung der an ihnen begangenen Taten. Insofern gehen manche Bestimmungen etwa des österreichischen Gewaltschutzgesetzes (Wegweisung und Betretungsverbot) an der Le-

bensrealität von alten Opfern vorbei und werden in der Praxis auch kaum angewendet.

Referenzen

- 1 Kruse A., *Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters*, *Z Gerontol Geriat* (2005); 38: 273-287
- 2 Aus pragmatischen Gründen wird in diesem Beitrag der Begriff „Pflege“ breit gefasst und meint sowohl „Grundpflege“ als auch „Behandlungspflege“, und auch betreuende Hilfen zur Alltagsbewältigung. Siehe dazu Bartholomeyczik S., *Pflegerische Versorgung*, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*, BFSFJ, Berlin (2002), S. 250-288
- 3 Hörl J., *Wirklichkeitskonstruktionen – Tatsachen und Trugbilder zur Gewalt im Alter*, in: Amann A., Kolland F. (Hrsg.), *Das erzwungene Paradies des Alters?* VS Verlag, Wiesbaden (2008), S. 121-136
- 4 Krug E. G. et al. (Hrsg.), *World Report on Violence and Health*, World Health Organization, Genf (2002), S. 126f
Es ist zu beachten, dass sich die im deutschen bzw. englischen Sprachraum üblicherweise verwendeten Begriffe nicht vollständig in ihrem Bedeutungsgehalt decken.
- 5 Görgen Th., *A Multi-Method Study on Elder Abuse and Neglect in Nursing Homes*, *J Adult Protect* (2004); 6: 15-25
Pillemer K., Moore D. W., *Abuse of Patients in Nursing Homes – Findings from a Survey of Staff*, *Gerontologist* (1989); 29: 314-20
Für die USA (Pillemer und Moore) bzw. Deutschland (Görgen) werden folgende Jahresprävalenzen genannt: Beobachtung der Anwendung psychischer Gewalt durch Kolleginnen und Kollegen: 81% bzw. 63%; selbst begangene psychische Gewalt: 40% bzw. 45%. Rangreihung der Formen: wütend anschreien; beschimpfen; ignorieren, isolieren; absichtlich ärgern. Beobachtung der Anwendung physischer Gewalt durch andere: 36% bzw. 30%, selbst begangene physische Gewalt: jeweils 10%. Rangreihung der Formen: nicht rechtzeitig umlagern, nicht aus dem Bett holen; exzessiv Freiheit beschränken, fixieren; stoßen, schubsen, grob anfassen; nicht ins Freie bringen, auf Toilettengang warten lassen.
- 6 Landerer Ch., *Die Betreuung verwirrter alter Menschen im Heim. Beobachtungen in einer „beschränkten Station“*, Inauguraldissertation, Universität München (1991)
Rosenmayr L., *Gefahren und Freuden in der Pflege von alten Menschen*, *Österr Pflegezeitschr* (2002); 10: 24-28
Sethi D. et al., *European Report on Preventing Elder Maltreatment*, World Health Organization, Kopenhagen (2011)
- 7 Hamers J. P. H., Huizing A. R., *Why Do We Use Physical Restraints in the Elderly?* *Z Gerontol Geriat* (2005); 38: 19-25
- 8 Glaus Hartmann M., *Aggressionsergebnisse in Pflegeheimen*, Master's thesis, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht (2003)
Shaw M. M., *Aggression toward Staff by Nursing Home Residents: Findings from a Grounded Theory Study*. *J Gerontol Nurs* (2004); 30 43-54
- 9 Petzold H. G., *Bedrohte Lebenswelten – Überforderung, Burnout und Gewalt in Heimen*, in: Petzold Ch., Petzold H. G. (Hrsg.), *Lebenswelten alter Menschen*, Vincentz, Hannover (1992), S. 248-291
Shinan-Altman S., Cohen M., *Nursing Aides' Attitudes to Elder Abuse in Nursing Homes: The Effect of Work Stressors and Burnout*, *Gerontologist* (2009); 49: 674-684
Wynkoop T. F., Gerstein L. H., *Staff Burnout in Adult Protective Services Work*, in: Byers B., Hendricks J. E. (Hrsg.), *Adult Protective Services: Research and Practice*, Charles C. Thomas, Springfield, IL (1993), S. 191-229
- 10 Cooper C., Selwood A., Livingston G., *The Prevalence of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review*, *Age Ageing*, (2008); 37: 151-160
de Donder L. et al., *European Map of Prevalence Rates of Elder Abuse and its Impact for Future Research*, *Eur J Ageing* (2011); 8: 129-143
Sethi D. et al., siehe Ref. 6
- 11 Cooper C. et al., siehe Ref. 10, S. 158
- 12 Kohli M., Künemund H., *Bewertung und Ausblick*, in: Dies. (Hrsg.), *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*, Leske + Budrich, Opladen (2000), S. 337-342
- 13 Hörl J., *Pflege und Betreuung I: informelle Pflege*, in: Hörl J., Kolland F., Majce G. (Hrsg.), *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme*, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien (2008), S. 351-372
- 14 Hörl J., *Betreuungserfahrungen und Sozialbeziehungen älterer Menschen*, *Z Gerontol* (1986); 19: 348-354
Scholta, M., *Pflege und Betreuung als Generationenproblem am Beispiel der alten Menschen*, in: Badelt Ch. (Hrsg.), *Beziehungen zwischen Generationen*, Österreichisches Institut für Familienforschung, Wien (1997), S. 59-72

- Ziegler F., *Familienpflege und Familiensolidarität. Über den Umgang erwachsener Kinder mit der Pflegebedürftigkeit ihrer Eltern*, Dissertation, Universität Konstanz (2000)
- 15 Hörl J., Rosenmayr L., *Gesellschaft, Familie, Altersprozesse*, in: Reimann H., Reimann H. (Hrsg.), *Das Alter: Einführung in die Gerontologie*, Enke, Stuttgart (1994), S. 75-108
Pochobradsky E. et al., *Situation pflegender Angehöriger*. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien (2005)
 - 16 Lazarus R. S., *Psychological Stress and the Coping Process*, McGraw-Hill, New York (1966)
 - 17 Lachs M. S., Pillemer K., *Elder Abuse*, *Lancet* (2004); 364: 1263-1272
 - 18 Steinmetz S. K., *The Abused Elderly are Dependent. Abuse is Caused by the Perception of Stress Associated with Providing Care*, in: Gelles R. J., Loseke D. R. (Hrsg.), *Current Controversies on Family Violence*, Sage, Newbury Park, CA (1993), S. 222-236
 - 19 Lachs M. S., Pillemer K., siehe Ref. 17
 - 20 Wimmer-Puchinger B., *Emotionale Transfers zwischen den Generationen*, in: Badelt Ch., siehe Ref. 14, S. 103-114
 - 21 Cooper C., Selwood A., Livingston G., siehe Ref. 10, S. 158
 - 22 Bergstermann A., Carell A., *Gewalt und Zwang in der familiären Pflege*, in: de Vries B., Telaar K. (Hrsg.), *Gewalt im höheren Lebensalter*, Fachverlag Dr. Johannes Plümpe, Castrop-Rauxel (1998), S. 170-207
 - 23 Pillemer K., *Elder Abuse is Caused by the Deviance and Dependence of Abusive Caregivers*, in: Loseke D. R., Gelles R. J., Cavanaugh M. (Hrsg.), *Current Controversies on Family Violence*. Sage, Newbury Park, CA (2004), S. 207-220
 - 24 Kiefl W., Lamnek S., *Soziologie des Opfers*, Wilhelm Fink Verlag, München (1986)
 - 25 O'Keeffe M. et al., *UK Study of Abuse and Neglect of Older People. Prevalence Survey Report*, Kings College and National Centre for Social Research, London (2007)
Bartholomeyczik S., siehe Ref. 2, S. 216-217

Martina Hiemetzberger

Der Tod und seine zwei Gesichter

The two Faces of Death

Zusammenfassung

Die medizinischen Leistungen auf dem Gebiet der Organtransplantation ermöglichen unzähligen Schwerstkranken ein Überleben bzw. tragen wesentlich zur Verbesserung der Lebensqualität bei. Ein großer Beitrag für eine gelungene Transplantation geht von Seiten der Pflege aus. Die Betreuung von hirntoten Patienten erfordert umfassendes Wissen und intensive Pflege.

Ist der Mensch tot, wenn seine Hirnfunktionen erloschen sind? Ein hirntoter Mensch unterscheidet sich rein äußerlich nicht von einem Intensivpatienten, was bei Pflegepersonen oftmals Unsicherheit im pflegerischen Handeln auslöst und zu starken emotionalen Belastungen führt. Dies zeigt eine Studie zur subjektiven Erlebensperspektive der damit befassten Pflegepersonen.

Diese besondere Pflegesituation erfordert eine umfassende Auseinandersetzung mit der ethischen, rechtlichen und pflegerischen Dimension der Hirntodproblematik.

Schlüsselwörter: Hirntodkonzept, Pflege, anthropologische Sicht, gesetzliche Bestimmungen, Autonomie

Abstract

Medical achievements in organ transplantation have improved the chances to survive, and have contributed substantially to quality of life, too. Successful transplantations depend a good deal on perioperative nursing. The handling of braindeath requires compound knowledge in the field and intensive efforts in nursing.

Is somebody really dead when his/her brain has ceased to work? A braindead individual looks externally like any other patient in the ICU, a fact that is disturbing and puts a great emotional strain on the nursing personnel. This was documented by an investigation on the perspectives of personal experiences of the nursing staff.

These very special circumstances warrant a thorough analysis of ethical, juridical and nursing implications around the phenomenon of braindeath.

Keywords: Concept of Braindeath, Nursing, Anthropological Approach, Law, Autonomy

Mag. phil. Martina Hiemetzberger, DGKS
Lehrerin für GuK
Sozialmedizinisches Zentrum Ost, Donauespital
Langobardenstr. 122, A-1220 Wien
Martina.Hiemetzberger@wienkav.at

1. Einleitung

Die Handlungsfelder und Zuständigkeitsbereiche innerhalb der Medizin haben sich in den letzten sechs Jahrzehnten in einem hohen Maß ausgeweitet und differenziert. Die rasante Weiterentwicklung medizinischer Behandlungsmethoden und technischer Möglichkeiten bringen große ethische Konflikte mit sich. Die Betreuung eines hirntoten Menschen stellt die Angehörigen und alle beteiligten Berufsgruppen vor eine besonders schwierige Aufgabe. In besonderer Weise betrifft dies Pflegepersonen, die um die Organerhaltung, der sog. Spenderkonditionierung, bemüht sind.

Häufig werden solche Patienten¹ nicht mehr in ihrer Ganzheit gesehen, da Körper, Geist und Seele nicht mehr im unmittelbaren Zusammenhang zu stehen scheinen. Sie werden biologisch nicht als tot wahrgenommen, auch die Pflege wird weitergeführt so wie an den Tagen vor der Hirntoddiagnostik. Fragen, ob der Hirntod mit dem Individualtode des Menschen gleichzusetzen ist, warum Hirntote zu Bewegungen, Reflexreaktionen, Schwitzreaktionen und Blutdrucksteigerungen fähig sind, lösen bei Angehörigen hirntoter Menschen wie auch bei vielen Pflegepersonen Zweifel aus.

Dies erfordert einerseits sachliche Kenntnisse über das Hirntodkonzept, andererseits ist das Nachdenken über die ethische Dimension sowie die Reflexion der eigenen Werte und gesellschaftlichen Normen für jede weitere Auseinandersetzung unabdingbar.

Die Hirntodfeststellung basiert auf einer Definition, wobei der exakte Todeszeitpunkt empirisch nicht fassbar ist und sich augenscheinlich keine Veränderung dieser Patienten zeigt. Daraus ergibt sich die zentrale Frage: Ist der Mensch tot, wenn seine Hirnfunktionen erloschen sind und welche Bedeutung hat dies für die Pflege?

2. Geschichtliche Entwicklung der Hirntodfrage

Die Hirntodfrage wurde erst Ende der 1950er Jahre durch den medizinisch-technischen Fort-

schritt der apparativen Intensivmedizin wichtig und bekannt. Im Zuge der Entwicklung und des Einsatzes mechanischer Beatmungsgeräte machte man die Erfahrung, dass eine technisch erzeugte und erfolgreiche Wiederbelebung nicht zwingend den Menschen wieder zum Atmen anregen konnte. Auch das volle Bewusstsein kehrte nicht zurück, weil im Gehirn bereits Sterbeprozesse stattgefunden hatten. Es drängte sich nun die Frage auf, inwieweit diese Menschen noch als „lebend“ anzusehen seien. Mit der ersten erfolgreichen Herztransplantation in Kapstadt 1967 durch den Chirurgen Christiaan Barnard entstand ein weiteres Problem, nämlich ab wann eine Organtransplantation zu rechtfertigen wäre.

1968 wurde das AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL,² bestehend aus Medizinern, Juristen, Ethikern und Theologen zum Zweck der Erarbeitung eines neuen Todeskriteriums gebildet. Ziel dieser Kommission war es, einerseits den Behandlungsabbruch bei irreversiblen Koma zu begründen und andererseits einen Kriterienkatalog für den so genannten Hirntod zu erstellen, mit der Trias:

- tiefes, irreversibles Koma
- erloschene Hirnstammreflexe und
- Verlust der Spontanatmung (Apnoe)

3. Definition und Diagnostik des Hirntodes

In den meisten europäischen Ländern, wie auch im deutschsprachigen Raum, gilt die Ganzhirntoddefinition:

„Der Hirntod wird definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten.“³

Neben dem Ganzhirntodkonzept existieren auch Teilhirntodkonzepte wie beispielsweise der Hirnstammtod. Dieser ist im deutschsprachigen Raum nicht als Tod des Menschen akzeptiert, ein „Null-Linien-EEG“ ist zwingend vorgeschrieben.

Auch die Richtlinien für die Hirntodfeststellung sind europaweit unterschiedlich geregelt. Das diagnostische Verfahren folgt immer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und den anerkannten medizinischen Methoden. Die dafür geltenden Kriterien werden laufend überarbeitet und aktualisiert.

