

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 19 · Heft 2 · 2012

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Ethik in der
Pflege II**
Ethics in Care II

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	79	
Aus aktuellem Anlass	82	IMABE Stellungnahme zum Vorschlag zur Liberalisierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
	84	Johannes Bonelli Der Streit um den Hirntod
Schwerpunkt	87	Ruth Schwerdt Professionelle Altenpflege als Erhalten und Aufheben
	97	Sabine Ruppert, Patrik Heindl, Vlastimil Kozon Rolle der Pflege bei ethischen Entscheidungen
	107	Martin W. Schnell Ethik der Interpersonalität in der Gesundheitsversorgung
	115	Enrique H. Prat Exzellenz und Leadership in der Altenpflege. Ein tugendethischer Ansatz
	129	Herbert Watzke Palliativmedizin und Onkologie
Nachrichten	137	
Zeitschriftenspiegel	139	
Buchbesprechungen	141	

Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)

errichtet gemäß Artikel XV 7 des Konkordates vom 5. 6. 1933, BGBl. II Nummer 2/1934 und des CIC, insbesondere Canones 114 und 116 (2) als öffentliche kirchliche Rechtsperson.

Sitz des Instituts:

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

Tel: +43-1-715 35 92, Fax: +43-1-715 35 92-4, eMail: postbox@imabe.org

Kuratorium (Vorstand):

Vorsitzender: Bischof DDr. Klaus Küng, Diözesanbischof St. Pölten

Ehrew. Generaloberin Sr. Gabriela Trenker, Präsident MR Dr. Walter Dorner, Univ.-Doz. Dr. Titus Gaudernak,

Generaldirektor Prof. Dr. Josef Kandlhofer, Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Lenzhofer

Direktor: Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, Wien

Geschäftsführer: Prof. Dr. Enrique H. Prat, Wien

Institutszweck:

Zweck des Instituts ist die Verwirklichung von Projekten der Lehre und Forschung auf den Gebieten der Bioethik und der medizinischen Anthropologie.

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.

Diese Ausgabe wird unterstützt von:

Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln.

Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen Sachexperten begutachtet.

Redaktionsschluss: 13. Juni 2012



Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

Kein Sektor des Gesundheitswesens ist so stark gewachsen und im Wachstum begriffen wie der Bereich der Altenpflege. Pflegeethik hat deshalb eine große gesellschaftliche Bedeutung: Sie ist aktuell, notwendig und wichtig. Pflege muss so gestaltet sein, dass sich in der Art der Pflege die betroffenen Hilfsbedürftigen als Menschen selbst wieder finden können. Letztlich besteht die Herausforderung darin, Menschen in ihrer Würde zu achten. Ein Blick auf aktuelle Entwicklungen zeigt, in welchen Größenverhältnissen wir uns derzeit bewegen – und welche Szenarien für die Zukunft entwickelt werden.

In Österreich beziehen mehr als 420.000 Personen Pflegegeld (Austria-Statistik 2011). Der Großteil der Betroffenen, 83%, was rund 350.000 Personen entspricht, wird zu Hause versorgt. 17% (rund 70.000 Personen) der Pflegegeld-Bezieher leben laut Daten der Träger-Vereinigung Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt in Pflegeheimen.

Bei den zu Hause Versorgten dominiert mit 60% (255.000 Personen) die ausschließlich durch Angehörige durchgeführte Betreuung. Laut Berechnungen des Wirtschaftsforschungsinstituts (WIFO) aus dem Jahr 2008 werden sich die schon heute ziemlich hohen Gesamtaufwendungen für Langzeitpflege von 2010 bis 2030 je nach Szenario verdoppeln bis vervierfachen.

Daten der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft zufolge leiden etwa 100.000 ÖsterreicherInnen an einer dementiellen Erkrankung. Bis zum Jahr 2050 wird diese Zahl auf etwa 230.000 angestiegen sein - denn mit dem Alter steigen Inzidenz- und Prävalenzzahlen. Weltweit dürfte die Zahl der Demenzkranken im Zuge der höheren Lebenserwartung von heute rund 36 Millionen bis zum Jahr 2050 auf 115 Millionen Patienten ansteigen. In Österreich wird jährlich etwa eine Milliarde Euro für die Versorgung Demenzkranker ausgegeben (75% nicht-medizinische-, 25% medizinische- und davon 6% Medikamentenkosten). Die Alzheimer-Krankheit ist für 60 – 80% der Demenzen verantwortlich, gefolgt von der vaskulären Demenz (15 – 20%) und der Demenz mit Lewy-Bodies (7 – 20%). Andere Demenzformen sind selten (unter 10%). Mischformen sind häufig.

In der vorliegenden Ausgabe von *Imago Hominis* setzen wir die Auseinandersetzung mit Aspekten der Pflegeethik fort. Die Themen sind vielfältig. Die Frankfurter Pflegeforscherin Ruth Schwerdt beleuchtet das Verhältnis zwischen jüngeren Pflegenden und alten Menschen mit Pflegebedarf in der beruflichen Altenpflege. Ausgehend von der Dialogischen Philosophie nach Martin Buber erarbeitet sie einen Lösungsansatz, wie professionelle Pflege die Begegnung mit der zu pflegenden Person erhalten kann – und dabei weder in eine Überidentifikation mit den Bedürfnissen, noch in eine kühle Distanz zum Menschen mit Pflegebedarf zu kippen.

Sollen Pflegende überhaupt bei ethischen Entscheidungen am Lebensende einbezogen werden? Die Ergebnisse einer am Wiener AKH durchgeführten Studie zeigen, dass Pflegepersonen eine sehr wichtige Rolle bei ethischen Entscheidungen am Lebensende innehaben, die Entscheidungsprozesse aber meist informell und unstrukturiert ablaufen. Die Pflegeexperten Sabine Ruppert, Patrik Heindl und Vlastimil Kozon (AKH Wien) zeigen auf, welche Konsequenzen daraus auf struktureller Ebene zu ziehen sind.

Anhand von Ergebnissen einer Untersuchung auf onkologischen Stationen zeigt Martin W. Schnell (Universität Witten/Herdecke), dass Ärzte und Pflege den Patientenkontakt als einen interpersonellen Schutzbereich in je unterschiedlicher Weise gestalten. Beide Zugänge stoßen auf Grenzen, mit denen die Heilberufler umzugehen haben.

Auf Basis der Leadership-Theorie habe ich selbst versucht darzulegen, welche Haltungen und Tugenden für die im Pflegeberuf Tätigen von besonderer Relevanz sind, um auch in der geriatrischen Langzeitpflege eine exzellente Leistung zu erbringen. Exzellenz hängt ja nicht nur von Organisation ab, sondern bedarf auch einer anspruchsvollen Vision, die ihrerseits ein für die Entfaltung der notwendigen Tugenden/Haltungen notwendiges Missionsbewusstsein generiert.

Der Palliativmediziner Herbert Watzke (Medizinische Universität Wien) führt das Thema der Pflege in den Bereich der Palliativmedizin über. Er zeigt, dass Palliative Care heute früh im Krankheitsprozess und gemeinsam mit onkologischen Antitumor-Maßnahmen eingesetzt werden kann und dabei Lebensqualität fördernd und lebensverlängernd wirkt.

Unsere Schwerpunkt-Publikationen brachten Pflegeethik in den Blick als philosophische Reflexion über die ethischen Dimensionen der Beziehung zwischen Pflegeperson und Pflegebe-

dürftigen. Pflege sollte aber auch aus sozialetischer Sicht betrachtet werden. Dann ginge es in der Reflexion darum, wie die Gesellschaft mit den im Pflegeberuf Tätigen umgeht. Es scheint, dass die wohlhabenden Länder gerade hier ein beträchtliches Problem haben.

Während die Zahl der Pflegefälle stark steigt, zeigen die in der Pflege Berufstätigen eine große Unzufriedenheit. Sie fühlen sich zunehmend ausgebrannt. Sowohl in Akutkrankenhäusern als auch in Langzeitpflegeeinrichtungen sind Pflegepersonen, die ohnehin eine sehr anspruchsvolle Arbeit leisten müssen, oft überfordert. Im März 2012 hat das *British Medical Journal* (2012; 344: e1717) die ersten Hauptresultate der weltweit größten Pflegepersonalstudie publiziert. Es wurden in 13 Ländern (darunter Deutschland) Pflegekräfte und Patienten nach ihrer Zufriedenheit mit der Krankenpflege befragt. Mit 61.168 Krankenschwestern und 131.318 Patienten in mehr als 1.000 Kliniken dürfte es sich um die weltweit größte, jemals im Pflegebereich durchgeführte Studie handeln. Die Ergebnisse, die die Gruppe um Linda Aiken von der University of Pennsylvania School of Nursing in Philadelphia und Walter Sermeus von der Katholischen Universität in Löwen/Belgien vorstellte, zeigen beim Pflegepersonal an europäischen und US-amerikanischen Krankenhäusern ein hohes Maß an Unzufriedenheit mit der herrschenden Situation. Viele fühlen sich ausgebrannt. Die Frustration reichte zwischen 19% (in den Niederlanden) und 49% (in Griechenland) bis hin zur Absicht, sich im nächsten Jahr einen neuen Job suchen zu wollen (Deutschland 36%). Zwischen 10% (Niederlande) und erschreckenden 78% (Griechenland) sagten, dass sie ausgebrannt seien (Deutschland 30%). Burnout im Pflegeberuf scheint ein echtes Problem.

Sozialetisch müsste die Frage geprüft werden, ob der Pflegeberuf das gesellschaftliche Ansehen genießt, das er verdient, und Leistungen in diesem Sektor finanziell entsprechend Einsatz und Bildung honoriert werden. Vieles spricht leider dafür, dass es hier einen sozialetischen Handlungsbedarf gibt. Es wäre wert, diese Fragen in einer weiteren Publikation aufzugreifen.

Enrique H. Prat

IMABE

Stellungnahme zum Vorschlag zur Liberalisierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes

Position paper on the proposal to liberalize the Reproductive Medicine Act

Am 16. April 2012 hat die „Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt“ (BEK) zur Frage Stellung genommen, ob und inwiefern es zu rechtfertigen sei, dass die Inanspruchnahme von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen in Österreich laut Fortpflanzungsmedizingesetz (FmedG) auf Partner verschiedenen Geschlechts sowie nicht alleinstehende Partner beschränkt ist. Die BEK war vom Verfassungsgerichtshof mit Schreiben vom 20. Februar 2012 dazu aufgefordert worden.

Laut Stellungnahme sind 19 Mitglieder der Kommission der Ansicht, dass „kein Grund vorliegt, der die derzeitige gesetzliche Beschränkung zulässiger Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin auf – erstens – nicht alleinstehende Partner (bzw. auf Ehegatten) – und zweitens – verschiedenen Geschlechtes zu rechtfertigen vermag“. 6 Mitglieder geben einen kritischen Kommentar zu diesem Beschluss ab. Es gäbe sehr wohl gewichtige Gründe, die geltende gesetzliche Regelung aufrechtzuerhalten, in erster Linie „das Wohl des Kindes“.

IMABE teilt die Position dieser sechs Kommissionsmitglieder, die öffentlich unter anderem auch von dem in der Österreichischen Bischofskonferenz für Lebensschutz und Familie zuständigen Diözesanbischof Klaus Küng, vom Katholischen Familienverband Österreichs und von Aktion Leben unterstützt worden ist.

Kritisch festzuhalten ist:

1. Das Fortpflanzungsmedizingesetz wurde für Personen mit krankhafter Zeugungsunfähigkeit erstellt. Die Forderungen der BEK gehen weit über diese Intention hinaus. Lesben und Homosexuelle sind prinzipiell zeugungsfähig. Daher ist ein Vergleich mit Personen, die zeugungsunfähig sind,

von vornherein verfehlt, er müsste mit gesunden Paaren erfolgen, die allerdings nach §2,2 des FMedG auch kein Recht auf künstliche Fortpflanzung haben. Von einer Diskriminierung kann daher keine Rede sein.

2. Die Stellungnahme der 19 Mitglieder läuft auf eine Forderung nach einem Recht auf ein Kind für Jedermann (unabhängig von einer Partnerbeziehung) hinaus. Die BEK müsste daher konsequenterweise unter Berufung auf den Gleichheitsgrundsatz eine Änderung des Adoptionsrechts für gleichgeschlechtliche Paare sowie ein Recht auf ein IVF-Wunschkind auch bei homosexuellen Paaren einfordern – und sich damit vom Verbot von Eizellspende und Leihmutterchaft verabschieden.

Wenn die Erfüllung des Kinderwunsches um jeden Preis mit der Selbstverwirklichung der Person gerechtfertigt wird, wie dies die BEK tut, öffnet dies Tür und Tor für einen unkontrollierten Missbrauch, insbesondere bei alleinstehenden Personen. Wer kann denn kontrollieren, zu welchem Zweck das Kind letztlich erzeugt wurde (ein Wunschkind, das Erleben der Schwangerschaft, eine versteckte Leihmutterchaft usw.)?

Recht auf Kind für Alleinstehende und gleichgeschlechtliche Paare?

Die Stellungnahme der 19 Kommissionsmitglieder enthält zwei Argumentationslinien: Zum einen halten sie die in den parlamentarischen Materialien (d.h. erläuternde Bemerkungen zum Gesetz bzw. Gesetzentwürfe) zum Fortpflanzungsmedizingesetz angeführten Begründungen (zum Beispiel Missbrauchsgefahr, Vermeidung von ungewöhnlichen, persönlichen Beziehungen) für nicht überzeugend. Zum anderen gäbe es keine empirische

Evidenz dafür, dass durch eine Aufhebung der Beschränkungen dem Kindeswohl geschadet würde. Mithin stünde dem Wunsch gleichgeschlechtlicher Paare nach „eigenen Kindern“ nichts entgegen.

Kritik: Der Umstand, dass manche Begründungen damals nicht an- oder in extenso ausgeführt wurden, kann nicht als Freibrief für heutige Begehrlichkeiten missbraucht werden, es genügt jedenfalls nicht, die gesetzliche Regelung als solche in Frage zu stellen. Es zeigt nur, dass Fragen, die heute ideologisch aufgeworfen werden, damals breiter Konsens waren und deshalb nicht zur Debatte standen.

Bezüglich des Arguments, wonach eine empirische Evidenz (Studien) fehle, die einen Schaden bei den von der Liberalisierung der IVF-Praxis betroffenen Kindern nachweist, ist zu sagen, dass sich keine ernstzunehmende wissenschaftliche Disziplin so eine Vorgangsweise leisten könnte, weder die Medizin noch die Ökologie. Wenn es um die physische und psychische Gesundheit von Millionen von Menschen geht, kann eine unbeschränkte Zulassung von IVF überhaupt nur dann in Betracht gezogen werden, wenn es zumindest eine moralische Sicherheit gäbe, dass daraus keine Schäden für das Kind entstehen. Diese gibt es aber nach heutigem Wissensstand nicht.

Kinder haben ein Recht auf Vater und Mutter – nicht umgekehrt

Auf Grund der Tatsache, dass Kinder schicksalhaft einen Elternteil verlieren oder vaterlos bleiben, wird von 19 Kommissionsmitgliedern als Argument vorgebracht, dass die Vaterlosigkeit bei lesbischen Paaren nicht schlimmer als die „natürliche“ gewertet werden kann.

Dabei scheinen die Proponenten dieses Vorschlags komplett zu übersehen, dass ein schicksalhaftes Ereignis ethisch anders zu bewerten ist, als wenn handelnde Personen für ein Kind von vorne herein Vaterlosigkeit planen und intendieren.

Dass jedes Kind optimalerweise Vater und Mutter braucht, wird von kaum jemand ernsthaft

angezweifelt. Hier muss das Kindeswohl vor dem Kinderwunsch Vorrang haben. Das prinzipielle Recht des Kindes auf Vater und Mutter, darf nicht willkürlich missachtet werden (vgl. Art 7 und 8 der UN-Kinderrechtskonvention).

Ethik muss politikunabhängig sein

IMABE hat wiederholt klargestellt, dass eine Ethikkommission kein repräsentativ-politisches Gremium ist, dessen Aufgabe in der Konsenssuche verschiedener Positionen liegt, sondern eine Instanz zur Wahrheitsfindung in konkreten und aktuellen ethischen Fragen. Weder Politik noch bloße Mehrheitsentscheide können bestimmen, was gut und was schlecht ist. Ethik muss politikunabhängig sein.

Wenn bei den Beratungen wie im vorliegenden Fall keine Einigkeit erreicht wird, dürfen die Positionen nicht nach dem Stimmenverhältnis bewertet werden. Es wäre fair gewesen, beide Positionen als gleichwertige Empfehlung zu veröffentlichen. Das Vorgehen, die Empfehlung der Mehrheit als Stellungnahme der gesamten BEK darzustellen, entspricht jedenfalls keinem internationalen Standard.

Im Übrigen entscheidet der Bundeskanzler über die Zusammensetzung der BEK-Mitglieder. Der Applaus der ebenfalls von ihm ernannten Minister (Gesundheit, Frauen) zu den jüngsten Empfehlungen der Kommission in diesen ideologisch kontroversiellen Fragen gibt keinen Anlass dazu, das Vertrauen in die Unabhängigkeit des Gremiums zu stärken. Eine bloß numerische Mehrheit sagt jedenfalls nichts über die Qualität und über die Verbindlichkeit der „Ethikberatung“ aus.

IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
postbox@imabe.org

Johannes Bonelli

Der Streit um den Hirntod

The Controversy over Brain Death

Mit der Einführung der künstlichen Beatmung und der intensivmedizinischen Hochtechnologie vor ca. 40 Jahren sind die bislang üblichen Kriterien der Todesbestimmung wie Herz- und Kreislaufstillstand vielfach unbrauchbar geworden. Es besteht seit damals weltweit ein Konsens unter den Medizinern, dass der Nachweis des Funktionsausfalls des Gehirns durch dessen vollständige Destruktion das bis heute sicherste Zeichen bzw. Kriterium für den Tod eines Menschen ist (was übrigens auch für jedes Säugetier gilt). Deshalb kann in diesem Fall eine Intensivtherapie ohne juristische Komplikationen beendet werden und eine Organentnahme aus dem Leichnam ohne schwerwiegende ethische Bedenken erfolgen. Umso erstaunlicher ist es, wenn nun im Zuge der gesetzlichen Neuregelung zur Organtransplantation in Deutschland eine emotionale, medial überbewertete Debatte über medizinisch fundierte Leitlinien geführt wird, die sich seit Jahrzehnten bewährt haben.

Einige Gegner der Hirntoddefinition unterstellen, dass diese absichtlich nur dazu erstellt wurde, um möglichst leicht vitale Organe für deren Transplantation zu erhalten. Ihrer Meinung nach sei ein künstlich beatmeter Körper, dessen Herz durch intensive medizinische Maßnahmen von außen am Stillstand gehindert wird, ein lebender Mensch, auch wenn das Gehirn vollständig zerstört ist, er praktisch geköpft nur noch eine Zeit lang künstlich dahinvegetiert und letztlich trotz aller medizinischer Anstrengungen der Verwesung anheimfällt. Keinesfalls kann beim Hirntoten auf Dauer künstlich ein stabiler Zustand erreicht werden.

Der Tod des Menschen erfolgt definitionsgemäß durch die Trennung von Leib und Seele. Das freilich sei nicht beobachtbar, hat bereits Papst Pius XII. im Jahre 1957 festgestellt. Deshalb, konstatierte der

Papst, sei es Sache der Ärzteschaft (und nicht der Philosophen und Theologen) festzulegen, ab wann der Tod eingetreten sei. Es wird in dieser Auseinandersetzung ganz vergessen, dass die Kriterien zur Feststellung des Todes weitgehend auf einer Konvention beruhen, die immer schon im Konsens der medizinisch wissenschaftlichen Gremien festgelegt wurde. Das gilt selbstverständlich für die herkömmlichen Kriterien von Herz- und Atemstillstand genauso wie für das Hirntodkriterium. Niemand weiß, ob die Trennung von Leib und Seele nicht erst dann erfolgt, wenn auch die letzte lebende Zelle abgestorben ist.

Vielfach wird von beiden Seiten die Integration bzw. Desintegration des Organismus ins Spiel gebracht, wobei die Repräsentanten der Hirntoddefinition mit Recht darauf hinweisen, dass es bei der Zerstörung des Gehirns zu einer Desintegration des Organismus als Ganzheit kommt, während die Gegner behaupten, dass gewisse integrierende Subsysteme auch am kopf- bzw. gehirnlosen Körper feststellbar sind, auch wenn diese von außen künstlich aufrechterhalten werden müssen. Die Diskussion auf dieser Ebene ist ziemlich müßig, denn der Begriff der Integration bzw. Desintegration wird von beiden Seiten unterschiedlich und sehr kontrovers definiert. Darüber hinaus wird Integration bzw. Desintegration einer Ganzheit zu einseitig gefasst, wenn sie nur auf Körperfunktionen reduziert wird. Integration zu einer Ganzheit beinhaltet nämlich vor allem auch die unersetzbare Identität bzw. Individualität eines Menschen.

Wie sehr das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein des Gehirns das Dasein eines personalen Menschen bestimmt, kann vielleicht am Beispiel von siamesischen Zwillingen deutlich gemacht werden: Bei diesen gibt es auch solche, die zwei

voneinander getrennte Köpfe, aber nur ein einziges gemeinsames Kreislaufsystem mit nur einem Herzen haben. Trotzdem handelt es sich für jedermann einsichtig um zwei Menschen. Doppelt angelegte andere Organe (wie z. B. die Nieren) haben hingegen noch niemanden veranlasst, von zwei Menschen zu sprechen. Es gibt Menschen, denen im Zuge einer Herztransplantation ein zweites Herz zusätzlich eingepflanzt wurde (sog. „Huckepackmethode“). Sie leben also mit zwei schlagenden Herzen in der Brust. Niemand wird annehmen, dass hier zwei Personen umherlaufen, und es ist auch völlig klar, um welche Person es sich handelt. Denn die Identität dieses Menschen wird von seinem Kopf (Gehirn), und nicht vom Herzen getragen.

Hier zeigt sich dem gesunden Menschenverstand ganz deutlich die hervorragende übergeordnete Bedeutung des Gehirns, dessen Funktion nicht gleichrangig mit anderen Organen verglichen werden kann. Man könnte sagen, dass das Gehirn, wenn es einmal ausgebildet ist, die Identität eines Menschen als individuelle Ganzheit definiert bzw. garantiert, während mit seinem Verlust die Identität und Einheit des Ganzen verloren geht. Der Mensch als Individuum existiert nicht mehr, er ist tot. Hier bewegen wir uns freilich bereits in einem philosophischen Graubereich.

Aus der Perspektive der Medizin ist das Integrationsargument jedenfalls nur ein Nebenschauplatz bei dieser Auseinandersetzung und wenig aussagekräftig. Die Kriterien von Atem- und Herzstillstand wurden ja auch schon längst, bevor man etwas über Blutkreislauf und Integration gewusst hat, als Todeszeichen gewertet. Ausschlaggebend war hingegen die Tatsache, dass mit dem Atem- und Herzstillstand normalerweise ein irreversibler Zerfallsprozess des Organismus eingeleitet wird. Die Betonung liegt hier freilich auf *irreversibel*, denn Herz- und Atemstillstand als solche zeigen den Tod keineswegs in jedem Fall an, wie dies aus der Tatsache hervorgeht, dass bei der „Wiederbelebung“ ein solcher Zustand wieder aufgehoben werden kann. Ihr Funktionsausfall führt zu einer langsamen Zer-

setzung des Gehirns, normalerweise innerhalb von 8 – 10 Minuten, und erst diese Destruktion der Gehirnzellen bewirkt die Irreversibilität des Zustands.

Traditionsgemäß muss diese Zeit auf alle Fälle abgewartet werden, bevor man jemanden für tot erklären kann. Wird allerdings das Gehirn durch Unterkühlung konserviert, so kann dessen Zerfall verhindert werden. Dies wird heute in der Herz- und Neurochirurgie ausgenutzt, indem man künstlich durch Unterkühlung einen Herz- und Kreislaufstillstand erzeugt, ohne dass das Gehirn geschädigt wird. Dadurch kann bis zu einer Stunde blutleer operiert werden, ohne dass das Gehirn geschädigt wird, d.h. ohne dass der Mensch stirbt, obwohl sein Kreislauf stillsteht. Spektakulär ist hier der Fall Anna Bågenholm, die im Jahr 1999 bei einem Skiausflug kopfüber in einen 70 cm tiefen zugefrorenen Bach gestürzt war. Dabei wurde sie bis auf 13,7°C unterkühlt und hat dabei einen Herz- und Atemstillstand drei (!) Stunden lang überlebt. Die Schwedin arbeitet heute wieder in ihrem Arztberuf.

Die Beispiele zeigen, dass nicht Atem- und Herzstillstand als solche für Tod oder Leben entscheidend sind, sondern der Zustand des Gehirns, dessen Destruktion unwiderruflich einen Zerfallsprozess des Organismus einleitet, sodass Reanimationsmaßnahmen sinnlos sind. Atem- und Kreislaufstillstand sind hingegen nicht unwiderruflich, sondern seit jeher nur insofern Todeszeichen, als man unter bestimmten Bedingungen als deren Folge indirekt auf die Destruktion des Gehirns schließen kann. Wenn allerdings Atmung und Kreislauf künstlich aufrechterhalten werden, so können weder Rückschlüsse auf den Zustand des Gehirns und schon gar nicht über Leben oder Tod eines Individuums gemacht werden.

Wenn heute mit Hilfe moderner diagnostischer Verfahren der Hirntod auch direkt festgestellt werden kann, so ist diese Tatsache wohl ein Fortschritt, der zu begrüßen ist. Niemand, auch nicht die Hirntodgegner, verlangen, dass die intensivmedizinischen Maßnahmen nach Feststellung des Hirntodes weiter fortgesetzt werden müssen, und

niemand behauptet, dass das Abstellen der Beatmungsmaschine einer Tötung gleichkommt. Wenn vor Beendigung der Therapie die Entwicklung von Leichenstarre und Totenflecken des Hirntoten durch künstliche Beatmung und andere aufwendige medizinische Eingriffe von außen noch einige Zeit hintangehalten werden, um eine Organtransplantation zu ermöglichen und einem sonst todgeweihten Menschen das Leben zu retten: Warum soll dies plötzlich verwerflich sein? Durch die Biokonservierung des Körpers des Hirntoten ändert sich dessen Status rund um die Organentnahme in keinsten Weise. Vom Standpunkt der Ethik besteht zwischen beiden Vorgangsweisen kein Unterschied. Ob man nämlich die Sauerstoffzufuhr (Abstellen der Beatmungsmaschine) oder die Blutzufuhr (Herzexplantation) abstellt, bleibt sich prinzipiell gleich. Um jede Tötungsabsicht auszuschließen, könnte man sogar theoretisch als Gedankenexperiment den Hirntoten an eine Herzlungenmaschine anschließen. Dann würde während der Organentnahme der Blutkreislauf weiter künstlich aufrechterhalten werden. Wenn dann die Maschine abgeschaltet wird, hätten wir die idente Situation wie oben (Abschalten der Maschine). Von einem Tötungsdelikt kann hier also in keinem Fall gesprochen werden. Wer das trotzdem behauptet, muss sich wohl den Vorwurf der Sophistik gefallen lassen.

Man fragt sich also, warum dann gewisse Leute derartig hartnäckig gegen die Hirntoddefinition ankämpfen, es sei denn, sie wollen die Organtransplantation und speziell die Herztransplantation generell verhindern. Dann allerdings sollten sie das ehrlich zugeben. Eine solche Haltung ist zumindest mit der Morallehre der katholischen Kirche nicht vereinbar. So hat z. B. Papst Johannes Paul II in seiner Ansprache beim Internationalen Kongress für Organverpflanzung im August 2000 festgestellt, dass „das Hirntodkriterium nicht im Gegensatz zu den wesentlichen Elementen einer vernunftgemäßen Anthropologie steht“ und dass „die Organspende eine besondere Wertschätzung verdient“. Ebenso hat Papst Benedikt XVI. in sei-

ner Ansprache vom 7. 11. 2007 an die Mitglieder der Päpstlichen Akademie für das Leben bemerkt, dass die Verpflanzung lebenswichtiger Organe „ein echtes Zeichen der Nächstenliebe“ sei, „die über den Tod hinauszusehen weiß“.

Ein weiterer Nebenschauplatz ist die irrige Unterstellung, das Hirntodkonzept würde den Sitz der Seele in das Gehirn verlegen, während die Embryonalentwicklung doch beweist, dass ein Mensch auch ohne Gehirn lebensfähig sei. Der entscheidende Unterschied zwischen einem Embryo und einem Hirntoten besteht jedoch gerade darin, dass der Entwicklungsprozess eines Embryos zur Ausgestaltung sämtlicher Organe, einschließlich des Gehirns, führt, während die Organe eines Hirntoten einem unwideruflichen Zerfallsprozess unterliegen. Über den Sitz der Seele können wir überhaupt nichts aussagen.

Ergänzend sei noch erwähnt, dass einige Hirntodgegner behaupten, es gäbe Fälle, bei denen der Hirntod diagnostiziert wurde und die dennoch über Jahre hinweg weitergelebt hätten, ja die sogar geheilt wurden. Nun, hier handelt es sich wohl ganz offensichtlich um Fehldiagnosen, denn ohne wenigstens einen Rest von Stammhirngewebe ist der Mensch nicht einmal in der Lage, einen einzigen Atemzug zu machen, geschweige denn sich zu bewegen, zu denken, zu reden oder zu erkennen. Wenn Fehldiagnosen allerdings dazu missbraucht werden, Emotionen zu wecken und das Hirntodkonzept als Ganzes in Misskredit zu bringen, dann müssen die Kriterien Herz- und Atemstillstand ebenfalls als obsolet gelten, da mit ihnen eine ganze Reihe von Fehldiagnosen aktenkundig ist. Es besteht heute in der medizinischen Wissenschaft kein Zweifel, dass die sicherste Methode zur Todesfeststellung der Nachweis des Hirntodes ist, wenn er mit den modernsten technischen Mitteln (EEG; MRT; Angiographie; Nuklearmedizin) erbracht wird.

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

Ruth Schwerdt

Professionelle Altenpflege als Erhalten und Aufheben

Professional Care for the Elderly as Gentle Act of Conservation

Zusammenfassung

Der Aufsatz bietet eine Interpretation der chasidischen Anekdote über „Das Altern“ im Kontext der dialogischen Philosophie Martin Bubers. Beleuchtet wird das Verhältnis zwischen jüngeren Pflegenden und alten Menschen mit Pflegebedarf in der beruflichen Altenpflege. Dabei erhalten die Kennzeichen professioneller Pflege – berufliches Wissen und Können, Kompetenz im Einsatz dieser Optionen und die Begegnung mit der Person, die Pflege erhält – besondere Aufmerksamkeit.

Schlüsselwörter: Altenpflege, professionelle Pflege, Dialog, Person, Professionalität

Abstract

This article provides an interpretation of a Hasidic anecdote on Ageing referring to Martin Buber's dialogue philosophy. It investigates the relationship between young professional carers and old persons with nursing needs. Proficiency in nursing is defined as applying knowledge and nursing activities specifically in an authentic relationship to the old person in need of care.

Keywords: Gerontological Nursing, Dialogue, Person, Proficiency

Prof. Dr. Ruth Schwerdt
Fachhochschule Frankfurt am Main –
University of Applied Sciences
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1, D-60318 Frankfurt a. Main
schwerdt@fb4.fh-frankfurt.de

I. Interpretation der chassidischen Anekdote über „Das Altern“

Die folgende chassidische Anekdote wurde von dem Philosophen Martin Buber (1878 - 1965) aufgeschrieben.

Das Altern

„Ein alter Spielmann spielte Rabbi Chanoch vor. Der sagte: ‚Auch Melodien, die altern, verlieren an Geschmack. Diese hat uns vormals, als sie bei Rabbi Bunam gespielt wurde, das Herz erhoben. Jetzt ist ihr Geschmack verloren gegangen.‘

So ist es in Wahrheit. Man muß sich auf das Alter sehr rüsten und bereiten.

Wir beten: ‚Wirf uns nicht hinweg zur Zeit des Alters!‘ Denn dann geht der Geschmack verloren.

Aber zuweilen ist gerade dies das Gute. Denn sehe ich, dass ich nach allem, was ich getan habe, gar nichts bin, so muß ich eben von neuem zu arbeiten beginnen.

Und es heißt von Gott im Gebet: ‚Der an jedem Tag das Werk der Schöpfung erneuet.‘“

Diese Anekdote thematisiert das Erleben des Alterns. Es wird verglichen mit einer Melodie, die einmal erfreut hat, nun aber nicht mehr anrührt. Es folgt die Mahnung, sich auf das Alter vorzubereiten, und die Bitte, im Alter nicht „weggeworfen“ zu werden.

Wie ist diese Bitte gemeint? Stehen die Werke der Älteren in Gefahr, von den Jüngeren „weggeworfen“ zu werden?

Die Anerkennung der Werte und Lebensleistungen der älteren Generationen durch jüngere kann durchaus nachlassen: Wenn eine berufliche Neuerung einmal in den Kanon des anerkannten Wissens und Könnens integriert ist, wird sie selbstverständlich, und ihre Innovationskraft verschwindet. Und wenn die Kinder einmal selbständig sind, verblasst die elterliche Leistung der jahrzehntelangen Erziehung und Unterstützung. Ein einmal beeindruckender Neubau verliert buchstäblich an Wert im Laufe seines Bestands. Und selbst das Engagement der Älteren für die Steigerung der Le-

bensqualität der nachfolgenden Generationen verliert ihre Eindringkraft, wenn die Jüngeren einmal selbst die Verantwortung übernommen haben. Die Entbehrungen der jetzt Alten in harten Lebensphasen rücken im Geschichtserleben der Jüngeren, die Krieg und Hunger niemals erlebt haben, in eine Erlebensferne, die der einer Fiktion recht nahe kommt. Überleben in Katastrophen, Wiederaufbau nach umfassender Zerstörung, Leben in durch den Tod zerrissenen Familien wird in den Augen der Jüngeren Geschichte. Die Lebenswerte, die den Älteren ihr Überleben ermöglicht haben – Fleiß und Durchhalten um jeden Preis, Pflichtbewusstsein und eiserne Disziplin, Erhaltung von Ehe- und Familienstrukturen, auch um den Preis großer Opfer der Beteiligten – wirken antiquiert. Die Jüngeren werden nun, da sie in der Produktivität ihres eigenen Lebens aufgehen, von eigenen Lebensaufgaben in Anspruch genommen.

Der Appell „Wirf uns nicht hinweg zur Zeit des Alters!“ gilt aber nicht nur in Bezug auf Lebensleistungen. Er ist existentieller und verzweifelter! Aus ihm spricht die Furcht, als „Person“ missachtet und entfernt zu werden, also die Würde und jegliche Bedeutung zu verlieren.

In der Begründung – „Denn dann geht der Geschmack verloren.“ – wird angezeigt, dass dann, wenn die Person verworfen wird, die Möglichkeit versiegt, „Geschmack“ zu finden. Hier wird nicht die Vorstellung vermittelt, dass im Altern kontinuierlich Lebensqualität eingeübt würde. Wenn ich als alter Mensch von anderen „weggeworfen“ werde, verliere ich vielmehr meine Freude am Leben, ja am Dasein überhaupt.

Die Bitte ist so radikal, dass sie im Gebet an Gott gerichtet wird: Gott soll den gebrechlich gewordenen Menschen (weiter) als Person gelten lassen. Der Bezug zu Gott wird als die Gemeinschaft angesprochen, in der der Dialog nicht versiegen soll, um den Lebenssinn nicht zu verlieren. Ein Weggeworfenwerden durch Gott wäre die letzte und vernichtende Absage an den Menschen, eine Verneinung seiner Möglichkeit, die das Weggeworfenwerden

durch Mitmenschen ultimativ übertreffen würde.

II. „Weggeworfenwerden“ als Aberkennung der Personhaftigkeit

Die Geste des Wegwerfens ist aktiver Ausdruck von Verachtung. „Weggeworfenwerden“ steht für das Erleben, in die Bedeutungslosigkeit gestoßen zu werden. Beide – das Wegwerfen und das Weggeworfenwerden – nehmen den „Geschmack“, den Sinn, weil Beziehung aufgekündigt wird.

Beziehung aufzukündigen, bedeutet nach Bubers Menschenverständnis gleichsam, dem Einzelnen den Boden unter den Füßen wegzuziehen und ihn ins Leere fallen zu lassen: „Die fundamentale Tatsache der menschlichen Existenz ist der Mensch mit dem Menschen.“² Nach Buber kann der Mensch zwei „Grundworte“ sprechen: „Ich-Du“ und „Ich-Es“ (bzw. „Ich-Er“, „Ich-Sie“). „Ich-Du stiftet die Welt der Beziehung“, „Ich-Es“ gehört zur „Welt der Erfahrung“.³ Das „Es“ wird durch Beobachtung oder Betrachtung erfasst;⁴ dem „Du“ wird begegnet. Das „Ich“ kann es als Einzelnes nicht geben,⁵ sondern nur in der Hinwendung zu einem „Du“. Die Welt der Beziehung ist die wesentliche, während die „Es-Welt“ zwar Leben erhält⁶ und Mitteilungen ermöglicht, aber kein „Innewerden“ und keine „Antwort“.

Der leibseelische Mensch kann nach Buber ausschließlich als kontextueller in einer Situation und als Sozialwesen gedacht werden. Erst der Dialog bringt Personhaftigkeit hervor – Identität ist immer eine soziale. Als solche kann sie niemals von einem Ich erzwungen oder verstärkt werden, sondern nur im „Zwischen“ des Dialogs – als direkte, wechselseitige Interaktion mit einem Gegenüber in einer Begegnung – geschehen: „Das Du begegnet mir von Gnaden – durch Suchen wird es nicht gefunden.“⁷ Das, was der einzelne Mensch tun kann (und soll), ist, sich hinzuwenden, zu antworten: „dass ich zu ihm das Grundwort spreche, ist Tat meines Wesens, meine Wesenstat. Das Du begegnet mir. Aber ich trete in die unmittelbare Beziehung zu ihm. So ist die Beziehung Erwählter

und Erwählter, Passion und Aktion in einem.“⁸

In diesem Menschenverständnis bedeutet „Wegwerfen“ die härteste Aufkündigung der Dialogbereitschaft, das schroffste Abwenden. Es ist die Aufkündigung des „Ich-Du“ Grundworts. Es ist die Geste der Vergegenständlichung eines „Ich“, das keine Chance mehr hat, Antwort zu erhalten und zu antworten, zum „Es“.

III. Gefahren des „Wegwerfens“ in der beruflichen Altenpflege

Die Betreuung älterer Menschen mit Pflegebedarf erfolgt im stationären und teilstationären sowie im ambulanten Bereich meist über mehrere Monate oder sogar Jahre. Während im Krankenhausbereich die medizinische und pflegerische Versorgung in einer Ausnahmesituation notwendig wird, die oft die Bedrohlichkeit einer existenziellen Krise erreicht, finden die Einsätze in der Langzeitpflege im Alltag der zu Pflegenden statt; und diese werden selbst zu einem Teil des Alltags der älteren Menschen.

Den Pflegenden mag es auffallen, dass die zu pflegenden Älteren sich mit den immer gleichen Daseinsthemen befassen, dass sie häufig besondere Ereignisse aus ihrer Lebensgeschichte hervorheben und die Bedeutung unterstreichen, die diese für ihr weiteres Leben hatten.

Häufig spielen Verluste für die jetzt älteren Menschen eine große Rolle:

- Vertreibung aus der Heimat
- Verlust von Ehemännern, Söhnen und Vätern, die im Krieg fielen oder vermisst blieben
- Verlust vertrauter Personen durch Krankheit
- Verlust von Selbständigkeit und Einfluss
- Verlust der Gesundheit und Schaffenskraft
- Verlust körperlicher Attraktivität
- Verlust der eigenen Wohnung nach Heimübersiedlung

Zunehmende Verlustererfahrungen und vielfältige Normenkonflikte können auf Seiten der zu Pflegenden Aggressivität bis zur Suizidalität, Regressivität bis zur Apathie bewirken. Auf der

Seite der Pflegenden sind Überforderungsreaktionen wie Burnout oder Coolout⁹ und sogar Akte der Gewalt von strukturellen bis zu körperlich-direkten Formen wie der mechanischen Fixierung zu befürchten. Diese Konflikte können sich vor allem mit den nun in die Pflegeheime eintretenden „Kriegskindern“¹⁰ entfalten. Die Menschen dieser Kohorten waren im Krieg noch Kinder, die zu früh Erwachsenenrollen übernehmen mussten. Sie mussten Eltern und Geschwister ersetzen oder waren ganz auf sich allein gestellt. Sie waren schonungslos den grausamen Auswirkungen des Krieges ausgesetzt und mussten nach Kriegsende Tote begraben und Trümmer wegräumen. Sie haben gelernt, eigene Bedürfnisse nicht zu beachten. Etwa ein Drittel dieser Kohorten hat schwere traumatische Schädigungen erlitten, ein weiteres knappes Drittel traumatische Erfahrungen gemacht, und nur 30 bis 40% haben keine traumatisierend schädigenden Erlebnisse gehabt.¹¹

Jüngeren werden ihre Andeutungen der Kriegs- und Nachkriegsentbehrungen leicht grotesk vorkommen. Manche Reaktionen des Erschreckens, des Rückzugs und der Abwehr werden sie kaum aus dem Kontext der frühen Lebenserfahrungen heraus verstehen und einordnen, geschweige denn handhaben können.

Pflegekonzepte zum Umgang mit Menschen mit posttraumatischem Psychosyndrom sind noch nicht ausgearbeitet. Pflegende stehen oft hilflos der Zurückgezogenheit eines Folteropfers, der Berührungangst eines Vergewaltigungsopfers, dem Sammeln und Horten von Lebensmitteln bei einem Menschen, der jahrelangen Hunger überlebt hat, aber auch den Vorwürfen der Undankbarkeit für die Leistungen der Älteren und der mangelnden Einsatzbereitschaft der Jungen gegenüber. Diese können Wert- und Normenkonflikte als unlösbar erleben, wenn ihre eigenen Überzeugungen denjenigen der von ihnen gepflegten Menschen widersprechen, wenn sie nicht verstehen, wie nun hilfebedürftig Gewordene schuldig werden konnten am Tod oder dem Schaden von Mitmenschen.

Sie können leiden an den ausdrücklichen und verdeckten Vorwürfen von Angehörigen, die ihre PartnerInnen oder Eltern ins Heim begleitet haben und nun überzogene Erwartungen an die institutionelle Pflege richten.

Pflegende können aber auch von der Tiefe und Eindringlichkeit der erzählten Erlebnisse älterer Menschen, mit denen sie in deren biografisch geprägtem Verhalten konfrontiert werden, überwältigt sein, sodass sie sich überidentifizieren. Aber die Lebenswerte und Erlebnisinhalte können ihnen auch so fremd und unvorstellbar vorkommen, dass sie sich überdistanzieren.

Die geschilderten Reaktionen und Konflikte können durchaus dazu führen, dass beruflich Helfende sich den alten Menschen nicht mehr zuwenden, sich nicht mehr auf ihre Erlebnisinhalte, die ihre Identität und Biografie ausmachen, einlassen und sie sich stattdessen auf ein sachlich distanzierendes Verhältnis im Rahmen eines verrichtungsorientierten Arbeitsauftrags zurückziehen.

IV. Die Bedeutung dialogischer Personhaftigkeit in der Altenpflege

Die Dialogische Philosophie beinhaltet einen Lösungsansatz: Nach Martin Buber ist der Mensch in der Lage, sich durch „Distanzierung und Verselbständigung“ in ein Verhältnis zu seiner Mitwelt zu setzen.¹² Erst aufgrund dieser Fähigkeit kann er überhaupt „In-Beziehung-Treten“,¹³ denn diese beruht ja elementar darauf, dass die Eigenständigkeit des Anderen gewahrt bleibt. Erst die „Individuation“ lässt die „Verschiedenen“ einander erkennen, und zugleich begrenzt sie die Erkennbarkeit der „Verschiedenen“.¹⁴

In der Pflegebeziehung ist demnach zunächst die Eigenständigkeit des zu pflegenden Menschen zu akzeptieren: Das „Anreden gründet sich auf die Setzung und Anerkennung der selbständigen Andersheit des Andern“.¹⁵

Diese Anerkennung beugt einer Überidentifikation mit den Lebensthemen und Bedürfnissen des Menschen mit Pflegebedarf vor und mündet

dennoch nicht in eine bloß sachliche Distanz zu den zu pflegenden Menschen, die in der Gefahr stünde, das Machtgefälle zwischen dem pflegebedürftigen und dem die Pflege leistenden Menschen zu zementieren. Martin Bubers Begriff der „Beziehung“ integriert die beiden „Grundworte“: Die Ich-Es-Relation ist dem Wissen und Können der Pflege in seinen formalen Bedingungen zuzuordnen. Da in einem Beruf zielgerichtet und strukturiert vorzugehen ist, ist dieses Grundwort unverzichtbar. Da aber die Pflegeperson das Medium ist, mit dem das Wissen und Können zum Nutzen einer Person mit Pflegebedarf eingesetzt wird, ist das „Ich-Du“-Grundwort elementar. Intentionale, erfolgsorientierte Pflege kann im Rahmen der professionellen Pflegebeziehung die Begegnung „aktual“ verwirklichen oder diese „latent“ ruhen lassen,¹⁶ aber sie bleibt das Wesentliche der menschlichen Bezogenheit, also auch der Pflege. Der „Primat des Dialogischen“ realisiert sich also nicht darin, dass Menschen in ununterbrochener Begegnung stehen sollen: „Jede wirkliche Beziehung in der Welt vollzieht sich im Wechsel von Aktualität und Latenz, jedes geeinzelte Du muss sich zum Es verpuppen, um wieder neu sich zu beflügeln.“¹⁷

Es ergibt sich, dass erst der Wechsel von Aktualität und Latenz die *Kontinuität* von Verantwortung ermöglicht: In der Latenz der Pflegebeziehung besteht die (Ur)Distanz, aus der heraus sowohl Pflegebedarf als auch Potentiale und Ressourcen systematisch erfasst und Gesundheitsprobleme in den Gesundheitsprozess und in die Lebenssituation des Menschen mit Pflegebedarf, orientiert an seinen Lebenswerten, eingeordnet werden können. Validiert werden diese Ergebnisse jedoch in der Begegnung; hier erfolgt die Priorisierung. Entscheidungen über Ziele und Maßnahmen *bewähren* sich in dialogischer Sorge.¹⁸

Laut Buber vollzieht sich gelingendes Leben im „Lebensrhythmus“ des „Wechsel(s) von Aktualität und ... Latenz“.¹⁹ Ebenso gelingt die Pflege von Menschen mit Pflegebedarf in diesem Rhythmus: Die besten verfügbaren allgemeinen Erkenntnisse aus

der Literatur, aber auch die individuumsbezogenen Erkenntnisse aus der Beobachtung und Betrachtung der gegenwärtigen Situation müssen abrufbar sein mit dem Ziel, dem zu pflegenden Menschen ein dialogisches Leben zu ermöglichen, das ihm persönlich entspricht. Dann erst kann gewährleistet sein, dass die eingesetzten Kompetenzen der Person tatsächlich gerecht werden und sie in ihrem individuellen Lebensvollzug unterstützen.

Ein älterer Mensch mit Pflegebedarf ist gerade aufgrund seiner Bedürftigkeit besonders verletzlich und gefährdet, „weggeworfen“ zu werden. Im Verständnisrahmen der dialogischen Philosophie schützt das „Apriori der Beziehung“²⁰ vor dem Weggeworfenwerden und dem Wegwerfen, weil das Gegenüber als ein „Du“ nicht *zur Verfügung steht*. Die „Antwort“ in der Begegnung kann nicht erzwungen werden. Eine Person mit Pflegebedarf entspricht als Individuum weder standardisierten Bedarfsbeschreibungen noch kann die Situation an standardisiertes Wissen angepasst werden. Seine Eigenheit besteht als prinzipieller Respektappell unabhängig von Außenerwartungen an sein Erleben und Verhalten. Das Primat des Dialogs lässt Fremdbestimmung nicht zu, sondern verlangt, dass die Autonomie des aufgrund seiner Hilfebedürftigkeit verletzlichen Menschen im Rahmen dialogischer Sorge gefördert wird.

Dialogische Sorge wird stets von einem Widerspruch zwischen Theorie und Praxis der Versorgung ausgehen, weil die Theorie des Wissens und Könnens immer nur im Latenzbereich der Pflegebeziehung besteht. Professionelle Ziele, die nicht im Dialog mit dem pflegebedürftigen Menschen validiert sind, *müssen* notwendig in Konflikt mit der Praxis geraten, weil der konkrete Mensch mit Pflegebedarf als „Gegenüber“ den Widerstand der Autonomie bietet und bieten soll, die ein Dialog als wechselseitige konstituiert. Zugleich ist genau an dieser Stelle die pflegerische Verantwortung der Pflegenden begrenzt: Sie können Angebote von Pflegeleistungen auf Basis ihrer fachlichen Expertise machen – doch in Anspruch genommen werden

sie durch den Menschen mit Pflegebedarf. Die *Verantwortung* der Pflege ist also immer schon geteilt.

Berufliche Pflege wird als professionelle also den Dialog in den Fokus rücken. Das beste verfügbare Wissen schafft das Handlungsrepertoire, das die Pflegeperson virtuos einsetzen kann. Zugleich ist ihre Dialogbereitschaft die Grundbedingung für die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen als Person. Ein Primat des fachlichen Wissens und Könnens könnte den Anspruch von Professionalität nicht allein erfüllen, denn es würde das Grundwort „Ich-Es/Er/Sie“ isolieren. Ebenso wenig kann eine elementare Dialogbereitschaft allein – ohne die Basis der Fachlichkeit – professionelle Qualität erwirken, denn es würde das Grundwort „Ich-Du“ überbetonen. Übersteigerte empathische Betroffenheit würde die Handlungsfähigkeit nehmen.

Gute Pflege ereignet sich in der Verselbständigung des Gegenübers, dessen Autonomie gerade aufgrund seiner Bedürftigkeit und Gefährdetheit dialogische Unterstützung braucht. In dem Maße, wie die Pflegeperson hierzu in der Lage ist, die Verselbständigung des Menschen mit Pflegebedarf zu akzeptieren und zu fördern und dabei als selbständiges Gegenüber in der Pflegebeziehung agiert, steigert sich die Professionalität der Pflege.²¹ Wenn hingegen die Person mit Pflegebedarf als austauschbares Element einer Reihe vergegenständlicht wird oder lediglich eigene Werte und Normen auf den Menschen mit Pflegebedarf projiziert werden, ohne die Lebenswerte, den Lebensentwurf und das Erleben des Gegenübers zu entdecken, der pflegerische Dialog also nicht zustande kommt, gelangt keiner der Beteiligten an der Pflege zur Personhaftigkeit; beide verbleiben im Ich-Es/Er/Sie-Grundwort.

Das Konzept von der Aktualität und Latenz in der Pflegebeziehung kann analog der Formel von der „Kunst der Pflege“, die von Pflgeethoretikerinnen wie z. B. Virginia Henderson²² und Hildegard E. Peplau,²³ Dorothea E. Orem²⁴ und Monika Krohwinkel²⁵ zum Wesen der Pflege erklärt werden. Nach Peplau ist das Ziel der Pflege die Mündigkeit, die Selbständigkeit des Menschen mit Pflegebe-

darf, der als Ergebnis der pflegerischen Interaktion gelernt hat, mit seiner Einschränkung umzugehen und als Mitglied der Gesellschaft zu agieren. Forschungsergebnisse zur Kompetenzentwicklung²⁶ in der Pflege beschreiben den Kompetenzerwerb als einen Prozess, in dem zunächst die sachlich-technisch-handwerkliche Dimension der Pflege angeeignet wird. Dieses Wissen und Können wird an konkreten Situationen einer wachsenden Zahl von Menschen mit Pflegebedarf relativiert und differenziert. Das Entwicklungsziel besteht darin, dass die Pflegeperson die handwerklichen Fähigkeiten und Fertigkeiten ohne Mühe beherrscht und sie souverän in intuitiv erfassten Pflegesituationen in der Interaktion mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen einsetzt – sie werden der professionellen Pflegebeziehung einverleibt.

Expertentum schließlich zeichnet sich dadurch aus, dass die einzelne Person des älteren Menschen mit Pflegebedarf empathisch und dialogisch erlebt wird. Das Verstehen wird nicht von abstrakten, allgemeinen Normen abgeleitet, sondern Regelwissen und Fertigkeiten werden in den Dienst der Personbeziehung als „Ort der Pflege“ gestellt.²⁷ Zugleich wird aktuelles Erleben und Verhalten in den biografischen Kontext gestellt, in dem es in „rehistorisierender“ Perspektive²⁸ in die Zuwendung zur Person integriert wird.

V. Authentizität als Prävention des „Alters“

Der Appell „Wirf uns nicht hinweg zur Zeit des Alters!“ ist eine existentielle Bitte um Verschonung. Überraschend wirkt – nach der Radikalität dieser Bitte – die Umwidmung der Gefahr, weggeworfen zu werden. Fast lapidar wirkt die Überlegung: „Aber zuweilen ist gerade dies das Gute. Denn sehe ich, dass ich nach allem, was ich getan habe, gar nichts bin, so muß ich eben von neuem zu arbeiten beginnen.“

Die Androhung, verstoßen zu werden, wirkt wie ein Stachel, der den Aufbruch beschleunigt. Die Alternative zum Altern ist, sich stets zu verjüngen. Paradoxe Weise erfolgt dieser Appell gerade im Zusammenhang mit der verstärkten Mahnung,

sich auf das Alter gut vorzubereiten. Die in dieser Anekdote vermittelte Erkenntnis ist, dass nicht das kalendarische Alter „alt“ macht und den „Geschmack“ schwinden lässt, sondern der Verzicht darauf, sich immer neu zu bemühen. „Alter“ wird zum Bild für „Erstarrung“. Jungbleiben und Verjüngung sind dadurch erreichbar, dass immer neue Werke und Begegnungen angestrebt werden.

In diesem Verständnis kann auch ein kalendarisch junger Mensch „alt“ sein, nämlich dann, wenn er erstarrt in seiner Ansprechbarkeit und seine Bereitschaft aufgibt, „Antwort“ zu geben. Nicht Tradition und Bestand, sondern dialogisches Leben ist die Bedingung, Wert zu erleben. Für früher erreichte Meilensteine kann also ein alter Mensch sowenig bleibenden Respekt erwarten wie eine Pflegeperson für erbrachte Leistungen. Identität wird nicht nur als soziale definiert, sondern als unabschließbar prozessuale. Weder das hohe Lebensalter noch das niedrigere hat einen Wertanspruch an sich, sondern nur das Gehen, das „Arbeiten“.

Und nun wird „Geschmack“ selbst als Teil dialogischen Lebens erkennbar: Er stellt sich erst ein, wenn Dialogbereitschaft besteht, und er geht verloren, wenn sie aufgekündigt wird. Dieser Appell richtet sich an die Jüngeren, erschallt doch der Ausruf „Wirf uns nicht hinweg zur Zeit des Alters!“ vorausschauend durch den Betenden, der selbst noch nicht das hohe Alter erreicht hat. Die Bitte ist zwar wörtlich an Gott gerichtet; sie adressiert aber zugleich jeden, der die Geschichte hört.

Das Augenzwinkern bei dem Hinweis auf „das Gute“ lässt sich erahnen. Einen starken Eindruck hinterlässt seine emanzipatorische Kraft: Alte Menschen sollen nicht an die Einsatzbereitschaft von Jüngeren appellieren, sondern sich ihrer Eigenverantwortung für ihr Dasein vergegenwärtigen.

Unter der Bedingung, dass die Bereitschaft zu dieser Verjüngung und der Entschluss, niemals in dieser Bemühung innezuhalten, besteht, kann das Alter nach Buber eine glückliche Lebensphase sein: „Altsein ist ja ein herrliches Ding, wenn man nicht verlernt hat, was anfangen heißt ...“.²⁹

VI. Authentizität als Prinzip gesellschaftlicher Solidarität zwischen den Generationen

Aus gesellschaftlicher Perspektive ist berufliche Altenpflege nicht nur Leistungserbringung im Rahmen gesellschaftlicher Solidarität für ältere Mitmenschen, die sich darin ausdrückt, dass finanzielle, qualifikatorische und institutionelle Ressourcen bereitgestellt werden. Im Sinne Bubers besteht sie in der Bereitschaft, ältere Menschen mit und ohne Pflegebedarf als Gegenüber anzusprechen, ihnen zu antworten im Rahmen eines authentischen Dialogs. Eine Gesellschaft, die den Dialog mit älter gewordenen Mitgliedern, die hilfebedürftiger geworden sind, aufkündigt, bringt sich selbst um eine Möglichkeit, dialogisch zu leben. Sie verarmt in ihren Potentialen. Eine Vergegenständlichung von Hilfebedürftigkeit und Hilfeleistung, wie sie z. B. in der Sozialen Pflegeversicherung gestaltet ist, kann nur unter der Voraussetzung zu authentischer Hilfe führen, dass sie in den Rahmen des Lebensvollzugs als gemeinsamen und in den Dialog aller Gemeinschaftsmitglieder als gleichberechtigter eingebettet ist. Dieser Lebensvollzug wird im Gesetzestext als „Kultur des Helfens“ angesprochen.

Die Altenpflege bietet Jüngeren hervorragende Gelegenheiten, ihre Dialogbereitschaft und -fähigkeit zu erhalten. Sie werden aufgrund der unterschiedlichen Lebensentwürfe und Biografien der Älteren ständig konfrontiert mit der Vielfalt von Lebensmöglichkeiten. Die selbst praktizierte wird fortlaufend als nur eine Option bewusst, inmitten einer Vielzahl möglicher Lebensentscheidungen und -wege. Altenpflegende erhalten – wenn sie den Perspektivenwechsel zur Grundtechnik ihres Handelns erheben³⁰ – stets Anstoß, ihr eigenes Leben authentisch zu gestalten. Sie können zugleich Werke schaffen, indem sie Kenntnisse über erfolgreiche Pflegekonzepte strukturiert sammeln und veröffentlichten, während sie den einzelnen Menschen mit Pflegebedarf dadurch ehren, dass sie ihn als Gegenüber im Dialog ernstnehmen, ihn „aufheben“, wenn er sich „hinweggeworfen“ fühlt, und seine Personhaftigkeit durch Pflege als Dialog erhalten.

Die Chance auf eine gute Pflegequalität erhöht sich mit der Qualität der Kenntnisse und methodischen Kompetenzen, über die Altenpflegende verfügen, denn sie bieten das Konzept- und Methodenrepertoire. Je reicher dieses Repertoire an vielfältigen und differenzierten Optionen für Wissen und Können ist, desto stärker muss die Virtuosität der Pflegefachpersonen ausfallen, mit der sie das jeweils Passende für eine Person und Situation auswählen können. Das Potential und die Virtuosität zu seinem Einsatz sind aber nur so wertvoll wie die Fähigkeit der Pflegenden, sie im Rahmen einer Beziehung einzusetzen, und so erfolgreich wie die Bereitschaft der Personen mit Pflegebedarf, sich auf einen Dialog mit Jüngeren einzulassen, die über Mittel verfügen, ihnen im selbständigen Lebensvollzug Unterstützung zu geben. Denn erst die „Passung“ legitimiert die Prioritätensetzung!

Die Pflege hat so ein „doppeltes Mandat“:³¹ Einerseits ist die beruflich qualifizierte Pflegeperson gesellschaftlich beauftragt, auf einem definierten Qualitätsniveau Pflegeleistungen zu erbringen. Sie darf dabei die Grenzen der zur Verfügung gestellten Ressourcen nicht überschreiten. Zugleich erhält sie den direkten Pflegeauftrag durch den pflegebedürftigen Menschen, für den sie ihren Einsatz erbringt. Mit besonders hilfebedürftigen und verletzlichen Mitmenschen im Dialog zu stehen, ist ein schützenswertes Gut einer Kultur, die authentisch sein will, da das Weggeworfenwerden genauso wie das Wegwerfen Personhaftigkeit bei beiden Beteiligten – den Werfenden wie den Geworfenen - suspendiert.

Referenzen

- 1 Buber M., *Die Erzählungen der Chassidim*, 12. Aufl., Manesse, Zürich (1996), S. 842
- 2 Buber M., *Das Problem des Menschen*, 5., verb. Aufl., Schneider, Heidelberg (1982), S. 164
- 3 Buber M., *Das dialogische Prinzip*, 6., durchges. Aufl., Schneider, Gerlingen (1992), S. 10
- 4 ebd., S. 150 f.
- 5 vgl. ebd., S. 8
- 6 ebd., S. 38

- 7 ebd., S. 15
- 8 ebd.
- 9 Kersting K., „Coolout im Pflegealltag“, *Pflege & Gesellschaft* (1999); 4 (3): 53-59
Kersting K., *Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung*, Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (2002)
- 10 vgl. Radebold H., *Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen*, erw. u. überarb. Aufl., Psychosozial Verlag, Gießen (2004)
vgl. Radebold H., *Während des Alterns anzutreffende Folgen: Aktueller Kenntnisstand*, in: Radebold H., Heuft G., Fookien I. (Hrsg.), *Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive*, 2. Aufl., Juventa, Weinheim, München (2009) S. 139-148
vgl. Tagay S., Gunzelmann T., Brähler E., *Posttraumatische Belastungsstörungen alter Menschen*, *Psychotherapie* (2009); 14 (2): 234-342, http://cip-medien.com/media/download_gallery/09-02/10.%20Tagay.pdf (letzter Zugriff am 5. Januar 2012)
- 11 Radebold H. (2009), siehe Ref. 10, S. 144
- 12 Buber M., *Urdistanz und Beziehung*, 4., verb. Aufl., Schneider, Heidelberg (1978), S. 17
- 13 ebd., S. 11
- 14 Buber M., siehe Ref. 3, S. 101
- 15 Buber M., *Dialogisches Leben*. Gesammelte philosophische und pädagogische Schriften, Müller, Zürich (1947), S. 29
- 16 Buber M., siehe Ref. 3, S. 21
- 17 ebd., S. 101
- 18 vgl. Schwerdt R., *Eine Ethik für die Altenpflege. Ein transdisziplinärer Versuch aus der Auseinandersetzung mit Peter Singer, Hans Jonas und Martin Buber*, Reihe Pflegewissenschaft der Robert Bosch Stiftung, Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (1998), S. 401 ff.
- 19 Buber M., siehe Ref. 3, S. 115
- 20 ebd., S. 31, 72
- 21 vgl. Schwerdt R., *Advanced Nursing Practice: Pflegeethische Implikationen anhand eines Fallbeispiels*, in: Monteverde S. (Hrsg.), *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*, Kohlhammer, Stuttgart (2011), S. 42-57
Schwerdt R., „Wirf uns nicht weg zur Zeit des Alters! Denn dann geht der Geschmack verloren.“ *Altenpflege als tätiger Dialog zwischen Generaktionen*, PEP. Pflegekompetenz. Ethik. Persönlichkeit (2000); 28(1): 6-9 (Teil 1), 28(2): 4-6 (Teil 2)
- 22 Henderson V., *Basic Principles of Nursing Care*, American Nurses Association (ANA), Silver Spring, Maryland (1997)

- 23 Peplau H. E., *Interpersonal Relations in Nursing Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*, Springer, New York (2000)
- 24 Orem D. E., *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*, Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden (1997)
- 25 Krohwinkel M., *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexierkranken. Fördernde Prozesspflege als System*, 3. Durchges. Aufl., Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (2007)
- 26 Benner P., *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, Addison Wesley, München (1984)
Benner P., Tanner C. A., Chesla C. A., *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment & Ethics*, Springer, New York (2009)
- 27 vgl. Schwerdt R., siehe Ref. 18, S. 300 ff.
- 28 Jantzen W., Lanwer-Koppelin W., *Diagnostik als Rehistorisierung*, Wissenschaftsverlag Spiess, Berlin (1996)
- 29 Goes A., *Lebendige Legende*, in: Licharz W. (Hrsg.), *Dialog mit Martin Buber*, Haag + Herchen, Frankfurt am Main (1982), S. 425-440, 426
- 30 vgl. Schwerdt R., siehe Ref. 21
- 31 Haas M., *Professionalisierung der Altenpflege. Risiken – Hemmnisse – Chancen*, in: Greb U. (Hrsg.), *Lernfelder fachdidaktisch interpretieren. Werkstattberichte zur Gestaltung von Gesundheits- und Krankheitsthemen im schulischen Bereich (12-44)*, Mabuse, Frankfurt am Main (2005)

Sabine Ruppert, Patrik Heindl, Vlastimil Kozon

Rolle der Pflege bei ethischen Entscheidungen

The Role of Caregiving in Ethical Decisions

Zusammenfassung

Mit der Entwicklung der technischen Möglichkeiten zur Lebensverlängerung müssen ethische Entscheidungen am Lebensende von ÄrztInnen getroffen werden. Die Pflege als Profession wird in diesem Kontext kaum wahrgenommen. Anhand von Ergebnissen einer Untersuchung zur Rolle der Pflege bei ethischen Entscheidungen am Lebensende soll die Frage beantwortet werden, ob die Pflegenden überhaupt einbezogen werden sollen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegepersonen eine sehr wichtige Rolle innehaben, die Entscheidungsprozesse aber meist informell und unstrukturiert ablaufen. Um die geleisteten Tätigkeiten und die damit verbundene Verantwortung der Pflegepersonen sichtbar zu machen und weiterzuentwickeln, bedarf es der Implementierung einer klinischen Ethikberatung durch die Organisation.