4. Gesetzliche Regelung zur Organentnahme bei Hirntoten

Die rechtlichen Bestimmungen zur Organspende sind innerhalb der europäischen Union nicht einheitlich geregelt. In den meisten europäischen Staaten wie auch in Österreich hat sich die *Widerspruchslösung* durchgesetzt. In Österreich wird die Organentnahme im Bundes-Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz⁴ (KAKuG) BGBl I 35/2004 § 62a geregelt.

Nach der Widerspruchslösung gilt ein hirntoter Patient als potentieller Spender, wenn er sich zu Lebzeiten nicht ausdrücklich gegen eine Organspende ausgesprochen hat.

Widerspruch kann erfolgen durch Eintragung in das „Widerspruchsregister gegen Organspende“, das seit 1. Januar 1995 beim Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) eingerichtet ist. Die Transplantationszentren sind vor jeder allfälligen Organentnahme zur Abfrage im Widerspruchsregister gesetzlich verpflichtet.⁵ Weiters ist das Mitführen eines Schriftstücks (z. B. bei den Ausweispapieren), aus dem eine Ablehnung der Organspende klar hervorgeht, anerkannt.

Im Jahr 2010 haben 1.321 Personen einer potentiellen Organentnahme widersprochen, insgesamt sind 0,23 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung im Widerspruchsregister eingetragen.⁶

Weiters gilt in einigen Ländern die *Zustimmungslösung*. Diese findet innerhalb der Europäischen Union in den Ländern Dänemark, Deutschland, Griechenland, Großbritannien, Irland, Litauen, Malta, den Niederlanden und Rumänien Anwendung.

Bei der Zustimmungslösung ist eine Organentnahme nur nach ausdrücklicher Einwilligung des Organspen-

ders zu Lebzeiten zulässig (enge Zustimmungslösung). Wenn keine Einwilligung des Verstorbenen vorliegt, kann diese bei einer erweiterten Zustimmungslösung auf die Angehörigen übertragen werden.

Mit der Zustimmungslösung wird der ausdrückliche Wille des hirntoten Menschen am entschiedensten gewahrt. Die Erweiterung der Zustimmung auf Angehörige setzt voraus, dass die Angehörigen den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen kennen. Einen leichteren Zugriff auf die Organe eines Hirntoten ermöglicht die Widerspruchslösung. Zudem bewirkt diese die Abwendung der psychischen Belastung für die Angehörigen, da sie keine Entscheidung treffen müssen. Allerdings treten die Schutzbedürfnisse des Organspenders in den Hintergrund, da keine aktive Zustimmung des potentiellen Spenders vorliegt und die Gesetzeslage in der Bevölkerung nicht allgemein bekannt ist.

Laut dem evangelischen Theologen Wolfgang Huber wird durch eine Widerspruchslösung aus der freiwilligen Organspende im Dienst am Mitmenschen eine Organabgabepflicht, von der nur durch Widerspruch Ausnahmen erwirkt werden können.⁷ Aus ethischer Sicht bleibe das Prinzip der Autonomie unberücksichtigt, denn eine Spende kann nur freiwillig sein.

Nach Meinung der katholischen Kirche ist die „unentgeltliche Organspende nach dem Tode erlaubt“ und „kann verdienstvoll sein“,⁸ sie nimmt aber zu aktuellen Gesetzeslagen nicht Stellung.

Allerdings ist zu bedenken, dass unsere Gesellschaft multikulturell ist. Kulturen, die unsere biologischen und neuropsychologischen Kenntnisse nicht teilen und einzelnen Organen andere Funktionen zuschreiben oder auch ein anderes Verständnis von Leben und Tod verinnerlicht haben, sollten respektiert werden. Das Prinzip der Autonomie sollte daher an oberster Stelle stehen.

In Österreich wurde bislang keine systematische Information in allen Gesellschaftsschichten der Bevölkerung über die Handhabung der Organentnahme betrieben. Dies bewirkt eine weit

verbreitete Unwissenheit zu dieser Thematik bei den österreichischen Staatsbürgern und erfordert einen öffentlichen Diskurs über das Procedere von hirntoten Organspendern und ihren Angehörigen vor dem Hintergrund der aktuellen Gesetzeslage.

5. Erscheinungsbild eines hirntoten Menschen

Da ein hirntoter Mensch aufgrund seines Erscheinungsbildes andere Merkmale als ein Toter aufweist, wird er nicht als Leichnam wahrgenommen und auch von den betreuenden Pflegepersonen nicht so bezeichnet. Der äußere Aspekt gleicht eher einem komatösen oder einem narkotisierten Patienten. Hirntote Patienten liegen im Bett wie andere bewusstlose Patienten auch, das Herz schlägt und sie atmen mit technischer Unterstützung durch Beatmungsgeräte – der Brustkorb hebt und senkt sich. Der Körper hat eine rosige Farbe und fühlt sich warm an. Haut und Muskeln sind weich und weisen keinerlei Zeichen der Leichenstarre auf.⁹

Hirntote können noch Bewegungen in Form unterschiedlicher physiologischer und pathologischer Reflexe aufgrund von auftretenden Reflexautomatismen ausführen, die sich wie willkürliche Bewegungen darstellen. Solche Eigen- und Fremdreflexe können bei völligem Ausfall des Großhirns in verstärktem Maße ausgelöst werden, d. h. es existieren spinale Eigenreflexe, da die hemmenden Einflüsse des Gehirns auf das Rückenmark fehlen. Normalerweise sind solche Reflexe, wie sie eventuell bei Hirntoten vorkommen, nur bei Neugeborenen bzw. Säuglingen zu beobachten. Diese treten entweder als „Automatismen“ (mit einer gleichförmigen Regelmäßigkeit ohne erkennbaren äußeren Reiz) oder als Reflex (durch einen bestimmten Reiz ausgelöst) auf.¹⁰ Bei bis zu 75% aller hirntoten Menschen sind solche spinalen Reflexe (Lazarus-Phänomen) zu beobachten.¹¹

Neben dem Auftreten von Reflexen lässt sich häufig auch eine Hormonausschüttung beobachten. Grund dafür kann eine vorliegende Restdurchblutung der Hirnanhangsdrüse (Hypophyse) sein, die zu einer passiven, ungesteuerten Hormonabga-

be über kurze Zeit nach der Hirntoddiagnose führt. Dies erklärt z. B. auch das Fehlen eines Diabetes insipidus.

Weiters bestehen organ-interaktive Stoffwechselforgänge wie die Funktion der Atmung (Gasaustausch), die Nahrungsaufnahme aus dem Darm über Verarbeitungsvorgänge durch die Bauchspeicheldrüse und Funktion der Leber und ebenso finden in der Niere und im Dickdarm weiterhin Ausscheidungsvorgänge statt.

Aufgrund vegetativ-hormoneller und organ-interaktiver Stoffwechselforgänge kann eine hirntote schwangere Frau ein Kind austragen („Stuttgarter Baby“)¹² oder die Leibesfrucht abstoßen („Erlanger Baby“).¹³

Die beschriebenen Merkmale eines hirntoten Menschen lassen sich für betreuende Personen und Angehörige schwer mit dem Bild eines Toten vereinbaren. Daraus ergibt sich die Schwierigkeit den Tod wahrzunehmen, zu vermitteln und anzunehmen.

Im Anschluss sollen Auszüge aus einer empirischen Untersuchung zur Betreuung hirntoter Menschen¹⁴ die damit verbundenen Schwierigkeiten näher beleuchten.

6. Pflegerische und anthropologische Aspekte

Nach der Hirntoddiagnose wird die Intensivtherapie unter Beachtung der pathophysiologischen Veränderungen fortgeführt, um die Funktion der Organe aufrecht zu erhalten. Diese Spenderkonditionierung ist technisch und organisatorisch sehr aufwendig und anspruchsvoll, jedoch ist von der Qualität der organprotektiven Therapie und Pflege die Funktion des übertragenen Organs abhängig. Exakte Behandlung und Betreuung des hirntoten Patienten bzw. seiner Organe ist entscheidend für die Funktion des Organs beim Organempfänger.¹⁵

Grundsätzlich unterscheidet sich die Spenderkonditionierung nicht wesentlich von der bisherigen Intensivpflege. Der hirntote Mensch wird weiterhin würdevolle gepflegt – die Spenderkonditionierung wird von Pflegepersonen nicht als ein Automatismus gesehen.

Enorm schwierig jedoch gestaltet sich die Beziehung zu den Angehörigen hirntoter Patienten, denen der optisch nicht sichtbare Tod schwer zu vermitteln ist. Dies wird von den befragten Pflegepersonen als besonders problematisch beschrieben:

„Solange er noch dort liegt und solange er noch beatmet wird, ist das für die Angehörigen irgendwie eine Hoffnung [...] sie sehen ihn noch da am Monitor, sie sehen noch das EKG am Monitor und sie spüren das Herz noch und so. Das war für die Angehörigen eher so als wie wenn ihnen jedes Mal ein Stein vom Herzen gefallen wäre, wenn sie hereingekommen sind und [...] es ist noch alles so.“

Angehörigen fällt es schwer eine derartig hoffnungslose Situation aufzugeben und unvorbereitet den nicht sichtbaren Tod anzunehmen.

Oftmals werden diese Patienten noch einige Tage gepflegt, bis die Hirntoddiagnostik abgeschlossen ist bzw. der Hirntod bestätigt wurde. Während dieser Zeit hoffen Angehörige und bitten:

„Lasst ihn nur ja nicht sterben.“ Viele sagen: ‚Tut alles nur damit ihr sie am Leben erhaltet.‘ [...] Aber am schlimmsten wird es für mich, wenn die Angehörigen nicht abschließen können damit. [...] Manche fixieren sich irrsinnig auf den Monitor und sind erfreut, wenn er einen schönen Blutdruck hat – und in der Zeit ist er aber immer schon tot. Das ist für mich sehr schlimm, wenn Angehörige einfach nicht Abschied nehmen können, weil es so unverständlich ist. Das ist furchtbar, wenn sie sagen: ‚Machen Sie das und kann man da nicht etwas machen?‘“

Pflegepersonen sind diejenigen, die dem Patienten und den Angehörigen durch ihre kontinuierliche Präsenz am nächsten sind. Daraus ergibt sich, dass Angehörige sich vermehrt an die Pflegenden wenden, sie beobachten und bei ihnen Hilfe suchen.

Pflegende müssen dann miterleben, wie Angehörige bangen und auf Lebenszeichen hoffen. Welche tröstenden Worte sollen sie wählen, wenn sie wissen, dass der Patient nie wieder aufwachen wird? Die Teilnahme an hoffnungslosen Momenten, das Mitansetzen solcher Tragödien, die genauso das eigene Schicksal bedeuten könnten, führen

nicht selten zu einer emotionalen Ohnmacht. Die Angehörigenbetreuung erfordert von der Pflegeperson ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, und es fällt nicht immer leicht, Trost, Verständnis und Mitgefühl zu vermitteln. Pflegende geraten in einen Zwiespalt zwischen der Verpflichtung gegenüber dem hirntoten Patienten und dem/n schwerstkranken Organempfänger/n. Sie fühlen sich verpflichtet, den Interessen der Transplantationsmedizin bzw. der Hoffnung auf Weiterleben potenzieller Organempfänger entgegenzukommen. Die Pflege rund um die Spenderkonditionierung ist jedoch von hoher ethischer Brisanz, wie dies aus den angeführten Interviews hervorgeht.

Antworten auf die Frage nach dem Status eines Hirntoten geben Aufschluss darüber, dass keine einheitliche Vorstellung darüber vorherrscht. Fest steht, dass für alle befragten Pflegepersonen ein hirntoter Mensch nicht als Leichnam gesehen wird. Er wird eher als „Sterbender, der noch nicht zu Ende gestorben ist“ oder als ein „lebender Toter“ gedeutet. Eine andere Pflegeperson formuliert den Status eines hirntoten Menschen wie folgt:

„Ein Hirntoter befindet sich in einem Zwischenstadium – er ist hinausgegangen in eine Zwischenwelt zwischen Sterbeprozess und Tod.“

Dies führt zu einer Diskrepanz zwischen Leben und Tod. Die persönliche Dissonanz durch den Widerspruch zwischen Hirntodkonzept und erlebter Wahrnehmung ergibt sich dadurch, dass bei Pflegepersonen zwar keinerlei Zweifel an der Hirntoddiagnostik an sich bestehen, jedoch durch bestimmte Phänomene wie Bewegungen durch spinale Reflexe, warme rosige Haut u. a. Unsicherheiten auftreten.

„Es ist alles negativ. Und dann pflegst du ihn, und es rinnt ihm eine Träne herunter – da denkst du dir schon [...].“

Aus den angeführten Aussagen geht hervor, dass das Hirntodkriterium geprägt ist von Unsicherheit. Einige Pflegepersonen scheinen sich dessen auch bewusst zu sein, wie folgende Aussagen in sehr ähnlicher Formulierung bestätigen:

„Rational ist ein Hirntoter tot – nach dem Gefühl lebt er.“

„Also vom Gefühl her ist er nicht ganz tot.“

Diese Pflege erfordert umfassende theoretische Kenntnisse über die Merkmale hirntoter Patienten. Die Mehrzahl der befragten Pflegepersonen ist von der Sicherheit der Hirntoddiagnostik überzeugt und vertraut auf die diagnostischen Apparate und die Ärzte, die sie durchführen. Dennoch bleibt eine gewisse Restunsicherheit in Bezug auf das Metaphysische bestehen.

„Den Hirntod gestorben“

Worauf ist nun die Pflege auszurichten, auf einen Toten oder Sterbenden und somit Lebenden?