Schlüsselwörter: Rolle der Pflege, ethische Entscheidungen am Lebensende, klinische Ethikberatung, Ethikkommission

Abstract

With the development of technical options for prolonging life at the end of life ethical decisions will be made by doctors. Nursing as a profession is hardly perceived in this context. Based on results of a study on the role of care in ethical decisions at the end of life the question is to answer whether care should be included at all. Results show that carers hold a very important role. The decision processes are more informal and unstructured. To make the activities already undertaken visible and the associated responsibility of nurses in connection with ethical decisions at the end of life and to develop them further, it needs the implementation of clinical ethics consultation by the organization.

Key words: Role of Nursing, End-of-life Decisions, Clinical Ethics Consulting, Ethics Committee

Mag. Sabine Ruppert, DGKS, Pflegeberaterin der Klinischen Abteilung für Nephrologie und Dialyse
sabine.ruppert@akhwien.at

Mag. Patrik Heindl, DGKP, Pflegeberater der Klinischen Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie
Beide: Universitätsklinik für Innere Med. III

Univ.-Doz. Dr. Vlastimil KOZON PhDM, Direktion des Pflegedienstes, vlastimil.kozon@akhwien.at

Alle: Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien -
Medizinischer Universitätscampus
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien

Problembeschreibung

Pflegepersonen müssen im täglichen Berufsalltag viele ethische Entscheidungen treffen, wie beispielsweise: Führe ich heute bei diesem Patienten eine Ganzkörperwaschung durch oder akzeptiere ich seinen Widerspruch? Muss ich bei dieser Patientin eine Schutzfixierung durchführen? Gestatte ich der Ehefrau einen Besuch auch außerhalb der offiziellen Besuchszeiten? Wie führe ich das Setzen eines Dauerkatheters bei einer Patientin im Vierbettzimmer durch, ohne ihre Würde zu verletzen? Bei diesen Entscheidungen müssen ethische Konzepte wie Würde, Autonomie, Gerechtigkeit und Fürsorge beachtet werden. Die Pflege als Profession hat im letzten Jahrhundert eine eigene Berufsethik entwickelt,¹ da sie erkannt hat, dass ethische Themen im Gesundheitswesen eigene ethische Konzepte der Pflege benötigen. Diese Konzepte werden in der täglichen Praxis in der Beziehung zwischen Pflegepersonen und den von ihnen betreuten Menschen angewendet.

Die häufigsten Diskussionen und Probleme im Krankenhausalltag treten bei ethischen Entscheidungen am Lebensende auf. Durch den medizintechnischen Fortschritt, vor allem auf den Gebieten der Intensivmedizin, Transplantationsmedizin und Onkologie, können viele Krankheiten gebessert und auch geheilt werden. Aber dadurch können auch Situationen und Zustände entstehen, die menschenunwürdig wirken oder sind. Mit der Entwicklung der technischen Möglichkeiten zur Lebensverlängerung zeigt sich, dass „dieser Fortschritt zwar das Leben, aber nicht unbedingt auch das gute Leben verlängerte.“² Kneihls (1998)³ und Kodalle (2003)⁴ sind der Meinung, dass die Gefahr heutzutage nicht ein zu schneller Tod ist, sondern ein zu lange künstlich verlängertes Leben. Daher müssen manchmal ethische Entscheidungen am Lebensende getroffen werden, die in den meisten Fällen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten entschieden werden. Immer wieder wird, wie auch am 10. Kongress der deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin und Not-

fallmedizin, betont, dass „diese Entscheidung eine ärztliche sei und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die alleinige Verantwortung tragen“. Auch in Empfehlungen zur Entscheidungsfindung in der Literatur wird die Pflege als Profession nicht wahrgenommen.⁵

Die Frage, die sich nun stellt, lautet: Soll oder muss die Pflege überhaupt bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende einbezogen werden? Die Autoren möchten aufgrund der Darstellung der Ergebnisse einer deskriptiven Untersuchung zum Thema „Rolle der Pflege bei ethischen Entscheidungen am Lebensende“ aufzeigen, dass dies notwendig und erforderlich ist. Bereits mit der Begriffsauswahl „ethische Entscheidungen am Lebensende“ im Gegensatz zum gängigen Begriff „medizinische Entscheidungen am Lebensende“ oder „end-of-life-decisions“ (EOLD) möchten wir die Bedeutung und Tragweite dieser Entscheidungen betonen. Es soll darauf hingewiesen werden, dass bei diesen Entscheidungen viele verschiedene Berufs- und Personengruppen betroffen sind, dass sie viele Aspekte – nicht nur medizinische – beinhalten und dass es sich letztendlich um eine ethische multidisziplinäre Entscheidungsfindung handelt.

Forschungsmethodik

Wie sieht die Rolle der Pflegepersonen bei diesen ethischen Entscheidungen am Lebensende in der Praxis aus? Werden sie miteinbezogen, beteiligen sie sich aktiv oder wollen sie mit diesen Entscheidungen nichts zu tun haben? Um auf diese Fragen Antworten zu finden, wurde ein pflegewissenschaftliches Forschungsprojekt zur „Rolle der Pflege bei ethischen Entscheidungen am Lebensende“⁶ in einer österreichischen Universitätsklinik durchgeführt. Es wurde ein deskriptives exploratives Querschnittsdesign angewendet. Die Datenerfassung erfolgte mittels teilstrukturiertem Fragebogen, der in Anlehnung an die Untersuchung von Van Bruchem et al.⁷ entwickelt wurde. Der Fragebogen wurde an insgesamt 341 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen verteilt,

die an Intensivstationen und Normalpflegestationen aus den Bereichen Onkologie, Palliative Care, Kardiologie, Hämatologie, plastischer Chirurgie und Notfallmedizin tätig sind. Die Pflegepersonen füllten die Fragebögen freiwillig und anonym aus. Die Rücklaufquote betrug 51,6% (n=176). Die geschlossenen Fragen wurden unter Zuhilfenahme des Datenverarbeitungsprogrammes Microsoft Excel deskriptiv ausgewertet. Die Antworten auf die offenen Fragen wurden entsprechend der Inhaltsanalyse nach Mayring⁸ ausgewertet.

Der Fragebogen ist in die Bereiche gegliedert:

- Schmerztherapie bei sterbenden Patientinnen und Patienten
- Patientenverfügung
- Entscheidungsprozess
- Rolle der Patientinnen und Patienten im Entscheidungsprozess
- Rolle der Angehörigen im Entscheidungsprozess
- Therapierückzug
- Pflege bei Therapierückzug
- Konflikte
- Fortbildungsbedarf
- Begriffsdefinitionen

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass den befragten Pflegepersonen eine große Rolle bei ethischen Entscheidungen am Lebensende zukommt, die Entscheidungsprozesse aber sehr unstrukturiert, informell verlaufen und schwer nachvollziehbar sind. Es zeigt sich ein Schulungsbedarf der Pflegepersonen hinsichtlich Pflegeethik, Organisationsethik, Palliative Care und Entscheidungen am Lebensende.

Nachfolgend werden einige Ergebnisse dargestellt, die die Bedeutung der Pflegepersonen bei ethischen Entscheidungen am Lebensende belegen.

Entscheidungsprozess

Patientinnen und Patienten und ihre Angehörige äußern häufig den Wunsch nach Therapierückzug/-abbruch zuerst gegenüber den Pflege-

personen. Diese handeln damit sehr professionell, indem sie diese Wünsche nicht ignorieren, sondern darauf eingehen und mit den PatientInnen Gespräche führen.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass sehr häufig Gespräche über einen möglichen Therapierückzug/-abbruch zwischen den Pflegepersonen und den Ärztinnen und Ärzten stattfinden. Diese Gespräche laufen jedoch unstrukturiert und informell ab, da sie oft während der Arbeitstätigkeiten stattfinden. Für viele Pflegepersonen ist nicht nachvollziehbar, ob dieselbe Person den Therapierückzug wieder aufhebt, die ihn angeordnet hat. Die Tatsache, dass nur relativ wenige Pflegepersonen mit der Entscheidung für oder gegen einen Therapierückzug/-abbruch immer einverstanden sind, wirft Fragen über die Struktur und Qualität der interdisziplinären Gespräche auf. Man könnte davon ausgehen, dass der Anteil an Pflegepersonen, die mit der Entscheidung einverstanden sind, höher ist, wenn diese Gespräche tatsächlich Diskussionen und strukturierte Entscheidungsprozesse wären. Auch die Tatsache, dass diese Gespräche meist nur zwischen den beiden Berufsgruppen der Pflegepersonen und der Ärztinnen bzw. Ärzte stattfinden, ist kritisch zu betrachten. Sollten in diese Gespräche nicht auch die Patientinnen und Patienten selbst beziehungsweise deren Angehörige und möglicherweise auch andere Berufsgruppen, wie zum Beispiel Seelsorgerinnen und Seelsorger, einbezogen werden? Die Kommunikation sollte in einem Kreis, und zwar in einem größeren Kreis stattfinden. Dadurch werden andere Sichtweisen in den Entscheidungsprozess miteinbezogen, und trotz der alleinigen Entscheidungsverantwortung der Ärztinnen und Ärzte können diese dadurch unterstützt und entlastet werden.

Ein Großteil der Pflegepersonen ist der Meinung, dass sie einen Beitrag im Entscheidungsprozess für oder gegen einen Therapierückzug/-abbruch leisten sollen. Dies zeigt, dass sich die Pflegepersonen ihrer Verantwortung und Kompetenz bewusst sind und diese auch wahrnehmen möchten.

	n	%
soll beitragen	89	~ 51,1
darf beitragen	23	~ 13,2
soll nicht beitragen	6	~ 3,4
muss beitragen	26	~ 17,9
kann beitragen	25	~ 14,4
will nicht antworten	5	~ 2,9

Tab. 1: Wie ist Ihre Meinung in Bezug auf den Beitrag der Pflege bei der Entscheidung für oder gegen einen Therapierückzug/-abbruch?

Therapierückzug/-abbruch

Bei den Definitionen des Therapierückzugs/-abbruchs und der passiven Sterbehilfe zeigt sich, dass die Pflegepersonen Schwierigkeiten haben, Handlungen entsprechend zuzuordnen. Vor allem der Begriff der passiven Sterbehilfe wird häufig als eine Erhöhung der Schmerztherapie definiert.

Bei Therapierückzug/-abbruch werden die Pflegemaßnahmen an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen angepasst. Dies kann sowohl eine Steigerung der Maßnahmen als auch eine Reduzierung der Pflegemaßnahmen beinhalten beziehungsweise auch eine Veränderung der Schwerpunkt- und Zielsetzung. Die Definitionen, die die Pflegepersonen angeben, machen deutlich, dass das Konzept Palliative Care nur sehr wenig bekannt ist.

Der Therapierückzug/-abbruch wird laut der Ergebnisse in fast 80% der Fälle von den Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Diese Resultate sind aufgrund der Rückmeldungen aus den Reflexionsrunden mit den TeilnehmerInnen und aufgrund der Praxiserfahrung kritisch zu betrachten. Vor allem auf Intensivstationen führen Pflegepersonen oft selbst den Therapierückzug/-abbruch durch, indem sie kreislaufunterstützende Medikamente stoppen, die künstliche Beatmung reduzieren oder die Sedoanalgesierung erhöhen – auf Anordnung der Ärztinnen und Ärzte.

In diesen Reflexionsrunden berichten die TeilnehmerInnen, dass ein Therapierückzug/-abbruch

selten von Seiten der Pflegepersonen dokumentiert wird. Als extremes Beispiel dafür wird sogar ein Verbot der Dokumentation angeführt. Die Pflegepersonen berichten auch, dass sie die Ärztinnen und Ärzte auf ihre Dokumentationspflicht immer wieder hinweisen müssen.

	n	%
Oberarzt/ -ärztin	131	~ 54,0
Konsiliararzt/ -ärztin	5	~ 2,1
weiß nicht	0	0
diensthabende/ r Ärztin/ Arzt	82	~ 33,7
Pflegepersonen	23	~ 9,5
andere Personen	2	~ 0,8

Tab. 2: Wer führt den Therapierückzug/-abbruch durch? (Mehrfachnennungen möglich)

Schmerztherapie bei sterbenden PatientInnen

Bezüglich der Schmerztherapie gibt es auf vielen Stationen keine Richtlinien oder Standards. Pflegepersonen haben dennoch im Gegensatz zu den Ärztinnen und Ärzten⁹ kaum Ängste, dass es durch die Schmerztherapie zu einer Lebensverkürzung bei den PatientInnen kommt. Die Pflegepersonen orientieren sich an ihrer Erfahrung bzw. den ärztlichen Verordnungen und sind der Meinung, dass die Schmerztherapie individuell verabreicht wird. Diese Ansicht steht im Widerspruch zu den Ergebnissen, die zeigen, dass die Patientinnen und Patienten erst an vierter Stelle nach den Pflegepersonen, diensthabenden Ärztinnen und Ärzten und den Oberärztinnen und Oberärzten zur Beurteilung der Wirksamkeit der Schmerztherapie herangezogen werden.

Pflegepersonen haben bei der Definition der indirekten Sterbehilfe Schwierigkeiten, da sie diese sehr oft in Zusammenhang mit Maßnahmen des Therapierückzug/-abbruchs setzen.

Patientenverfügung

In Bezug auf die Patientenverfügung herrscht

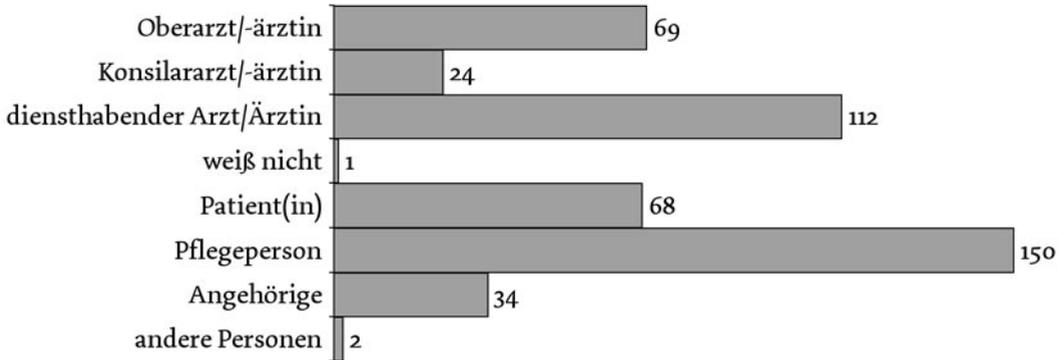


Abb. 1: Wer überprüft die Wirkung der Analgetika? (Mehrfachnennungen möglich)

unter den Pflegepersonen eine große Unsicherheit. Sie fühlen sich nicht ausreichend über die Rechtslage und die Reichweite der Patientenverfügung informiert und wünschen sich mehr Fortbildungen zu diesem Thema. Sie geben bei der Beantwortung der Definitionsfrage über die Patientenverfügung sehr viele richtige Inhalte zur Patientenverfügung und Rechtslage an. Die Aktualität und allgemeine Präsenz des Themas Patientenverfügung in Österreich könnte zur Unsicherheit auf Seiten der Pflegepersonen beitragen. Zusätzlich spielt in diesem Zusammenhang die geringe Erfahrung im Umgang mit der Patientenverfügung von Seiten der Pflegepersonen eine Rolle. Pflegepersonen sind sich nicht nur in Bezug auf eine vorliegende Patientenverfügung unsicher, sondern auch in Bezug auf ihre eigene Rolle. Eine Pflegeperson stellt die Frage, ob sie Patientinnen und Patienten über die Patientenverfügung informieren darf, wenn sie noch keine haben. Wie Löser feststellt, kann dieses Thema sogar im Rahmen von Pflegevisiten oder anderen Gesprächen angesprochen und entsprechende Hilfe angeboten werden.¹⁰

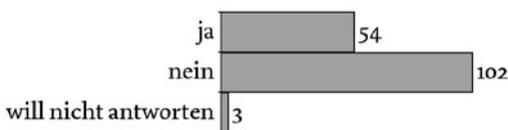


Abb. 2: Sind Sie Ihrer Meinung nach ausreichend über die Patientenverfügung und die Rechtslage informiert?

Die Ergebnisse zeigen auch strukturelle Schwierigkeiten auf, beispielsweise wird zum Erhebungszeitpunkt noch nicht standardmäßig in den Patientenunterlagen/-dokumenten und Depositen nach einer Patientenverfügung gesucht.

Einstellung der Pflegepersonen zur aktiven Euthanasie und zum eigenen Sterben

Die Pflegepersonen verwechseln häufig aktive mit passiver Sterbehilfe. Dies ist anhand der Beschreibung der Maßnahmen, die sie in den Definitionen nennen, erkennbar. Beispielsweise erachten Pflegepersonen das Abbrechen einer Therapie als aktive Sterbehilfe und den assistierten Suizid als passive Sterbehilfe.

Auf die Frage „Sollte in Österreich aktive Euthanasie nach dem Vorbild der Niederlande“ möglich sein?“ antwortet die Mehrzahl der Pflegepersonen mit „ja“ und „nur in besonderen Fällen“.

Die Resultate entsprechen Ergebnissen aus der Literatur.^{12,13} Die Begründungen für die Einstellung

	n	%
nein	22	~ 14,9
ja	38	~ 25,6
nur in besonderen Fällen	64	~ 43,2
bin mir nicht sicher	24	~ 16,3

Tab. 3: Sollte in Österreich aktive Euthanasie nach dem Vorbild der Niederlande möglich sein?

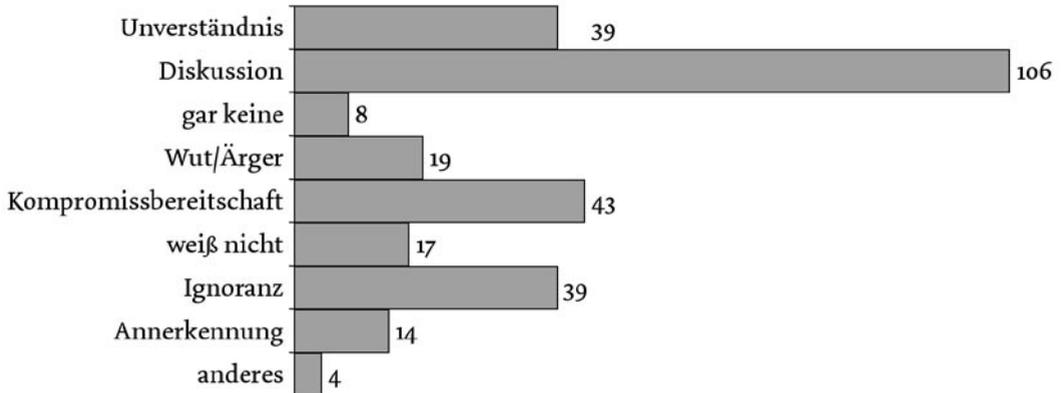


Abb. 3: Welche Reaktionen treten bei ÄrztInnen auf, wenn Einwände gegen ihre Entscheidung vorgebracht werden?

der Pflegepersonen spiegeln die Kernthemen der Euthanasiedebatte wider, wie beispielsweise „Autonomie“, „unerträgliches Leid“, „Tötungsverbot“, „Fehlentscheidung und Missbrauch“.

Die Pflegepersonen wünschen für sich selbst einen schnellen, schmerzlosen, angstfreien und würdevollen Tod im Beisein von Angehörigen zu Hause und ein Sterben, das autonom und bewusst gestaltet wird. Dies sind eigentlich Kennzeichen der aktiven Euthanasie und des Konzepts der Palliative Care.

Die Einstellungen der befragten Pflegepersonen zur aktiven Euthanasie und die Wünsche in Bezug auf ihren eigenen Tod resultieren möglicherweise aus den praktischen Erfahrungen der Pflegepersonen im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden. Der Wunsch zu Haus zu sterben, resultiert aus der Erfahrung, dass zwei Drittel der Österreicherinnen und Österreicher in Krankenanstalten versterben.¹⁴

Konflikte

Am häufigsten treten Meinungsdivergenzen zwischen den Berufsgruppen der Pflege und der Medizin auf, wobei diese ausgelöst werden durch Meinungsänderungen innerhalb der Ärzteschaft. Als Beispiele werden Situationen beschrieben, in denen ein angeordneter Therapierückzug von anderen Ärztinnen und Ärzten wieder aufgehoben wird oder die leitenden Oberärztinnen und Oberärzte immer weiterbehandeln möchten und

das übrige Team in die Entscheidung nicht miteingebunden ist. Im Zusammenhang mit der Patientenverfügung wird von den Pflegepersonen angegeben, dass aufgrund von unterschiedlichen Bewertungen der vorliegenden Patientenverfügung von Seiten der diensthabenden Ärztinnen und Ärzte Konflikte entstehen.

Auf diese Konflikte reagieren die Ärztinnen und Ärzte in den meisten Fällen kompromissbereit und lassen Diskussionen zu, aber sie erwidern auch mit Ignoranz, Unverständnis und Wut beziehungsweise Ärger.

Diskussion

Betrachtet man die Ergebnisse dieser Untersuchung, so zeigen sie, dass den befragten Pflegepersonen eine große Rolle bei ethischen Entscheidungen am Lebensende zukommt. Sie beurteilen die Wirksamkeit der Schmerztherapie, sind oft erste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Wünsche von Patientinnen und Patienten und deren Angehörige nach Therapieabbruch und gehen mit diesen Wünschen auch sehr professionell um. Es wird auch häufig nach ihrer Meinung in Bezug auf Therapierückzug/-abbruch gefragt, und sie sind auch teilweise die Ausführenden eines Therapierückzuges/-abbruchs. Es finden viele interdisziplinäre Gespräche statt, die nicht dokumentiert werden und informell und unstrukturiert sind.

Die Eingangsfrage, ob die Pflegepersonen in

ethische Entscheidungen am Lebensende einbezogen werden sollen oder müssen, kann man angesichts der Ergebnisse aus der Praxis nur bejahen. Die Resultate zeigen, dass sie tatsächlich bereits Teil dieses Entscheidungsprozesses sind. Jedoch nehmen die Pflegepersonen und die ärztliche Berufsgruppe dies nicht so wahr. Aufgrund fehlender Strukturen und unzureichender Dokumentation wird die Rolle der Pflege nicht sichtbar.¹⁵ Die Tatsache, dass die Pflegepersonen in der Praxis am Entscheidungsprozess teilnehmen, sowie die Professionalisierung der Pflege und anderer Gesundheitsberufe führen dazu, dass die Fokussierung auf die Rolle der Ärztinnen und Ärzte als alleinige Entscheidungsträger aufgebrochen wird.¹⁶ In die Entscheidungsfindung sollen aber nicht nur die Pflegenden miteinbezogen werden, sondern auch andere Berufsgruppen, wie beispielsweise Seelsorgerinnen und Seelsorger, Psychologinnen und Psychologen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter¹⁷ und vor allem die betroffenen Patientinnen und Patienten oder ihre Angehörigen. Dieser gemeinsame Entscheidungsprozess führt zu einer emotionalen Entlastung der Ärztinnen und Ärzte, die zwar noch immer die rechtliche Endverantwortung für die Entscheidung übernehmen müssen, sich aber von allen Beteiligten unterstützt fühlen. Durch die multidisziplinären Gespräche und Diskussionen übernehmen alle Beteiligten eine ethische Verantwortung.

Die Frage stellt sich: Ist die Pflege überhaupt befähigt, diese Rolle anzunehmen und verantwortlich auszufüllen? Prinzipiell ist davon auszugehen, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter „durch seinen Beruf, seine Lebensgeschichte und seine [sic!] Haltung ethische Fachfrau und ethischer Fachmann ist.“¹⁸ Dies sind die „Grundwerkzeuge“ für Pflegepersonen, hinzu kommt noch, dass Pflege ein zutiefst ethisches Geschehen ist, dessen Handeln auf Wert- und Normvorstellung basiert.¹⁹ Das „ethisch-aktive“ Handeln wird als höchstes Kompetenzniveau in der Literatur dargestellt. Diese Kompetenz wird von der Dauer der

Berufszugehörigkeit, der entwickelten Reflexionsfähigkeit, der Einbeziehung und dem Engagement der Person selbst und der Entwicklung moralischer Urteilsfähigkeit beeinflusst. Bildungsmaßnahmen und die Entwicklung von kommunikativen Fähigkeiten wirken unterstützend.²⁰

Diese Sichtweise kann dazu führen, dass ethische Verantwortung individualisiert und personalisiert wird. Aber die Thematik „ethische Entscheidungen am Lebensende“ braucht fachliche, interdisziplinäre, soziale und organisationale Erweiterung. Die Verantwortung der Einzelnen und des Einzelnen soll nicht aufgehoben, sondern durch einen Diskurs der verschiedenen Argumente, durch die Organisation dieser Diskurse und durch das Entstehen eines guten Gefühls bei der Summierung der guten Gründe gestärkt werden.²¹ Dies bedeutet, dass eine aktivere Gestaltung der Rolle der Pflegepersonen nicht allein den Pflegepersonen vor Ort überlassen werden kann. „Engagierte Einzelpersonen können auf Dauer nicht die strukturellen Defizite der Gesamtorganisation kompensieren. Menschenwürdiges Sterben erfordert eine Aufmerksamkeit für die Personen und eine Aufmerksamkeit für die Organisation. Es braucht motivierte, kompetente Personen und geeignete Strukturen, Rahmenbedingungen und Regeln.“²²

Bezogen auf die Ergebnisse der Untersuchung benötigen die Pflegepersonen Fortbildungen, Ressourcen wie Zeit und Räumlichkeiten für interdisziplinäre Gespräche mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen sowie Richtlinien und Konzepte als Grundlagen für ihr tägliches Handeln. Ebenso sollte die Dokumentation den Beitrag, den Pflegepersonen bei ethischen Entscheidungen am Lebensende leisten, sichtbar machen. Ein weiteres hilfreiches Instrument, um die ethische Entscheidungsfindung besser in eine klinische Kommunikation einzubetten²³ und zu strukturieren, ist die klinische Ethikberatung. Diese umfasst nicht nur ethische Fallbesprechungen, die sowohl retrospektiv als auch prospektiv und von extern als auch von intern abgehalten werden können.²⁴ Auch die

Erarbeitung von Ethikleitlinien für die Institution und die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Fragen der Ethik sind Teile einer klinischen Ethikberatung.²⁵

Pflegepersonen geben in der Untersuchung einen erhöhten Bedarf an Aus-, Fort- und Weiterbildung an. Sie fühlen sich mehrheitlich „nicht“ oder „nur manchmal“ ausreichend geschult. Die Auswertung der Definitionen von End-of-life-decisions von Seiten der teilnehmenden Pflegepersonen hat gleichfalls gezeigt, dass ein großer Schulungsbedarf besteht. Die Schulungsmaßnahmen stehen an erster Stelle, wenn Entscheidungen am Lebensende in einer Organisation professionell integriert werden sollen. Zugleich müssen aber die strukturellen Bedingungen angepasst werden, wie zum Beispiel Räumlichkeiten oder Zeiten für Kommunikation, und es müssen organisationspezifische Richtlinien erstellt werden. In Bezug auf ethische Fallbesprechungen gibt es verschiedene Modelle, die ebenso entsprechend den Rahmenbedingungen und Bedürfnissen der Institution ausgesucht und adaptiert werden müssen.²⁶

Die Pflegepersonen möchten eine wichtige Rolle bei ethischen Entscheidungen einnehmen, wie sie es in der Praxis bereits tun. Diese Bereitschaft und die informelle und unstrukturierte Rolle reicht für die neuen Herausforderungen in Bezug auf ethische Entscheidungen am Lebensende nicht mehr aus. Die Pflege als Profession muss eine ethische Diskussion über ihre Rolle und Aufgaben in diesen sensiblen Situationen wagen. Es müssen von Seiten der betroffenen Organisationen Maßnahmen und Strukturen gesetzt werden, um die bereits geleisteten Tätigkeiten und die damit verbundene Verantwortung der Pflegepersonen sichtbar zu machen. Dies ermöglicht nicht nur einen professionellen Umgang mit ethischen Entscheidungen am Lebensende, sondern trägt auch zu einer Weiterentwicklung der Pflegeethik und der Pflege als Profession bei.

Referenzen

- 1 vgl. *The ICN Code of Ethics for Nurses* (2006)
- 2 Fuchs T., *Euthanasie und Suizidbeihilfe. Das Beispiel der Niederlande und die Ethik des Sterbens*, S. 31-32, in: Spemann R., Fuchs T. (Hrsg.), *Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht*, Herder, Freiburg (1997), S. 31-107
- 3 Kneihls B., *Grundrechte und Sterbehilfe*, Juristische Schriftenreihe, Band 121, Österreich, Wien (1998)
- 4 Kodalle K.-M. (Hrsg.), *Das Recht auf ein Sterben in Würde. Eine aktuelle Herausforderung in historischer und systematischer Perspektive*, Kritisches Jahrbuch der Philosophie/Beiheft 4, Königshausen & Neumann, Würzburg (2003)
- 5 Löser A. P., *Sterbegriff und Sterbehilfe in den verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen und in der Sichtweise von Palliative Care*, in: Ambrosy H., Löser A. P., *Entscheidungen am Lebensende. Sterbehilfe und Patientenverfügung im Pflegealltag aus juristischer und pflegerischer Sicht*, Schlütersche, Hannover (2006), S. 42-52
- 6 Ruppert S., Heindl P., Kozon V., *Die Rolle der Pflege bei ethischen Entscheidungen am Lebensende*, Forschungsbericht, Wien (2010), <http://michaelroegner.twoday.net/stories/rolle-der-pflege-bei-ethischen-entscheidungen-am-lebensende/> (aufgerufen am 16.12.2011)
- 7 Van Bruchem-Van de Scheur A., Arend A., Spreeuwenberg C., Van Wijmen F., Meulen R., *De rol van verpleegkundigen bij medische beslissingen rond het levenseinde. Verslag van een landelijk onderzoek naar betrokkenheid en praktijken* (Die Rolle der Pflege bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende. Bericht einer landesweiten Studie über Betroffenheit und Praxis), De Tijdstroom, Utrecht (2004)
- 8 Mayring P., *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 8. Auflage, Beltz, Weinheim (2003)
- 9 White D., John L., *Palliative care in the intensive care unit: barriers, advances, and unmet needs*, in: *Crit Care Clin* (2005), 20: S. 329-343
- 10 Löser A. P., *Möglichkeiten und Grenzen pflegerischen Mitwirkens bei der Gestaltung und Umsetzung autonomer Selbstbestimmung im Sterbeprozess*, in: Ambrosy H., Löser A. P., *Entscheidungen am Lebensende. Sterbehilfe und Patientenverfügung im Pflegealltag aus juristischer und pflegersicher Sicht*, Schlütersche, Hannover (2006), S. 69-83
- 11 Straffreiheit von lebensbeendendem Handeln durch eine Ärztin bzw. einen Arzt auf Verlangen einer Patienten bzw. eines Patienten, mit dem Ziel einem aussichtslosen und unerträglichen Leiden der Patientin bzw. des Patienten ein Ende zu machen.