Von juristischer Seite hat ein hirntoter Mensch den Status eines Toten bzw. Leichnams. Genau genommen endet hier die Pflege, und es folgt die Versorgung des Verstorbenen. Allein der Gedanke, Leichen zu pflegen wirkt für manche Pflegenden völlig abartig und nicht nachvollziehbar:

„Da hätte ich ein Problem damit, wenn der heute um 15.15 Uhr tot ist, und ich muss bei ihm morgen in der Früh Mundpflege machen. Das geht ja gar nicht. Du kannst ihn nicht wie einen Toten behandeln. Das ist für mich völlig missverständlich. [...] Ich glaube, wenn ich das so akzeptieren würde, weiß ich nicht, wie lange ich in dem Beruf überleben könnte mit der Härte. Also, wenn ich das so akzeptieren würde und einen Leichnam weiterpflegen würde, also ich weiß nicht, ich glaube, das könnte ich nicht mit dieser Einstellung.“

Wird ein Hirntoter allerdings zum Organspender, ändert sich der pflegerische Aufgabenbereich. Die Spenderkonditionierung ist dadurch gekennzeichnet, dass der Hirntote zur Organerhaltung über den Tod hinaus gepflegt wird. Rein äußerlich verändert er sich aber nicht.

„Hirntote sind die einzigen Leichen, die einen Blutdruck haben [...] Ich kenne sonst keinen, der an sicheren Todeszeichen verstorben ist, der noch eine Rötung im Gesicht kriegt oder Harn ausscheidet oder 38°C Körpertemperatur hat.“

Eine angemessene Sterbebegleitung durchzu-

führen, zeigt sich als geradezu unerfüllbar, wie dies eine Pflegeperson beklagt:

„Ich habe ja nicht die Ruhe, ich kann ihm ja nicht die Würde zukommen lassen, weil er ja noch einen Zweck zu erfüllen hat, einen Sinn hat. Ich kann ihn eben nicht in Ruhe sterben lassen. Das ist das Problem. Ich kann eine Sterbebegleitung auch nur durchführen bis die Hirntoddiagnostik abgeschlossen ist, dann würde ich Leichnambegleitung machen.“

An dieser Stelle wird deutlich, dass die Pflegephilosophie mit dem Hirntodkonzept ins Wanken kommt. Die ganzheitliche Sichtweise des Menschen kollidiert mit der naturwissenschaftlichen dualistischen Position des Hirntodkonzeptes.

Dennoch besteht der Versuch innerhalb dieser extremen Ausnahmesituation dem hirntoten Menschen, der einmal Person war, ein größtmögliches Maß an Würde zukommen zu lassen:

„[S]olange nicht wirklich die lebenserhaltenden Maschinen abgestellt werden, ist es meine Aufgabe den Patienten bestmöglich zu pflegen und zu betreuen. [...] Ich denke, das hat sich jeder Mensch verdient. [...]“

7. Ethische Überlegungen zur Hirntodproblematik

Da ein hirntoter Mensch aufgrund seines Erscheinungsbildes andere Merkmale als ein Toter aufweist, wird er nicht als Leichnam wahrgenommen und von den Angehörigen und den betreuenden Pflegepersonen auch nicht so bezeichnet. Es drängt sich die Frage auf: *Ist der Hirntod der Tod des Menschen?*

Ob der Zustand des Hirntodes tatsächlich der Tod des Menschen ist, lässt sich nicht medizinisch entscheiden, sondern hängt von der Definition des Todesbegriffes ab und damit letztlich von unserem kulturell geprägten, anthropologischen Verständnis von Leben und Tod.

Gegenstand vieler Kontroversen ist immer wieder die Schwierigkeit, zwischen dem Tod des Organismus als Ganzes und dem Tod von einzelnen Teilen des Organismus zu unterscheiden: Die Teilung zwischen dem Tod der physischen Natur des

Organismus und dem Ende der Existenz des Organismus als Person.

Eine Gleichsetzung des dissoziierten Hirnausfalls mit dem Tod des Menschen ist empirisch nicht beweisbar. Die naturwissenschaftliche Medizin erfasst den Menschen in seiner leiblich-seelischen Ganzheit den Tod betreffend nur auf der empirischen Ebene und nicht auch im metaphysischen Sinne.

Dies eröffnet erst die ethisch relevante Dimension der Todesbestimmung: Sie hängt immer vom zugrunde liegenden Menschenbild ab.

Diese grundlegende Frage wird sehr kontrovers diskutiert. So bringt der Neurologe Heinz Angstwurm zum Ausdruck, dass mit dem Hirntod das Leben des Menschen irreversibel zu Ende ist:

„Mit dem Tod des Gehirns ist die den Menschen konstruierende körperlich-geistige Einheit für immer zerstört. [...] Anders als andere Organfunktionen ist die Steuerungs- und die Integrationsfähigkeit des Gehirns unersetzbar. Ebenso unersetzbar ist das Gehirn als notwendige körperliche Voraussetzung für alles Metaphysische am Menschen, das doch nur zusammen im Gehirn vorkommt.“⁴⁶

Mit der Annahme, dass das menschliche Bewusstsein als das entscheidende Kriterium für das Leben gilt, schließt sich die Hirntoddefinition jener anthropologischen Tradition an, die den Menschen wesentlich als „res cogitans“ definiert.

Kann dem Menschen seine Individualität, Integrität und Ganzheit abgesprochen werden, wenn ein Teil, in diesem Fall das Gehirn, seine Funktion verliert?

Die Sichtweise, dass das Gehirn das zentrale Organ für die physische Integration des Körpers und seiner lebensnotwendigen Funktionen ist, bedeutet eine hierarchische Polarisierung zwischen Geist und Körper und zwischen Teil und funktionaler Gesamtheit. Wenn per definitionem das Gehirn tot ist, im Körper aber noch Zeichen von Leben erkennbar sind, dann haben wir laut dem Philosophen und Hirntodkritiker Hans Jonas „einen ‚Organismus als ganzen‘ minus Gehirn, der in einem Zu-

stand partiellen Lebens erhalten wird, solange die Lungenmaschine und andere Hilfsmittel am Werk sind.“⁴⁷ Jonas gibt deshalb zu bedenken:

„Hinter der vorgeschlagenen Definition mit ihrer offenkundigen pragmatischen Motivierung sehe ich eine seltsame Wiederkehr – die naturalistische Reinkarnation sozusagen – des alten Leib-Seele-Dualismus. Seine neue Gestalt ist der Dualismus von Körper und Gehirn. In einer gewissen Analogie zu dem früheren transnaturalen Dualismus hält er dafür, daß die wahre menschliche Person im Gehirn sitzt (oder dadurch repräsentiert wird), und der übrige Körper dazu nur im Verhältnis des dienstbaren Werkzeugs steht. Wenn daher das Gehirn stirbt, ist es so wie wenn die Seele entflohen: was bleibt, sind die ‚sterblichen Überreste‘.“⁴⁸

Welcher Status kommt einem Hirntoten zu? Ist ein Hirntoter überhaupt noch ein Patient bzw. eine Person?

Jonas will den Hirntod nicht auf den irreversiblen Ausfall der Gehirnfunktionen reduziert wissen und dem extrazerebralen Leib seinen wesenhaften Anteil an der Identität der Person absprechen.⁴⁹

Für Jonas steht fest: „Wenn der komatöse Patient kraft Definition tot ist, dann ist er kein Patient mehr, sondern ein Leichnam [...]“²⁰ Mit dem Argument, dass seiner Meinung nach die Grenzlinie zwischen Leben und Tod nicht mit Sicherheit bekannt sei und eine Definition Wissen nicht ersetzen könne, bezeichnet Jonas den hirntoten, noch überlebenden Körper als „Schwellen-Zustand“²¹, da dieser „Zustand des komatösen Patienten immer noch ein Restzustand von Leben ist [...] es besteht Grund zum Zweifel daran, daß selbst ohne Gehirnfunktion der atmende Patient vollständig tot ist.“²²

Ähnlich beschreiben Pflegepersonen, die mit der Betreuung von hirntoten Menschen beschäftigt sind, diesen Zustand als ein „Zwischenstadium“:

„Für mich ist ein Hirntoter hinausgegangen in eine Zwischenwelt, in eine Zwischenwelt zwischen Leben und Tod.“

Da dieser Zustand im Gesetz nicht existiert, kann ein Hirntoter weder als Lebender noch als Patient bezeichnet werden. Problematisch ist, dass

Hirntote einerseits konkrete Merkmale für den Tod haben, andererseits aber äußerlich von Lebenden schwer zu unterscheiden sind.

8. Schlussfolgerung und Ausblick

Die Frage, ob ein Mensch im Zustand des dissoziierten Hirnausfalles für tot oder für sterbend zu erklären ist, liefert Zündstoff für alle Beteiligten – Betreuende, Angehörige, sowie die Gesellschaft als potenzielle Organspender und -empfänger.

Theoretisches Hintergrundwissen ist unumgänglich für alle Diskussionen und Betrachtungen ethischer Probleme rund um den Hirntod. Daher verlangt jede Auseinandersetzung vorerst begriffliche Klärungen des Hirntodkonzeptes, Klarheit über das Erscheinungsbild eines hirntoten Menschen, sowie Kenntnis der Gesetzeslage. Bei der Klärung des Status eines hirntoten Menschen kommt es zu Kontroversen zwischen der medizinisch-naturwissenschaftlichen Position des Hirntodkonzeptes (nachdem der Hirntod mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt ist) und der subjektiven Wahrnehmung.

Eine Meinungsbildung zur Hirntodthematik im Vorfeld kann für spätere Schwierigkeiten vorbeugend sein. Das Zusammentreffen medizinischer, juristischer, philosophischer und pflegerischer Gesichtspunkte ergibt ethische Konflikte, die in einer Auseinandersetzung alle ihre Berechtigung finden und daher keine einseitige Diskussion zulassen. Nur die Konfrontation mit unterschiedlichen Positionen, die herangezogen werden, um einen Status zu beschreiben, der bestimmte medizinische und therapeutische Handlungen zulässt oder verbietet, kann förderlich sein, um zur Hirntodproblematik Stellung zu beziehen. Am leichtesten zu führen sind wohl solche Diskussionen, wenn ein Hirntoter und potenzieller Organspender zu Lebzeiten selbst zugestimmt hat (enge Zustimmungslösung). Dieser Mensch, der zum potenziellen Organspender geworden ist, sollte durch eine aktive Zustimmung mit ins Boot genommen werden. Dadurch würde ein großer Druck für alle Beteiligten abfallen. Aller-

dings erfordert dies aufwendige Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung einer Gesellschaft, die es großteils nicht gewohnt ist, sich mit derartigen Themen und dem eigenen Tod auseinanderzusetzen. Jedes Mitglied der Gesellschaft sollte sich seiner moralischen Pflicht bewusst sein, Selbstverantwortung übernehmen und diese Entscheidung im Falle eines Hirntodes nicht anderen Menschen überlassen. Bei der erweiterten Zustimmungslösung muss Angehörigen in dieser Ausnahmesituation der Trauer eine solche Entscheidung zugemutet werden.

Die Transplantationsmedizin hat sich international stark etabliert und wird auch in Zukunft weiter fortschreiten. Es ist davon auszugehen, dass sich die bestehende Organknappheit künftig noch verstärken wird. Zwar bietet die Widerspruchslösung ein weitaus höheres Organaufkommen, mündet aber immer wieder in Konflikte, da dem Einzelnen die gesetzliche Regelung häufig nicht bekannt ist.

Diese Form der medizinischen Behandlung bietet unzähligen Schwerstkranken die Möglichkeit zu überleben bzw. trägt zur gravierenden Verbesserung der Lebensqualität bei. Solange es nicht gelingt, Organe von Schweinen zu nutzen oder diese im Labor aus Stammzellen zu züchten, sind wir auf die Organspende angewiesen.

Für eine umfassendere Sicht und besseres Verständnis der Problematik kann es für den einzelnen Bürger bedeutend sein, auch die andere Seite, das „zweite Leben“ der Empfänger genauer zu kennen, denn beide Seiten – die Spendersituation wie auch die Empfängerposition – kann schon morgen unser Schicksal sein.

Referenzen

- 1 Im Hinblick auf die leichtere Lesbarkeit habe ich bei den angesprochenen Personen nach Möglichkeit die neutrale Form gewählt, ansonsten habe ich die männliche Schreibweise verwendet; selbstverständlich sind beide Geschlechter angesprochen.
- 2 vgl. Hoff J., in der Schmitt J. (Hrsg.), *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium*, Reinbek bei Hamburg (1995), S. 157
- 3 Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer

- 1998, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.45.3252> (letzter Zugriff am 1. Februar 2012)
- 4 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), § 62a, in: *Kodex des österreichischen Rechts*, 4. Auflage, Wien (2005)
 - 5 vgl. ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen), Koordinationsbüro für das Transplantationswesen, *Transplant-Jahresbericht 2010*, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesgesundheitsagentur, Wien (2011), S. 14
 - 6 vgl. ÖBIG, siehe Ref. 5, S. 15
 - 7 vgl. Huber W., *Gerechtigkeit und Recht. Grundlinien christlicher Rechtsethik*, Gütersloh (1996), S. 285
 - 8 vgl. *Katechismus der Katholischen Kirche*, Nr. 2301, Oldenbourg (2003)
 - 9 vgl. Spittler J. F., *Gehirn, Tod und Menschenbild. Neuropsychiatrie, Neurophilosophie, Ethik und Metaphysik*, Stuttgart (2003), S. 65 ff.
 - 10 vgl. Spittler J. F., Ref. 9, S. 65 ff.
 - 11 vgl. Schlake H.-P., Roosen K., *Der Hirntod als der Tod des Menschen* (hrsg. von Deutsche Stiftung Organtransplantation), Neu Isenburg (1995), S. 54
 - 12 vgl. Maier B., *Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele*, Berlin/Heidelberg/New York/Barcelona/Hongkong/London/Mailand/Paris/Singapur/Tokio (2000), S. 229 f.
 - 13 vgl. Manzei A., *Hirntod, Herztod, ganz tot? Von der Macht der Medizin und der Bedeutung der Sterblichkeit für das Leben. Eine soziologische Kritik des Hirntodkonzeptes*, Frankfurt am Main (1997), S. 11 ff.
Das Erlanger Baby wurde im Gegenzug zum Stuttgarter Baby nicht ausgetragen, sondern es kam zu einem Abortus.
 - 14 Hiemetzberger M., *Zwischen Leben und Tod - Pflegende als Grenzgänger. Eine Studie zur Pflege hirntoter Menschen*, Wien (2006)
 - 15 vgl. Thomé U., *Neurochirurgische und neurologische Pflege: mit Schwerpunkt Intensivpflege*, Berlin u. a. (1997), S. 418
 - 16 Angstwurm H., *Der Hirntod als sicheres Todeszeichen des Menschen und als eine Voraussetzung der Organentnahme*, in: Firmkorn H.-J. (Hrsg.), *Hirntod als Todeskriterium*, Stuttgart (2000), S. 8 f.
 - 17 Jonas H., *Technik, Medizin und Ethik. Praxis des Prinzips Verantwortung*, Frankfurt am Main (1987), S. 229
 - 18 Jonas H., siehe Ref. 17, S. 234
 - 19 vgl. Jonas H., siehe Ref. 17, S. 234 f.
 - 20 Jonas H., siehe Ref. 17, S. 230
 - 21 Jonas H., siehe Ref. 17, S. 233
 - 22 Jonas H., siehe Ref. 17, S. 233

Kanada: Ärzte wehren sich gegen Abtreibung weiblicher Föten

Indikation „Mädchen“, Therapie „Abtreibung“: Der Genderzid (Abtreibung bloß aufgrund des „falschen Geschlechts“) hat auch Kanada erreicht. Jüngste Erhebungen zeigen, dass Immigrantinnen aus Indien, China und Korea unverhältnismäßig mehr Buben gebären, auch wenn sie in Kanada finanziell abgesichert und integriert waren.