- 12 Kumaş G., Öztunç G., Alparslan Z., *Intensive Care Unit Nurses' Opinions About Euthanasia*, *Nursing Ethics* (2007); 14(5): 637-650
- 13 Verpoort C., Gastmans C., De Bal N., Dierckx de Castrelé B., *Nurses Attitudes to Euthanasia*, *Nursing Ethics* (2004); 11(4): 349-365
- 14 Statistik Austria, http://sdb.statistik.at/superwebguest/login.do?guest=guest&db=degestorbene_ext (aufgerufen am 17.11.2011)
- 15 Dörries A., *Ethik im Krankenhaus*, in: Frewer A., Fahr U., Rascher W. (Hrsg.), *Klinische Ethikkomitees. Chancen, Risiken und Nebenwirkungen*, *Jahrbuch Ethik in der Klinik*, Königshaus & Neumann, Würzburg (2008), S. 13-23
- 16 Anselm R., *Common-Sense und anwendungsorientierte Ethik. Zur ethischen Funktion Klinischer Ethikkomitees*, in: Frewer A., Fahr U., Rascher W., *Klinische Ethikkomitees. Chancen, Risiken und Nebenwirkungen*, *Jahrbuch Ethik in der Klinik*, Königshaus & Neumann, Würzburg, (2008), S. 29-46
- 17 Heinemann W., *Das Klinische Ethikkomitee – ein Beratungsgremium für wertorientierte Unternehmen im Gesundheitswesen*, in: Heinemann W., Maio G. (Hrsg.), *Ethik in Strukturen bringen. Denkanstöße zur Ethikberatung im Gesundheitswesen*, Herder, Freiburg (2010), S. 103-128
- 18 Bartosch H., Coenen-Marx C., Erckenbrecht J., Heller A., *Leben ist kostbar. Der Palliative Care- und Ethikprozess in der Kaiserswerther Diakonie*, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau (2005), S. 26-43
- 19 Olbrich Ch., *Pflegekompetenz*, Huber, Bern (2010)
- 20 Schwerdt R., *Ethisch-moralische Kompetenzentwicklung als Indikator für Professionalisierung. Das Modellprojekt „Implementierung ethischen Denkens in den beruflichen Alltag Pflegenden“*, Eigenverlag Katholischer Berufsverband für Pflegeberufe e. V., Regensburg (2007)
- 21 Krobath T., Heller A., *Ethik organisieren. Einleitung zur Praxis und Theorie der Organisationsethik*, in: Krobath T., Heller A. (Hrsg.), *Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik*, Lambertus, Freiburg im Breisgau (2010), S. 13-42
- 22 Heimerl K., Heller A. *Vom Modell zum Regelfall. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativarbeit lernen*, in: Heimerl K., Heller A. (Hrsg.), *Eine große Vision in kleinen Schritten. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativbetreuung lernen*, Lambertus, Freiburg im Breisgau (2001), S. 9-14
- 23 Bartosch H., Coenen-Marx C., Erckenbrecht J., Heller A., *Leben ist kostbar. Der Palliative Care- und Ethikprozess in der Kaiserswerther Diakonie*, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, (2005), S. 26-43
- 24 Heinemann W., *Das Klinische Ethikkomitee – ein Beratungsgremium für wertorientierte Unternehmen im Gesundheitswesen*, in: Heinemann W., Maio G. (Hrsg.), *Ethik in Strukturen bringen. Denkanstöße zur Ethikberatung im Gesundheitswesen*, Herder, Freiburg (2010), S. 103-128
- 25 Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, *Ethikberatung in der klinischen Medizin*, in: Deutsches Ärzteblatt (2006); 103(24): A1703-1707
- 26 Neitzke G., *Aufgaben und Modelle von Klinischer Ethikberatung*, in: Dörries A., Neitzke G., Simon A., Vollmann J., *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch*, Kohlhammer, Stuttgart (2008), S. 58-74

Martin W. Schnell

Ethik der Interpersonalität in der Gesundheitsversorgung

The Ethics of Interpersonality in Health Care

Zusammenfassung

Ärzte und Pfleger gestalten den Patientenkontakt als einen interpersonellen Schutzbereich in je unterschiedlicher Weise. Beide Weisen stoßen auf Grenzen, mit denen die Heilberufler umzugehen haben. Diese Ergebnisse resultieren aus einer Untersuchung auf onkologischen Stationen.

Schlüsselwörter: Interpersonalität, Ethik als Schutzbereich

Abstract

Physicians and Nurses organize their contact to patients as an interpersonal area of protection each in a different way. Both ways meet with borders, healthworkers have to handle. These results follow from a study on oncological units.

Keywords: Interpersonal Relations, Ethics as an Area of Protection

Univ.-Prof. Dr. Martin W. Schnell, M.A.
Direktor
Institut für Ethik und Kommunikation im Gesundheitswesen, Department Pflegewissenschaft
Fakultät für Gesundheit
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50, D-58448 Witten
Schnell@uni-wh.de

Die Rede von einer *Ethik der Interpersonalität* impliziert, dass das, was sich zwischen Personen abspielt, das ethisch Relevante ist. Da diese allgemeine Aussage auf den speziellen Zusammenhang der Gesundheitsversorgung bezogen werden soll, erfolgt ihre Näherbestimmung vor dem Hintergrund einer Ethik des Gesundheitswesens.

1. Was ist Ethik im Gesundheitswesen?

Eine genuine Ethik im Gesundheitswesen besteht ihrerseits aus drei Disziplinen: einer Ethik als nichtexklusivem Schutzbereich, einer Ethik als empirischem Phänomen und aus einer Forschungsethik.

Im Mittelpunkt der *Ethik als Schutzbereich* steht das Bemühen um eine nichtexklusive Ethik des bedürftigen Menschen im Schnittpunkt von Philosophie, Medizin, Pflegewissenschaft und Behindertenpädagogik. Deren Ziel ist die Einlösung der Idee, dass niemand aus dem Achtungs- und Schutzbereich des Ethischen herausfallen darf – schon gar nicht kranke Menschen, pflegebedürftige Menschen oder behinderte Menschen.¹

Der *Forschungsethik* geht es um eine Beurteilung von ethisch relevanten Einflüssen, die Forschung (vulnerablen) Probanden und dem Forscher selbst zumutet. Ihr Ziel ist es, Schutz und ethische Prävention für diese Personen zu gewährleisten und die Forschungsfreiheit zu fördern.²

Zur *Ethik als empirischem Phänomen* zählen Ausmessungen eines heilberuflich relevanten Schutzbereiches durch empirische Forschung. Deren Ziel ist es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie Achtung und Schutz im Alltag gewährt oder verwehrt werden (durch Ärzte, Pflegende, Therapeuten...)³

Entsprechende Projekte befassen sich mit einer empirischen Erforschung des Aufbaus von Achtung und Schutz im pflegerischen Versorgungsalltag und dort unter anderem mit den Lokalitäten des Altenheims,⁴ der Psychiatrie,⁵ der Palliativstation⁶ und anderem mehr.

2. Ethik der Interpersonalität

Die Frage nach einer Ethik der Interpersonalität wird an dieser Stelle als ein Beispiel für eine Untersuchung im Sinne einer *Ethik als empirischem Phänomen* betrachtet, also als eine Frage, die durch Antworten aus der Praxis im Licht empirischer Forschung bearbeitet wird.

Wenn Interpersonalität in dieser speziellen Hinsicht somit als das zentrale ethische Phänomen betrachtet werden soll, dann ergeben sich daraus zwei Nachfolgeprobleme:

- Wie werden im heilberuflichen (ärztlichen, pflegerischen etc.) Versorgungsalltag Achtung und Schutz aufgebaut und gewährt – oder auch verwehrt?
- Wie kann diese Frage durch empirische Forschung beantwortet werden?

Die Wahl der Interpersonalität als Generator für Achtung und Schutz wird plausibel vor dem Hintergrund, dass Pflegende von sich aus die Interpersonalität als Basis und Ziel ihrer Tätigkeit benennen. Die Pflege sieht sich als Anwalt des Patienten: Pflegende sind für den Patienten „da“, sie schaffen eine Atmosphäre der Zuwendung. Pflege versteht sich als Bindeglied und als „Übersetzer“ zwischen Arzt und Angehörigen.⁷

Im Bereich der Pflegetheorien ist Interpersonalität ebenfalls eine zentrale Kategorie. Man denke etwa an das bekannte Diktum Hildegard Peplaus: „Die entscheidenden Elemente in Pflegesituationen sind offensichtlich die Pflegeperson, der Patient, und was zwischen ihnen vorgeht.“⁸ Oder man denke an Martin Bubers Philosophie des dialogischen Prinzips, die wiederum Tom Kitwood, den Nestor der personzentrierten Pflege, geprägt hat.⁹

In der Medizinethik ist Interpersonalität ein Topos der sog. sprechenden Medizin, die sich um die Wende zum 20. Jahrhundert als Widerpart zu einer einseitig naturwissenschaftlich verstandenen Arzttätigkeit herausbildet und seither mit den Namen Victor von Weizsäcker, Thure von Uexküll und Klaus Dörner verbunden ist.¹⁰

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Interpersonalität ein Prinzip in der Medizin und in der Pflege ist und dass beide Heilberufe anhand dieses Prinzips miteinander verglichen werden können.¹¹

3. Forschungsprojekt

Bei der Untersuchung des Aufbaus des interpersonalen Patientenkontakts bietet es sich somit an, nicht nur Daten aus dem Bereich der Pflege zu erheben, sondern, um mögliche Kontraste zu erzielen, auch Daten, die die Handlungsweisen von Ärzten zum Gegenstand haben. Aus dieser Überlegung resultiert die Suche nach dem Setting, also nach dem zu erforschenden Versorgungsbereich. In welchem Versorgungsbereich haben Pflegenden und Ärzte die Möglichkeit, eine Beziehung zum selben Patienten aufzubauen?

Eine Beziehung umfasst mehr als nur eine Anzahl von Begegnungen! Zudem sollten Ärzte und Pflegenden denselben Patienten begegnen. Ein Vergleich zwischen Ärzten und Pflegenden hinsichtlich des Aufbaus von Interpersonalität setzt nämlich eine Vergleichbarkeit voraus, die am besten dadurch erzielt wird, dass Pflegenden und Ärzte aus einem Versorgungsbereich als Probanden gewählt werden, in dem sie mit denselben Patienten umgehen.

Als geeignetes Setting wurden daraufhin onkologische Stationen gewählt. Onkologiepatienten haben einen hohen Begleitungsbedarf über einen längeren Zeitraum, oft während mehrerer Klinikaufenthalte. Zu Onkologiepatienten können Pflegenden und Ärzte eine Beziehung aufbauen. Pflege und Medizin erheben von sich aus den Anspruch, eine „gute“ Beziehung zum Patienten aufbauen zu wollen. Damit sind sachlich aufeinander bezogene (also nicht zufällige) und zeitlich aneinander anknüpfende (also mehrere) Begegnungen gemeint. Die genaue Anzahl ist variabel. Im Hausarztwesen etwa bezeichnen COPD-Patienten die Begegnungen mit ihrem Arzt schon als *Beziehung*, wenn diese nur dreimal im Jahr für insgesamt ca. 30 Minuten zustande kommen und wenn die Patienten mit den Treffen zufrieden gewesen sind.¹² 30 Minuten in

zwölf Monaten! Im Hinblick auf stationär behandelte Onkologiepatienten steht deutlich mehr Zeit bei vermutlich auch größerem Hilfebedarf zum Aufbau einer Beziehung zur Verfügung.

4. Fragestellung

Die Fragestellung des Forschungsprojekts lautet: „Wie gestaltet sich der Patientenkontakt mit onkologischen Patienten im Vergleich der Berufsgruppen der Pflegenden und der Ärzte?“

5. Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Methodenmix gewählt, da eine singuläre Methode zu viele Nachteile mit sich bringen würde.

Zunächst erfolgte eine Befragung der Ärzte und der Pflegenden nach ihrem Verständnis einer guten Beziehung zum Patienten. Die Befragung bietet den Vorteil, einen Einblick in deren subjektive Sicht zu erhalten. Sie hat allerdings den Nachteil, soziale Wünschbarkeiten zu provozieren. Hingegen hat die Beobachtung der Probanden den Vorteil, Einblick in das zu gewähren, was Pflegenden und Ärzte gegenüber dem Patienten tun. Sie hat jedoch den Nachteil, dass dabei fraglich bleibt, was das Beobachtete zu bedeuten hat.

Diese Einschätzung führte dazu, einen Methodenmix aus Interview und Beobachtung in einem Dreischrittverfahren anzuwenden. Die Proban-

Fokussiertes Leitfadenterview (Schritt 1)	„Wie gestalten Sie den Kontakt zu Patienten? Wie sähe eine ideale Beziehung aus?“
Teilnehmende Beobachtung (Schritt 2)	Wie wird Kontakt hergestellt? (Beobachtungsbogen)
Evaluationsinterview (Schritt 3)	„Sie haben das Ideal der Beziehung als x bezeichnet und in der Praxis y getan. Was bedeutet das?“ (y=x oder y≠x)

den wurden zunächst danach gefragt, was sie als gute Idealbeziehung zum Patienten bezeichnen (Schritt 1), dann wurden sie in ihrer alltäglichen Beziehungsgestaltung zu Patienten beobachtet (Schritt 2), schließlich wurden ihnen die Beobachtungen im Lichte des geäußerten Ideals zur Interpretation vorgelegt (Schritt 3).

6. Forschungsethik

Die methodische Durchführung erfolgt unter forschungsethischen und datenschutzrechtlichen Bedingungen. Pflegende und Ärzte zählen als Probanden zu den Experten und sind daher keine vulnerablen Personen. Eine besondere ethische Prävention ist in ihrem Falle nicht angezeigt.¹³ Anders verhält es sich im Falle der Onkologiepatienten. Sie sind von der Typik her vulnerable Personen, treten innerhalb des Projekts aber nicht als Probanden auf. Sie werden nicht interviewt, von ihnen werden keine personenbezogenen Daten erfragt. Sie erhalten eine Information über das Projekt und müssen selbstverständlich zustimmen, dass die teilnehmende Beobachtung in ihrer Gegenwart erfolgt, sofern sie, die Patienten, sich dazu in der Lage fühlen.

Pflegende und Ärzte, also die Probanden im eigentlichen Sinne, erhalten eine Information. Sie leisten eine schriftliche informierte Zustimmung, die auch die Pseudonymisierung ihrer personenbezogenen Daten regelt. Das gesamte Projekt ist schließlich von einer Ethikkommission begutachtet worden.

7. Durchführung der Datenerhebung

Die Daten wurden an drei onkologischen Stationen erhoben. Es erfolgten Interviews mit insgesamt 6 Pflegenden und 6 Ärzten. Die Beobachtungen der 12 Probanden geschahen jeweils während einer ganzen Schicht.

Bei der Durchführung der Beobachtungen stellte sich ein bekanntes Phänomen ein. Die Beobachter saßen in den Patientenzimmern und warteten darauf, dass sich die Tür öffnet und eine Pflegende oder ein Arzt eintritt und den Kontakt

zum Patienten aufnimmt und in bestimmter Weise gestaltet. Diese Gestaltungen wurden protokolliert. Während der Wartephases waren Patient und Beobachter allein im Zimmer. Indessen sollte der Beobachter keinen ausdrücklichen Kontakt zum Patienten eingehen, um die Beobachtung des Bezugs zu den eintretenden Heilberuflern nicht zu beeinflussen (etwa durch kleine Handreichungen, die das Klingeln nach der „Schwester“ überflüssig machen würden). Es zeigte sich jedoch, dass, wie in Bent Hamers Film *Kitchen Stories* gezeigt, der Patient von sich aus einen Kontakt zum anwesenden Beobachter gesucht hat. Kleine Gespräche, kurze Gesten und Handlungen waren offenbar unvermeidlich, da sich die Anwesenden als Menschen und nicht nur als Forscher und als Beobachtungsobjekt wahrgenommen haben. Die dadurch entstehende Verzerrung ist unvermeidlich und ihrerseits zu protokollieren. Die Verzerrungseffekte konnten dadurch reduziert werden, dass in den Interaktionen zwischen Patient und Beobachter alle Items, die, wie krankheitsbezogene Informationen, Fragen nach dem Wohlbefinden etc., von Ärzten und Pflegenden bedient werden sollten, ausgespart worden sind.

8. Methode der Datenauswertung

Gemäß der in drei Schritten erfolgten Datenerhebung baut sich die Datenauswertung ebenfalls in drei Schritten an. Ich beschränke mich an dieser Stelle auf eine summarische Zusammenfassung.

In den Leitfadenterviews trat immer wieder die Aussage „Ich bin für den Patienten da“ auf. Diese Aussage erhielt den Code „Da-sein“ (Schritt 1). Ebenso erfolgte eine Codierung beobachteter Merkmale. Beispiel: Proband kommt ins Zimmer, sagt dem Patienten, dass sich die Untersuchung um 1 Stunde verschiebt und geht direkt wieder. Dauer 15 Sekunden. Codierung = „Erklärung abgeben“ (Schritt 2). Zur Kontrastierung erfolgte dann das Evaluationsgespräch: „Sie haben dem Patienten kurz und einfach erklärt, dass sich die Untersuchung um 1 Stunde verschieben wird. Die Er-

klärung ging schnell, es gab keine Diskussion und keine Rückfragen. Bedeutet das für Sie „für den Patienten ‚Da-sein‘?“ Die Antworten der Probanden auf diese Frage bilden die eigentlichen Ergebnisse der Studie. Sie zeigen, wie sich der Patientenkontakt mit onkologischen Patienten im Vergleich der Berufsgruppen der Pflegenden und der Ärzte gestaltet.

9. Ergebnisse

Ich beschränke mich wiederum auf wesentliche Aspekte (die komplette Studie ist nachzulesen bei M. Eicher¹⁴).

Die Selbsteinschätzung (gemäß Schritt 1) besagt, dass der Kontakt Pflegender zu Patienten idealerweise als ambitionierte Begegnung gestaltet werden soll („Mein Anspruch an mich ... Ich hab den Patienten nicht stehen lassen ... Ich bin mit ihm da durch.“). Ärzte begreifen den Kontakt als Informationsgabe („Man muss dem Patienten erklären, was man tut, dann ist er häufig viel ruhiger.“).

Die Beobachtung (gemäß Schritt 2) ergab, dass es zu 792 Kontaktereignissen (wie Ansprechen, Antworten, Körperberührung, Blickkontakt, ...) auf Seiten der Pflegenden und zu 885 durch Ärzte gekommen ist. Die Kontaktdauer pro Schicht pro Patient durch die Pflegenden lag etwa bei 35 Minuten, bei den Ärzten bei etwa 33 Minuten. Die Kontaktereignisse der Pflegenden dienen der Förderung des Wohlbefindens (u. a. durch Mitteilung privater Dinge), die Kontaktereignisse durch Ärzte der Unterbreitung von Vorschlägen, der Beantwortung von Fragen (u. a. Wertschätzung, Respekt).

Die Evaluation (gemäß Schritt 3) mittels der Frage „Sie versuchen eine angenehme Atmosphäre zu erzeugen. Gelingt ihnen das immer?“ beantworteten die Pflegenden mit den Worten: „Nein, oft bin ich überfordert oder es gibt Konflikte.“ Auf die Frage: „Sie erklären dem Patienten die Diagnose und die Therapie und besprechen diese Dinge mit ihm. Versteht der Patient die Informationen immer?“ erwiderten die Ärzte: „Nein, Patienten haben oft Angst oder andere Sorgen, außerdem haben sie

eine andere Alltagssprache als wir.“

Zusammenfassend und pointiert kann als Ergebnis der Untersuchung festgehalten werden: Ärzte gestalten den Patientenkontakt zu onkologischen Patienten als Informationsvermittler. Pflegende gestalten den Patientenkontakt zu onkologischen Patienten hingegen als Empathieträger. Beide Berufsgruppen leben den Patientenkontakt jedoch mit einer gewissen Differenz von Anspruch und Wirklichkeit.

10. Diskussion

Der berufsspezifische Habitus (Arzt = Technokrat, Pflege = Gefühlsarbeiter) bedarf der Revision, da beide Modi im Alltag Grenzen haben. Die Grenze der Wirksamkeit des Technokraten liegt darin, dass der Patient nicht alle relevanten Informationen versteht. Die Grenze der Gefühlsarbeit zeigt sich wiederum darin, dass Gefühlsarbeit eine Anstrengung ohne Grenzen sein kann, die Pflegende potentiell überfordert und die somit nicht jeden Patienten berücksichtigt.

Die Tatsache, dass beide Berufsgruppen den Patientenkontakt mit einer gewissen Differenz von Anspruch und Wirklichkeit durchführen, zeigt, dass das Handeln keine Anwendung von Theorien und Modellen der Ethik und der Kommunikation auf einen Einzelfall ist. Ethik in der Praxis ist eine Unschärfe, eine Abweichung, ein Sinn dafür, wie sehr man von Aristoteles oder Kant abrücken darf, ohne sie zu verraten.

Der Schutzbereich des Ethischen wird von Ärzten und von Pflegenden von entgegen gesetzten Seiten aufgebaut. Der Arzt eröffnet das interpersonale Feld mit einer Aufforderung: „Der Nächste bitte!“ Der Arzt ist aktiv und spricht den Patienten an. Er schafft dadurch eine geordnete Dyade, ist selber aber für fürsorgliche Aspekte und für Dritte unzugänglich. Die Pflegenden werden hingegen in Interpersonalitäten hineingezogen durch die „Bitte des Nächsten.“ Pflegende sind in der passiven Position, angesprochen zu werden, und da es viele Nächste gibt, zu dauernder Fürsorge aufgerufen. Es

ist unklar, wie sie von sich aus eine Ab- und Eingrenzung ihrer Tätigkeit vornehmen können.¹⁵

11. Ausblick

Die Durchführung der heilberuflichen Tätigkeit im Licht einer gewissen Differenz von Ideal und Wirklichkeit ist offenbar unumgänglich. Das gilt bereits für Ausbildung und Studium.¹⁶ Ein Ideal lässt sich nicht immer verwirklichen, dennoch muss an ihm festgehalten werden. Eine Pflegenden von einer onkologischen Station sagt dazu: „Ich liebe meine Patienten, aber manchmal bin ich überfordert. Soll ich deshalb gleichgültig werden?“

Es stellt sich jedoch die Frage, was geschieht, wenn die Differenz von Ideal und Wirklichkeit zu groß wird. Die europäisch angelegte NEXT-Studie (Nurses' early exit) untersucht Gründe für den Berufsausstieg von Pflegenden in den Dimensionen:

- a) Arbeitsorganisation (Schichtsystem),
- b) körperliche Anstrengung (Heben und Tragen),
- c) psychosoziale Situation (Anerkennung und Belohnung).¹⁷

Es kann gefolgert werden, dass etwa dauerhafte Differenzen zwischen Ideal und Wirklichkeit eine Mangelsituation bedeuten und Burn-Out oder andere Leiden befördern. Mögliche Folgen dieser Situation sind:

- a) Berufsausstieg oder
- b) Unzufriedenheit im Beruf

Sofern es nicht zum Berufsausstieg kommt und die Pflegekraft daher mit dauernder Unzufriedenheit im Beruf verharret, können wiederum Hass auf die Organisation und Ablehnung der eigenen Tätigkeit als Folgen verzeichnet werden. Den negativen Endpunkt einer solchen Tendenz bilden ethisch problematische Handlungen. Unter ihnen ist wiederum die Patiententötung sicherlich das Schlimmste. Es hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass Unzufriedenheit, Zynismus, und eine schlechte Teamkommunikation unter anderem einen Nährboden für die Verübung von Patiententötungen durch Pflegenden abgegeben haben.¹⁸

Dieser extreme, von jeder Ethik weit entfernte

Außenpunkt zeigt, dass Interpersonalität nie allein einen Schutzbereich des Ethischen gewährleisten kann. Gelingende Interpersonalität ist vielmehr auf funktionierende Kommunikation, gerechte Grundstrukturen der Institutionen und auf einen ausreichenden Einsatz von Ressourcen und Personal der Gesundheitsversorgung angewiesen.¹⁹

Referenzen

- 1 Schnell M. W., *Ethik als Schutzbereich*, Huber, Bern (2008)
- Dederich M., Schnell M. W. (Hrsg.), *Anerkennung und Gerechtigkeit in Heilpädagogik, Pflegewissenschaft und Medizin. Auf dem Weg zu einer nichtexklusiven Ethik*, transcript Verlag, Bielefeld (2011)
- 2 Schnell M. W., Heinritz Ch., *Forschungsethik*, Huber, Bern (2006)
- 3 Schnell M. W., *Ethik als empirisches Phänomen*, in: Schnell M. W. (Hrsg.), *Ethik der Interpersonalität. Die Zuwendung zum anderen Menschen im Licht empirischer Forschung*, Schlüter, Hannover (2005)
- 4 Josat S., Schnell M. W. et al., *Qualitätskriterien in der stationären Altenhilfe, Pflege* (2006); 2: 127-139
- 5 Haynert H., Schnell M. W., *Psychisch Kranke im Licht einer Ethik als nichtexklusivem Schutzbereich*, *Pflegezeitschrift* (2009); 7: 45-62
- 6 Schnell M.W., Schulz Chr., Möller M., Dunger Chr., *Autonomie und Fürsorge am Lebensende*, in: Schnell M. W. (Hrsg.), *Patientenverfügung. Begleitung am Lebensende im Zeichen des verfügbaren Patientenwillens*, Huber, Bern (2009)
- 7 Wagner E., *Operativität und Praxis. Der systemtheoretische Operativitätsbegriff am Beispiel ethischer Medizin-kritik*, in: Kalthoff H. et al. (Hrsg.), *Theoretische Praxis*, Suhrkamp, Frankfurt/M. (2008), S. 445
- 8 Peplau H., *Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege. Ausgewählte Werke*, Huber, Bern (2009), S. 21
- 9 Schnell M. W., *Weisheit des alten Menschen*, *Z Gerontol Geriat* (2010) 43: 393-398
- 10 Schnell M. W., *Das medizinische Feld und der geistige Raum des Arztes*, in: Bedorf Th. (Hrsg.), *Zugänge. Übergänge. Konstitutionsformen des sozialen Raums*, Königshausen und Neumann, Würzburg (2009)
- 11 Schnell M. W., siehe Ref. 1
- 12 Langer Th., *Arzt/Patient-Beziehung zwischen Individualität und Funktionalität – wie Patienten ihre Beziehung zum Arzt beschreiben*, in: Schnell M. W. (Hrsg.), *Ethik der Interpersonalität. Die Zuwendung zum anderen Menschen im Licht empirischer Forschung*, Schlüter, Hannover (2005)

- 13 Schnell M. W., Heinritz Ch., siehe Ref. 2
Schnell M. W., *Pflegeforschungsethik*, in: Brandenburg H. et al. (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2*, Huber, Bern (2007)
- 14 Eicher M., *Verantwortungsbewusste Experten und Virtuosen der Empathie?*, in: Schnell M. W. (Hrsg.), *Ethik der Interpersonalität. Die Zuwendung zum anderen Menschen im Licht empirischer Forschung*, Schlüter, Hannover (2005)
- 15 Schnell M. W., siehe Ref. 3
- 16 Schnell M. W., Langer Th., *Arzt/Patient-Kommunikation im Medizinstudium*, in: Langer Th., Schnell M. W. (Hrsg.), *Das Arzt-Patient-Gespräch*, Marseille, München (2009)
- 17 Hasselhorn H. M., Müller B. H., *Arbeitsbelastung und -beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der Next-Studie, Fehlzeiten-Report 2005*, Vol. 2005, S. 21-47, Heidelberg (2005)
- 18 Schüßler N., Schnell M. W., *Patiententötung – Das Team im Zeichen des Bösen, Die Schwester/Der Pfleger* (2010); 7: 122-134
- 19 Schnell M. W., *Gerechtigkeit und Gesundheitsversorgung*, in: Bauer U., Büscher A. (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege*, VS, Wiesbaden (2008)

Enrique H. Prat

Exzellenz und Leadership in der Altenpflege. Ein tugendethischer Ansatz

Excellence and Leadership in Geriatric Care. A Virtue Ethics Approach

Zusammenfassung

Auf Basis der Leadership-Theorie werden nach der Systematik der Kardinaltugenden eine Reihe von Schlüsseltugenden erarbeitet, die eine Hilfe darstellen, um festzustellen, welche Haltungen für Pflegende im einzelnen notwendig sind, um auch in der geriatrischen Langzeitpflege eine exzellente Leistung zu erbringen. Zur Erreichung der Exzellenz ist aber neben der konkreten Pflegeorganisation bzw. dem Pflorgeteam auch eine anspruchsvolle Vision notwendig, die ihrerseits ein für die Entfaltung der notwendigen Tugenden/Haltungen notwendiges Missionsbewusstsein generiert.

Schlüsselwörter: Langzeitpflege, Tugendethik, Leadership

Abstract

On the basis of the leadership theory and in the frame of cardinal virtues it is possible to identify the attitudes, which ensure excellence in geriatric long-term care. This excellence can be achieved by an optimal structure of the concrete caregiving organisation, provided that its leaders have a well defined and ambitious vision, which may foster the development of the right virtues and attitudes by the staff and generates by them a conscience of mission.

Keywords: Longterm-Care, Ethics of Virtue, Leadership

Prof. Dr. Enrique H. Prat
IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
ehprat@imabe.org

1. Ethische Kompetenz in der Pflege

Vor rund 60 Jahren nannte der große Philosoph und Mediziner Karl Jaspers (1883 – 1869) zwei Säulen, auf denen das ärztliche Tun ruht: „einerseits auf der naturwissenschaftlichen Erkenntnis und dem technischen Können, andererseits auf dem Ethos der Humanität“.¹ Diese Aussage trifft heute auf das pflegerische Tun vollinhaltlich zu: Für das richtige pflegerische Handeln ist nicht nur *Fachwissen*, sondern im besonderen Ausmaß auch *Humanität* notwendig, d. h. neben Fachkompetenz ist ethische Kompetenz gefordert. Während die Fachkompetenz in den Universitäten erworben wird, ist die ethische – so Jaspers – an die Persönlichkeitsbildung gebunden.

Der zeitgenössische amerikanische Arzt und Ethiker Edmund D. Pellegrino sieht die besonderen Merkmale des richtigen Handelns in den Berufen des Gesundheitswesens nicht viel anders als Jaspers 40 Jahre vor ihm, wenn er sagt, dass sie ein Gleichgewicht darstellen zwischen den beiden C's, die lauten: *competence* und *compassion* (Fachkompetenz und Mitgefühl).² Der gute Arzt und der gute Pfleger müssen ständig um einen rechten Ausgleich zwischen diesen beiden C's bemüht sein. Sowohl eine *competence* ohne *compassion* als auch eine *compassion* ohne *competence* kämen einer Verfehlung der ärztlichen bzw. pflegerischen Tätigkeit gleich, da man gegen die Würde des Patienten bzw. des zu Pflegenden verstoßen würde. Fachkompetenz und ethische Kompetenz gehören auch im Pflegeberuf zusammengespannt.

Silvia Käppeli³ hat gezeigt, dass das angloamerikanische Konzept von „caring“ historisch im Begriff des Mitleidens (*compassion*), einer existenziellen Anteilnahme, die die moralische und ethische Identität des Pflegeberufes begründet, verwurzelt ist. In der „Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen“ wird ebenfalls *Compassion* als das im Ethos des Pflegeberufes Wesentliche betrachtet: „Wissenschaftliche und berufliche Fertigkeit genügt nicht, es bedarf der persönlichen Anteilnahme an der konkreten Situation des einzelnen Patienten.“⁴ Dem Ethos des Mitleidens werden in der Charta folgende

Tugenden zugeordnet: Liebe, Verfügbarkeit, Aufmerksamkeit, Verständnis, Teilnahme, Wohlwollen, Geduld und Dialogbereitschaft.⁵

Mitleid ist eine Tugend, bezeichnet aber auch das gesamte Ethos der ärztlichen und pflegerischen Berufe und besteht somit aus einem Bündel von Tugenden, die in den verschiedenen Situationen zur Ausführung der richtigen Handlungen mit verschiedener Ausprägung zum Tragen kommen.

Im Folgenden geht es um die im Pflegeberuf ethische Kompetenz, speziell in der geriatrischen Langzeitpflege aus der Perspektive der Tugendethik. Es wird versucht, ein ideales Tugend- bzw. Charakterprofil zu skizzieren, das für die Exzellenz in der Berufsausübung, aber auch – aus ethischer Sicht ebenso wichtig – für die Sinnerfüllung (Glück) der tätigen Pflegeperson notwendig ist.

2. Pflegeethik als Disziplin

2.1 Die Pflegewissenschaft

Pflege war immer eine Praxis, heute ist sie auch ein akademisches Wissensgebiet. Aus der medizinischen Hilfstätigkeit der Kranken- und Altenpflege hat sich in den vergangenen 60 Jahren die selbständige akademische Disziplin der Pflegewissenschaft entwickelt. Nachdem das spezifische pflegerische Handeln in der Praxis eine immer größer werdende Komplexität erreichte, setzte im vorigen Jahrhundert in vielen bedeutenden Pflegezentren, vornehmlich in den USA, eine Reflexion über die Pflege ein, die verschiedene Theorien entstehen ließ und allmählich zu einer wissenschaftlichen Systematisierung des pflegerischen Wissens geführt hat. Heute genießt die Pflegewissenschaft eine Anerkennung als voll entwickelte akademische Disziplin.

Das Pflegewissen umfasst viele verschiedene Domänen: Politik, Beratung, Verwaltung, Praxis, Forschung, Theorien, und Ausbildung.⁶ Die Reflexion in den letzten Jahrzehnten über die Pflege berührte auch ethische Aspekte des pflegerischen Handelns, was zur Entstehung einer neuen angewandten Ethik, der Pflegeethik, geführt hat.

2.2 Die Pflegeethik

Die Pflegepraxis umfasst eine Vielzahl von Situationen: Kranken- und Altenpflege, Krankenhauspflege, Pflege in Sonder- und Intensivstationen, Behindertenpflege, häusliche und institutionelle geriatrische Langzeitpflege, Pflege von dementen Personen, von Kompatienten, von Frühgeborenen usw. Im Krankenhaus besteht in der Akutpflege keine parallele Beziehung zum Arzt-Patient-Verhältnis, die diesem ähnlich ist, sondern eher eine Dreier-Beziehung zwischen Arzt-Pflegeperson-Patient, oder sogar eine Beziehung zu viert, wenn man die Angehörigen dazu nimmt. In diesem Beziehungsgeflecht nimmt die Pflegeperson eine zentrale Position ein, denn die Pflege begründet ein in die intimen Bereiche des Patienten eingehendes, mehr oder weniger dauerhaft, intensiv und stark emotional geprägtes Verhältnis, das neben Elementen der Patienten-Arzt-Beziehung auch ein Verhältnis des Patienten zu den Angehörigen einschließt.

Je nach Situation kommen verschiedene Pflegehandlungstypen zum Tragen, die sich von den medizinischen Handlungen, zu denen sie in mancher Hinsicht in komplementärer Beziehung stehen, meist klar unterscheiden. Im Krankenhaus sind pflegerische und ärztliche Handlungen noch stark aufeinander bezogen. Bei der häuslichen, familiären und besonders in der institutionellen, geriatrischen Langzeitpflege löst sich das pflegerische Tun weitgehend vom medizinischen Bezugsrahmen und übernimmt die Hauptrolle in der Fürsorge – persönliche Begleitung (coaching) – der bedürftigen Personen. Die Pflegeperson trägt jedenfalls in der Beziehung zu den Pflegebedürftigen eine immer stärker werdende Verantwortung, die sie mit dem Arzt und den zuständigen Angehörigen teilt. 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. Diese zunehmende Verantwortung der Pflege und die Entwicklung

der Pflegewissenschaft haben zu einer spontanen ethischen Reflexion über die moralischen Dimensionen dieses komplexen systematisierten Handelns geführt, aus der schließlich eine angewandte Ethik, die Pflegeethik hervorgegangen ist.

Natürlich konnte die Pflegeethik aus dem reichen Fundus der bereits hochentwickelten medizinischen Ethik schöpfen. So wurden deren Hauptprinzipien – Menschenwürde, Autonomie, Wohlwollen, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit – übernommen und auf das Spezifikum der Pflege angewandt. Darüber gibt es bereits zahlreiche Publikationen.

Die medizinische Ethik hat sich hauptsächlich als eine Sollensethik entwickelt. Durch Prinzipien, Maximen und Handlungsregeln legt sie die Kriterien zur Beurteilung dessen fest, was in einer konkreten Handlung das Gesollte ist. Sie operiert aus der Perspektive der dritten Person („man“): Das reflektierende Subjekt nimmt sich aus der Handlung heraus und stellt nur quasi als neutraler Beobachter fest, ob bei einem bestimmten Handlungstypus eine Handlungsmaxime zum Naturgesetz (Kantscher kategorischer Imperativ) erhoben werden kann. Diese Perspektive fokussiert nicht auf eine partikuläre Handlung in ihrer faktischen Geschichtlichkeit und gewissermaßen Einzigartigkeit, d. h. gebunden an eine handelnde Person mit einer bestimmten Biographie, die in einer beschreibbaren, realpraktischen Situation mit konkreter Absicht eine Entscheidung trifft, sondern im Mittelpunkt stehen die universell geltenden Normen oder Prinzipien, die zur sittlichen Beurteilung von idealtypischen Handlungen dienlich sind.⁷ Gerade im medizinischen Bereich will der Patient oder Pflegebedürftige aber nicht bloß nach allgemeinen Regeln, sondern entsprechend seiner konkreten Situation und seiner Bedürfnisse behandelt werden – was sowohl für Ärzte als auch für Pflegenden eine besondere Herausforderung darstellt.

2.3 Die Pflegeethik als Tugendethik⁸

Der Ansatz der Tugendethik unterscheidet sich

fundamental von der Sollensethik: Sie reflektiert aus der Sicht der ersten Person. In dieser Perspektive spielt die Vernunft die zentrale Rolle. Sie ist keine reine Vernunft, die glasklar immer erkennt, was nun das Gesollte ist, sondern ist stets in das affektive Vermögen der Menschen eingebettet – und damit auch für Fehleinschätzungen oder -urteile anfällig. Gefühle, Affekte müssen daher in rechter Weise in die ganze handelnde Person integriert werden: „Die vernunftgemäße Verfolgung natürlicher Neigung bedeutet die Integration einer jeden dieser Neigungen und ihrer Ziele in das Gesamtgefüge aller natürlichen menschlichen Neigungen, und dadurch auch ihre Hierarchisierung, Relativierung und wechselseitige In-Bezugsetzung.“⁹

Die Sollensethik stellt die Frage, was theoretisch in einer Situation zu tun ist, d. h. was das Gesollte ist; die Tugendethik stellt die Frage, was ich als handelndes Subjekt in einer bestimmten Situation, d. h. hier und jetzt, sozusagen im Ernstfall tun soll. Ich werde aber nur dann das Gesollte erkennen können, wenn ich jene Tugenden besitze, die für Erkenntnis und Handeln in der konkreten Situation notwendig sind. Wenn das Handlungssubjekt diese Tugenden nicht besitzt, wird die Person nur schwer mit einer Situation fertig werden (Praxis), selbst dann nicht, wenn ihr Prinzipien, Maximen oder Regeln (also die Theorie) bekannt sind. Für die Praxis ist also nicht nur die Prinzipienethik, sondern auch die Tugendethik sehr wichtig. Tugenden sind Fertigkeiten des handelnden Subjekts im Erkennen und in der Umsetzung des ethischen Sollens. Sie bilden den Kern der ethischen Kompetenz.

In der Pflegeethik wurde bis jetzt fast ausschließlich die Perspektive der dritten Person, also die Sollensethik, berücksichtigt.¹⁰ Der tugendethische Ansatz fand hingegen kaum Beachtung,¹¹ was nicht verwundert, wenn man bedenkt, dass dies auch der Medizinethik widerfahren ist. Ausnahme ist das hervorragende gemeinsam von Edmund D. Pellegrino und David C. Thomasma verfasste Werk „The Virtue in Medical Practice“ (1993).¹²

Tugend kommt im Deutschen von *taugen*, *tauglich sein für etwas*. Der klassisch-griechische Ausdruck dafür ist *areté*, worin wiederum mitschwingt: Tüchtigkeit, Tauglichkeit, Vorzüglichkeit und Exzellenz. Der lateinische Terminus für Tugend, *virtus*, leitet sich von *vir* (lat. Mann) ab und bezeichnet: Tüchtigkeit, Mannhaftigkeit, Kraft, Stärke, Tapferkeit, gute Eigenschaft, Tugendhaftigkeit, Sittlichkeit.¹³

Für Aristoteles ist Tugend entscheidend am Weg zum „guten Leben“. Sie steht weder für Belastung noch Einengung der Vernunft oder gar Traurigkeit. Sie hat dagegen mit Wahrheit, mit Befreiung, mit Qualitätsliebe und mit dem Gelingen des Lebens zu tun. Sie ist der Weg zum Guten, ja, das Gute und die Freude selbst. Tugend ist – nach Aristoteles – jene stabile und feste Grundhaltung, „durch welche ein Mensch gut wird und vermöge derer er seine ihm eigentümliche Leistung gut vollbringt.“¹⁴

2.4 Exkurs in die allgemeine Tugendethik – Kultivierung der Vernunft und Kultivierung der Gefühle¹⁵

Nach der klassischen Tugendethik sind es also die Tugenden, die das operative Vermögen des Menschen vervollkommen. Sie sind Fertigkeiten und Geschicklichkeit im Handeln, und sie konstituieren außerdem so etwas wie eine „zweite Natur“, die den Menschen dazu geneigt und zugleich geeignet machen, das Gute gut zu tun.

Die moralische Tugend ist die erworbene stabile Disposition und Neigung, bestimmte Arten von Handlungen mit Vollkommenheit, Treffsicherheit, Leichtigkeit und Spontaneität zu tun.¹⁶ Die moralischen Tugenden sind deshalb nicht nur Neigung zum Guten und die Befähigung dazu, sondern auch immer Qualitätsliebe im Sinne einer Prädisposition, das Gute mit Freude zu tun. Mit einem Wort: Sie sichern die Handlungsqualität des Menschen. Obwohl es sehr unterschiedliche moralische Tugenden gibt, bilden sie eine Einheit (*connexio virtutum*), sodass die Handlung nur dann gut (tugendhaft) ist, wenn sie allen in der

Handlung geforderten Tugenden gemäß durchgeführt wird. In der Pflege würde das etwa bedeuten: Die gute pflegerische Handlung muss nicht nur fachgerecht, sondern auch respekt- und liebevoll, rechtzeitig und pünktlich, sauber und feinfühlig usw. verrichtet werden. Die Liste aller in der pflegerischen Tätigkeit geforderten Fähigkeiten und Tugenden könnte unendlich fortgesetzt werden,¹⁷ wie ein Verzeichnis von Handlungstypologien in der Pflege. So gesehen wäre es praktisch unmöglich, auf alle Tugenden zu achten, auf die es ankommt. Bedeutet das aber, dass ein Handeln gemäß den Tugenden somit Utopie wäre – eine schöne, aber in der Praxis undurchführbare Theorie? Dem ist nicht so, denn die erwähnte innere Einheit der Tugenden führt zur Systematik der vier Kardinaltugenden, die bereits in der antiken Philosophie erarbeitet wurde.

Wie werden diese Kardinaltugenden begründet? In der Vernunft und in der Sinnlichkeit sind die Handlungsantriebe der Menschen zu finden. Demnach werden in der klassischen Anthropologie über geistige operative Vermögen (Vernunft und Wille) und sinnliche Vermögen (sinnliche Antriebe und Gefühle im allgemeinen) unterschieden. Das sinnliche operative Vermögen kann in sinnliches Begehren (Tendenz zu haben und zu besitzen) und sinnliches Streben (Tendenz etwas zu erreichen bzw. zu widerstehen) unterteilt werden. Somit hat der Mensch vier Antriebszentren: Vernunft, Wille, sinnliches Begehren und sinnliches Streben. Diese vier Vermögen werden von je einer Kardinaltugend vervollkommen: Die Vernunft durch die Weisheit, der Wille durch die Gerechtigkeit, das sinnliche Begehren durch die Mäßigkeit und das sinnliche Streben durch den Starkmut.

Die Klugheit – *recta ratio agibilium*¹⁸ (das Handeln nach der rechten Vernunft) vervollkommen die Vernunft. Aber der Mensch ist nicht nur Vernunft. Die Vernunfturteile eines Menschen stehen immer in einem Zusammenhang mit Akten der sinnlichen Wahrnehmung und dem sinnlichen Strebevermögen – und diese „Prämissen“ prakti-

scher Vernunfturteile können fehlerhaft sein.¹⁹ Die drei anderen Kardinaltugenden vermag der Mensch zu entwickeln, indem er seinen eigenen Neigungen und seinem eigenen Streben mit Vernunft begegnet. Wenn der Mensch seinem Willen vernünftig begegnet, sodass er auch das Wohl der Mitmenschen und nicht nur das eigene anstrebt, dann entsteht Gerechtigkeit, die Vervollkommenung des Willens.²⁰ Mäßigkeit, die Vervollkommenung des sinnlichen Strebevermögens, entfaltet sich dadurch, dass der Mensch mit Vernunft der Anziehungskraft begegnet, die von den sinnlich-wahrnehmbaren Dingen ausgeht. Tapferkeit bzw. Starkmut, die Vervollkommenung des Mutes, entsteht, wenn der Mensch den Triebkräften, mit denen er nach schwierigen Dingen strebt bzw. Gefahren widersteht, vernünftig begegnet. In jedem Fall geht es darum, unsere Natur so effizient zu „regeln“, dass wir mit der für die Tugend charakteristischen Natürlichkeit das Gute tun, eine Natürlichkeit, die der Ordnung der Vernunft folgt.

Alle anderen moralischen Tugenden lassen sich diesen vier Grundtugenden als deren Bestandteil bzw. als verwandte Tugenden zuordnen. Wie bereits erwähnt besteht zwischen allen Tugenden eine innere Einheit und eine Systematik, die von der Tugend der Klugheit gesichert wird,²¹ so dass eine Handlung nur Akt einer Tugend, d. h. erst tugendhaft sein kann, wenn sie gegen keine andere Tugend steht. Diese Systematik der Tugenden soll anschließend im Abschnitt 3.4. beim Tugendprofil der Pflege gezeigt werden.

3. Das Tugendprofil in der geriatrischen Langzeitpflege

3.1 Die Anforderungen der geriatrischen Langzeitpflege

Im Abschnitt 2.1. wurde bereits erwähnt, dass die geriatrische Langzeitpflege menschlich und ethisch anspruchsvollere Herausforderungen für Pflegepersonen darstellen als die Akutpflege. Letztere fokussiert methodisch auf die zu pflegende

Person in Hinblick auf ihre Krankheit und den Heilungsprozess, sie ist prinzipiell zeitlich begrenzt. Ganz andere Anforderungen für die Pflegenden stellt die institutionelle geriatrische Langzeitpflege dar, die auf die Ganzheit der Person ausgerichtet ist und mit dem Tod des Pflegebedürftigen endet. In der Regel geht man ins Pflegezentrum nur dann, wenn man muss, eher widerwillig. Es ist für die Betroffenen eine Lösung letzter Wahl, d. h. eine, die nur dann gewählt wird, wenn es anders nicht geht, wobei dies durch den Co-Faktor Angehörige meist mitbestimmt ist und nicht selten die Einsicht beim Betroffenen dazu fehlt.

Mit dem Eintritt in ein Zentrum geriatrischer Langzeitpflege ändert sich das räumliche und personelle Lebensumfeld des Pflegebedürftigen radikal,²² sie ist gekoppelt an den Verlust vertrauter Dinge und bedeutet eine Einschränkung der Privatsphäre. Das Pflegeereignis wird zur Mitte der letzten Lebensphase, und die Pflegenden werden zur unmittelbaren Bezugsperson, von denen die Bewohner Geborgenheit, Sicherheit und Sinnvermittlung erwarten dürfen. Die Fürsorgeaufgaben in den geriatrischen Pflegezentren gehen natürlich weit über eine reine Körperpflege hinaus. Sie umfassen praktisch alle personalen Vollzüge der Bewohner, die allmählich insgesamt weniger werden. Schwerdt hat diese Situation auf den Punkt gebracht: „Die Altenhilfeeinrichtung und die darin beschäftigten und wohnenden Menschen bilden weitgehend die mikrostrukturellen und ökologischen Lebensbedingungen der dort lebenden Menschen. Der Pflegebedarf der älteren Menschen, die in einen Pflegebereich einziehen, wird integriert in den Lebensvollzug des Pflegebereichs insgesamt“.²³

Wenn man die Pflegebeziehung als eine interpersonelle Beziehung, als eine dialogische Beziehung von Mensch zu Mensch auffasst, d. h. wenn man die Würde des jeweils anderen Menschen beachtet, sein Selbstbestimmungsrecht ernst nimmt und nicht der Versuchung erliegt, dieses Recht aufgrund des reduzierten mentalen bzw. körperli-

chen Status der Bewohner zu relativieren, stellen die Kommunikation und die Implementierung von oft nicht nachvollziehbaren Wünschen der Pflegebedürftigen hohe Ansprüche an die Management- und Führungsqualität der Pflegepersonen. Hohe Geschicklichkeit, Kreativität und Empathie sind notwendig, um diese Wünsche zu erkennen, Wirklichkeit werden zu lassen oder sie zur Zufriedenheit des Bewohners alternativ so umzulenken, dass sie sich in realisierbare Ziele verwandeln.

Dies hat nichts mit Manipulation zu tun, sondern mit empathischer Begleitung. Die Pflegeperson in geriatrischen Langzeitpflegeeinrichtungen wird zum Begleiter, Coach und Helfer von Menschen, die zum Teil nicht mehr nach einer nachvollziehbaren Logik handeln wollen.

Diese hohe Kompetenz ist zunächst von der Führung des Pflegeteams gefragt, damit die Zusammenarbeit innerhalb des Teams zum Wohl der Bewohner gut funktioniert, aber auch von den einzelnen Teammitgliedern, damit sie die Bewohner, die mehr oder weniger körperlich und mental eingeschränkt sind, empathisch, d. h. auch mit großem Respekt vor ihrem Selbstbestimmungsrecht in einer Atmosphäre des Vertrauens, der Geborgenheit und der Sicherheit begleiten und ihnen trotz aller Widrigkeiten einen Sinn für ihren letzten Lebensabschnitt vermitteln können.

Die Pflegebeziehung hat etwas mit Führung zu tun, kann aber nicht auf eine reine Führungsfunktion reduziert werden, weil der Geführte kein Objekt, sondern eine Person ist, die sich ihrerseits auch der Beziehung öffnen muss. Wenn das Führen auch gleichzeitig ein Dienen ist, wird die Pflegebeziehung zum Dialog und damit die Asymmetrie überwunden. Ohne Dialogbereitschaft²⁴ von beiden Seiten gibt es weder menschliche Beziehung noch Führung. Führen und Geführt-Werden ebenso wie Dienen und Sich-dienen-Lassen stellen an sich asymmetrische Rollen in einer Beziehung dar. Geführt-Werden muss nicht mit einem Verlust oder Verzicht des Selbstbestimmungsrechts einhergehen, wenn der Geführte selber darüber

entscheiden kann, wem, wann und wie er folgt.²⁵ Asymmetrien und Abhängigkeiten sind die Folge von der natürlichen, aber auch der sozial bzw. arbeitsteilig bedingten ungleichen Verteilung von Begabungen und Fähigkeiten unter den Menschen einer Gesellschaft. Asymmetrien und Abhängigkeiten sind mit unterschiedlicher Prägung eine Konstante in den menschlichen Beziehungen unter ganz gesunden und normalen Menschen, in der Familie, in der Arbeitswelt, in der Freizeit und sind per se für die Partner in der Beziehung weder aufwertend noch abwertend.

Es mag etwas seltsam anmuten, den Pflegeberuf aus der Sicht der Menschenführungskompetenz beleuchten zu wollen, ganz besonders dann, wenn man damit eine Brücke zur ethischen Kompetenzanforderung bauen will. Aber gerade die im vergangenen halben Jahrhundert in der Managementwissenschaft stark entwickelte allgemeine Leadership-Theorie bietet einen wertvollen Ansatz, um festzumachen, welche Kompetenzdimensionen und ethische Haltungen (Tugenden) bzw. charakterliche Eigenschaften bei der Menschenführung auch in der Pflegebeziehung besonders gefordert sind.

3.2 Exkurs über die Leadership-Theorie

Leadership kann ganz allgemein als ein interaktiver, dynamischer Prozess zwischen einem Individuum und einer Gruppe beschrieben werden, um gemeinsamen ein Ziel zu erreichen.²⁶ Die Leadership-Idee schließt allerdings prinzipiell jede autoritäre Menschenführungsstrategie aus. Leadership zielt auf „empowerment“, d. h. Delegation von Verantwortung und Förderung von Fähigkeits- und Kompetenzsteigerung in den Mitgliedern der Gruppe, im Pflegewohnbereich z. B. sowohl jene der Pflegepersonen als auch der Bewohner. Der Leader geht voran und begleitet die Individuen der Gruppe, motiviert, unterstützt sie und leitet sie an, damit jeder einen Beitrag zu Erreichung des gemeinsam angestrebten Zieles leistet. Die einzelnen Mitglieder der Gruppe pflegen Beziehungen unter-

einander und geben ihr Feedback an den Gruppenleader weiter. Leadershipkompetenz muss nicht nur der Gruppenleader tragen, sondern jeder ist zu Leadership auf seiner Ebene berufen.²⁷

Die Welt der Organisationen hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. In der Managementtheorie wurden die verschiedenen Phasen und die dazu gehörigen Menschenführungsmethoden beschrieben und analysiert. Grob gesprochen gibt es drei Organisationstypen, die sich allmählich entwickelt haben, aber auch koexistieren können.²⁸ Am Anfang standen hierarchische, autoritär geführte Organisationen, mit starren Strukturen und Regeln. Es gab nur eine Spitze, die alles entscheidet und konkrete Aufgaben (Tasks) anordnet (Management by tasks).

Organisation	Management
hierarchisch	by tasks
professionell	by objectives
kompetent	by competencies

Tab. 1

Daraus entwickelte sich mit der Zeit die professionelle Organisation mit vereinfachten Prozessen und zunehmender Flexibilität. Die Untergebenen sind nicht reine Befehlsempfänger, die ihre Tasks ausführen, sondern sie stellen selbst Ziele (objectives) auf. Dieser Managementstil (by objectives) setzt auf Delegieren. Die erwartete Haltung des Arbeitnehmers ist eine proaktive: Gefragt sind Selbstständigkeit und Freiheit. Der Arbeitnehmer wird nicht mehr Untergebener, sondern Mitarbeiter genannt.

Die kompetente Organisation ist eine weitere Entwicklung der professionellen. Man erkannte, dass die exzellente Organisation Exzellenz in allen Kompetenzbereichen und auf allen Ebenen braucht. Exzellant ist nicht mehr eine Qualität, die exklusiv vom Manager gefordert wird, sondern auch von den Mitarbeitern, die zur Verantwortung fähig sind. Der Mitarbeiter wird zum Mitglied des Teams. Seine

Fachkompetenz	Soziale Kompetenz	Persönliche Kompetenz	
		Externe	Interne
Geschäftstalent	Kommunikation	Initiative	Kritikannahmefähigkeit
Organisation	Konfliktmanagement	Optimismus	Selbsterkenntnis
Ressourcenmanagement	Charisma	Zielstrebigkeit	Lernfähigkeit
Kundenausrichtung	Delegation	Zeitmanagement	Decision making
Vernetzung	Coaching	Informationsmanagement	Selbstkontrolle
Verhandlung	Teamarbeit	Stressmanagement	Emotionale Balance
			Integrität

Tab. 2

Haltung ist mehr als proaktiv, sie ist kooperativ.

Die wesentliche Voraussetzung einer kompetenten Organisation ist das Vorhandensein einer Vision und eines Missionsbewusstseins (siehe Abbildung 1). Davon wird noch im Abschnitt 3.5. die Rede sein. Für kompetente Organisationen ist ein Leadership-Typus gefragt, der von Cardona und Garcia-Lombardia *competencies based Leadership*²⁹ genannt wird, während Norhouse von *Skills based leadership*³⁰ spricht. Beide Konzepte unterscheiden sich nicht wesentlich voneinander: Leadership definiert sich über spezifische Kompetenzbereiche.

Welche Kompetenzbereiche (*skills*) sind für die Menschenführung in den kompetenten Organisationen notwendig? Darüber findet man bei Cardona und Garcia-Lombardia eine ausführlichere

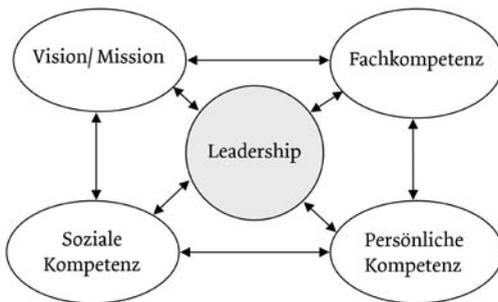


Abb. 1

Vorstellung von drei Kompetenzbereichen des Leaders: fachliche, soziale und persönliche Kompetenz. Für jeden Bereich werden unterschiedliche Kompetenzdimensionen genannt, insgesamt 25, wobei sechs dem Bereich der fachlichen Kompetenz und sechs dem Bereich der sozialen Kompetenz zugeordnet werden. Der persönliche Kompetenzbereich wird in einen externen Bereich (sechs Dimensionen) und einen internen Bereich (sieben Dimensionen) unterteilt.

Tabelle 2 zeigt, welche Kompetenzen den drei bzw. vier Kompetenzbereichen zugeschrieben werden können. Im Anhang werden diese einzelnen Kompetenzen in Anlehnung an Cardona und Garcia-Lombardia definiert.

3.3 Leadership als ethische Kompetenz

Sowohl die fachliche als auch die soziale und persönliche Kompetenz enthalten zwei Komponenten. Zunächst ein Können, d. h. eine Fertigkeit, Geschicklichkeit, Virtuosität. Dazu kommt als zweite (ethische) Komponente die Haltung, mit der dieses Können richtig angewendet wird. Dazu ein Beispiel: Der gute, kompetente Schlosser ist nicht derjenige, der sein Handwerk dafür verwendet, Safes zu knacken (was ihn zu einem „kompetenten“ Verbrecher machen würde), sondern derjenige, der durch sein Können, d. h. durch

Anbringung der richtigen Schlossvorrichtungen, die Sicherheit seiner Kunden im Blick hat. Man kann also die Gleichung aufstellen: Kompetenz = Fertigkeit (Fachkönnen) + Haltung (Tugend).

Nicht in allen Kompetenzbereichen hat die ethische Komponente (Haltung oder Tugend) das gleiche Gewicht. Bei der Fachkompetenz spielt die Haltung, also die Ethik, sicher eine, wenn auch untergeordnete Rolle. Bei der sozialen Kompetenz haben die Tugenden eine größere Bedeutung, die persönliche Kompetenz besteht fast ausschließlich aus ethischen Haltungen. Es kann also als wesentlich betrachtet werden, diesen zwei letzten Kompetenzbereichen Tugenden zuzuordnen. Die konkrete Zuordnung ist gut begründbar, aber zugleich Ermessenssache. Es wurde hier versucht, vielen von den Hauptvertretern von Leadershiptheorien³¹ gelieferten Anregungen für Zuordnungen zu folgen und zugleich auf die Publikationen der Ethik der Pflege³² Bezug zu nehmen.

a) Bereich „Soziale Kompetenz“

Kommunikation	Empathie, Dialogbereitschaft
Konfliktmanagement	Gerechtigkeit, Besonnenheit
Charisma	Großmut, Freude, Optimismus
Delegation	Dialogbereitschaft, Vertrauen
Coaching	Empathie, Nächstenliebe, Verfügbarkeit
Teamarbeit	Loyalität, Duldsamkeit, Teilnahme

Tab. 3

Die unverifizierbare Hypothese, dass in diesem Bereich die Haltung zwischen 40 und 60 % der Kompetenz ausmacht, ist nicht mehr, aber auch nicht weniger als eine in der Erfahrung verankerte Intuition.

b) Bereich „Externe Persönliche Kompetenz“

Initiative	Weisheit, Großmut
Optimismus	Optimismus, Wohlwollen
Zielstrebigkeit	Weisheit, Mut, Fleiß
Zeitmanagement	Ordnung, Gerechtigkeit
Informationsmanagement	Wachsamkeit, Besonnenheit
Stressmanagement	Gelassenheit, Selbstbeherrschung, Geduld

Tab. 4

Intuitiv machen die Haltungen zwischen 60 und 80 % der Kompetenz in diesem Bereich aus.

c) Bereich „Interne Persönliche Kompetenz“

Kritikannahmefähigkeit	Demut, Wahrhaftigkeit, Lernfähigkeit
Selbsterkenntnis	Weisheit, Demut, Wahrhaftigkeit
Lernfähigkeit	Lernfähigkeit, Aufmerksamkeit, Geduld
Decision Making	Sachbezogenheit, Aufmerksamkeit, Flexibilität
Selbstkontrolle	Selbstbeherrschung, Gelassenheit, Geduld
Emotionale Balance	Besonnenheit, Tapferkeit, Mitleid
Integrität	Gerechtigkeit, Standhaftigkeit, Bescheidenheit

Tab. 5

Als unverifizierbare Hypothese könnte intuitiv die Annahme gelten, dass in diesem Bereich die Haltung zwischen 80 und 90 % der Kompetenz ausmacht.

Ethik ist keine exakte Wissenschaft, man kann Tugenden nicht quantifizieren. Und doch müssen die Qualifikationsmerkmale für eine Leadershipaufgabe (Menschenführung) genügend ausgeprägt sein. Cardona und Garcia Lombardia postulieren, dass der Ausweis von Leadershipqualitäten des Kompetenzprofils ein Minimum an Bedingungen erfüllen muss. Dazu stellen sie zwei Regeln auf:³³

1. Alle drei Kompetenzbereiche müssen in allen Dimensionen ausreichend entwickelt werden. Dies bedeutet auch, dass die entsprechenden Tugenden auch genügend ausgeprägt sein müssen. Es würde nicht genügen, dass einige Kompetenzen bzw. Tugenden hervorragend vertreten sind, während andere fehlen.
2. Der interne persönliche Kompetenzbereich muss besonders ausgeprägt sein. Dieser ist der wesentliche Bereich in Hinblick auf die Leadershipaufgaben.

3.4 Die soziale und persönliche Kompetenz im Pflorgeteam

Fasst man die Haltungen des sozialen und des persönlichen Kompetenzbereiches zusammen, so ergibt sich folgende Tugendliste als Tugendprofil in der Langzeitpflege: Weisheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit, Besonnenheit, Sachbezogenheit, Wohlwollen, Geduld, Selbstbeherrschung, Empathie, Wahrhaftigkeit, Ausdauer, Gelassenheit, Aufmerksamkeit, Verfügbarkeit, Mut, Demut, Lernfähigkeit, Loyalität, Standhaftigkeit, Flexibilität, Wachsamkeit, Dialogbereitschaft, Großmut, Fleiß,

Ordnung, Nächstenliebe, Mitleid, Freude, Vertrauen, Duldsamkeit, Optimismus.

Diese 32 Haltungen können auch in der Systematik der Kardinaltugenden³⁴ wie in Tabelle 6 geordnet werden.

Die Frage ist nun, ob und inwieweit die Mitglieder des kompetenten Teams diese ethischen Qualifikationen aufweisen müssen. Haltungen sind Qualitäten, die sich nicht quantifizieren, aber doch zwischen mehr oder weniger unterscheiden lassen. Das Team insgesamt, sollte die oben aufgelisteten Kompetenzen und Tugenden aufweisen, weil sie notwendig sind, damit den Bewohnern in einem Klima der Achtung der Autonomie, der Geborgenheit und der Sicherheit einen Sinn in der letzten Daseinsphase vermittelt werden kann.

Sind alle Kompetenzen, alle Tugenden gleich wichtig? Wenn es um Exzellenz geht, wird eine vorzügliche Leistung erwartet, d. h. auch alle Mängel sollen vermieden werden. Aber logischerweise sind nicht alle Vorzüglichkeiten und alle Mängel gleich zu bewerten, und je nach Situation und Aufgabestellung werden einige Kompetenzen und die entsprechenden Tugenden mehr relevant als andere. Die Frage, welche die wichtigsten Tugenden sind oder ob es einen harten Kern von wesentlichen Kompetenzen und Tugenden in der Altenpflege gibt, kann diesem Leadershipansatz zu Folge nur in der Vision einer Pflegeinstitution, einer Pflegebeziehung im allgemeinen und der daraus abgeleiteten Mission beantwortet werden. Dies soll im abschließenden Kapitel erläutert werden.