Im Editorial des Canadian Medical Association Journal zeigt sich Chefredakteur Rajendra Kale, gebürtiger Inder, alarmiert: „Soll man etwa den Fetozid weiblicher Föten in Kanada einfach als unbedeutend abtun, weil es sich 'nur' um ein kleines Problem innerhalb einer ethnischen Minorität handelt? Nein. Auch ‚einige Wenige‘ können nicht ignoriert werden, wenn es sich um eine Diskriminierung der Frau in ihrer extremen Ausformung handelt.“ Die Autoren im CMAJ fordern Maßnahmen zur Begrenzung geschlechtsselektiver Abtreibung. Ein Vorschlag lautet, die Information über das Geschlecht des Babys – soweit medizinisch irrelevant – bis zur 30. Schwangerschaftswoche zurückzuhalten. Dies stieß prompt auf Kritik: Tests zur Bestimmung des Geschlechts des Ungeborenen seien längst im Handel erhältlich und könnten zu Hause durchgeführt werden. Und außerdem: Wie könne nach geltender Rechtslage ein Arzt eine Abtreibung verweigern, selbst wenn er die wahren Beweggründe der Mutter ahnt, ohne sich dabei rechtlich die Finger zu verbrennen?

Die Autorin Lauren Vogel bringt die zahlreichen Widersprüche zwischen einer laxen Abtreibungspraxis, dem Recht auf Leben, der Achtung von kultureller Diversität, der Autonomie der Frau und der Forderung des vorgeburtlichen Lebensschutzes für Mädchen im embryonalen Stadium auf den Punkt: Die Selektion nach Geschlecht sei eigentlich nur die Spitze des Eisberges.

Beide Seiten, Pro Life- und Pro Choice-Unterstützer, bezeichnen den kanadischen Vorschlag als unlogisch: Warum sollten Ärzte von der Tötung eines weiblichen Babys abraten, zugleich aber die Abtreibung von Down-Syndrom-Föten hinnehmen? Sind nun alle Föten gleich - oder einige „gleicher“? Der Genderzid ist weltweit und auch in Europa als Problem (vgl. WHO-Bericht 2011) erkannt worden. In Norwegen und Großbritannien gibt es etwa bei Einwanderern aus asiatischen Kulturkreisen vor allem beim zweiten oder dritten Kind eine erkennbar bubenlastige Geburtenquote, was als typisches Indiz für eine vorgeburtliche Geschlechtsauswahl gilt.

CMJA, DOI:10.1503/cmaj.120021 und DOI:10.1503/cmaj.109-4091

National Post, 17. Jänner 2012

Studie: Pflegepersonal im Umgang mit dementen Patienten überfordert

Die Zahl der Demenzzkranken wird im Zuge der höheren Lebenserwartung weltweit von heute rund 36 Millionen bis zum Jahr 2050 auf 115 Millionen Patienten ansteigen. Auch Österreich ist davon betroffen: Derzeit gibt es hierzulande rund 100.000 Demenzzkranke. Bis 2050 wird fast jeder zehnte Über-60-Jährige an Morbus Alzheimer erkranken. Das ist das Ergebnis einer jüngst veröffentlichten Erhebung des Allianz-Versicherungskonzerns. Diese Entwicklung führt u. a. auch dazu, dass immer mehr Patienten in Krankenhäusern neben ihrer akuten Erkrankung eine Demenz aufweisen. Das zukünftige Pflegepersonal scheint darauf jedoch kaum vorbereitet.

Aus einer nun veröffentlichten Studie („Demenzsensible nicht medikamentöse Konzepte in Pflegeschulen“ des Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen geht hervor, dass sich ein Großteil der Auszubildenden im Umgang mit an Demenz erkrankten Patienten überfordert fühlt.

Studienleiter Stefan Görres und sein Team befragten über mehrere Monate alle rund 1.300 Kranken- und Altenpflegeschulen in Deutschland sowie knapp 2.500 Pflegeauszubildende. Die wichtigsten Ergebnisse: Zwar ist ein Großteil (75,6 Prozent) der Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege regelmäßig mit der Betreuung demenzerkrankter Menschen im Krankenhaus befasst, doch nur knapp ein Viertel (23,4 Prozent) von ihnen glaubte zum Zeitpunkt der Befragung, dass ihre Kompetenzen ausreichen, um Menschen mit Demenz bedürfnisorientiert zu pflegen. Bei knapp Dreiviertel (74 Prozent) der Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildenden treten Kompetenzunsicherheiten auf, wenn Demenzpatienten zum Beispiel aggressiv sind. 64,9 Prozent haben Probleme, die Bedürfnisse der an Demenz erkrankten Menschen zu erkennen. Gut die Hälfte der Auszubildenden (56,3 Prozent) fühlt sich im Umgang mit den Angehörigen schlecht vorbereitet.

Auffallend war, dass Altenpflegeschulen in der Ausbildung des künftigen Pflegepersonals besser gerüstet scheinen, während bei Gesundheits- und Krankenpflegeschulen eindeutig ein Nachholbedarf festzustellen war.

IPP-Schriften, Ausgabe 08/2012

Allianz Demographic Pulse – Ausgabe 7. Dezember 2011

Studie: Chemotherapie ist trotz Schwangerschaft möglich

Das Risiko, dass eine Chemotherapie im zweiten oder dritten Drittel der Schwangerschaft dem Kind dauerhaft Schäden zufügt, ist offenbar gering. Zu diesem

Ergebnis kommt eine aktuelle Studie in *Lancet Oncology*, die intrauterin exponierte Kinder teilweise bis zum Erwachsenenalter begleitet hat.

Frédéric Amant vom Krebsinstitut der Katholischen Universität Löwen in Belgien untersucht zusammen mit Kollegen aus den Niederlanden und Tschechien seit 2005 Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft eine Chemotherapie erhalten hatten. Die Kinder wurden nach der Geburt, im Alter von 18 Monaten und im Alter von fünf, acht, neun, elf, 14 und 18 Jahren einer Reihe von neurologischen Tests unterzogen.

Bislang liegen Ergebnisse zu 70 Kindern aus 68 Schwangerschaften vor. Die Mütter waren zumeist an Brustkrebs erkrankt. Sie hatten insgesamt 236 Zyklen einer Chemotherapie erhalten. Am häufigsten wurden die Anthracycline Doxorubicin, Epirubicin, Idarubicin und/oder Daunorubicin eingesetzt.

Amant fand bisher keinen Hinweis darauf, dass die Kinder durch die Krebsbehandlung geschädigt wurden. Auch die neurokognitive Entwicklung sei normal, berichtet er. Nur bei den Kindern, die vorzeitig entbunden wurden – teilweise geschah dies, um sie vor einer Exposition durch eine Chemotherapie ihrer Mutter zu schützen – wurden leichte Defizite entdeckt. Auch hier entsprachen die Ergebnisse aber den Werten, die bei Frühgeborenen von nicht an Krebs erkrankten Müttern gemessen werden. Nun seien Langzeitstudien mit mehr Kindern angezeigt.

Amant rät dazu, die Indikation für eine frühzeitige Einleitung der Geburt („iatrogene Frühgeburt“) zurückhaltend zu stellen. Eine Therapie im ersten Drittel ist bei Onkologen tabu, da sich in dieser embryonalen Phase die Organe entwickeln. In der Praxis sei, so die Studie, eine Chemotherapie ab einem Gestationsalter von 14 Wochen möglich unter Berücksichtigung der pränatalen Vorsorge.

Lancet Oncology 2012; doi:10.1016/S1470-2045(11)70363-1

Euthanasie: Holland bietet „ambulante Todesteam“ und „Lebensende-Klinik“

Sechs ambulante „Spezialistenteams“ sollen in den Niederlanden vom 1. März 2012 an „Sterbehilfe“ leisten. Wie die Niederländische Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende (NVVE) fordert, sollen die jeweils aus einem Arzt und einem Krankenpfleger bestehenden Teams Betroffene zu Hause aufsuchen und dort die Tötung durchführen. Grund für die Einführung der ambulanten Teams sei, dass immer wieder Menschen mit Todeswunsch Schwierigkeiten hätten, einen dazu bereiten Arzt zu finden.

Das ambulante Spezialistenteam führt vor der Tötung zu Hause ein sogenanntes „Screening“, bestehend aus mehreren Gesprächen zwischen den Ärzten und Pflegern sowie möglicherweise dem Hausarzt des Patienten durch, wobei geprüft werden soll ob es sich um eine ausweglose, untragbare Leidenssituation für die jeweilige Person handelt. Danach wird jeder Fall durch eine Kommission geprüft. Die Zahl der Sterbehilfefälle in den Niederlanden ist stark angestiegen. Laut Bericht der Aufsichtsbehörde seien 2010 3.136 Fälle von Euthanasie gemeldet worden – um 19 Prozent mehr als im Jahr 2009.

Ergänzend zu den ambulanten Besuchen soll im Laufe des Jahres auch eine „Klinik zur Lebensbeendigung“ in Den Haag durch die NVVE errichtet werden. Die NVVE schätzt, dass jährlich rund 1.000 Patienten die Klinik in Anspruch nehmen werden. Dabei handle es sich vor allem um Krebspatienten im Endstadium, chronisch psychisch Kranke und demente Menschen.

Niederländische Ärzte fürchten, dass die geplanten ambulanten Sterbehilfe-Teams unabsehbare Folgen für das Arzt-Patienten-Verhältnis haben könnten. „Wir halten es für problematisch, dass in diesen Fällen die Beziehung zwischen Arzt und Patient ausschließlich auf die Sterbehilfe konzentriert ist“, sagt Eric van Wijlick von der Königlichen Niederländischen Ärztevereinigung (KNMG). Die KNMG ist die größte Ärzteorganisation in den Niederlanden. Sie vertritt die Interessen von mehr als 53.000 Ärzten und Studierenden in ethischen, rechtlichen und Qualitäts-Fragen.

Scharfe Kritik kommt auch aus Deutschland: Es dürfe kein gesellschaftliches Klima entstehen, in dem Sterbehilfe für Menschen, die Angst vor körperlichen Schmerzen, seelischen Nöten oder Vereinsamung haben, ein Mittel der Wahl sein, sagt der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke. „Es bleibt unsere tiefe Überzeugung, dass das Töten nicht ins Handwerkszeug von Ärztinnen und Ärzten gehört“, sagte Henke. Gerade die Tatsache, dass die betreuenden Hausärzte die Euthanasie verweigern, unterstreiche die Fragwürdigkeit der neuen Initiative, betonte Raymond Voltz, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. „Wenn ein Hausarzt, der den Patienten gut kennt, die Sterbehilfe ablehnt und auch keinen Kollegen bittet, sie zu übernehmen, wird er seine Gründe haben.“

Ärzte Zeitung, 9. Februar 2012 (online)

Deutsches Ärzteblatt, 7. Februar 2012 (online)

Euthanasie-Vorstoß selbst ernannter „unabhängiger“ Kommission sorgt für Wirbel

Ein neuer Vorstoß für Sterbehilfe sorgt in Großbri-

tannien für eine Kontroverse. Nach dem am 4. Jänner 2012 veröffentlichten Vorschlag einer Kommission, die unter der Leitung von Lordkanzler Lord Falconer für eine Gesetzesänderung eintritt, sollen Volljährige, die unheilbar krank sind und eine Lebenserwartung von weniger als einem Jahr haben, einen assistierten Suizid wählen können.

Die *Commission on Assisted Dying* bezeichnet sich selbst als „unabhängig“. Ein Blick auf die Zusammensetzung der elf Kommissionsmitglieder sowie die Finanzierung zeichnet ein anderes Bild: Acht Mitglieder gelten als klare Pro-Euthanasie-Vertreter. Das Gremium war von der Vereinigung *Dignity in Dying* aufgestellt worden, die bereits dreimal im britischen Parlament mit dem Vorschlag einer Einführung der Möglichkeit eines assistierten Suizids, zuletzt im Jahr 2009, gescheitert war. Berichten zufolge hatte die Kommission, die u. a. vom schillernden Schriftsteller Sir Terry Pratchett finanziert wird, der öffentlich für Euthanasie bei Menschen mit Demenz eintritt, über ein Jahr hinweg 1.300 Stellungnahmen ausgewertet.

In einem Kommentar über die Hintergründe der selbst ernannten Kommission kritisiert Peter Saunders, Vorsitzender der NGO *Care Not Killing*, scharf die von Falconer ernannte Gruppe. Sie habe Kritiker des assistierten Suizids von vornherein ausgeschlossen. Dies sei auch der Grund, warum mehr als 40 Organisationen, darunter die Britische Ärztekammer, die mehr als 140.000 Ärzte vertritt, eine Zusammenarbeit am Report verweigert hatten. 95 Prozent der britischen Palliativmediziner und die überwältigende Mehrheit der Ärzteschaft sei gegen eine Gesetzesänderung – und wurde von Falconers Kommission ignoriert. Neben der Ärzteschaft haben sich die anglikanische *Church of England* und katholische Vereinigungen scharf gegen eine Legalisierung des assistierten Suizids ausgesprochen.