Weisheit	Gerechtigkeit	Tapferkeit	Besonnenheit
Sachbezogenheit	Wohlwollen	Geduld	Selbstbeherrschung
Empathie	Wahrhaftigkeit	Ausdauer	Gelassenheit
Aufmerksamkeit	Verfügbarkeit	Mut	Demut
Lernfähigkeit	Loyalität	Standhaftigkeit	Bescheidenheit
Wachsamkeit	Dialogbereitschaft	Großmut	Fleiß
Ordnung	Nächstenliebe	Mitleid	Freude
Flexibilität	Vertrauen	Duldsamkeit	Optimismus

Tab. 6

3.5 Vision und Mission in der Pflege

Die Mission ist die Umsetzung der Vision. Sie bestimmt, welche Kompetenzen und daher welche Tugenden vonnöten sind. In der Leadership-Theorie geht man davon aus, dass Leadership die Organisation zur größtmöglichen Exzellenz führen soll. Das heißt, dass die exzellente Organisation ein anspruchsvolles, hervorragendes, aber erreichbares Ziel benötigt. Die primäre Aufgabe der effizienten Menschenführung der exzellenten Organisation ist es, eine gemeinsame Vision zu entwickeln,³⁵ die ein attraktives Zukunftsbild enthält, vom Team als Herausforderung angesehen wird und jedem im Team einen selbstständigen Handlungsspielraum gibt.³⁶ Jeder im Team soll sich mit der Vision identifizieren und ihre Umsetzung als sinnerfüllende Herausforderung ansehen (Mission). Damit bekommen die Teammitglieder eine ganz wichtige, transzendente Motivation,³⁷ d. h. sie erkennen ihren Einsatz als Beitrag zum Gemeinwohl, als sinnvolle Gestaltung des Lebens anderer Menschen. Diese Motivation ist im Pflegeberuf wie auch im Allgemeinen bei sozialen Berufen besonders wichtig. Denn bedauerlicherweise genießen diese Berufe in der Gesellschaft und speziell auf dem Markt (siehe Entlohnung) nicht das Ansehen, das ihnen auf Grund der großen menschlichen und ethischen Anforderungen gebühren würde.

Ohne eine letztlich transzendente Motivation würde niemand diese Berufe ergreifen. Andere Motivationsarten wie die äußeren (Entlohnung) und die inneren (Lernen, Selbstverwirklichung und dgl.) werden natürlich auch immer in der Organisation wirksam.³⁸

Eine Vision besteht im Wesentlichen aus Prinzipien und Grundsätzen, die umgesetzt werden sollen, bzw. auch aus konkreten Realisierungen, die angestrebt werden. Jede Vision hat also zwei Ebenen; die ideelle und die materielle Zielsetzung. Die erste Ebene ist die tugendethisch relevantere.

Auf der ideellen Ebene können die Visionen von Langzeitpflege anthropologisch, theologisch und pragmatisch grundgelegt werden. Pragmatische

Elemente sind ethisch weniger relevant und können allein keine Vision ausmachen. Es sind einfach mehr oder weniger populäre, modische, zeitgeistige, öffentlichkeitswirksame Zukunftsperspektiven oder Slogans wie etwa „Wellness im Alter“ – was für Nicht-Betroffene öffentlichkeitswirksam ist, für Pflegepersonen und Pflegebedürftige lässt sich daran aber keine zukunftssträchtige Vision anknüpfen.

Ein gutes Beispiel einer anthropologisch fundierten Vision der Altenpflege ist der gelungene Ansatz von R. Schwerdt, die „Dialogische Anthropologie“ von Martin Buber auf den Bereich der Altenpflege anzuwenden. Schwerdt zufolge lässt sich eine auf ethische Kompetenz von Pflegepersonen in einer auf dem dialogischen Ansatz basierende Vision der Pflegebeziehung durch eine Reihe von Tugenden festmachen: Die Tugend der Dialogbereitschaft³⁹ wird auch dem Rang nach an erste Stelle gesetzt, darüber hinaus werden Mut und Tapferkeit,⁴⁰ Flexibilität,⁴¹ Kreativität,⁴² Askese,⁴³ Maß⁴⁴ und Demut⁴⁵ als besonders wichtig identifiziert, wobei die Autorin keineswegs eine erschöpfende Liste aufstellen will.

In einer säkularen Gesellschaft scheinen theologische und religiöse Elemente im Allgemeinen in Visionen der Organisationen, konkret auch in der Altenpflege, immer weniger Bedeutung zu haben. Damit beschneidet man sie jedoch ihrer historischen Wurzeln, denn in der Geschichte der Pflege waren und sind sie von entscheidender Bedeutung,⁴⁶ was wohl auch für die Zukunft wichtig sein wird. In der stark vom Christentum geprägten abendländischen Kultur wurde die transzendente Dimension im Menschen einerseits durch den biblischen Gedanken der Gottesebenbildlichkeit und andererseits durch das doppelte Gebot der Liebe – Gottesliebe und Nächstenliebe – bestimmt. Vorbilder und Ordensgründer wie der heilige Johannes von Gott (1495 – 1550, Gründer der Barmherzigen Brüder), der heilige Vinzenz von Paul (1581 – 1660, Gründer der Barmherzigen Schwestern), die selige Mutter Teresa von Kalkutta (1910 – 1997, Gründerin der Missionarinnen der Nächstenliebe), sowie Institutionen wie Diakonie

und Caritas haben über Jahrhunderte mit ihrem Geist, Vorbild und ihren Visionen die Pflege geprägt. Im Zentrum dieser theologischen Visionen und ihrer Umsetzung in der Krankenpflege steht die Tugend der Liebe (Caritas) mit ihrer Ausrichtung auf Gott und auf den Nächsten in ein und derselben Handlung: „Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan.“⁴⁷

Die Asymmetrie der Pflegebeziehung wird dadurch religiös überwunden:

Der Alte, Hilfsbedürftige tritt als Stellvertreter Gottes dem Helfer gegenüber, der seinerseits, wenn er die Herausforderung der Begegnung annimmt, im Übermaß beschenkt wird. Der christliche Glaube gibt dem gläubigen Helfer eine starke, reale Motivation. Käppeli stellt allerdings zumindest theoretisch dieses „überweltliche Transzendieren“ auf die gleiche Wirkungsstufe mit dem „innerweltlichen Transzendieren“, das sich auch als Schritt vom Eigeninteresse hin zur Aufmerksamkeit gegenüber und zur Anteilnahme am Schicksal anderer Menschen zeigt.⁴⁸ „Wo sich die von religiös motiviert Pflegenden praktizierten Attribute des mit-leidenden Gottes nicht unterscheiden von pflegerischen Haltungen und Verhaltensweisen, die nicht religiös motiviert sind, scheint das Heilige und das Gute identisch zu sein.“⁴⁹

Eine in der christlichen Anthropologie und Theologie fundierte Vision, die im Wesentlichen auf der Achtung der Menschenwürde, der Nächstenliebe und dem Mitleid basiert und außerdem das Konzept des Leaderships in der Pflege umsetzen will, könnte beispielsweise folgende sieben Kompetenzen in den Vordergrund stellen: Kommunikation, Charisma, Coaching, Optimismus, emotionale Balance, Kritikannahmefähigkeit und Integrität.

Für die dazu gehörende Mission könnte man obiger Einteilung folgend 16 Tugenden in den Vordergrund eines Tugendprofils stellen: Empathie, Dialogbereitschaft, Großmut, Freude, Optimismus, Nächstenliebe, Verfügbarkeit, Wohlwollen, Besonnenheit, Tapferkeit, Mitleid, Demut, Wahrhaftigkeit, Lernfähigkeit, Gerechtigkeit, Standhaftigkeit.

Anhang⁵⁰

Definitionen

Fachkompetenz

Geschäftstalent: Fähigkeit, die Herausforderungen zu entdecken und die Chancen auszunützen, die im Wettbewerb liegen

Organisatorische Begabung: Fähigkeit, ständig das Ganze der Organisation und deren Struktur im Auge zu behalten, um zu erreichen, dass die Teile miteinander für das Ganze arbeiten

Ressourcenmanagement: Fähigkeit, Ressourcen optimal (ökonomisch, effektiv und im richtigen Tempo) zu nutzen, um die erwünschten Ergebnisse zu erhalten

Bewohnerausrichtung: Fähigkeit, die Bewohner zufriedenzustellen, auf ihre Wünsche und Anregungen prompt zu reagieren

Vernetzung: Fähigkeit, ein weites Beziehungsnetz mit Schlüsselpersonen innerhalb der Organisation und mit anderen Organisationen aufzubauen

Verhandlungstalent: Fähigkeit, in Verhandlungen Win-Win-Situationen zu erreichen

Soziale Kompetenz

Communication: Fähigkeit, zuzuhören, zu vermitteln und gute Ideen durchzusetzen

Conflict Management: Fähigkeit, menschliche Konflikte zu diagnostizieren, zu behandeln und sie rasch zu lösen, bevor es in den persönlichen Beziehungen zu bleibenden Schäden kommt

Charisma: Fähigkeit, das zwischenmenschliche Vertrauen zu stärken, den Mitarbeitern Sinn in ihre Arbeit zu vermitteln, sie zur Erreichung ihrer Ziele zu motivieren

Delegation: Fähigkeit sicher zu stellen, dass die Mitarbeiter über sämtliche Informationen und Ressourcen verfügen, die sie benötigen, um selbstständig die notwendigen Entscheidungen zur Erreichung ihrer Ziele zu treffen

Coaching: Fähigkeit, jedem Mitarbeiter zu helfen, sein Potential nach und nach zu entwickeln

Teamarbeit: Fähigkeit, ein kollegiales Klima zu schaffen, das von Vertrauen, Kommunikation und Zusammenarbeit geprägt ist

Externe – personale Kompetenz

Initiative: Fähigkeit, proaktiv Neuerungen / Veränderungen mit Freude, Schwung und Verantwortung zu initiieren, voranzutreiben und durchzusetzen

Optimismus: Fähigkeit, die positive Seite der Dinge zu sehen, Probleme und Schwierigkeiten als Herausforderungen

Zielstrebigkeit: Fähigkeit, sich und anderen hohe Ziele zu setzen und sie eisern zu verfolgen

Zeitmanagement: Fähigkeit, die richtigen Prioritäten zu setzen, die Zeit den Prioritäten entsprechend einzuteilen und die Tätigkeiten in der vorgesehenen Zeit zu erledigen

Informationsmanagement: Fähigkeit, rasch und effizient die für die zu lösenden Aufgaben relevanten Informationen zu identifizieren

Stressmanagement: Fähigkeit, sich in spannungsgeladenen und kritischen Situationen in der Hand zu haben, ruhig und gelassen zu arbeiten

Interne personale Kompetenz

Kritikaufnahmebereitschaft: Fähigkeit, Kritik zu akzeptieren und ernst zu nehmen

Selbsterkenntnis: Fähigkeit, die eigenen Stärken und Schwächen auf persönlicher und professioneller Ebene zu identifizieren

Lernfähigkeit: Fähigkeit, sich im Verhalten zu verbessern: die Stärken zu stärken und die Schwächen zu beheben

Decision Making (Entscheidungsfreudigkeit): Fähigkeit, Probleme rasch zu durchschauen, Ursachen zu erkennen, Alternativen auszuarbeiten und Maßnahmen zu setzen

Selbstkontrolle: Fähigkeit, gemäß den eigenen Werten zu handeln, ohne den leichteren Weg zu nehmen oder Dinge zu verkomplizieren

Emotionale Balance: Fähigkeit, in jeder Situation mit den richtigen Gefühlen angemessen zu reagieren

Integrität: die Fähigkeit, korrekt und fair in jeder Situation zu denken und zu handeln

Referenzen

- 1 Jaspers K. „Der Arzt im technischen Zeitalter“, Pieper, München (1986), S. 7-8
- 2 Pellegrino E. D., *Der tugendhafte Arzt und die Ethik der Medizin*, in: Sass H. M., *Medizin und Ethik*, Reclam, Stuttgart (1989), S. 40-68
- 3 Käppeli S., *Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege*, Verlag Hans Huber, Bern (2004)
- 4 Päpstlicher Rat für die Seelsorge im Krankendienst, *Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen*, Vatikanstadt (1995), S. 10

5 ebd.

6 Meleis A. I., *Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*, 3. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern (1997), S. 178

7 Prat E. H., *Kardinaltugenden und Kultivierung des Gewissens*, *Imago Hominis* (2001); 8(4): 265-274

8 González A. M., *Prinzipien und Tugenden in der Bioethik*, *Imago Hominis* (2000); 7(1): 17-33

Maio G., *Mittelpunkt Mensch: Ethik der Medizin, Ein Lehrbuch*, Schattauer, Stuttgart (2012), S. 47-82

Prat E. H., *Bioethik: Konsens und Tugendethik*, *Imago Hominis* (2000); 7(2): 125-138

Rhonheimer M., *Die Perspektive der Moral. Philosophische Grundlagen der Tugendethik*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 169-225

Schweidler W., *Zur Aktualität des Begriffs der Tugend*, *Imago Hominis* (2000); 7(1): 35-48

9 Rhonheimer M., *Praktische Vernunft und das „von Natur aus Vernünftige“*, *ThPh* (2000); 75: S. 508

10 Dieter Sperl unterscheidet in *Ethik der Pflege: Verantwortetes Denken und Handeln in der Pflegepraxis* (Kohlhammer, Stuttgart, 2002) zwischen klassischen und neuzeitlichen Tugenden. Letztere lassen sich nicht aus den ersteren ableiten. Er räumt zwar eine gewisse Bedeutung der Tugenden in der Ethik der Pflege ein, aber er führt es nicht weiter aus. In Reinhard Lays Buch *Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung* (Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2004) kommen die Tugenden nicht vor; Ulrich H. J. Körtner thematisiert sie in seinem Taschenbuch *Grundkurs Pflegeethik* (Facultas, Wien, 2004) in einem Absatz (S. 24); Doris Pfabigan widmet in *Pflegeethik. Interdisziplinäre Grundlagen* (Lit Verlag, Berlin, 2008) der Tugendlehre zwei Unterkapiteln (S. 56-62); Doris Fölsch behandelt in ihrem Buch *Ethik in der Pflegepraxis* (Facultas, Wien, 2008) viele Pflegefälle aus der Sicht der Prinzipienethik; Martin W. Schnells Werk *Ethik als Schutzbereich* (Verlag Hans Huber, Bern, 2008) enthält einen originellen Ansatz, der auch eher der Prinzipienethik zuzuordnen wäre

11 Eine Ausnahme stellt das Buch von Ruth Schwerdt *Eine Ethik für die Altenpflege* (Verlag Hans Huber, Bern, 1998) dar, das im letzten Kapitel (S. 401-423) eine Tugendethik für die Altenpflege auf Grund des dialogischen philosophischen Ansatzes von Martin Buber entwickelt. Das Werk von Silvia Käppeli *Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft* (Verlag Hans Huber, Bern, 2004) ist ein Stück Grundlagenforschung zur Geschichte und Spiritualität der Pflege, mit vielen Anregungen in Richtung einer Tugendethik.

12 Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *The Virtues in Medi-*

- cal Practice, Oxford University Press, Oxford (1993)
- 13 Stowasser J. M., *Lateinisch-Deutsches Schulwörterbuch*, 2004
- 14 Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1106a, 22-24
- 15 Müller A. W., *Was taugt die Tugend? Elemente einer Ethik des guten Lebens*, Kohlhammer, 1998
- 16 Rhonheimer M., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 172
- 17 Bonelli J., Mader H., *Qualitätssicherung im Krankenhaus und Tugenden. Ein Fragenkatalog*, Imago Hominis (2000); 7(3): 189-197
- 18 Aquin T. v., *Summa theologiae*, I-II, q. 56, a. 2 ob. 3 und *Expositio in decem libros ethicorum Aristoteles ad Nichomacum*, nn 1916, 1445
- 19 Rhonheimer M., siehe Ref. 8, S. 148
- 20 vgl. Aquin T. v., *De Virt.*, q.un., a. 5, sol.
- 21 Aquin T. v., siehe Ref. 18, I-II, q. 65, a. 1; q. 58, a. 4 und II-II, q. 47 a. 6 und 7
- Prat E. H., *Qualitätssicherung und Tugenden im Gesundheitswesen: Begründung eines Zusammenhanges*, Imago Hominis (2000); 7: 208
- 22 Koch-Straube U., *Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie*, Verlag Hans Huber, Bern (2003), S. 51-64
- 23 Schwerdt R., *Eine Ethik für die Altenpflege*, Verlag Hans Huber, Bern (1998), S. 302
- 24 ebd., S. 406
- 25 Prat E. H., *Das Autonomieprinzip aus der Perspektive des Patienten*, Imago Hominis (2009); 16(2): 115-128
- 26 Northouse P. G., *Leadership. Theory and Practice*, 4. Auflage, Sage Publications, Thousand Oaks (2010), S. 3
- 27 Cardona P., Garcia-Lombardia P., *How to Develop Leadership Competencies*, Eunsa, Pamplona (2005)
- 28 ebd., S. 15-30
- 29 ebd., S. 45-60
- 30 Northouse P. G., siehe Ref. 26, S. 39-67
- 31 vgl. Collins J., *Good To Great*, HarperCollins Publishers Inc., New York (2001)
- Cameron K., *Good or Not Bad: Standards and Ethics in Managing Change*, The Academy of Management Learning and Education ARCHIVE (2006); 5(3): 317-323
- Covey S. R., *Die 7 Wege zur Effektivität*, 6. Auflage, Gabal, Offenbach (2007)
- Covey S. R., *Der 8. Weg: Mit Effektivität zu wahrer Größe*, 6. Auflage, Gabal, Offenbach (2007)
- Kouzes J., Posner B., *Leadership Challenge*, Deutschsprachige Ausgabe, WILEY-VCH, Weinheim (2007)
- Maxwell J. C., *The 21 Irrefutable Laws of Leadership*, Thomas Nelson, Nashville (2007)
- Perez-Lopez J. A., *Liderazgo y Ética*, Deusto, Bilbao (1998); Sonnenfeld A., *Liderazgo Ético*, Nueva Revista, Madrid (2010)
- 32 vgl. Schwerdt R., siehe Ref. 23
- Käppeli S., siehe Ref. 3
- Pfabigan D., *Pflegeethik. Interdisziplinäre Grundlagen*, LIT Verlag, Berlin (2008)
- Fölsch D., *Ethik in der Pflegepraxis*, Facultas, Wien (2008): viele Pflegefälle aus der Sicht der Prinzipienethik
- Lay R., *Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover (2004)
- Schnell M. W., *Ethik als Schutzbereich*, Verlag Hans Huber, Bern (2008)
- Sperl D., siehe Ref. 10
- Die vier letzt genannten Werke sind der Prinzipienethik zuzuordnen, aber da die Prinzipien das Ziel der gleichnamigen Tugenden vorgeben, können auch aus diesen Abhandlungen gute Anregungen für diese Zuordnung von Tugenden zu Kompetenzen entnommen werden.
- 33 Cardona P., Garcia-Lombardia P., siehe Ref. 27, S. 57
- 34 Die Systematik der Tugenden kann aus den klassischen Traktaten der Tugendethik entnommen werden. Vgl. Aristoteles, siehe Ref. 14; Rhonheimer M., siehe Ref. 8; Aquin T. v., siehe Ref. 18; *Summa Theologiae*, II-II, q. 47-79, 123-170; Pieper J., *Das Menschenbild der Tugendlehre*, Werke in acht Bänder, Band 4, Meiner Verlag, Hamburg (1996), S. 1-197
- 35 Covey S. R., *Der 8. Weg. Mit Effektivität zu wahrer Größe*, siehe Ref. 31, S. 79 ff.; Kouzes J., Posner B., siehe Ref. 31, S. 109 ff.
- 36 Kouzes J., Posner B., siehe Ref. 31, S. 219 ff.
- 37 Perez-Lopez J. A., siehe Ref. 31, S. 45
- Covey S. R., *Der 8. Weg. Mit Effektivität zu wahrer Größe*, siehe Ref. 31, S. 345 ff.
- Northouse P. G., siehe Ref. 26, S. 171 ff.
- 38 Cardona P., Wilkinson H., *Growing as a Leader*, Eunsa, Pamplona (2010), S. 107
- Perez-Lopez J. A., siehe Ref. 31, S. 45 ff.
- 39 Schwerdt R., siehe Ref. 23, S. 406
- 40 ebd., S. 407
- 41 ebd., S. 410
- 42 ebd., S. 410
- 43 ebd., S. 412
- 44 ebd., S. 414
- 45 ebd., S. 415
- 46 vgl. Käppeli S., siehe Ref. 3, vgl Fußnote 3, S. 401
- 47 Mt 25,40
- 48 Käppeli S., siehe Ref. 3, vgl Fußnote 3, S. 401
- 49 ebd.
- 50 Cardona P., Garcia-Lombardia P., siehe Ref. 27, S. 42-44

Herbert Watzke

Palliativmedizin und Onkologie

Palliative Care and Oncology

Zusammenfassung

Palliativmedizin ist seit ihrer Einführung eng mit der Onkologie verbunden. Sie wurde zur Optimierung der Betreuung eines jungen Krebspatienten entwickelt und hat auch heute noch vorwiegend Krebspatienten in ihrer Betreuung. Das Verhältnis von Palliative Care und Onkologie hat sich aber in den letzten zwei Jahren stark verändert. Auf der Grundlage wissenschaftlicher Untersuchungen hat die Palliative Care einen gut charakterisierten und gut abgesicherten Platz in der Betreuung von Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen inne. Früh im Krankheitsprozess und gemeinsam mit onkologischen Antitumor-Maßnahmen eingesetzt wirkt sie Lebensqualität fördernd und lebensverlängernd. Ihre Hauptwirkungskomponente dürfte dabei neben der Betreuung krankheitsspezifischer Probleme auch in der Besprechung des Krankheitsverständnisses und des weiteren Lebensweges („end-of-life discussions“) liegen.

Schlüsselwörter: Palliativmedizin, Onkologie, Kommunikation am Lebensende

Abstract

Palliative care has always been closely associated with oncology. It was initially developed for a young patient with advanced cancer and still cares predominantly for cancer patients nowadays. The interrelation between palliative care and oncology has dramatically changed recently. Based on high-quality scientific studies, palliative care now has a well characterized and important place in the care of patients with advanced cancer. It enhances quality of life and will prolong life when used early disease trajectory and in a coordinated way with anticancer measures. One of its main components is the early discussion of patients' understanding of diagnosis and prognosis (end-of-life discussions) along with symptom management.

Keywords: Palliative Care, Oncology, End-of-Life Discussions

Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke
Professor für Palliativmedizin
Universitätsklinik für Innere Medizin I
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien
herbert.watzke@meduniwien.ac.at

Wie alle anderen Patienten haben auch Patienten mit Krebserkrankungen den Anspruch auf eine optimale medizinische Behandlung ihrer Grundkrankheit und auf eine umfassende Betreuung all ihrer krankheitsassoziierten medizinischen und gesundheitsrelevanten Probleme. Dabei steht im Betreuungskonzept von Krebspatienten sowohl aus ärztlicher Sicht als auch aus Sicht der Patienten die Behandlung der Grundkrankheit naturgemäß im Mittelpunkt. Der lebensbedrohliche Charakter einer Krebserkrankung bewirkt, dass von Patienten wie Behandelnden alles dem Ziel einer Heilung oder zumindest einer Verzögerung im tödlichen Krankheitsverlauf untergeordnet wird beziehungsweise untergeordnet werden muss. Die oftmals dramatische Verschlechterung der Lebensqualität unter Krebstherapien wird deshalb häufig als notwendiger Preis für die Erreichung des angestrebten Zieles angesehen, eine Einschätzung, in der sich Patienten und Ärzte gleichermaßen wieder finden können. Diese Sichtweise kann unter anderem bewirken, dass therapie- und auch krankheitsassoziierte Probleme von Krebspatienten häufig verdrängt werden, von Ärzten deshalb auch weniger leicht wahrgenommen werden und somit unterbehandelt bleiben. Sie bedürfen dennoch einer intensiven Therapie.

1. Welche Therapie: Palliative Care oder Best Supportive Care?

Palliative Care

Laut Definition der WHO aus dem Jahre 2002 werden im Rahmen der Palliativ Care Patienten mit einer schweren lebensbedrohlichen Erkrankung und deren Angehörige betreut, wobei in den Übertragungen ins Deutsche zumeist von Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen ohne kurative Möglichkeiten gesprochen wird. Die Betreuung umfasst vier Hauptfelder: die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Probleme der Patienten. Der eigentliche Begriff für diese Hilfestellung in der englischsprachigen Definition der

WHO ist Palliative Care, also Palliativ-Betreuung. Ins Deutsche wird er aber leider mit Palliativmedizin übertragen und dadurch die medizinische Komponente unberechtigt hervorgehoben.

Wiewohl eine Einschränkung bezüglich der zugrunde liegenden Erkrankungen in der Definition bewusst nicht vorgenommen wird, hat die weitaus überwiegende (>80%) Mehrzahl der Patienten auf Palliativstationen eine onkologische Grunderkrankung.

Dies erklärt sich zum einen aus der hohen Prävalenz onkologischer Erkrankungen und ihrer nach wie vor schlechten Heilbarkeit: So sind mehr als 50% der Krebserkrankungen zum Diagnosezeitpunkt als unheilbar – wenn auch nicht unheilbar – einzustufen. Zum anderen trägt aber auch die in der Regel relativ kurze Überlebenszeit nach Diagnose einer unheilbaren Krebserkrankung dazu bei.

Dass Palliative Care eine wirkungsvolle Therapieoption in dieser Situation darstellt, ist hinlänglich bewiesen. So wurde schon vor mehreren Jahren in großen Metaanalysen nachgewiesen, dass Palliative Care die Lebensqualität von Krebspatienten signifikant verbessert und invasive Therapieverfahren am Lebensende signifikant reduziert, ohne dabei eine Verkürzung der Überlebenszeit nach sich zu ziehen.¹ Dies bewirkt auch eine hochsignifikante Reduktion von Behandlungskosten.²

In einer rezent publizierten prospektiven randomisierten Phase III Studie³ konnten nun bei Patienten mit primär metastasiertem Lungenkrebs diese Ergebnisse bestätigt werden. In dieser Studie wurde nachgewiesen, dass Palliative Care die Lebensqualität signifikant steigert, die Zahl invasiver Therapien am Lebensende signifikant reduziert und die Überlebenszeit nicht nur nicht verkürzt, sondern – statistisch signifikant – um zwei Monate verlängert.

Best Supportive Care

Der Begriff der „Supportivtherapie“ im Kontext der Krebserkrankungen bezieht sich traditionell auf Maßnahmen, die zur Behandlung der

Nebenwirkungen von Chemotherapien eingeführt wurden. Allen voran steht hier die Gabe von Antiemetika gegen das chemotherapieinduzierte Erbrechen und die Gabe von hämatopoetischen Wachstumsfaktoren gegen chemotherapieinduzierte Leukopenie und Anämie. In den letzten Jahren haben diese supportiven Therapien durch spezifische Nebenwirkungsprofile neu hinzu gekommener Krebstherapeutika eine ständige Erweiterung erfahren und reichen jetzt von der Therapie neuropathischer Schmerzen über die Thromboseprophylaxe bis hin zur Behandlung spezifischer dermatologischer Nebenwirkungen.

Der Begriff der „Best Supportive Care“ (BSC) hat sich aus der Notwendigkeit heraus entwickelt, in Studien, in denen der Verlauf von Patienten mit Antitumorthherapie und mit jenem ohne Antitumorthherapie verglichen wird, eine Beschreibung dessen vorlegen zu können, was mit den Patienten geschieht, die keine Antitumorthherapie bekommen. Es hat sich bei genauerer Beobachtung nämlich gezeigt, dass Patienten, die in Behandlungsarmen von Studien eingeschlossen sind, mit dem Medikament, dessen Wirkung getestet werden soll, noch eine Reihe anderer Therapien „mitgeliefert“ bekommen, die Patienten in der unbehandelten Gruppe nicht bekommen: Dies reicht von notwendigen Begleitmedikamenten bis hin zu häufigeren Arztkontrollen. Der Effekt dieses zusätzlichen „Betreuungspakets“ kann sich aber massiv auswirken und vom Effekt der Antitumorthherapie nicht unterschieden werden. Es wurde deshalb von Seite der Wissenschaft gefordert, das Betreuungspaket auch denen anzubieten, die keine Antitumorthherapie erhalten und dafür der Begriff der „Best Supportive Care“ gewählt.

Die dafür existierende Definition der EORTC ist jener der WHO Definition von Palliative Care sehr ähnlich. Völlig fehlt für diese Best Supportive Care – ganz im Gegensatz zur Palliative Care – aber jedwede „Durchführungsbestimmung“. Dieses Fehlen klarer Richtlinien für BSC schafft nicht nur Probleme in der Aussagekraft vieler klinischer

Studien (vor allem im Bereich der soliden Tumore) und in ethischer Hinsicht (ist es vertretbar, Patienten in klinische Studien einzuschließen, ohne dass definiert ist, wie diese Patienten behandelt werden?), sondern hat auch zur Folge, dass BSC kein brauchbares Therapiemodell außerhalb von klinischen Studien ist.

Standard Care

Aus dem oben Gesagten ergibt sich somit zusammenfassend, dass in der praktischen Versorgung von Krebspatienten mit unheilbarer Erkrankung die Palliative Care, die von spezifisch dafür Ausgebildeten durchgeführt wird, nachweislich einen massiven Vorteil für die Patienten und die Gesellschaft insgesamt bringt. Sie ist deshalb als Standard (Care) zu betrachten.

Medizinische Probleme, die mit der Verabreichung von Chemotherapie einhergehen, sollten – vor allem vor dem Hintergrund der ständigen Entwicklung neuer Medikamente mit entsprechend neuen Nebenwirkungsprofilen – im Sinn einer umfassenden supportiven Behandlung von den behandelnden Onkologen selbst behandelt werden.

Der Begriff der Best Supportive Care hat im klinischen Alltag keine Bedeutung und sollte in Zukunft auch in klinischen Studien besser durch eine standardisierte Palliative Care ersetzt werden.

2. Wann beginnt Palliative Care?

Aus der WHO-Definition geht klar hervor, dass unheilbar Erkrankte der Palliative Care zugeführt werden sollten und welche Behandlungsansätze ihr zu Grunde liegen. Offen bleibt jedoch die Frage, an welchem zeitlichen Punkt im Krankheitsverlauf Palliative Care beginnen soll.

Palliative Care als End-of-life Care

In der öffentlichen Wahrnehmung wird Palliativ- und Hospiz-Care oft mit der Betreuung von Sterbenden in deren letzten Lebenstagen gleichgesetzt. Tatsächlich stellt diese Lebensphase an ein Palliative Care Team große und spezifische Ansprü-

che, geht es doch darum, den Patienten möglichst wenig durch medizinische Maßnahmen zu stören, aber gleichzeitig auch ausreichend die drei Hauptbeschwerden am Lebensende, nämlich Schmerzen, Delir und Atemnot so zu behandeln, dass Patienten ruhig und friedlich sterben können und dass Angehörige dieses Bild des Verstorbenen als letzte Erinnerung im Gedächtnis behalten können.

Palliative Care in der Post-Chemotherapie Phase von Krebspatienten

Der Beginn einer Krebserkrankung ist oft dadurch gekennzeichnet, dass nur geringste Beschwerden bestehen, hinter denen sich dann eine Krebserkrankung verbirgt, die in der Regel über kurz oder lang zum Tod des Patienten führen wird. Um diese Erkrankung zurückzudrängen und dadurch Überlebenszeit und Lebensqualität zu schaffen, sind meist intensive therapeutische Maßnahmen notwendig, die nicht – wie sonst in der Medizin üblich – in direkter Relation zur Intensität des Beschwerdebildes stehen, sondern im Fall einer Krebserkrankung zur Aggressivität bzw. damit verbundener Prognose des Tumors. Das Zurückdrängen des Tumors, gemessen an seiner Ausdehnung in bildgebenden Verfahren, ist das therapeutische Ziel. Beschwerden, die in dieser Phase ja eher therapieassoziiert als krankheitsassoziiert sind, spielen da eine untergeordnete Rolle, auch in der Wahrnehmung der Patienten. Gelingt ein Zurückdrängen dann nicht (mehr), kommt es zu einer massiven Zunahme der Beschwerden, die dann zum ersten Mal im Krankheitsverlauf direkt Tumor-assoziiert sind. Genau zu diesem Zeitpunkt, an dem eine Therapie notwendiger denn je ist, erfährt der Patient, dass ihm eine Chemotherapie nicht mehr helfen kann.

Das für Krebserkrankungen spezifische therapeutische Vakuum aufzuheben, in das der Patient in dieser Post-Chemotherapie Phase dann fällt, ist die Hauptaufgabe und Kernkompetenz der Palliativmedizin bei onkologischen Patienten.

Palliativmedizinische Betreuung, vor allem

wenn sie von Palliativmedizinern mit onkologischer Grundausbildung (oder alternativ in Kooperation mit Onkologen) durchgeführt wird, bietet sich hier als optimales Betreuungsmodell an. Ein gemeinsames Überweisungsgespräch zwischen Patienten, betreuenden Onkologen und Palliativmedizinern gewährleistet, dass der Hauptfokus der Betreuung – auch in der Wahrnehmung des Patienten – weg von der Antitumorthherapie („Tumorbekämpfung“) hin zur Therapie der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Probleme gerichtet wird. Dies muss nicht notwendigerweise eine völlige Abkehr von allen Antitumormaßnahmen bedeuten, kann ihnen aber einen realistischeren Stellenwert im Gesamtbetreuungspaket zuweisen.

Early Palliative Care – Palliativmedizin als zusätzliche Betreuungsform während der Chemotherapie

Während bisher in der onkologischen Praxis palliativmedizinische Maßnahmen häufig erst in der Post-Chemotherapie Phase zum Einsatz kommen, haben Studien darauf hingewiesen, dass ein wesentlich früherer Einsatz der Palliative Care wahrscheinlich sinnvoller und effizienter ist. In einer klinischen Phase II Studie wurde schon 2007⁴ nachgewiesen, dass eine von Beginn der Erkrankung zusätzlich „verordnete“ standardisierte Palliative Care prinzipiell machbar ist und von den Patienten gut angenommen wird.

Auf Basis dieser Phase II Ergebnisse wurde die weiter oben schon erwähnte prospektive, kontrollierte randomisierte Phase III Studie⁵ durchgeführt, in der Patienten mit einem Bronchuskarzinom im Stadium IV von onkologischer Seite behandelt wurden, die Hälfte der Patienten aber zusätzlich die bereits in der Phase II Studie getestete, standardisierte Palliative Care erhielt. Letztere bestand in zumindest monatlichen Kontakten mit dem Palliative Care Team, bei denen eine Checkliste abgearbeitet wurde, in deren ersten Punkten es um das Krankheitsverständnis der Patienten so-

weit betreffend die aktuelle Situation („Was wissen Sie über ihre Erkrankung?“) und die zukünftige Entwicklung („Wie glauben Sie wird es mit Ihrer Erkrankung/Ihrem Leben weitergehen?“) mit ihnen besprochen (= diskutiert) wurde. Natürlich wurden in weiterer Folge auch das Beschwerdebild erhoben und entsprechende palliativmedizinische Therapien durchgeführt. Zudem wurden die aus den Gesprächen resultierenden Konsequenzen für die onkologische Therapie mit dem behandelnden Onkologen besprochen.

Dieses palliativmedizinische Maßnahmenpaket bewirkte eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und eine signifikante Verminderung von Depressionssymptomen. Obwohl die derart behandelten Patienten signifikant weniger mit aggressiven Chemotherapien am Lebensende behandelt wurden, war ihre Überlebenszeit nicht kürzer, sondern im Mittel sogar um fast 3 Monate länger.

Diese Phase III Studie⁶ stellt einen Meilenstein in der Geschichte der Palliativmedizin dar. Sie zeigt nach allen Kriterien der evidenzbasierten Medizin nicht nur, dass Palliative Care extrem wirksam ist, sondern zeigt auch, wie sie angewendet werden muss: Es geht somit nicht mehr um „entweder Onkologie oder Palliative Care“, sondern um eine gleichzeitige Behandlung durch Onkologen und Palliativmediziner vom Zeitpunkt der Diagnosestellung an. Darüber hinaus widerlegt sie klar die immer wieder geäußerten Bedenken, dass Palliative Care zwar die Lebensqualität erhöht, aber gleichzeitig die Überlebenszeit verkürzen könnte: Sie weist eindrucksvoll nach, dass zusätzliche Palliative Care die Lebensqualität wie erwartet erhöht und dabei aber die Überlebenszeit nicht nur nicht verkürzt, sondern sogar signifikant verlängert.

Die letztgenannte Studie stellt somit die Palliative Care mitten in die evidenzbasierten Maßnahmen der Onkologie und ist somit essentieller Bestandteil der Therapie des Bronchuskarzinoms.

3. „End-of-Life Discussions“ – Besprechung des Lebensendes

Entscheidungen am Lebensende von nicht-onkologischen Patienten sind häufig dadurch gekennzeichnet, dass Patienten entweder nicht in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden können – wie etwa in der Traumatologie und Intensivmedizin – oder nur sehr begrenzt miteinbezogen werden können, wie etwa in der Geriatrie. Krebspatienten sind in der Regel bis wenige Tage oder sogar Stunden vor ihrem Tod noch vollständig entscheidungsfähig. Dies hat den Vorteil, dass damit dem Patientenwillen entsprochen werden kann und nicht, wie in den anderen genannten Situationen, häufig nur der mutmaßliche Patientenwille erhoben werden kann. Diese Sichtweise der Entscheidungsfindung, in der die Patientenautonomie in den Vordergrund gerückt wird, hat gerade in der Onkologie – nicht zuletzt auch durch den Einfluss der Palliativmedizin – die traditionelle paternalistische Entscheidungsfindung, in der ausschließlich „der Arzt weiß, was für seinen Patienten gut ist“, zunehmend abgelöst.

Wenngleich unbestritten ist, dass die Wahrhaftigkeit von Seiten der Ärzte die Grundeinstellung für eine gemeinsame Therapieentscheidung mit ihren Patienten sein muss, treten in der täglichen Praxis bei der Ermittlung und der Vermittlung der Wahrheit vielfältige Schwierigkeiten auf.

Ermittlung der Wahrheit

Die für den Patienten so wesentlichen Informationen über die Wirkung und die damit einhergehenden Nebenwirkungen einer Antitumorthherapie kann ja – wenn überhaupt – nur in Wahrscheinlichkeiten angegeben werden und lässt somit einen großen Interpretationsbereich dessen zu, was sich individuell verwirklicht wird. Der dabei entstehende „Spielraum“ ist allerdings die Grundlage des „Shared Decision Making“. Er stellt den Patienten nicht vor eine unverrückbare Tatsache, sondern erlaubt ihm vor dem Hintergrund seiner Hoffnungen und Befürchtungen eine individuelle Einschätzung

zu treffen. Dabei ist bemerkenswert, dass Studien zeigen,⁷ dass Patienten sich bei geringeren Aussichten auf eine Heilung einer invasiven Antitumortherapie unterziehen würden, als dies ihre behandelnden Ärzte tun würden, wenn diese sich vorstellen, selbst in der Krankheitssituation zu sein. Dies trifft auch dann zu, wenn diese Patienten selbst Ärzte sind. Dies zeigt unter anderem ganz klar, dass in dieser Situation rein paternalistische Entscheidungen durch den Arzt häufig am Willen des Patienten vorbegehen würden.

Diese Studien⁸ beziehen sich allerdings ausschließlich auf Patienten, die eine Heilungschance haben, und können sicher nicht auf solche umgelegt werden, bei denen diese ausgeschlossen ist. Allerdings zeigt sich bei letzteren auch eine ähnliche Tendenz: So befürworten diese häufig eine Reanimation, auch wenn deren statistische Erfolgschance nur einige Prozent beträgt. Was aber aus der eigenen Erfahrung in der Erstellung von Patientenverfügungen von allen diesen Patienten ausnahmslos abgelehnt wird, ist eine Reanimation, in deren Folge ein Intensivaufenthalt mit sehr wahrscheinlich tödlichem Ausgang notwendig wird. Das dafür häufig gebrachte Argument ist, dass man keinesfalls „an Schläuchen hängend sterben wolle“.

Während also das „do not resuscitate“ – im Sinn der Unterlassung einer primären Reanimation – in der Regel auch bei prozentuell nur geringer Erfolgschance eher nicht verfügt wird, wird das „do not transfer to ICU“ – sollte die primäre Reanimation erfolglos sein und eine Beatmung mit Transfer auf eine Intensivstation notwendig sein – in aller Regel verfügt.

Für die Praxis der medizinischen Betreuung unheilbarer Krebspatienten mit fortgeschrittener Erkrankung hat das unmittelbare Bedeutung. Es konnte nämlich gezeigt werden,⁹ dass diese Patienten dann, wenn sie wegen einer Komplikation der Krebserkrankung stationär aufgenommen werden mussten, in diesem Aufenthalt reanimationspflichtig und anschließend intensivbehandlungspflichtig wurden, ausnahmslos auf der In-

tensivstation verstorben sind. Eine Reanimation dieser Patienten ist somit nach probabilistischen und wahrscheinlich auch nach physiologischen Kriterien „sinnlos“, weil das Ziel, die Reanimationsituation zu überleben, nicht erreicht werden kann. Diese Situation liegt bei fast (!) allen Patienten auf Palliativstationen vor und kann im Einzelfall bei nicht erhebbarem Patientenwillen als Entscheidungsgrundlage in einer Reanimationsituation herangezogen werden.

Hingegen war in dieser Studie¹⁰ die Mortalität nach Reanimation der Krebspatienten, die aus Routinegründen auf Normalpflegestationen aufgenommen waren (z. B. geplante Chemotherapie) und dabei reanimationspflichtig und in der Folge intensivstationspflichtig wurden, nicht unterschiedlich von nicht-onkologischen Patienten. Wesentlich dabei ist, dass dies völlig unabhängig vom Tumorstadium war. Für diese Patienten kann eine Reanimation deshalb objektiv und probabilistisch nicht einfach als „sinnlos“ bezeichnet werden, auch wenn die Krebserkrankung schon weit fortgeschritten ist.

Vermittlung der Wahrheit

In unserem Kulturkreis ist es heute – mindestens unter Ärzten – unumstritten, dass die Diagnose einer Krebserkrankung dem Patienten übermittelt werden muss. Das geht auch aus einer eigenen Befragung von über 800 OnkologInnen in Österreich hervor, die dies ausnahmslos so halten.¹¹ Das war nicht immer so. Einer Vielzahl an Dokumenten ist zu entnehmen, dass noch Mitte des letzten Jahrhunderts Patienten vor dieser „schlimmen Nachricht geschützt“ werden mussten.

Dass diese Mitteilung mit großer Einfühlbarkeit vorgenommen werden muss und dafür entsprechendes Training und viel Erfahrung notwendig ist, ist völlig unumstritten. Nicht zuletzt deshalb ist das „Überbringen schlechter Nachrichten“ jetzt Gegenstand des studentischen Unterrichts aller medizinischen Universitäten in Österreich.

Wesentlich komplexer stellt sich die Situa-

on dar, wenn es darum geht, die Prognose einer Erkrankung zu übermitteln. Da die Diagnose und Mitteilung einer Krebserkrankung ausnahmslos jeden Patienten in eine existentielle Krise stürzt, auch wenn bei vielen Patienten das nicht entsprechend „sichtbar“ wird, geht es Krebspatienten primär darum, ob die Krebserkrankung zum Tod führen wird. Hier liegt der Unterschied zu (fast) allen anderen Erkrankungen, bei deren Diagnosestellung es aus der Sicht der Patienten eher darum geht, ob man wieder erkranken wird (z. B. akuten Herzinfarkt) oder wie beeinträchtigend die Erkrankung ist (z. B. Diabetes).

Diese existentielle Bedrohung von Krebspatienten schlägt sich auch tatsächlich in einer erhöhten Suizidalität im ersten Jahr der Erkrankung nieder. Wie jüngst in einer großen skandinavischen Populationsstudie gezeigt werden konnte, ist das Risiko der Suizidalität in diesem Zeitraum auf das 12,6fache der nicht an Krebs erkrankten Personen erhöht.¹² In absolutem Risiko ausgedrückt bedeutet dies, dass von 1000 Patienten mit der Diagnose einer Krebserkrankung 2 innerhalb eines Jahres einen Selbstmord begehen. Das bedeutet aber auch, dass bei 998 von 1000 an Krebs Erkrankten psychische Bewältigungsprozesse generiert werden, die ein Weiterleben möglich machen. Diese Prozesse, die mit leider durchaus negativer Konnotation landläufig als „Verdrängungsprozesse“ bezeichnet werden, sind somit „vital“ für die Patienten. Wie aus vielen Studien und auch aus literarischen Werken von Krebspatienten hervorgeht, ist die Wirksamkeit der Bewältigung undulierend und nie vollkommen oder vollkommen stabil, wie immer stark „verdrängt“ es „von außen“ auch wirken mag. Diese Dynamik der Verdrängungsprozesse kommt auch darin zum Ausdruck, dass Krebspatienten, die den Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid äußern und ihn nicht erfüllt bekommen, bei späteren Befragungen einen derartigen Wunsch nicht mehr äußern und oft einige Zeit später angeben, ihn doch wieder zu verspüren.

Dieser Hintergrund besteht in der Regel, wenn

es um die Übermittlung einer Prognose *quo ad vitam* geht. Wann diese im Verlauf einer Krebserkrankung erfolgen soll, kann nicht generell festgelegt werden, sondern hängt von der persönlichen Lebens- und Krankheitssituation des Patienten ab. In der oben genannten Studie¹³ gaben zwei Drittel der OnkologInnen, die an Hand eines 6-jährigen Krankheitsverlaufes einer Krebspatientin ohne primär kurative Chance befragt wurden, an, die Prognose der Krebserkrankung in den ersten Wochen nach Mitteilung der Diagnose mit dieser Patientin zu besprechen. Spätestens bei Beginn der Zweitlinientherapie würden alle Befragten dies tun. Gerade in dieser Frage haben sich international in letzter Zeit wesentliche Änderungen ergeben, die unter dem Begriff der „End-of-Life Discussions“ stehen. Die American Society of Oncology (ASCO) empfiehlt, derartige „Discussions“ mit allen Patienten zu führen, die an einem „Advanced Cancer“ erkrankt sind. Advanced Cancer wird dabei definiert als „cancer that can not be cured“¹⁴. Bemerkenswerter Weise steht dieser Satz als erster Satz in der Patientenbroschüre von ASCO für „Advanced Cancer“.

Die Mitteilung einer Krebsdiagnose und der daraus resultierenden Prognose (*quo ad vitam*) wird im Deutschen wenig sinnvoll und weitgehend irreführend als „Aufklärung“ bezeichnet. Dieser Begriff suggeriert, dass eine Person (Arzt) einer anderen Person (Patient) einen Sachverhalt „erklärt“ und diese Person daraufhin „weiß, was los ist“. Diese Vorstellung ist vor dem Hintergrund einer existenziellen Bedrohung, bei der die emotionale Reaktion dominant ist, mehr als naiv.

Der englische Begriff „end of life discussions“ hingegen, der denselben Sachverhalt beschreibt, bezeichnet die „Aufklärung“ als „Diskussion“ und vermittelt auch durch seine Pluralform, dass dies ein Prozess ist. Er beinhaltet begrifflich auch wesentlich mehr Themen als „nur“ die Prognose der Überlebenszeit. Eine derartige „Besprechung“ wird auch zum Thema haben, wie der körperliche Zustand in den letzten Lebenswochen und Monaten sein kann und welche Vorkehrungen dafür an

welchem Zeitpunkt notwendig sind, wie die Versorgungssituation von minderjährigen Kindern oder pflegebedürftigen Eltern der Patienten geregelt werden kann, was getan werden kann, um die verbleibende Zeit sinnvoll zu gestalten und vieles mehr. Letztlich ist durchaus auch vorstellbar – und kommt selbst auf Palliativstationen immer wieder vor –, dass das, was landläufig als „Aufklärung“ bezeichnet wird, nämlich die Übermittlung der wahrscheinlichen Überlebenszeit, gar nicht besprochen wird.

Die Erfahrung zeigt vor allem eines: Wenn Ärzte nicht prinzipiell bereit und gewillt sind, die Prognose der Überlebenszeit zu übermitteln, können und werden sie auch die anderen Themen der „end of life discussions“, die im Einzelfall durchaus viel wichtiger sein können, nicht ansprechen. Spricht man diese anderen Themen nämlich an, wird die Frage nach der Überlebenszeit oft automatisch gestellt. Die „Beantwortung“ der Frage ist dann aber nicht eine unidirektionale „Aufklärung“, sondern folgt dem Wunsch des Patienten und erfüllt damit in idealer Weise die Kriterien eines patientenzentrierten Gespräches.

Es ist deshalb zu fordern, dass bei Übermittlung der Prognose von Krebserkrankungen ein Wechsel der Begriffe weg von „Aufklärung“ hin zu „Besprechungen des Lebensendes“ erfolgt, mit der Hoffnung, dass dann all das besprochen wird, was für den Patienten wichtig ist und damit der Weg geebnet wird, dass Patienten das fragen, was uns so schwer fällt, aus uns heraus ihnen zu sagen: „Wie lange werde ich noch leben?“

Referenzen

- 1 Zhang B. et al., *Health Care Costs in the last Week of Life*, Arch Int Med (2009); 169: 480-488
- 2 Temel J. S. et al., *Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer*, New Engl J Med (2010); 363: 733-42
- 3 Temel J. S. et al., *Phase II study: integrated palliative care in newly diagnosed advanced non-small-cell lung cancer patients*, J Clin Oncol (2007); 25: 2377-82
- 4 Patienten muten sich mehr zu als Gesunde.

- 5 siehe Ref. 3
- 6 siehe Ref. 3
- 7 Slevin M. L. et al., *Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public*, Br Med J (1990); 300: 1458-60
Slevin M. L. et al., *Who should measure the quality of life, the doctor or the patient?*, Br Med J (1988); 57: 109-112
- 8 ebd.
- 9 Wallace S. et al., *Outcome and cost implications of cardiopulmonary resuscitation in the medical intensive care unit of a comprehensive cancer center*, Supportive Care Cancer (2002); 10: 425-436
- 10 ebd.
- 11 Gartner V. et al., *Attitudes towards palliative care in primary metastatic cancer: a survey among oncologists*, Wien Klin Wochenschr (2010); 122: 45-92
- 12 Fang F. et al., *Suicide and Cardiovascular Death after a Cancer Diagnosis*, New Engl J Med (2012); 366: 14-23
- 13 siehe Ref. 11
- 14 Peppercorn J. M. et al., *American society of clinical oncology statement: toward individualized care for patients with advanced cancer*, J Clin Oncol. (2011); 29: 755-60, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21263086>

Studie: Höhere Fehlbildungsrate bei IVF-Kindern belegt

IVF-Kliniken und neonatologische Stationen sind sich der größeren Häufigkeit von Frühgeburten und Fehlbildungen bei IVF-Kindern bewusst. In der Öffentlichkeit werden diese Faktoren aber noch kaum diskutiert. Jüngste Fachpublikationen könnten dazu jedoch genügend Anlass bieten.

In einer in *Fertility and Sterility* publizierten Studie führte eine Gruppe von Wissenschaftlern an der *Nanjing Medical University* in China eine Meta-Analyse durch von Studien kindlicher Missbildungen seit September 2011 durch und verglich dabei die Zahl der Geburtsfehler von spontan empfangenen Kindern mit jenen der durch IVF und ICSI erzeugten. Das Ergebnis: Das Risiko für Fehlbildungen (dazu zählten sowohl körperliche, als auch systemische Fehlbildungen wie z. B. angeborene Stoffwechselerkrankungen) lag bei jenen durch reproduktive Technologien entstandene Kindern um 37 Prozent höher als bei natürlich gezeugten.

Offenbar gibt es auch einen Zusammenhang zwischen der Hormonbehandlung der Frauen im Zuge der IVF und einem höheren Risiko für Leukämieerkrankungen bei IVF-Kindern. Dies legt eine französische Studie nahe, die vom Studienleiter Jérémie Rudant, Epidemiologe am französischen Forschungsinstitut *INSERM*, kürzlich auf dem Kongress *Childhood Cancer* 2012 in London vorgestellt wurde. Sie zeigt, dass die Einnahme von Eierstock stimulierenden Medikamenten im Zuge des IVF-Verfahrens mit einem 2,6-mal höheren Risiko für das Kind korreliert, an akuter lymphatischer Leukämie (ALL), der häufigsten Form der Leukämie bei Kindern, zu erkranken bzw. auch mit einem 2,3-fach erhöhten Risiko für die seltenere akute myeloische Leukämie (AML).

Unter den verschiedenen Formen der künstlichen Befruchtung scheint die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), bei der ein Spermium direkt in die Eizelle injiziert wird, mit einer höheren Rate von Fehlbildungen einher zu gehen, berichtet das unter Berufung auf eine jüngst von einem australischen Team um Michael Davies von der *Universität Adelaide* publizierte Studie im *New England Journal of Medicine*.

Daily Telegraph, 24. April 2012 (online)
Deutsches Ärzteblatt, 7. Mai 2012 (online)
NEJM (2012): doi: 10.1056/NEJMoa1008095

Strassburg: Wird Eugenik zum fundamentalen Menschenrecht?

Ein drastischer „Kind als Schaden“-Fall (Anita KRUZMANE against Latvia no. 33011/08) beschäftigt derzeit den *Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte*

(EGMR): Gibt es in der EU ein Grundrecht auf die vorgeburtliche Tötung eines Kindes aus eugenischen Gründen? Beim Streitfall handelt es sich um eine Lettin, die als 40-Jährige im Jahr 2001 ein Kind mit Down-Syndrom zur Welt brachte. Sie klagte daraufhin ihren Arzt auf Schadenersatz für emotionalen Stress und finanzielle Schäden. Er hätte sie nicht eindringlich genug auf die Möglichkeit eines pränatalen Screenings auf Down-Syndrom hingewiesen, was ihr die Möglichkeit geraubt habe, sich frei zu entscheiden, das Mädchen auszutragen oder abzutreiben. Die lettischen Gerichte wiesen diese Forderung zurück. Der Arzt habe die Frau untersucht und ihr geraten, einen Spezialisten aufzusuchen, was sie jedoch unterließ. Für den Umstand, dass er nicht nochmals nachgefragt hatte, ob sie seinen Anweisungen gefolgt war, wurde er 2002 von den lettischen Gerichten zu einer Geldstrafe wegen Nachlässigkeit verurteilt.

Nun wendet sich die Lettin unter Berufung auf Artikel 8 der Menschenrechtskonvention „Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens“ an den EGMR. Dieses ihr Recht sei verletzt worden und könne, so argumentiert sie, nur garantiert werden, wenn dieser Trisomie-21-Test als Grundausrüstung in der Vorsorge von Schwangeren angeboten werde.

Erstmals sollen nun Richter die Frage eines Rechts auf Abtreibung im Zusammenhang mit der „Krankheit“ eines Kindes prüfen. Der bevorstehende Entscheid wird als Präzedenzfall gewertet, ob es in Zukunft einen formal rechtlich sanktionierten Mechanismus für die Beseitigung von Menschen mit Behinderung geben wird.

Menschenrechtsaktivisten und Behindertenverbände laufen Sturm: Die Plattform <http://www.stopeugenics-now.org> fordert in einer Deklaration, dass Eugenik nicht zu einem Menschenrecht erklärt werden darf.

PID: Deutschland immer noch ohne klare Regeln, Verbot bleibt aufrecht

Es ist paradox: Im Juli 2011 hatte der *Deutsche Bundestag* nach langen und heftigen Debatten beschlossen, das umstrittene Verfahren der PID, also den Gencheck von Embryonen im Reagenzglas vor der Implantation in die Gebärmutter, zuzulassen: für bestimmte Fälle, nur in bestimmten Zentren und nur nach der erforderlichen Genehmigung durch eine Ethikkommission. Im Dezember 2011 trat das Gesetz in Kraft – und seither ist die PID verboten. Der Grund: Bis heute fehlt die dafür nötige Rechtsverordnung, die die Details für die Praxis regelt.

Der deutsche Gesetzgeber erlaubt die PID zur Feststellung „einer schwerwiegenden Schädigung“ der Embryonen, „die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird“. Da dies nie auszu-

schließen ist, sehen Kritiker den Weg für ein Screening eröffnet bei den jährlich bereits rund 70.000 In-vitro-Fertilisationen in Deutschland.

Weiters darf eine PID laut Gesetz nur „nach einer medizinischen und psychosozialen Beratung“ von „fachlich geschulten Ärzten“ erfolgen. In der Rechtsverordnung zu regeln ist noch, wie die Beratung auszusehen hat und welche Expertise die Ärzte haben müssen. Ferner verlangt das Gesetz das Votum einer Ethikkommission. Wer diese bestellt, wer dort sitzt und wo sie angesiedelt sein sollen, soll ebenfalls in der Verordnung stehen. Unklar ist außerdem deren Kompetenz. Der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio sieht diese Instanzen deshalb kritisch. Nach seiner Einschätzung wird der Ethikkommission kaum Entscheidungsspielraum bleiben. Die Experten „werden ihre Entscheidung immer abhängig machen von der Belastung für die Paare oder von deren Lebensverhältnissen“, sagte er. „Wenn das Paar sagt, das ist für uns unerträglich, wird die Kommission dem kaum widersprechen können“. Das Gremium werde damit letztlich eine „Absegnungsinstanz“, so Maio. Schließlich muss die Regierung sich festlegen, welche Art der PID überhaupt erlaubt ist. Das Gesundheitsministerium strebt eine Kabinettsbefassung noch vor der Sommerpause an. Danach muss noch der Bundesrat zustimmen.

KNA, 4. Mai 2012 (online)

USA: Kampagne gegen unnötige kostspielige Diagnoseverfahren

Die Gesundheitssysteme stöhnen unter der steigenden Last der Kosten. Eine wichtige Triebfeder dafür sind offenbar unnötige medizinische Tests und Verfahren, wie das *American Board of Internal Medicine Foundation* (ABIM) eine US-amerikanische Dachorganisation von Ärzten und Verbraucherorganisationen kritisierte. Sie haben nun eine Liste von insgesamt 45 Tests, Medikamenten und Diagnostikverfahren erstellt, die zu oft verordnet werden und teilweise sogar zu Schäden für den Patienten führen. Mit der vom ABIM geförderten Kampagne „Klug wählen“ („Choosing Wisely“) soll nun erreicht werden, dass Ärzte und Patienten anhand konkreter Fragestellungen (vgl. „Five Things Physicians and Patients Should Question“) klarer miteinander sprechen, damit es zu einer „besseren Entscheidungsfindung“ komme, so Geschäftsführerin Christine K. Cassel. Dies würde überdies zu einer Reduktion der Ausgaben führen.

Laut einem Bericht der National Academy of Sciences von 2005 waren 30 Prozent der US-Gesundheitsausgaben unnötig. Neuere Studien würden zu ähnlichen

Zahlen kommen, was einer Summe von 600 bis 700 Milliarden US-Dollar jährlich entspräche.

Das Patientenwohl steht auch im Mittelpunkt: Nicht selten würden nämlich die Patienten mit Forderungen nach Röntgen oder CTs kommen, um auf „Nummer Sicher“ zu gehen – ohne dabei die schädliche Strahlung zu bedenken bzw. die Risiken von unnötigen Operationen oder anderen invasiven Verfahren.

Die oben angeführte Liste ist online abrufbar unter www.choosingwisely.org, wobei jede Fachgesellschaft fünf Verfahren aus ihrem Bereich nannte, die ihrer Erfahrung nach oft übertrieben angewandt werden oder überflüssig sind.

Washington Post, 12. April 2012 (online)

Großbritannien: Skandale um Abtreibungspraxis brechen nicht ab

In Großbritannien ist eine scharfe Debatte über Abtreibung entbrannt. Anlass dafür sind die Recherchen der britischen Tageszeitung *The Daily Telegraph*, die nun schon den zweiten Skandal rund um die laxen Abtreibungspraxis von Ärzten aufdeckten.

Erster Anlass der Debatte war die Enthüllung, dass Ärzte in mehreren britischen Kliniken Schwangerschaftsabbrüche durchführten, nur weil das Kind nicht das erwünschte Geschlecht hatte – oder zumindest die Bereitschaft zu dem Eingriff signalisiert wurde, wie Undercover-Journalisten auf Videomitschnitten festhielten, als sie Schwangere in neun verschiedene Abtreibungskliniken begleiteten.

Im Zuge der vom britischen Gesundheitsminister Andrew Lansley angeordneten Ermittlungen wurden in 250 Abtreibungskliniken offenbar unangekündigte Untersuchungen durchgeführt – mit erschreckenden Ergebnissen: An jeder fünften Klinik umgingen die Ärzte systematisch die gesetzlichen Vorschriften wie das Einholen der vorgeschriebenen ärztlichen Zweitmeinung, fälschten die geforderten Einverständniserklärungen, bevor sie überhaupt mit den Frauen geredet hatten und verzichteten auf Beratungsgespräche, Minister Lansley machte nun deutlich, dass das gefälschte oder Vorab-Ausfüllen der Formulare „eine Straftat darstelle“ und für Ärzte auch zu einer Streichung aus der Liste der eingetragenen Kammerärzte führen könnte. Eine sogenannte „Abtreibung auf Verlangen“ sei nicht akzeptabel und stehe im offenen Widerspruch zum geltenden Gesetz.

The Daily Telegraph, 22. Februar 2012 (online)

The Daily Telegraph, 22. März 2012 (online)

Acta Medica Catholica Helvetica

Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz

14. Jahrgang, Heft Nr. 1/2012 (Mai 2012)

Nikolaus Waldis: Laudatio Nikolaus Zwicky-Aeberhard;

Mère Teresa de Calcutta: Comment prier;

Otto Jungo, Christoph Casetti: Probleme in der Familie – Lösungen im Lichte der Liebe Gottes;

Christoph Casetti: Morgenbetrachtungen für die Lourdes-Ärzte 2011: die Barmherzigkeit des Vaters;

Vorstand VKAS: Änderung von Artikel 119 der Bundesverfassung sowie des Fortpflanzungsmedizin-gesetzes (Präimplantationsdiagnostik): Vernehmlassung;

Ermanno Pavesi: Aborto dopo Nascita?;

Ermanno Pavesi: Remarques critiques sur les Standards de l'OMS pour l'éducation sexuelle en Europe;

Nikolaus Zwicky-Aeberhard: Jahresbericht des Präsidenten, Uznach 2012;

Peter Ryser: Protokoll der Mitgliederversammlung, Uznach 2012.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch

58/2, 2012

Abhandlungen:

Ralf Stoecker: Der Tod als Voraussetzung der Organspende?;

Eberhard Schrockenhoff: Hirntod; Ruth Denkhäus und Peter Dabrock:

Grauzonen zwischen Leben und Tod. Ein Plädoyer für mehr Ehrlichkeit in der Debatte um das Hirntod-Kriterium;

Jan P. Beckmann: Ein „Markt für Organe“?. Zur Frage einer Kommerzialisierung menschlicher Organe zwecks Reduzierung des Organ-spendemangels aus ethischer Sicht;

Wolfram Höfling: Tot oder lebendig

– tertium non datur. Eine verfassungsrechtliche Kritik der Hirntod-Konzeption.

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. 2 – 2011

Articoli:

Giorgio Chiosso: La speranza «generativa». Educazione come introduzione alle relazioni;

Pierangelo Sequeri: «E Gesù cresceva...» Lc 2,52;

Bruno Ognibeni: Le relazioni tra genitori e figli alla luce dell'Antico Testamento;

Giovanni Salmeri: Educazione e relazioni. Una riflessione sul passato, gli amici e il sé;

David L. Schindler: Living and Thinking Reality is Its Integrity: Ordinary Experience, God, and the Task of Education;

Furio Pesci: La dinamica della crescita: libertà, affetti, relazioni;

José Noriega: Il dramma educativo nella comunione familiare;

Emilio Baccarini: (Educare nel) La prospettiva dialogica.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

19. Jahrgang, Heft 2, 2012

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

Stephan Schwarzer: Zielvereinbarungen zwischen politischen Akteuren als Steuerungsinstrument im neuen Klimaschutzgesetz;

Wilhelm Bergthaler: „Ingenieure versus Juristen“;

Franz Oberleitner: Rechtliche Aspekte des Grundwasserschutzes bei der Gewinnung von Sand und Kies. Teil 1.