Dailymail, 5. Jänner 2012 (online)

Eizellenspende: US-Feministinnen warnen vor Ausbeutung der Frau

Drei prominente US-Feministinnen haben einen Protestbrief an *Nature* geschrieben, in dem sie vor Eizellenspende von Frauen für Forschungsprojekte warnen. Was als freiwillig getarnt ist, schlage unversehens in eine Form der Ausbeutung des weiblichen Körpers um – denn Frauen würden bis heute kaum über die medizinischen Risiken aufgeklärt, die die hormonelle Überstimulation ihres Organismus mit sich bringt. Eine Bezahlung in der Höhe von 8.000 US-Dollar – genannt „Aufwandsentschädigung“ – nütze finanzielle Krisensituationen von

Frauen in Not aus – oder verführe sie dazu, uninformiert Dauerschäden wie Unfruchtbarkeit in Kauf zu nehmen, was unethisch sei.

Die US-amerikanische NGO *The Center for Bioethics and Culture (CBC)* lässt in dem preisgekrönten Film *Eggsploitation 2011* Eizellenspenderinnen und deren Schicksal zu Wort kommen. Das Problem der anonymen Samenspende beleuchtet ein zweiter, 44-minütiger Dokumentarfilm *Anonymous Father's Day 2011* aus der Perspektive betroffener Kinder. In Interviews erzählen die inzwischen erwachsen gewordenen Kinder, die genetisch von einem anonymen Samenspender abstammen, von ihrem Schicksal. Auch jetzt leiden sie noch unter ihren „Entstehungsbedingungen“ und fahnden immer noch nach ihrem (anonymen) genetischen Vater und Dutzenden Halbgeschwistern.

Nature(2011); 480, 39; doi:10.1038/480039c
www.cbc-network.org

Analyse: Intensivmediziner handeln häufig gegen ihre Überzeugungen

Pflegekräfte und Ärzte auf Intensivstationen handeln häufig entgegen ihren persönlichen Überzeugungen. Dies ergab eine Umfrage in Europa und Israel, die im JAMA veröffentlicht wurde.

Ruth Piers von der Geriatriischen Abteilung der *Universitätsklinik Gent/Belgien* und Kollegen befragten im Mai 2010 rund 2000 Ärzte und Pflegekräfte. Die Befragten waren an 82 Intensivstationen für Erwachsene in 9 europäischen Ländern und Israel tätig und sollten beantworten, inwieweit sie ihr Handeln sowohl medizinisch als auch ihren persönlichen Überzeugungen entsprechend als angemessen betrachten. Die Rücklaufquote betrug 93 Prozent.

Eine von vier Pflegekräften und einer von drei Intensivmedizinerinnen gaben an, dass sie derzeit wenigstens einen Patienten wider bessere Überzeugung behandelten. Am häufigsten hatten sie den Eindruck einer wenig sinnvollen „Überbehandlung“. Der umgekehrte Fall – dass nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft würden – wurde nur selten angegeben. Der zweithäufigste ethische Vorbehalt betraf die Verteilungsgerechtigkeit und war ein vor allem bei Ärzten verbreitetes Gefühl: Es gebe sicherlich andere Patienten, die das Intensivbett dringender benötigen als ihr aktueller Patient.

Die ethischen Bedenken gegen das eigene Handeln waren mit einer vermehrten Unzufriedenheit am Arbeitsplatz verbunden. Ein Drittel aller Befragten gab an, schon einmal über einen Arbeitsplatzwechsel nachgedacht zu haben. Die Frustration über die unangemessene

ne Behandlung ihrer Patienten war in einer Multivariat-Analyse der stärkste Motivator.

Die Autoren fügen hinzu, dass die Herausforderung für die Intensivmediziner darin bestünde, „auf Intensivstationen die Selbst-Reflexion, das gegenseitige Vertrauen, eine offene Kommunikation und eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu fördern, um so das Wohlbefinden des einzelnen Kliniklers und die Qualität in Hinblick auf die Patientenversorgung zu verbessern.“

Journal of the American Medical Association (2011): 306: 2694-2703

Deutsches Ärzteblatt, 28. Dezember 2011 (online)

Studie: Neue Quellen für Stammzellen in der Nase entdeckt

Einem Forschungsteam unter Leitung der Zellbiologin Barbara Kaltschmidt von der *Universität Bielefeld* ist es gelungen, Stammzellen aus der menschlichen Nase zu kultivieren und in Nerven-, Knochen-, Fett- und Knorpelzellen umzuwandeln. Laut den Wissenschaftlern können mit dieser Methode in kurzer Zeit große Mengen von Zellen hergestellt werden. Damit ergeben sich neue Möglichkeiten für Behandlungen von akuten und chronischen Verletzungen im Gesicht. Ihre Ergebnisse haben die Wissenschaftler u. a. in *Stem Cells and Development* veröffentlicht.

Das Forschungsteam arbeitet mit Stammzellen aus der unteren Nasenmuschel. Damit sind diese Stammzellen sehr leicht zugänglich. Eine weitere Besonderheit: Sie können bis ins hohe Alter von Patienten isoliert und dazu angeregt werden, zu spezialisierten Zellen zu werden. Mit der neuen Methode eröffnen sich den Wissenschaftlern zufolge neue Chancen für Behandlungen von Verletzungen und Krankheiten. So könnten die Stammzellen in der Chirurgie genutzt werden, um nach Verbrennungen oder Schnittverletzungen im Gesicht das defekte Gewebe mit neu kultivierten Haut-, Knochen- und Nervenzellen wieder herzustellen.

Die Wissenschaftler verwenden für die Vermehrung der Stammzellen Blutplasma von Menschen und verzichten auf tierische Zusatzstoffe. Bei der Behandlung eines Patienten können so patienteneigene Stammzellen in eigenem Blutplasma kultiviert werden. Das hat den Vorteil, dass der Körper das neue Gewebe nicht abstößt. Hinzu kommt, dass durch die Verwendung des Blutplasmas eine dreidimensionale Matrix entsteht, welche die ursprüngliche Nische der Stammzellen nachahmt.

In weiteren Studien wollen die Forscher untersuchen, wie sich die adulten Stammzellen aus der Nase so „umprogrammieren“ lassen, dass sie noch vielseitiger

werden. Aus forschungsethischer Sicht zeigt die Studie das große Potenzial der sogenannten adulten Stammzellen und den unproblematischen Verzicht auf die embryonalen Stammzellen. Letztere sind ethisch abzulehnen, da zu ihrer Gewinnung menschliche Embryonen zerstört werden müssen.

Stem Cells and Development (2011); 2053-2064

Klinische Ethik: Sondenernährung ja, aber „ohne therapeutischen Übereifer“

Künstliche Ernährung mit der PEG-Sonde ist heutzutage ein Routineverfahren und hat ihre zweifelsfreie Berechtigung in vielen Indikationen des medizinischen Alltags. Sie dient dazu, das Leben des beispielsweise koma-tösen Patienten zu erhalten und sein Leiden zu lindern.

IMABE-Direktor Johannes Bonelli fordert einen differenzierten Blick auf das Problem der künstlichen Ernährung bei hochbetagten, kachektischen Menschen. Freilich ist es nicht immer leicht, die Trennlinie zu ziehen zwischen einer unumgänglichen Notwendigkeit und einem überzogenen therapeutischen Eifer.

Der Sterbeprozess werde bei alten, natürlicherweise dadurch eingeleitet, dass die Triebkraft des Patienten, sein Leben zu erhalten, allmählich nachlässt. Anzeichen dafür sind oft ein reduzierter Lebenswille und ein vermindertes Hunger- und Durstgefühl. Die Tendenz weiterzuleben schlägt allmählich in eine Tendenz um, sein Leben abzuschließen. Die Sondenernährung erreicht in diesen Fällen ihre Zielsetzung, nämlich Leiden zu lindern und Leben zu erhalten, in keiner Weise, betont Bonelli. „Im Gegenteil: Der Prozess des natürlichen Sterbens mit langsamer Trübung der Wahrnehmung wird verhindert. Es muss daher als therapeutischer Übereifer bewertet werden, wenn solchen Menschen am Ende ihres Lebens noch künstlich Flüssigkeit und Nahrung aufgezwungen werden.“

Patienten, die im Endstadium die Nahrungsaufnahme verweigern, leiden weder an Hunger noch an Durst, sondern es setzt so etwas wie eine natürliche Anästhesie ein: Die Austrocknung wirke eher betäubend, und lässt dem natürlichen Sterbeprozess seinen Lauf. Darüber hinaus gibt es eine ganze Reihe von Untersuchungen, die zeigten, so Bonelli, dass eine Sondenernährung bei alten, betagten Patienten keinerlei Einfluss auf einen günstigeren Krankheitsverlauf habe. Wenn sich jemand dennoch für eine künstliche Sondenernährung bei hochbetagten Patienten im Sterbeprozess entscheidet, darf dies nicht aus Verlegenheit oder als verdeckte pflegerische Maßnahme geschehen. Bonelli: „Hier bedarf es einer handfesten, rationalen Begründung.“

Österreichische Ärztezeitung, 25. November 2011

Onkologie: Schwangerschaft auch nach Chemotherapie möglich

Erstmals ist in Deutschland ein Kind auf die Welt gekommen, dessen Mutter vor einer Krebsbehandlung Eierstockgewebe entnommen und später wieder eingepflanzt worden war. Die Frau war nach Angaben des Gynäkologen-Teams aus Dresden, Erlangen und Bonn auf natürliche Weise schwanger geworden, nachdem sie ihren Lymphdrüsenkrebs überstanden hatte.

Als Folge einer Chemotherapie können die Eierstöcke von Krebspatientinnen so stark geschädigt sein, dass sie keine Kinder mehr bekommen können. Das Verfahren gibt diesen Patientinnen nun Hoffnung. Das Eierstockgewebe wird ihnen vor der Chemotherapie und Bestrahlung entnommen und so lange eingefroren, bis die Therapie abgeschlossen ist. Danach wird es entweder in den Eierstock selbst oder in das Becken eingesetzt, erklärt der Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am *Universitätsklinikum Dresden*, Wolfgang Distler. Nach eigenen Angaben konnte mittels Proben erstmals nachgewiesen werden, „dass die Eizelle, die zur Schwangerschaft führte, nur aus dem Replantat stammen kann.“ Bisher wurden laut Distler weltweit 15 Babys nach einer solchen Behandlung geboren - aber ohne diesen Nachweis.

Bei der heute 33-jährigen Mutter war 2003 das Hodgkin-Lymphom, eine aggressive Form von Lymphdrüsenkrebs, festgestellt worden. Als die Krankheit nach der Chemotherapie zurückkehrte, habe die Familie sie gedrängt, Eierstockgewebe sichern zu lassen, das tiefgefroren und eingelagert wurde. Nach weiteren Chemotherapien und einer Stammzelltransplantation galt die Patientin als geheilt.

2010 wurde ihr per Bauchspiegelung das fünf Jahre zuvor entnommene Gewebe wieder eingesetzt - nahe dem alten Eierstock an der rechten Beckenwand. „Wichtig war, dass das Replantat in Reichweite des Eileiters lag, damit dieser unbefruchtete Eizellen aufnehmen konnte.“ Mit Hilfe einer Hormonbehandlung formierte sich aus dem Gewebe ein funktionierender Eierstock, 2011 wurde die Patientin schwanger.

Experten können nicht ausschließen, dass bei solchen Verfahren auch Krebszellen verschleppt werden. Beim Hodgkin-Lymphom sei dies jedoch sehr unwahrscheinlich. „Bei den bisherigen weltweit berichteten Fällen wurden bislang keine Rezidive beschrieben“, sagte Distler. Routinemäßig wird nach Angaben der Gynäkologen ohnehin eine Gewebeprobe im Labor auf Tumorzellen untersucht.

Nachrichtenagentur dpa, 5. Jänner 2012 (online)

Studie: Nicht veröffentlichte Studiendaten verzerren Therapieeinschätzung

„Fehlende Studien“ sind kein rein akademisches Problem. Denn eine Fehleinschätzung der Therapie aufgrund mangelhafter Daten aus klinischen Studien kann den Patienten schaden und zu sinnlosen Kosten für die Gesundheitssysteme führen. Davor warnen Experten ausgehend von neueren Studien im *British Medical Journal*.

Die in den letzten Jahren ergriffenen Maßnahmen, die verhindern sollten, dass Studien mit negativem Ausgang „unter den Tisch fallen“ und Meta-Analysen unter Umständen ein zu rosiges Bild von den Möglichkeiten einer Therapie oder Diagnostik zeichnen, scheinen noch nicht zu greifen, wie mehrere Studien nun im *BMJ* zeigen. Sie bestätigen, dass ein großer Teil der Daten aus klinischen Studien nicht gemeldet wird, und vieles von dem, was berichtet wird, unzureichend ist, um ein ausgewogenes Bild zu bekommen. Andrew Prayle von der *Universität Nottingham* kann in einer Studie zeigen, dass nur 22 Prozent der meldepflichtigen Ergebnisse innerhalb der geforderten Jahresfrist publiziert wurden.

Dass „nachgereichte“ Studien durchaus therapeutische Empfehlungen beeinflussen könnten, zeigt die Gruppe um Lisa Bero von der *Universität von Kalifornien* in San Francisco. Sie ließ die verspäteten Ergebnisse zu neun Medikamenten, die die FDA in den Jahren 2001 und 2002 zugelassen hatte, in Meta-Analysen einfließen: Nur in 3 von 41 Analysen (7 Prozent) blieb das ursprüngliche Ergebnis bestehen. In den anderen Fällen wurde eine Korrektur notwendig: In der Hälfte der Fälle wurde die Effektivität des Medikamentes herabgestuft (19/41), in der anderen Hälfte (19/41) kam es hingegen zu einer Heraufstufung.

Richard Lehman von der *University of Oxford* und der *BMJ Clinical Epidemiology Editor* Elizabeth Loder sprechen kritisch von einer „Kultur der zufälligen Veröffentlichung und unvollständigen Datenverbreitung“. Sie fordern strengere Regulierungen und vollen Zugang zu den rohen Studiendaten, um ein besseres Verständnis von Nutzen und Schaden vieler Arten von Behandlung zu ermöglichen. Das Verschweigen von Daten sei „unethisch“. „Wenn das Wort ‚obligatorisch‘ sich als so wenig verpflichtend entpuppt, herrscht eine klare Notwendigkeit stärkerer Durchsetzungsmechanismen“, fordern die Autoren.

BMJ(2012); 344: d8158, Pressemitteilung, 3. Jänner 2012 (online)

BMJ (2012); 344: d8158

BMJ (2012); 344: d7373

Hastings Center Report

<http://www.thehastings-center.org/publications/hcr/hcr.asp>

New York, USA

Bimestrale Zeitschrift in Englisch

Volume 41 No. 6, 2011

From the Editor: Real-life Bioethics;

Another Voice: Simona Giordano:

Anorexia, Authenticity, and the Expert Perspective;

At Law: Anita L. Allen: Commercial Speech Bruises Health Privacy in the Supreme Court;

Policy & Politics: Jessica Berg,

Nicole Deming: New Rules for Research with Human Participants?;

Essays:

Rebecca Dresser: Bioethics and Cancer: When the Professional Becomes Personal;

Articles:

Tony Hope, Jacinta Tan, Anne

Stewart, Ray Fitzpatrick: Anorexia Nervosa and the Language of Authenticity;

Barry Hoffmaster: The Rationality and Morality of Dying Children.

Anthropotes

Rivista ufficiale del Pontificio

Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien

Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch

Anno XXVII, n. 1 – 2011

Articoli:

C. Caffarra: A 30 anni da Redemptor hominis. Attualità di una via all'uomo;

B.-D. De La Soujeole: Universalité et singularité chrétiennes ;

V. Holzer: L'unicité du Christ comme thème fondamental de la sotériologie. Un éclairage théologique et phénoménologique;

G. Marengo: L'uomo, prima e fondamentale via della Chiesa;

J. J. Pérez-Soba: Vocazione all'amore e teologia del corpo;

J. Carola: Love and faith in Redemptor hominis and other contemporary papal teaching;

T. Rowland: Love and society;

J. Kupczak: Experience and transcendence;

W. Schweidler: Human sciences and the culture of life;

C. A. Anderson: Politics in the Service of the Human Being.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch

44/3, 2011

Estudios:

Pilar Fernández Beites: Ensayo de ontología pluralista: mundo de la vida y valores;

Jimena Paz Lima: Aproximación a la noción de *philosophia* en la obra de Alberto Magno;

Inmaculada Murcia Serrano: El grado cero de la estética: el vídeo en la obra de Fredric Jameson;

Cristóbal Orrego Sánchez: Un juicio justo: la especificación del juicio legal en la filosofía jurídica analítica, la hermenéutica iusfilosófica y la teoría de la ley natural;

Francisco Rodríguez Valls: Conocimiento y pasión: un acercamiento a la relación entre objetividad y corporalidad;

Rafael Simian V., Perspectiva, unidad y alcance de las críticas kantianas a dos interpretaciones de "existe": Kritik der reinen Vernunft A 592-602/B 620-630 (II).

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

19. Jahrgang, Heft 4, 2011

Leitartikel:

Josef Römelt: Behinderung und Bildungsgerechtigkeit. Sinn und Grenzen des Konzepts der Inklusion aus der Sicht der theologischen Ethik;

Peter Seele und Lucas Zapf: "Just a

banker doing God's work". Ist grenzenloses Profitstreben vereinbar mit Webers These der protestantischen Ethik und dem Geist des Kapitalismus?;

Dominikus Kraschl: Der Auftrag der Intellektuellen in Gesellschaft und Kirche;

Hans-Martin Schönherr-Mann: Das Ethos der Symbole. Ernst Cassirers Konzept einer kulturellen Kraft der Versöhnung?

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

18. Jahrgang, Heft 6, 2011

Wilhelm Berghaler, Eva Schulev-Steindl, Ferdinand Kerschner: Editorial;

Erika Wagner: Die neue öffentlich-rechtliche und zivilrechtliche Hersteller- und Verwenderhaftung bei gefährlichen Stoffen und Produkten;

Tatjana Dworak: Die Übertragung von Wasserrechten;

Klaus Wallnöfer: Ausnahmebejagung von Auer- und Birkwild im Lichte der Vogelschutzrichtlinie;

Tatjana Dworak, Martin Eisenberger: Altlastenbeitragspflicht bei der Errichtung von Straßen.

19. Jahrgang, Heft 1, 2012

Ferdinand Kerschner, Eva Schulev-Steindl: Editorial;

Konrad Lachmayer: Der Landeshauptmann als wasserwirtschaftliches Planungsorgan und Behörde;

Leopold Bumberger: Rechtsprechung des VwGH im Jahr 2011 zum Wasserrechtsgesetz;

Gerhard Prückner, Christoph Brenn: Naturschutz nur auf dem Papier?

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch Band 23, Heft 4, 2011

Editorial: Beate Herrmann, Fabian

Kliesch: Wie viel Markt verträgt das Gesundheitswesen? Chancen, Grenzen und Risiken der Ökonomisierung von klinischer Tätigkeit;
Alexander Dietz: Ökonomisierung von Krankenhaustätigkeit – Chancen, Grenzen und Risiken einer marktorientierten Medizin;
Arne Manzeschke: Die effiziente Organisation. Beobachtungen zur Sinn- und Seinskrise des Krankenhauses;
Jürgen Wallner: Allokationsethik aus Sicht des Personalmanagements im Krankenhaus;
Steffen Fleßa, Timm Laslo, Paul Marschall: Zielfunktionen und Allokationsentscheidungen im Krankenhaus;
Georg Marckmann, Jürgen in der Schmitten: Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell;
Sabine Bartholomeyczik: Schnellerer Durchlauf kränkerer Patienten im Krankenhaus: Wo bleibt die Pflege?

RdM Recht der Medizin

Wien, Zeitschrift in Deutsch
18. Jahrgang, Heft 6, 2011
Christian Kopetzki: Editorial;
Rudolf Mosler: Neues Kündigungsrecht für Vertragsärzte;
Franz Urlesberger: Zur Vorteilsgewährung der öffentlichen Hand bei Verschreibung von Arzneien.

19. Jahrgang, Heft 1, 2012
Christian Kopetzki: Editorial;
Nikolaus Herdega: Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen nach dem HeimAufG – (k)ein Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit?;
Thomas Riesz: Die Berufsankennung ausländischer Ärzte;
Peter Steiner: Zum verpflichtenden Abschluss von Vereinbarungen nach §§ 6 und 8 Gewerbesicher-

heitsgesetz;
Doris Hattenberger: Krankenanstaltenleitung in Kärnten neu organisiert.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch

57/4, 2011

Abhandlungen:

Klaus Bergdolt: Citius, altius, fortius – Herausforderungen für Medizin und Gesellschaft;
Eilert Herms: Gibt es ein eigenes Ethos des Sports?;
Frank Martin Brunn: Doping, Sport und Menschenwürde;
Sven Körner/ Uta Bittner: Gendoping im Spitzensport – Zeichen eines neuen Menschenbildes?;
Heiko Striegel: Dopingmissbrauch im Freizeit- und Breitensport. Anmerkungen aus rechtlicher Perspektive.

Grenzen der Autonomie

Elisabeth List und Harald Stelzer (Hrsg.)

Velbrück Wissenschaft Verlag, Weilerswist 2010

259 Seiten

ISBN 978-3-938808-83-2

Der Begriff Autonomie ist zentral für das Selbstverständnis unserer Zivilisation und wird dementsprechend heute in mannigfacher Hinsicht von vielen Autoren aufgegriffen. Deren Positionen unterscheiden sich indes deutlich in ihren Ansätzen wie auch den Schlussfolgerungen. Dem interessierten Laien fällt es daher schwer, sich einen Überblick zu verschaffen und sich in der Vielfalt der Meinungen zu orientieren.

Die Herausgeber des vorliegenden Bandes, beide an der Philosophischen Fakultät der Universität Graz tätig, füllen hier dankenswerterweise eine stetig größer werdende Lücke. Wie sie in ihrem Vorwort betonen, „geht es nicht darum, Grenzen der Reichweite von Autonomie ausfindig zu machen, sondern ihre Voraussetzungen und Möglichkeitsbedingungen zu klären.“ Konkreten Anlass dazu habe insbesondere die Debatte um den Neurodeterminismus geboten, so die Herausgeber.

Insgesamt 11 prominente akademische Autoren haben am vorliegenden Buch mitgearbeitet und beleuchten die Thematik aus verschiedenen Blickwinkeln.

Der Wissenschaftstheoretiker Thomas Zoglauer (TU Cottbus), unterscheidet zunächst Autonomie als Selbstgesetzgebung im Sinne Kants und Autonomie als positive und negative Freiheit, d.h. als Wahlfreiheit und Abwesenheit von Zwang, im Sinne Berlins. Kant definiert Autonomie als „Beschaffenheit des Willens, dadurch derselbe ihm selbst – mithilfe der Vernunft erkanntes – Gesetz ist.“ Aus der so definierten Autonomie erfließt die Würde menschlicher Natur. Das Konzept der Wahlfreiheit andererseits wird zunehmend durch die Einflüsse von Genen, Hormonen, Neuronen, sowie der Umwelt und Erziehung in Frage gestellt, sodass der Mensch nicht in der Lage sei autonom zu handeln. Zoglauer vermittelt diese beiden Positionen

durch das Konzept einer „Meta-Autonomie“, nach welcher der Mensch seine Wünsche und Neigungen erster Ordnung durch Volitionen zweiter Ordnung, welche von der Vernunft gesetzt sind, überbietet.

Die Philosophin Herta Nagl-Docekal (Universität Wien) spielt die von Zoglauer entfaltete Gedankenkette von der Selbstbestimmung des Einzelnen fort zur Selbstgesetzgebung des Staates. Gegenüber dem Staat besitzt der Mensch – der aufgeklärten Trias Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit folgend – das Recht auf freie Lebensgestaltung, auf gleiche Partizipation (Gleichbehandlung) und auf wohlfahrtsstaatliche Absicherung. Dieser dreifache Rechtsraum orientiert sich zunächst am Interesse des Einzelnen und besitzt daher keine moralische Dimension. Erst die von Kant formulierten moralischen Prinzipien vermögen der inneren Widersprüchlichkeit des genannten Rechtsraumes zu vorzukommen und dessen innere Ausgewogenheit zu gewährleisten. Rechte implizieren demnach stets auch Pflichten gegenüber dem Anderen, die nicht aus dem Blick geraten dürfen, wie das z. B. bei Rawls der Fall ist. Pflicht müsse stets als Selbstverpflichtung verstanden werden – Kant spricht von „Liebespflichten“ –, wenn die autonome Dimension nicht zu kurz kommen soll.

Der Politologe Walter Reese-Schäfer (Universität Göttingen) setzt ebenfalls bei Kant an, und zwar bei dessen dritter Antinomie: (1) Es ist keine Freiheit, sondern alles in der Welt geschieht nach den Gesetzen der Natur. (2) Neben der Kausalität nach Gesetzen der Natur ist noch eine Kausalität durch Freiheit zur Erklärung derselben anzunehmen notwendig.

Von dieser Warte aus setzt sich der Autor mit dem Neurodeterminismus und der sozialen Determiniertheit des Menschen auseinander, nach denen unser freier Wille die Illusion eines seinerseits illusorischen Bewusstseins (z. B. Singer) und unser soziales Handeln weitgehend von Instinkten geprägt sei (z. B. Taylor). Im Gegensatz dazu betont Reese-Schäfer, dass es „eine Autonomie vor jeglicher Gemeinschaft nicht geben könne“. Vielmehr erfordere die soziale Natur des Menschen Gemeinschaft

und Gesinnung als Bedingung der Möglichkeit für moralische Autonomie. Der Autor erteilt damit sowohl einem einseitigen Kommunitarismus als auch einem einseitigen Individualismus eine Absage.

Von einer anderen Warte übt der Grazer Philosoph Harald Stelzer Kritik an der neuronalen und sozialen Determiniertheit des Menschen. Zunächst führt er an, dass sich beide Positionen gegenseitig ausschließen, insofern als der neuronal determinierte Mensch als in sich geschlossenes Individuum nicht auch sozial determiniert sein könne – und umgekehrt. Diese einander ausschließenden Extrempositionen werden vom Liberalismus, der von einem fiktiven, prä-sozialen Selbst ausgeht (z. B. J. Rawls), und vom Kommunitarismus, für den umgekehrt die prä-individuellen Bindungen primär sind (z. B. D. Sandel), eingenommen. Beide Strömungen sind weitgehend unabhängig von Kant und als Ergebnis empirischer Neuro- und Sozialwissenschaften in den USA der 1980er Jahre entstanden. Stelzer plädiert für eine Synthese beider, indem er beide Aspekte gelten lässt: Sein sog. post-soziales Selbst ist zwar sozial integriert, aber im Prinzip frei. Der Mensch braucht gesellschaftliche Rahmenbedingungen, um über sein Leben selbstbestimmt entscheiden zu können. Letztlich ist Autonomie nach Stelzer „eine Frage des Grades, die das Individuum mehr oder weniger nutzen kann“. Die empirischen Wissenschaften und historischen Erfahrungen geben die Rahmenbedingungen vor (etwa in Form einer Deklaration allgemeiner Menschenrechte), innerhalb welcher das Individuum seine Autonomie ausüben kann.