Sonderheft März 2012

Roland Zauner (Recht) und Andreas Doppler (Technik): Heranrücken-de Wohnbebauung – rechtliche Grundlagen, Praxisfälle und Lösungsansätze;

Nicolas Raschauer: Arbeitnehmers Nachbarschutz?.

RdM Recht der Medizin

Wien, Zeitschrift in Deutsch

19. Jahrgang, Heft 2, 2012

Christian Kopetzki: Editorial;

Andreas Kletecka, Georgia Neumayer: Die Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht, insbesondere bei Schulimpfaktionen;

Christoph Voglmair: Führung von ärztlichen Hausapotheken bei standortübergreifenden Gruppenpraxen?;

Barbara Fördermayr: Sonderklasse auf Intensivstationen und im Rahmen diagnostischer Maßnahmen in OÖ;

Helmut Schwamberger: Gesundheitsberufsrechte und Ethik;

Wolfgang Heissenberger: Entnahme von Zellen und Geweben einer Fehl- oder Totgeburt.

19. Jahrgang, Heft 3, 2012

Christian Kopetzki: Editorial;

Gerhard Aigner: Datenschutz

– Patientenschutz aus gesundheitspolitischer Sicht;

Claudia Zeinhofer: Ausgewählte verfassungsrechtliche Probleme des Anti-Doping-Rechts;

Martin Tatscher: Publizitätserfordernisse betreffend die Zusammensetzung des Arzneimittelbeirats;

Carina Urban: Nahrungsergänzungsmittel versus diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch

45/1, 2012

Estudios:

Mariano Crespo: El amor como motivo ético en la fenomenología de Edmund Husserl;
Pilar Fernández Beites: Razón afectiva y valores: más allá del subjetivismo y el objetivismo;
Leonardo Rodríguez Duplá: La esencia y las formas del amor según Max Scheler;
Sergio Sánchez-Migallón: La felicidad según Max Scheler;
Agustín Serrano de Haro: Elementos para una ordenación fenomenológica de las experiencias aflictivas;
Ingrid Vendrell Ferran: La ética de las emociones de Francisco Brentano.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch
20. Jahrgang, Heft 1, 2012
Leitartikel:
Lysann Hennig, Uta Bittner: Lifestyle-Genests. Eine Betrachtung aus rechtlicher und ethischer Perspektive;
Jochen Ostheimer: Neoliberal – neozozial: der Wandel des Sozialstaats. Sozialethische Anfragen und Impulse;
Simone Horstmann: Das Tier als Bild. Ethische Ikonologie des Sprachlosen.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD
Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
Band 24, Heft 1, 2012
Editorial: Dieter Birnbacher: Fatale Klarheit;
Sabine Salloch: „Evidenzbasierte Ethik“? – Über hypothetische und kategorische Handlungsnormen in der Medizin;
Bernd Alt-Epping, Friedemann Nauck: Der Wunsch des Patienten – ein eigenständiger normativer Faktor in der klinischen Therapie-

entscheidung?;
Marc-Andre Wulf, Ljiljana Joksimovic, Wolfgang Tress: Das Ringen um Sinn und Anerkennung – Eine psychodynamische Sicht auf das Phänomen des Neuroenhancement (NE);
Kai Haucke, Natalie Dippong: Legitimationsprobleme moderner Geburtsmedizin.

Acta Philosophica

Rom, Italien
Quartalzeitschrift in Italienisch
Vol. 21 (2012), fasc. I
Studi:
Tommaso Valentini: La filosofia politica di Kant. Chiliasmo filosofico e diritto cosmopolitico.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch
58/1, 2012
Abhandlungen:
Ulrich H. J. Körtner: Das Menschenbild der Leistungsgesellschaft und die Irritation der Demenz;
Christian Erk: Verantwortung und Ethik;
Hartmut Bettin: »Deontologija« – eine besondere Seite der Ethik oder die Ethik der anderen Seite?;
Kathrin Staniul-Stucky/ Adrian Holderegger: Ars moriendi. Ein Literaturbericht.

Hauptsache gesund? Ethische Fragen der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik

Hille Haker
 Kösel-Verlag, München 2011
 268 Seiten
 ISBN 978-3-466-36871-6

Technische Fortschritte der Fortpflanzungsmedizin und der vorgeburtlichen Diagnostik haben werdende Eltern, Ärzte, Beratungsgremien und Politik in den letzten Jahren vor neue ethische Herausforderungen gestellt. Mit der provokanten Frage „Hauptsache gesund?“ bringt die Autorin, die durch Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik veränderte Lage auf den Punkt: „Die westlichen Gesellschaften, die bei jeder Gelegenheit ihre Abkehr von der ‚alten‘ Eugenik herausstellen, haben sich längst *neu* aufgestellt: Diese Gesellschaften werten ... diejenigen Kinder ab, deren Geburt als ‚Schaden‘ bezeichnet wird, der im Prinzip ‚entschädigt‘ werden muss. Sie exponieren die Eltern, die sich den Technologien der Identifizierung von Fehlbildungen verweigern und ihre Kinder ‚behalten‘, indem sie ihr Verhalten eher missbilligen als besonders wertschätzen. Sie kriminalisieren die Ärzte, die nicht ‚genau genug‘ hinsehen und so die ‚falsch negativen‘ Befunde ermöglichen. Und zuletzt polemisieren sie gegen die Gegner dieser Entwicklung, indem sie ihnen absprechen, die Freiheit bzw. Autonomie der Frauen bzw. Paare angemessen zu respektieren.“

Das erste Kapitel geht der Frage nach, wie unter den Bedingungen der neuen Technologien Elternschaft als Bestandteil des „guten Lebens“ gelingen kann. Eine vorgeburtlich diagnostizierte Behinderung kann das Bild von Elternschaft in ein Dilemma stürzen. Haker führt dies sehr lebensnah anhand eines Fallreportes – Diagnose Down-Syndrom – vor. Sie argumentiert, dass die psychische Ausnahmesituation einer Schwangerschaft die Aussetzung des Tötungsverbotes rechtfertige. Es dürfe nämlich der ethische Grundsatz gelten: Niemand darf über sein Können hinaus verpflichtet werden (*ultra posse nemo tenetur*). In jedem Ein-

zelfall sei darauf zu achten, dass Wollen, Sollen und Können in Einklang kommen.

Das zweite Kapitel beschreibt das neue Verhältnis von Medizin und Schwangerschaft. Zwar gibt es keine staatlich verordnete Eugenik, an deren Stelle tritt eine „nicht-direktive Beratung“, die im Zusammenhang mit zeitgeistigen Einschätzungen von „Lebensqualität“ oder „Leid“, ebenso die Ausmerzung von Erbkrankheiten bezweckt. Die Straffreiheit des Schwangerschaftsabbruches tut ein Übriges dazu. Andererseits wurden im Kontrast dazu Kinder- und Behindertenrechte neu definiert. Ambivalent ist auch der Begriff der reproduktiven Autonomie: Er soll einerseits paternalistische Bevormundung abschaffen, andererseits freien Zutritt zu Techniken der Fortpflanzungsmedizin ermöglichen. Es folgt eine Aufzählung und medizinische Bewertung von Techniken der Pränataldiagnostik (PND). Die Autorin wendet sich dagegen, PND zum „Normalfall“ zu machen: 1. weil die therapeutische Konsequenz zumeist fehlt, 2. weil eine umfassende Sicherheit trotzdem nicht gegeben ist und 3. weil der Eingriff selbst mit einem Risiko für das Kind behaftet ist. Erst wenn eine Erkrankung diagnostiziert wird, zeigt sich die ganze Problematik der angebotenen Verfahren. Dann werden Mütter mit ihrem „positiven“ Befund allein gelassen, d. h. es wird ihnen die gesamte Verantwortung über Tod und Leben ihres Kindes übertragen. Ein Zustand, der jede Frau überfordert.

Dies wird im nächsten Kapitel, in welchem es um den Schwangerschaftskonflikt geht, durch eine exemplarische Geschichte – Spätabtreibung wegen Neuralrohrdefekts – verdeutlicht. In Deutschland sind Spätabbrüche im Prinzip nur aus mütterlicher Indikation möglich. Doch gilt auch die voraussichtliche Behinderung des Kindes bereits als unzumutbare Belastung für die Mutter und demnach als „mütterliche“ Indikation. Im Übrigen beschreibt dieses Kapitel die unterschiedlichen rechtlichen Regelungen verschiedener Länder.

Abschließend teilt uns die Autorin ihre eigenen Überlegungen mit: Das ethisch richtige Handeln

müsse „induktiv“ erschlossen werden – es hänge von „existentiellen Erfahrungen“ ab, von der „Stärke der Gefühle“ und auch von den „Erwartungen der Umgebung“. Eine allgemein gültige Regel gebe es nicht. Die Autorin plädiert für eine „Selbstreflexion, die an sich schon von ethischem Wert sei, weil sie Fragen des Wollens, Könnens und Sollens in *einen* Urteilszusammenhang stellt“. Auch die Gesellschaft ist aufgefordert, die Beziehungsnetze enger zu knüpfen, damit es Eltern leichter gemacht wird, zu ihrem Kind unter allen Umständen Ja sagen zu können.

Das letzte Kapitel beschäftigt sich mit assistierter Fortpflanzung und Präimplantationsdiagnostik (PID). Zunächst preist die Autorin die Vorzüge der künstlichen Geburtenregelung und begrüßt, dass das katholische Lehramt im Zweiten Vatikanischen Konzil Partnerschaft und Fortpflanzung als gleichwertige Sinngehalte ehelicher Liebesbeziehung anerkannt habe. Haker meint, dass die Enzyklika „*Humanae vitae*“ diesen Sinngehalt dann einseitig auf den Zweck der Fortpflanzung hin verengt und eine „Geburtenregelung verdammt“ habe. Wenig später jedoch bedauert die Autorin, dass die Fruchtbarkeit oft eine so geringe Rolle in Liebe und Sexualität spiele und über lange Zeit mit allen Mitteln zurückgedrängt werde, während doch die florierende assistierte Fortpflanzung zeige, wie sehr Fertilität ein Symbol für eine gesunde Natur und eine normale Partnerschaft sei. Offensichtlich hat die Autorin nicht verstanden, dass die Enzyklika die *Zusammengehörigkeit* beider gleichwertigen Sinngehalte herausstellen wollte.

Hinsichtlich der Praktiken der In-vitro-Fertilisation (IVF) und PID werden zunächst der Standpunkt der Reproduktionsmediziner und die Regelungen in verschiedenen Ländern beschrieben. In Deutschland gilt Infertilität als Krankheit und IVF als Heilbehandlung, die für Ehepaare und stabile Partnerschaften auch von der Krankenkasse bezahlt wird. Weiters kommen die Risiken der assistierten Fortpflanzung zur Sprache, nämlich – abgesehen von den Nebenwirkungen der Hormonbehandlung – Frühgeburten, Entwicklungsstörungen und Mehr-

lingsschwangerschaften, die einen gezielten Fetozid erfordern können. Die eugenische PID wird in den meisten Ländern als unproblematisch betrachtet. Gefordert wird mancherorts sogar die obligate IVF und PID für erkrankte Paare. In Deutschland ist – Stand Ende 2010 – lediglich die Polkörperchendiagnostik von Eizellen erlaubt, um bestimmte maternale Trisomien auszusondern. Mit der assistierten Fortpflanzung, so resümiert die Autorin, werden nicht nur die Formen von Elternschaft komplex, sondern auch die Annahme und Sorge für ein Kind von der Phase der Zeugung – d. h. von der liebenden Begegnung – entkoppelt. Der unverfügbare Charakter des Kindes als etwas „Gegebenen“ wird in Richtung eines „Gewählten“ verschoben: From chance to choice. Das darf in einer Nation mit der Geschichte Deutschlands „niemals wieder“ geschehen, so die leider zu optimistische Proklamation von Haker.

Die Moderne hat Freiheit und Autonomie ins Zentrum gerückt. Dem gegenüber müsse heute der Aspekt der Sorge neu betont werden. Damit drängt sich die Frage auf, wann denn ein „Anderer“ da ist, dem die Sorge zu gelten hat – also die Frage nach dem moralischen Status des Embryos. Wegen der Abhängigkeit des Embryos von der Mutter habe er kein schlechthiniges Existenzrecht, sondern nur ein verliehenes. Leben und Geben gehören wesentlich zusammen. Darin besteht die *Ethik der Beziehung*, welche der Autorin, gestützt auf Paul Ricoeur, sehr am Herzen liegt. Die Frage „biologisches Gewebe“ oder „menschliches Leben“ geht in diesem Kontext ins Leere. Hier finden sich einige Berührungspunkte mit dem Lehrschreiben „*Donum vitae*“ (1987), das die Autorin aber nicht zitiert, vermutlich deshalb, weil darin IVF grundsätzlich als mit der Menschenwürde unvereinbar abgelehnt wird.

Zum Schluss kommt die Autorin noch einmal auf die Prinzipien christlicher Ethik zu sprechen. Ihrer Meinung nach fordere diese Ethik den Zwang zur Für-Sorge um den Preis der Selbstaufgabe anstelle einer ausgewogenen Selbst- und Für-Sorge. Sie unterschlägt aber dabei den übernatürlichen Aspekt einer solchen Haltung. Ohne intime Gottes-

beziehung werden die Ansprüche katholischer Moral in der Tat zu einer unmöglichen und unmenschlichen Aufgabe. Es ist schade, dass die Autorin, obschon Theologin, diese Dimension nicht einbezogen hat, trotzdem sie Elternschaft als Metapher für die Beziehung Gottes zum Menschen sieht.

Insgesamt ist in dem Buch die medizinische, psychologische und gesetzliche Problematik der Fortpflanzungsmedizin sehr gut dargestellt. Fehlende Erläuterungen von Fachausdrücken wie „Interphase FISH Diagnostik“, „Aneuploidie“, „Karyotypisierung“, „Triple-Test“ etc. können den biologisch weniger versierten Laien leicht überfordern. Eine katholischen Normen genügende ethische Orientierung darf man sich von Hakers Buch nicht erwarten.

W. Rella

Laizität und Gewissensfreiheit

Jocelyn Maclure und Charles Taylor
Suhrkamp, Berlin 2011
146 Seiten
ISBN 978-3-518-58570-2

In der medizinischen Ethik und überhaupt im Gesundheitswesen spielt die Frage der Gewissensfreiheit eine wichtige Rolle. Die Gewissensfreiheit ist ein Menschenrecht, also ein vorpolitisches Recht, das vom Staat anerkannt und geschützt werden muss. In manchen Ländern ist der Gewissensvorbehalt in Gesundheitsberufen im Zusammenhang mit manchen konkreten Handlungen gesetzlich durch eine Ausnahmeregelung anerkannt. In Österreich ist ein Gewissensvorbehalt der Ärzte oder des Pflegepersonals bei Handlungen im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch im Gesetz geregelt. Die Gewissensfreiheit der österreichischen Apotheker wird hingegen nicht geschützt, wenn sie gemeinsam mit vielen ihrer ausländischen Kollegen die Grundüberzeugung haben, dass sie die so genannte „Pille danach“, die ohnehin nicht als Medikament bezeichnet werden sollte, aus Gewissensgründen nicht verabreichen dürfen (vgl. *Imago Hominis* 2/2008 Ethik des Apothekers).

Das Buch von Jocelyn Maclure und Charles Taylor hat zwar nicht die bioethische Problematik im Fokus, doch sein Inhalt ist auch für das Gesundheitswesen enorm wichtig. Es zeigt die Schwierigkeiten des modernen Staates im Umgang mit den zwei Menschenrechten Religionsfreiheit und Gewissensfreiheit aus einer ganz allgemeinen, philosophisch-politischen Perspektive. Diese allgemeine Perspektive kann nur von Vorteil für die Biopolitik sein, sonst könnte man glauben, dass Ausnahmeregelungen (Gewissensvorbehalt) nur im medizinischen Bereich gefordert werden.

Das vorliegende Buch repräsentiert im wesentlichen ein Kapitel eines Kommissionsberichtes, den Taylor zusammen mit Maclure im Auftrag der kanadischen Regierung verfasst hat und der neue Richtlinien für eine laizistische Ausrichtung des Staates aufweisen soll. Nach den Autoren beruht Laizität auf zwei grundlegenden Prinzipien, nämlich der gleichen Achtung und der Gewissensfreiheit, sowie auf zwei Verfahrensmodi, die die Verwirklichung dieser Prinzipien erlauben, nämlich der Trennung von Kirche und Staat und der Neutralität des Staates gegenüber den Religionen, wobei die Verfahrensmodi der Laizität nicht bloß kontingente Modi sind, auf die man auch verzichten könnte.

Maclure und Taylor unterscheiden zwischen zwei Modellen oder Idealtypen der Laizität: einer „republikanischen“ und einer „liberal-pluralistischen“ Laizität (39). Das republikanische Modell schreibt der Laizität die Aufgabe zu, über die Achtung der moralischen Gleichheit und der Gewissensgleichheit hinaus die Emanzipation der Individuen und die Herausbildung einer gemeinsamen staatsbürgerlichen Identität zu fördern, was eine Distanzierung von religiösen Zugehörigkeiten verlange. Hingegen sieht das liberal-pluralistische Modell die Laizität als einen politischen Organisationsmodus, dessen Aufgabe es ist, das optimale Gleichgewicht zwischen der Achtung der moralischen Gleichheit und der Achtung der persönlichen Gewissensfreiheit zu finden.

Für die Autoren zielt die „liberal-pluralisti-

sche“ Laizität auf die optimale Versöhnung von Gleichheit der Achtung und Gewissensfreiheit. Sie plädieren natürlich für eine liberal-pluralistische Laizität, in der eine Forderung nach Ausnahmeregelungen, „die dazu führen würde, dass der Staat oder die öffentlichen Institutionen den Mitgliedern einer bestimmten Religion einen zu großen Wert zusprechen, nicht legitim“ wären. Ausnahmeregelungen sind jedoch ein notwendiges Instrument, um die Gewissensfreiheit, die nicht nur religiöse, sondern auch säkulare Grundüberzeugungen betrifft, zu schützen. Sie ist daher auch vom laizistischen Staat zu gewähren.

Sind Überzeugungen aber dann nicht sehr kostspielige Präferenzen (91 – 111)? Das ist das beliebte Argument des republikanischen Laizismus: Religiöse Ausnahmeregelungen sind unfair, weil sie von allen zu bezahlen sind. Es geht jedoch nicht nur um das Menschenrecht der Religionsfreiheit, sondern auch um die Gewissensfreiheit. Gewissensurteile sind nicht nur religiös motiviert. Dies gilt nicht für jede Überzeugung, sondern nur für jene Grundüberzeugungen, die „eine zentrale Rolle für die moralische Identität eines Individuums“ (100) spielen, und diese sind wohl von anderen Präferenzen geprägt, auf die das Individuum ohne Identitätsverlust verzichten kann.

Das Problem ist, dass religiöse oder sonstige Grundüberzeugungen allemal subjektiv sind und sich jeglicher Objektivierung durch Gesetzgeber oder Gerichte entziehen. „Eine Gewissensüberzeugung beinhaltet eine unüberwindbare subjektive Dimension“ (128). Der republikanische Laizismus ist gegen Ausnahmeregelungen, denn wenn der Staat eine rechtliche Verpflichtung zu vernünftigen Ausnahmeregelungen aus religiösen Gründen anerkennen würde, riskiere er eine potentielle Ausuferung der Forderungen nach Ausnahmeregelungen, da die Grundüberzeugungen und die grundlegenden Verpflichtungen nicht genau abgrenzbar sind. Wer kann die Trennlinie zwischen fundamentalen Verpflichtungen und persönlichen Präferenzen ziehen?

Laut Autoren darf der Schutz des Menschen-

rechtes auf Religions- und Gewissensfreiheit durchaus etwas kosten. Es sei besser, den Schutz zu überziehen: besser mehr Schutz, auch wenn nicht alles schützenswert ist, was geschützt wird, als weniger Schutz, in dem Schützenswertes verboten ist. „Da jede Theorie ihren blinden Flecken hat, glauben wir jedoch, dass eine Theorie, deren Schwachpunkt in der möglichen Inklusion höchst unwahrscheinlicher hypothetischer Fälle liegt, bei weitem jenen Alternativen vorzuziehen ist, die Glaubensüberzeugungen und fundamentale Werte unter dem Vorwand ausschließen, dass sie paradigmatischen säkularen oder religiösen Grundüberzeugungen nicht hinreichend gleichen“ (138).

Zur Meinungsfreiheit: Die Autoren sind der Auffassung, dass es außer in krassen Fällen von Diffamierung oder Aufstachelung zum Hass dem Staat nicht erlaubt sei, die Meinungsfreiheit einiger Bürger unter dem Vorwand einzuschränken, dass Ideen oder Darstellungen etwas profanieren, was für andere Bürger zum Heiligen gehört. „Der pluralistische Staat könne weder eine allgemeine Ontologie übernehmen, der zufolge das Universum gemäß der Unterscheidung von Heiligem und Profanem zu verstehen ist, noch dürfe er sich einer bestimmten Vorstellung des Heiligen verschreiben“ (143).

Maclure und Taylor präsentieren keine wirklichkeitsfremde Theorie: Sie legen eine auf die Realität Kanadas anwendbare Argumentation zum Schutz der Meinungs- und Gewissensfreiheit vor. Dass diese Argumente wenig Eingang in die Debatten im Bereich der Biopolitik finden werden, liegt aber weniger an der Konsistenz der Überlegungen, als daran, dass hier mächtige gruppenpolitische und finanzielle Interessen vorherrschen, die den Status quo zementieren. Umso wichtiger sind die klaren Argumente der Autoren. Irgendwann wird man sich in der Politik nicht mehr mit der Heuchelei zufrieden geben, von Menschenrechten viel zu reden, ohne sie tatkräftig durchsetzen und schützen zu wollen.

E. H. Prat

Weg mit den Pillen

Harald Walach

Irisiana-Verlag, München 2011

256 Seiten, 4 Abb.

ISBN 978-3-424-15080-3

Das Anliegen des Autors ist die Weckung eines „schöpferischen Ungehorsams gegenüber dem medizinisch-ökonomischen Komplex“, verbunden mit einem Plädoyer für „Selbstheilung, oder warum wir für unsere Gesellschaft Verantwortung übernehmen müssen – eine Streitschrift“ – so der Untertitel. Er sieht in der modernen Praxis der Medizin ein gigantisches Komplott, das uns knechtet, aussaugt und kränker macht, als wir schon sind.

Der Autor dieses polemischen Konzepts ist klinischer Psychologe und Philosoph an der Europa-Universität „Viadrina“ (Frankfurt/Oder), wo er zum „Professor für Forschungsmethodik komplementärer Medizin und Heilkunde“ ernannt wurde.

Einleitend lädt er seine Leser ein, seiner Argumentation zu folgen, wie man zu einer neuen Gesundheitskultur gelangen könne, ohne in einer Medizinerschelte und Pharmaprügelei stecken zu bleiben.

Im Kapitel („Neu sehen lernen“) legt er sein eigenes, durchaus kritisches Verständnis der Komplementärmedizin dar. Er verliert sich nicht in frustrierten Erklärungsversuchen, wie z. B. die Homöopathie wirkt, sondern geht zunächst davon aus, dass sie wirkt, in dem er ihr die genuin therapeutische Haltung des Wohl-Wollens und damit – als zentrale These – den Anstoß zur Selbstheilung attestiert.

Das Konzept des „Körpers als Maschine“, der quasi eines Mechanikers bedarf, ist Walach begrifflicherweise ein Dorn im Auge. Zweifellos habe sich dieses Modell in der Akut- und Notfallmedizin bewährt, aber eben nur dort. Es versage, wenn es auf chronische Stoffwechselstörungen, ungesunde Lebensführung und funktionelle Probleme angewendet werde. Wenn sich aber der Autor auf das Glatteis der Verallgemeinerung begibt und mit sensationellen Einzelfällen der Selbstheilung von schwerer koronarer Herzkrankheit argumentiert,

kann man ihm schwerlich folgen (S. 44/45). Hingegen ist ihm voll beizupflichten, dass der „mühevolle Weg“ der Pillen zwar verführerisch, aber teuer und letztlich weniger effizient ist.

Spätestens ab hier wird nicht nur gegen faule Patienten, sondern auch gegen die unheilige Allianz aus umsatzgieriger Pharmaindustrie mit korruptionsanfälligen Medizinern polemisiert.

Drei weitere Kapitel (Placebo, Selbstheilung, Nocebo) unterstreichen wieder das Credo des Autors: Eine Therapie, egal welcher Art und wofür, ist nur dann „gut“, wenn sie die Selbstheilung stimuliert, sogar unter dem Eingeständnis, eigentlich „nichts zu machen“ (*medicus curat, natura sanat*), abgesehen von Zuwendung und Pflege.

Die hier angeführten Kasuistiken sind leider wenig konklusiv, etwa wenn „Galopp-Rhythmus des Herzens“ als „kurz bevor das Herz zu schlagen aufhört“ hingestellt wird (60). Interessant auch die Ergebnisse einer großen, mehrarmigen Studie zu Akupunktur bei Rheuma und Migräne, wobei die Placebo-Arme (Sham-Punkte) besser abschnitten. Der Autor vermeidet geflissentlich den Ausdruck „Autosuggestion“ zugunsten „Tendenz zur Selbstheilung“ – eine nicht nur semantisch, sondern in der Aussage relevante Unterscheidung: Erstere würde für temporäre Unterdrückung (von Symptomen) stehen, letztere für nachhaltige Befreiung von der Krankheit, frei vom Effekt der Einbildung.

Nicht zu unterschätzen sei die aktive „Vermittlung“ von Selbstheilung durch Zuwendung. Diese sei an sich schon wirksamer als medizinische „Aktion“ mit Nadel, Pille oder sogar Messer. Wenn die positive Erwartungshaltung dann noch durch neurophysiologische Daten (Endorphin-Muster) und Modulation von Immunologie und Inflammation gestützt werde, könne man wohl auf so manche Arzneimittel und sogar chirurgische Eingriffe verzichten.

In Kapitel 8 nimmt der Autor den Placebo-Effekt aufs Korn, ausgehend von den Doppelblindversuchen (!) mit Ligatur der Arteria mammaria interna in den 1950er Jahren, wobei es auch bei

den Scheinoperierten zur Besserung ihrer Herzbeschwerden kam – Selbstheilung oder nicht, jedenfalls angestoßen durch das „Ritual“ des operativen (Schein-)Eingriffs. Walach beeilt sich aber klarzustellen, dass die Wirksamkeit einer Bypass-Operation wohl umso höher sei, je schwerer krank der Patient sei.

Als „sanftes Heilen“ wird die Phytotherapie vorgestellt (Kapitel 10) und als solche gepriesen. Besondere Würdigung findet *Hypericum* (Johanniskraut), seit der Antike gegen Melancholie hoch im Kurs. Bedenkenswert ist das Engagement der Ethnopharmakologie, die den Schatz der pharmakologisch wirksamen Naturprodukte sichtet, untersucht, standardisiert und auf kurzem Wege (im Herkunftsland) zur Anwendung bringt.

Auf andere Weise „sanft“ wird die Homöopathie eingestuft, die ihre vitalistischen Erklärungsversuche einem mytho-historischen Missverständnis ihres Erfinders verdankt. Bezeichnenderweise geht Walach auf diese „Nichts-Hypothese“ der Hochverdünnungen gar nicht ein, sondern findet seine Erklärung für die (für ihn offensichtliche) Wirksamkeit wieder im „Anstoß zur Selbstheilung“. Wie schön wäre es wohl, so mutmaßt er, wenn sich die moderne Medizin mit ihrer hohen Kompetenz in der Akutmedizin mit der komplementären Medizin und deren Erfolgen bei chronischen, komplexen Störungen besser verbinden könnte.

„Der heilende Glaube“ (Kapitel 11) basiert noch um einen Grad mehr auf den immateriellen Effekten der suggestiven Botschaften: In einer verblindeten Studie (Fernheilbehandlung) ging es *allen* Teilnehmern besser, und zwar unabhängig davon, ob auf sie ein „Heilstrahl“ gerichtet war oder nicht. Die therapeutische Kunst liegt offenbar darin, „den Funken des Glaubens zu entfachen, sodass das Feuer des Lebens und der Heilung aufflammen“ könne (181).

„Glauben“ steht dabei für das existentielle Vertrauen (daran), dass sich eine Situation zum Guten wenden kann“ (183). Wenn – wie bei der Homöopathie – ein eingehendes Anamnesegespräch in angenehmem Klima ermöglicht wird, könne ein

vorübergehendes „Vakuum“ an klinischem Denken geschaffen werden, wodurch „Gesundheit einströmen“ könne, vergleichbar dem Effekt einer unbewusst angestrebten Lebensbeichte.

„Das Geschäft mit der Krankheit“ (Kapitel 12), vor allem betrieben von den Pharmakonzernen unter bereitwilliger Mittäterschaft der Ärzte, ist Wasser auf die Mühlen des Autors. Beispiele für Manipulationen von Daten, Verschweigen von neu aufgetretenen Nebenwirkungsprofilen und problematischen Indikationen sind aus den Jahren 2000 bis 2008 genügsam bekannt. Eine „Vision“ des Autors bezüglich eines Gesundheitssystems der Zukunft wird im abschließenden 13. Kapitel dargelegt. Sie fußt auf der Schulung zur Eigenverantwortlichkeit des Handelns im Hinblick auf die eigene Gesundheit. Deswegen soll es auch für Ärzte heißen: Weg mit den Pillen, her mit dem Gespräch, das – bitte – auch honoriert werden möge! Dies wäre eine allemal rentable Investition in die Social Health der Zukunft. Für die Schulmedizin bleiben genug Indikationen für Pillen und Aktionen. Die Vision bestünde also in einer Verschiebung der Akzente in der Versorgung von „interventionsbasiert“ hin zu „präventionsbasiert“, von passiven zu aktiven Patienten.

Nach der Lektüre des Buches von Walach stellt sich heraus, dass es keineswegs so reißerisch darin zugeht, wie es der Titel glauben machen will. Es stützt sich auf eine ausgiebige, wenn auch nicht vollständige und vorurteilsfreie Recherche. Der Stil ist laiengerecht, die durchaus berechtigten Anliegen des Autors „kommen an“. In seiner durchgehenden Aufforderung zur verantwortlichen Nutzung der Möglichkeiten zur „Selbstheilung“ imponiert das Buch nicht als „Streitschrift“, sondern vielmehr als „Versöhnsschrift“ zwischen den Intentionen der High-Tech- und der Komplementärmedizin.

F. Kummer

1. Allgemeine Erläuterungen

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

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

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

2. Gestalten der Manuskripte

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

Die erste Seite soll enthalten:

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

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

3. Literatur

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

Bei Zeitschriftenbeiträgen sind anzugeben:

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

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

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

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

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

1. General Remarks

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

By establishing manuscripts, the following guidelines should be respected:

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

2. Formation of Manuscripts

Length/ scale: 25.000 - 35.000 characters including whitespace characters

First page:

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

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

to be in print quality (high resolution).

The author will receive accordant copies of the published issue.

3. References

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

Articles from journals are cited in the following manner:

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

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

Citation of monographs and books:

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

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

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 3/2012

Schwerpunkt: Klinische Ethik

Editorial	79	
Current Issues	82	IMABE Position paper on the proposal to liberalize the Reproductive Medicine Act
	84	Johannes Bonelli The Controversy over Brain Death
Focus	87	Ruth Schwerdt Professional Care for the Elderly as Gentle Act of Conservation
	97	Sabine Ruppert, Patrik Heindl, Vlastimil Kozon The Role of Caregiving in Ethical Decisions
	107	Martin W. Schnell The Ethics of Interpersonality in Health Care
	115	Enrique H. Prat Excellence and Leadership in Geriatric Care. A Virtue Ethics Approach
	129	Herbert Watzke Palliative Care and Oncology
News	137	
Journal Review	139	
Book Reviews	141	