Der Rechtsphilosoph Christian Hiebaum (Universität Graz), greift eine Debatte auf, die im politischen Diskurs von je eine große Rolle spielt: die Beziehung zwischen Freiheit und Gleichheit. Inwieweit muss eine liberale Gesellschaft auch Gleichheit propagieren? Welcher Wert ist größer, jener der Freiheit oder jener der Gleichheit? Es gibt die engen, sog. Zufallsegalitaristen, die sagen, dass alle Menschen dieselben Chancen haben müssen, sowie die weiten Egalitaristen, die auch Hiebaum

vertritt, für welche Gleichheit vor allem Gleichheit vor dem Gesetz besagt. Dieser Position liegt das Prinzip der fundamentalen Gleichwertigkeit menschlichen Lebens zugrunde. In gesellschaftlicher Hinsicht folgt daraus: Niemand darf aufgrund seiner naturgegebenen Ausstattung sozial benachteiligt oder isoliert werden. Soziale Gleichheit bedeutet aber nicht Gerechtigkeit in allen Lebenslagen. Sie ist eine Frage der Zumutbarkeit sowohl für den Einzelnen als auch für die Gemeinschaft. Nach Hiebaum folgt aus der Idee der gleichen Würde ein breites Spektrum an Forderungen zum Abbau sowohl externer als auch interner sozialer Beschränkungen. Die gleiche Würde wird so zum Ermöglichungsgrund für die Ausübung von Autonomie für Behinderte und Benachteiligte innerhalb eines Gemeinwesens.

Brigitte Falkenburg (Universität Dortmund), promovierte Philosophin und Physikerin, argumentiert in höchst stringenter Weise von der Physik ausgehend gegen die naturalistischen Thesen von W. Singer gegen die Freiheit des Willens. Die neuronalen Prozesse könnten nicht determiniert sein, da sowohl quanten- als auch thermodynamische Prozesse ein irreduzibles Element des Zufälligen enthalten. Auch unser Zeiterleben widerspricht einem determinierten Kausalgeschehen. Generell beinhalten wissenschaftliche Erklärungen zumeist einen Mix an Erklärungstypen und sind selten vollständig. Zwar hat der Geist des Menschen natürliche Grundlagen, doch klaffen zwischen den verschiedenen Stufen dieser Grundlagen – physikalisch-chemische, neurophysiologische und soziokulturelle – irreduzible Reduktionslücken. In diesen Lücken sind Gefühle und Denken angesiedelt, die ihrerseits menschliche Freiheit ermöglichen.

Die philosophischen Überlegungen Theda Rehbocks (Universität Marburg) gehen von der Kant'schen These aus, dass „Autonomie der Grund der Würde des Menschen und jeder vernünftigen Natur ist“. Diese Autonomie kann einerseits durch die gegebene leiblich-sinnliche Natur des Menschen eingeschränkt sein (Kinder, Alte, Kranke...),

übertragt aber andererseits diese, insofern die Vernunft zur Natur des Menschen gehört, vermöge welcher er seinem leiblichen Dasein urteilend gegenübertritt. Daraus folgt, dass „die Natur für die Begründung von Moral unter allen Umständen ausscheidet.“ Es ist also nicht die faktische Autonomie Grund der Würde des Menschen, sondern sein über die leibliche Verfassung hinausweisender Sinnhorizont, der zwar an den Leib gebunden gleichwohl nicht mit ihm identisch ist. Von dieser Warte aus beantwortet Rehbock die Grenzen, die der bioethischen Praxis gegeben sind, wie etwa im Umgang mit menschlichen Embryonen. Die Begriffe „Person“ und „autonom“ bezeichnen nicht kontingente Eigenschaften, die vorhanden oder nicht vorhanden sein können und nach welchen Menschen zu klassifizieren wären, vielmehr drücken sie die Bedingung der Möglichkeit aus, sowohl für die Entwicklung als auch für die Einschränkung der entsprechenden psychisch-mentalenen Fähigkeiten.

Die übrigen vier Beiträge befassen sich mit der engeren Frage der Autonomie von geistig behinderten Personen. Für den Behindertenpädagogen Wolfgang Jantzen (Universität Bremen) sind freier Wille und Ichbewusstsein Fiktionen und das Verhalten durch psychische Module weitgehend determiniert. Das gelte umso mehr für geistig behinderte Personen. Jantzen stellt die empirischen Befunde nicht in Frage, interpretiert sie aber anders. Die Verhaltensmodule dienen als Bausteine für die Konstruktion einer Vielfalt von Nischen, und die angesprochenen Fiktionen sind notwendig, um einen Überschuss möglicher Bedeutungen zu generieren, welche dann in konkreten Bindungen unterschiedlich realisiert werden. Dieser Prozess setzt bereits vorgeburtlich ein und schraubt sich interaktiv empor. An jedem Punkt ist das System offen und für Neues empfänglich, ebenso sehr aber auch verletzlich. Verletzte – sog. behinderte – Personen bleiben dennoch in ihrem Rahmen autonom und offen für neue Bindungen. Darin liegt die Chance für ihre Therapie.

Elisabeth List knüpft an Jantzen an und setzt

sich zu Beginn mit der Frage auseinander, ob jeder Mensch, auch der werdende und schwindende, eine Person sei. Denn nur Personen komme Autonomie zu und mithin Menschenwürde. Sie argumentiert, dass Personsein nicht so sehr anhand bestimmter Eigenschaften definiert werden dürfe, sondern eine relationale Kategorie sei. Durch seine Relationen, etwa die Zugehörigkeit zur menschlichen Gemeinschaft, wird der Mensch Person und zum Träger von Rechten, die stets schon zuvor Pflichten Anderer sind. Gerade für behinderte Menschen realisiert sich das „gute Leben“ (die „Glückseligkeit“ nach Kant) durch tragfähige Beziehungen. Weil sie über wenig kognitive und/oder körperliche Fähigkeiten verfügen, sind sie umso mehr auf Beziehungen angewiesen – die ihnen aber leider oft vorenthalten werden. List zeigt, dass menschliches Leben – nicht nur das von Behindertern – stets von Abhängigkeiten geprägt ist. Damit diese nicht in Heteronomie aufgeht, ist der Mensch zur Liebe verpflichtet. Die Liebe ist es, die Wert verleiht. Davon sind Komatöse und Anenzephalie nicht grundsätzlich ausgenommen. Damit uns die Liebespflicht (im Sinne von Empathie und Mitgefühl) erleichtert wird, hat uns die Natur mit dem System der Spiegelneuronen bedacht.

Die Biologin und Philosophin Sigrid Graumann bringt es auf den Punkt: Autonomie, als politischer Leitbegriff des modernen Liberalismus, ist für Menschen mit Behinderungen ambivalent besetzt. Deskriptiv verstanden (J. Rawls), bezeichnet er die *Fähigkeit*, Autonomie im Sinne von Selbstverwirklichung auszuüben. All jene, die diese Fähigkeit nicht oder in geringerem Maß besitzen, sind in einer Gesellschaft, in der es genau darauf ankommt, benachteiligt oder müssen paternalistische Bevormundung in Kauf nehmen. Normativ verstanden (I. Kant), ist der Begriff der Autonomie mit verbindlichen *Ansprüchen* verbunden, nämlich dem Recht auf Selbstbestimmung. Dieses Recht, das auch für Menschen mit Behinderungen gilt, wird zur Pflicht der Anderen. Graumann plädiert für diese Interpretation, um Menschen mit Behinderungen Gerechtigkeit widerfahren zu lassen. Problematisch wird

die Verpflichtung der Anderen, etwa von Angehörigen, wenn diese dadurch unzumutbar belastet und in ihrer Autonomie eingeschränkt werden. In diesem Fall muss der Staat, bzw. die Gemeinschaft, subsidiär für die Wohlfahrtsrechte Behinderter einspringen. Davon ausgehend entwickelt Graumann ein Konzept der „assistierten Autonomie“.

Der letzte Beitrag der Politikwissenschaftlerin Ursula Naue (Universität Wien) behandelt die Autonomie (im Sinne von „self care“) von Personen mit Alzheimer'scher Demenz. Zu beachten ist, dass nicht nur die erkrankte Person selbst sich verändert, sondern auch die Angehörigen, die mit ihnen zu tun haben. Erst die veränderte Relation beider wird der Erkrankung gerecht. Insbesondere kommt es bereits in Frühstadien der Erkrankung oftmals zu einem abwertenden Verhalten der Angehörigen, was zu einer Beschleunigung des dementiellen Prozesses führen kann. Eine Rolle spielt auch, wie die Erkrankung medizinisch eingeschätzt wird: ob als behandelbare Erkrankung, als zu assistierende Behinderung oder als hoffnungsloses Endstadium des Lebens. Schließlich kommt es auch auf die Haltung der Gesellschaft an. In einer Gesellschaft, in der kognitive Fähigkeit und Produktivität hoch geschätzt werden, wird derjenige, der diese Fähigkeiten nicht (mehr) besitzt, marginalisiert. Sogar Selbsthilfegruppen für Alzheimerpatienten wenden sich oft ausschließlich an Angehörige und trauen den Patienten selbst nichts mehr zu, was dazu führt, dass sie sich ausgeliefert fühlen. Naue plädiert dafür, nicht eine Klasse von Dementen von einer Klasse von Nicht-Dementen zu unterscheiden. Vielmehr geht es darum die fließenden Übergänge zu sehen und Alzheimer-Patienten als „zu uns“ gehörig zu begreifen. Insbesondere gehört dazu, ihr Potential zum „self care“ zu steigern.

Die einzelnen, hier zusammengefassten Beiträge sind im Allgemeinen von hohem Niveau und setzen eine aufmerksame Lektüre voraus. Der Sammelband wendet sich an Personen in leitender Position im Gesundheitswesen, ebenso wie an politische Funktionäre in einschlägigen Ministerien

und Gremien. Aber auch für behinderte Menschen selbst kann die Lektüre gewinnbringend sein, um ihre Autonomie, die immer auch von Bildung abhängig ist, zu steigern.

W. Rella

Wie viele Sterbende verträgt ein Mensch?

Rainer Schäfer, Günter Schuhmann (Hrsg.)
Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg 2011
92 Seiten
ISBN 978-3-8260-4594-3

Die Palliativmedizin sieht sich in den letzten Jahren vor allem im stationären Bereich mit konkreten Erschwernissen konfrontiert. Zu den wichtigsten zählen einerseits die meist kurze Verweildauer und relativ hohe Sterblichkeit der Patienten, andererseits der wachsende ökonomische Druck und die ausufernde Bürokratie. Der vorliegende Sammelband mit dem bewusst provokativen Titel „Wie viele Sterbende verträgt ein Mensch“ sammelt die Vorträge und Gesprächsrunden einer Fachtagung der Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit der Stiftung Juliusspital Würzburg aus dem Jahr 2010.

Die Beiträge des Buches beanspruchen keine einfachen und fertig ausgearbeiteten Lösungen für die zunehmenden Belastungen der Pflege im Palliativbereich. Das Symposium war zunächst vor allem auf die Reflexion und Auseinandersetzung mit dem Thema des Sterbens und des Todes im klinischen Bereich hin ausgerichtet worden und zeigt die Spannungen auf, die sich durch die erwähnten Belastungen ergeben. Im Weiteren geht es dann darum, mögliche Lösungsansätze aufzuzeigen, vor allem im Hinblick darauf, die meist sehr hohe Motivation der in diesem Bereich arbeitenden Berufsgruppen allen Widrigkeiten zum Trotz auf eben diesem Niveau zu erhalten. Auch wenn es einen eindeutigen Bezug auf die lokale Situation in Bayern gibt, tut dies der anregenden Lektüre keinen Abbruch.

In den vergangenen Jahren zeichnete sich ein klarer Trend ab, sterbende Patienten noch in ihren letzten Lebensmomenten auf eine Palliativstati-

on oder in ein Hospiz zu transferieren. Mit dieser Vorgehensweise entfernt man sich allerdings immer mehr von der ursprünglichen Auffassung von Palliativbetreuung. Der Anästhesiologe Rainer Schäfer zeigt in seiner Einführung zum Thema die Gefahr auf, dass Palliativstationen in Krankenhäusern zu Stationen mutieren, wo gut gestorben werden kann und darf. Dieser Tendenz muss man ganz offen begegnen und nach konkreten Lösungsansätzen suchen. Doch wie gelingt es, den Belastungen in einer solchen Weise zu begegnen, dass nicht die Mitarbeiterzufriedenheit, das Arbeitsklima und die Personalfuktuation darunter leiden? Welches sind mögliche Copingstrategien des Pflegepersonals im ständigen Umgang mit Sterben und Tod? Welches sind mögliche Parameter, an denen der Erfolg der Palliativmedizin gemessen und bewertet werden kann? Dazu finden sich zwei sehr aufschlussreiche Beiträge von Ernst Engelke und Erhard Weiher mit jeweils unterschiedlichem Fokus. Engelke – Diplompsychologe und emeritierter Professor für Soziale Arbeit an der Fachhochschule Würzburg – entwickelt in seinem Artikel die Geschichte von Hospizen und Palliativstationen und bringt sie mit verschiedenen Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen (nach Niklas Luhmann) und mit dem Prozess der Industrialisierung und Zivilisation (nach Norbert Elias) in Kontext. Weiher – er war über Jahrzehnte als Seelsorger und Priester an den Universitätskliniken Mainz tätig – hingegen unterscheidet in seinem Beitrag zunächst die beiden Begriffe des Leidens und des Leidens: Das Leid kann man dem Leidenden auch mit optimaler Betreuung nicht ersparen, das Leiden hingegen kann die Palliativmedizin sehr wohl erleichtern, verbessern und lindern. Er geht in seinem Beitrag von den drei Faktoren aus, die Antonovsky als wesentlich dafür herausgearbeitet hat, dass Stress (auch existenzieller Natur) ausgehalten werden kann: die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit. Daran anschließend entwickelt er sein schon früher dargestelltes „Container-Modell“ für die Helferrolle: Gemeint sind damit verschiedene Ebenen in der Rolle des Helfers,

die über Handhabbarkeit und persönlichen Energie- und Beziehungshaushalt hinaus *dem Helfer helfen helfen*: nämlich die Fachkompetenz, die Persönlichkeit, die kommunikative Kompetenz, die symbolische Dimension der Helferrolle, die Menschenliebe, die Wahrheit von Leben und Sterben und das spirituelle Geheimnis. Der Helfer soll in der Wahrnehmung und Ausübung seiner Aufgabe alle diese Ebenen in Anspruch nehmen.

Der Beitrag von Birgit Jaspers zum Thema „Wie viel Tod verträgt das Team“ findet sich leider nicht abgedruckt im Buch. Auch kommt die Stimme der Pflegenden und der Ärzte auf Palliativstationen und in Hospizeinrichtungen im Originalton nur im Rahmen der Transkriptionen (jeweils einer Interview- und einer Gesprächsrunde) vor, die einen weiten Raum im Buch einnehmen und in denen die Teilnehmer Aspekte der vorangegangenen Beiträge im Kontext ganz konkreter Institutionen und Personen in ihrer praktischen Relevanz und Brisanz diskutieren.

Zusammenfassend: Eine bereichernde Lektüre (vor allem der beiden Hauptartikel) für fachlich Interessierte, der wenig hervorgehobene explizit pflegerische und ärztliche Blickwinkel kommt vielleicht im Rahmen eines nächsten Symposiums auch durch Originalarbeiten mehr zur Geltung.

M. Stoll

Die Industrialisierung des Gehirns. Eine Fundamentalkritik der kognitiven Neurowissenschaften

Matthias L. Schroeter

Verlag Königshausen und Neumann, Würzburg 2011

227 Seiten

ISBN 978-3-8260-4703-9

„Wozu entstand dieses Buch?“ Dies sind die ersten Worte des Autors an den Leser. Darauf darf zunächst der Rezensent antworten: Es entstand als Dissertation zur Erlangung der philosophischen Doktorwürde des Autors, der als Dr. med. und klinischer Neuropsychiater in Leipzig, aber auch als Grundlagenforscher (Molekularbiologie, kognitive Neurowissenschaften, bildgebende Ver-

fahren) profiliert ist.

Die Hauptanliegen seiner Untersuchung sind das phänomenale Bewusstsein (d. h. die Frage, wie sich die Wirklichkeit über die Sinnesorgane dem Gehirn darbietet), das Zugangsbewusstsein (der komplexe Vorgang des eigentlichen Erkennens und in Bestehendes einzuordnen) und die Qualia (Sammelausdruck für subjektive Empfindungen und je eigenes „Erleben“ der Eindrücke), all dies verwoben in einer „Philosophy of Mind“. Hier kommt Aristoteles ausgiebig zu Wort mit seiner Unterscheidung von natürlichen und künstlichen Systemen, die sich als „Leben“ bzw. „Physik“ manifestieren, mit ihren spezifischen Merkmalen wie der Selbst- bzw. Fremdbewegung (Auto-, Allokinese), deren Überschneidungen für den Autor – und mit ihm dem Leser – zum Faszinosum werden.

Damit ist der Einstieg gegeben in die Frage, ob sich kognitive Prozesse („Geist“) an bestimmten neuronalen/ganglionären Strukturen des Gehirns zuordnen lassen (positive Phrenologie) bzw. was sich solchen Versuchen entzieht (negative Phrenologie), dies u. a. im Hinblick auf die Möglichkeit eines kybernetischen „Nachbaus“ des Gehirns im Sinne einer „Künstlichen Intelligenz“ (KI).

Ab den 1970er Jahren beginnt sich eine kognitive Neurowissenschaft zu entwickeln, die über den reinen Behaviorismus hinausgeht. Unter Ausnutzung der Befunde von gehirntraumatisierten Kriegsinvaliden des 19. und 20. Jahrhunderts werden eine Reihe klassischer neuropsychologischer Ausfälle analysiert (Läsions-Haltung) und Hirnrealen zugeordnet.

Dies ist – laut Autor – der Beginn einer Ära jener „Industrialisierung“ des Gehirns, auf die sich der Titel des Buches bezieht. Gemeint ist die methodisch standardisierte Analyse von Prozessen und Befunden in größerem Maßstab. Spezielle Beachtung verdient der sorgsam recherchierte und kompilierte Beitrag über „Aristoteles´ Konzept der Natur als Selbst-Bewegtes bzw. Selbst-Bezügliches“, mit logischer Einbeziehung der nach-aristotelischen Entwicklungen über Kant bis

Maturana und Varela (1980er Jahre). Letztere haben den Begriff „Autopoesie“ (Selbst-rekonstruktion) als Spezifikum für lebende Organismen geprägt. Dieser Gedanke geht daher über die „Autokinesis“ des Aristoteles hinaus, dessen „vier Ursachen“ (lat. *causa materialis, formalis, efficiens und finalis*) in der Unterscheidung von Natürlichem und Künstlichem eine Würdigung erfahren: Der ontologischen Argumentation des Aristoteles wird von Maturana/Varela die Perspektive eines Beobachters hinzugesellt. Auch D. J. Chalmers (1996) kommt ausführlich zu Wort (physische und phänomenale Realisation von Information; Theorie des Bewusstseins), sowie weitere prominente Philosophen, allen voran Hans Jonas (Entkausalisierung der Wahrnehmung). Der Phänomenologie Husserls und seinem Konzept der Intentionalität ist ein gediegener 14-seitiger Aufsatz gewidmet, gefolgt von modernen angelsächsischen Autoren wie Searle und Dretske.

Erst gegen Ende seiner Arbeit kommt der Autor auf das anfangs angedeutete Problem der Erschaffung „Künstlicher Intelligenz“ (KI) zurück, wieder mit Rekurs auf die Autokinese des Aristoteles als definierendes Konstitutum des Belebten.

Die Definition der KI nach M. Minsky (1968) lautet in etwa: KI ist das (wissenschaftliche) Produkt einer Maschine, die Dinge tut, welche Intelligenz erfordern würden, wenn sie von Menschen gemacht würden – woran sich zwangsläufig die Frage nach dem Bewusstsein („Geist“?) erhebt. Hier ist es Chalmers, der hier sehr wohl Bewusstsein sieht, was vom Autor (unterstützt von Aristoteles, aber auch Searle) in ein „als ob“ gewendet wird. Hierher gehören demnach gewisse „neuronale Netze“, welche Elemente der Selbstorganisation aufweisen können – und dennoch per definitionem allokinetisch bleiben (Kohonen-Netze).

Die Argumentation des Autors lässt keinen Zweifel darüber aufkommen, dass Computer „künstliche“, weil allokinetisch organisierte Systeme sind und daher Information weder phänomenal rezipieren, noch Intentionalität hervorbringen können. Was durch „téchne“ erzeugt worden ist, kann

nicht autokinetisch (oder gar autopoetisch) sein.

Im nun folgenden 6. Kapitel setzt sich der Autor kritisch mit den Uranfängen der neurokognitiven Wissenschaft in der Neuzeit auseinander, die noch ohne Scheu und Skrupel Natur und Kunst, Leben und Materie, Geist und Maschine zu vermengen suchen. So spannt er den Bogen von Francis Bacon (Novum Organon, 1620) über die phänomenologisch differenziertere Sicht Heideggers bis zu Günther Anders' "dritten industriellen Revolution":

Der Mensch empfinde es als Makel, „geworden und nicht gemacht worden“ zu sein (Die promethische Scham, 1956). Schließlich erweist sich das Konzept von Maturana/Varela (1985) als plausibler: Das Nervensystem sollte als autonom (autopoetisch) aufgefasst werden, soweit es der Autopoesie des Gesamtorganismus untergeordnet sei.

Im letzten (7.) Kapitel stellt sich der Autor noch der Herausforderung der „Transformation der kognitiven Naturwissenschaften“ und damit des Bewusstseins in die Kategorie der Kybernetik (phänomenales bzw. Zugangsbewusstsein, die Rolle von retrospektiven Berichten etc.). Die diesbezüglichen Versuche einer Verortung im Gehirn waren bisher wenig erfolgreich (experimentelle Neurophänomenologie, z. B. bei Lutz, 2002).

Am Schluss bekennt sich der Autor zu der Ansicht, dass sich eine „negative Phrenologie“, also alles was unwägar den menschlichen Geist „be-seelt“, wohl nicht so bald als Gegenstand von Experimenten für die kognitiven Neurowissenschaften wird erhalten können.

F. Kummer

Symposium „Konfliktherd Krankenhaus: Ärzte versus Manager“

24. Mai 2012 in der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, A-1200 Wien

Die Ärzteschaft und das Pflegepersonal haben ihren Beruf stets in erster Linie als spezifisch karitative Berufung verstanden. Die Aufgabe des Managements war es, die anfallenden Kosten über Politik, öffentliche Hand, Versicherungen und Spenden aufzubringen.

In den letzten Jahren ist jedoch eine Trendumkehr zu verzeichnen: Krankenhäuser werden wie moderne Wirtschaftsunternehmen geführt, von denen eine ausgeglichene Bilanz gefordert wird, während die soziale Komponente in den Hintergrund tritt. Der Patient wird zunehmend als Kunde und nicht mehr als Hilfsbedürftiger betrachtet.

Dementsprechend wird das strukturelle Angebot zur Patientenversorgung nicht mehr von der Ärzteschaft nach den Bedürfnissen der Patienten vorgegeben, sondern von Managern nach ökonomischen Gesichtspunkten bestimmt. Diese Entwicklung ist für viele Ärzte, Pflegepersonen und Therapeuten belastend - und hat zu einem erheblichen Konfliktpotential zwischen Ärzteschaft und Management beigetragen.

Welche Weichenstellungen braucht es, um Medizin auch in Zukunft mit Qualität, Kostenbewusstsein und Menschlichkeit zu verwirklichen?

Veranstalter

Insitut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)

Mitveranstalter: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Österreichische Ärztekammer

Die Veranstaltung ist mit 5 Punkten für das Fortbildungsprogramm der Österreichischen Ärztekammer approbiert.

Programm

15.00: Begrüßung

15.15 - 16.45

Spannungsfelder im medizinischen Alltag: Ökonomisierungsdruck contra Patientenwohl

Moderation: Mag. Martin Stickler, ÖÄK

Keynote-Speaker:

Wolfgang Huber, Wien: *Zwischen Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit*

Reinhard Krepler, Wien: *Ökonomische Zwänge vs. Medizinischer Fortschritt in Forschung und Lehre*

Max Laimböck, Innsbruck: *Krankenhaus-Management im Konflikt mit Forderungen der Ärzteschaft*

16.45: Diskussion

17.15: Pause

17.45 - 19.30

Podiumsdiskussion: Haben Ärzte Kostenbewusstsein oder brauchen sie ökonomische Hilfestellung?

Moderation: Mag. Susanne Kummer, IMABE

Harald Hertz, Wien

Markus Schwarz, Wien

Georg Ziniel, Wien

Robert Hawliczek, Wien

Anmeldung und Information

<http://www.imabe.org/index.php?id=1660>

Eintritt frei, begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldeschluss: 14. Mai 2012

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

Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens, Fassbaender Verlag, Wien (1989), ISBN 978-3-900538-17-0

Aus der Reihe Medizin und Ethik

Bonelli J., Prat E. H. (Hrsg.), Leben – Sterben – Euthanasie?, Springer Verlag, Wien (2000), ISBN 978-3-211-83525-8

Mayer-Maly T., Prat E. H. (Hrsg.), Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung, Springer Verlag, Wien (1998), ISBN 978-3-211-83230-1

Schwarz M., Bonelli J. (Hrsg.), Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens, Springer Verlag, Wien (1995), ISBN 978-3-211-82688-1

Bonelli J. (Hrsg.), Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin, Springer Verlag, Wien (1992), ISBN 978-3-211-82410-8

Studienreihe

Nr. 6: Moritz B., Moritz H., Über Naturgesetze und Evolution. Ein Beitrag zu einem interdisziplinären Dialog (2007), ISBN 978-3-85297-004-2

Nr. 5: Sexuaufklärung von Hauptschülern in Abtreibungskliniken (2005), ISBN 978-3-85297-003-5

Nr. 4: Rhonheimer M., Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkularen

Staat“ (1996), ISBN 978-3-85297-002-8

Nr. 3: Rhonheimer M., Sexualität und Verantwortung (1995), ISBN 978-3-85297-001-1

Nr. 2: Schwarz C., Transplantationschirurgie (1994), ISBN 978-3-85297-000-4

Nr. 1: Rella W., Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts (1994), ISBN 978-3-900538-48-4

IMABE-Info (Download: www.imabe.org)

2011: Nr. 1: Die „Pille“ vs. Natürliche Empfängnisregelung, Nr. 2: Neurowissenschaft, Nr. 3: Fehlerkultur in der Medizin

2010: Nr. 1: Sucht und Alkohol, Nr. 2: Die Pille danach, Nr. 3 und 4: AIDS

2009: Nr. 1: Grenzen der Sozialmedizin, Nr. 2: Familie und Krankheit, Nr. 3: Burnout

2008: Nr. 1: Ethik in der Schönheitsmedizin, Nr. 2: Der ethische Ruf der Pharmaindustrie, Nr. 3: Stammzellen, Nr. 4: Gender

2007: Nr. 1: Reduktion von Therapie und Ernährung bei Terminalpatienten, Nr. 2: Placebo, Nr. 3: Präimplantationsdiagnostik

2006: Nr. 1: Klonen, Nr. 2: IVF

2005: Nr. 1: Sinnorientierte Medizin, Nr. 2: Risiken der späten Schwangerschaft

2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Tabakrauchen, Nr. 3: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

Vorschau

Imago Hominis · Band 19 · Heft 2/2012

Schwerpunkt: Ethik in der Pflege II

Editorial	3	
Current Issues	6	Thomas J. Piskernigg Recent Decrees of the ECHR and the CJEU regarding Bioethics
	12	Johannes Bonelli Confusion within the Commission on Bioethics around Assisted Dying
Focus	15	Doris Pfabigan Dignity and Autonomy in Longterm Geriatric Nursing
	27	Hanna Mayer, Sylvia Ferch Autonomy versus Caring: a qualitative Study
	39	Josef Hörl Elder Abuse as an ethical Problem of Care
	51	Martina Hiemetzberger The two Faces of Death
News	60	
Journal Review	65	
Book Reviews	67	
Announcement	74	Symposium „Konfliktherd Krankenhaus: Ärzte versus Manager“