

LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

verständlich · christlich · praxisorientiert

Nr. 3/2018

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar



Liebe Leserinnen und Leser
der Ludwigshafener Ethischen Rundschau,
wenn Sie zeitlebens nicht widersprechen, können Ihnen
Ihre Organe entnommen werden. Sehen Sie eine solche
Regelung in der Perspektive christlicher Nächstenliebe als
solidarischen Akt oder als Beschneidung Ihrer Freiheit? Er-
fahren Sie im Beitrag von Weihbischof Dr. Anton Losinger,
was er darüber denkt.

Neben diesem aktuell diskutierten gesundheitspolitischen
Thema, bieten wir Ihnen mit der neuen Ausgabe der LER
wieder eine Vielzahl weiterer Themen an. So berichtet
Frau Werning von Peer Support Workern, die als Psych-
iatrie-Erfahrene nun anderen Menschen in der Psychiatrie
zur Seite stehen. Außerdem beschreibt die Theologin Frau
Schönhofer-Nellessen, wie Vernetzung in der Hospiz- und
Palliativarbeit gut gelingen kann.

Viel Freude beim Lesen dieser und einiger weiterer Beiträge
und hoffentlich gute Denk-Anstöße wünscht Ihnen

Ihr

Jonas Pavelka

2 **Organspende –
Ein Akt der Nächstenliebe**
Anton Losinger

8 **Palliativ-hospizliche Sorgenetze –
ein Kernelement von Hospiz- und
Palliativkultur**
Veronika Schönhofer-Nellessen

13 **Peer Support – ein wertvoller Beitrag
im psychiatrischen Hilfesystem**
Anna Werning

Ethische Falldarstellung

16 **Intensivpflegerische Langzeitbetreuung
und Begleitung von Menschen im Wachkoma**
Stefanie Kreuz

Impuls:

21 **Querdenker**
Franziskus Knoll OP

24 **Empathie in helfenden Beziehungen**
Uwe Bernd Schirmer

Buchbesprechung:

27 **Marco Bonacker und Gunter Geiger –
Menschenrechte in der Pflege**
Marius Menke

Das Zitat »

»Die Intelligenz eines helfenden Systems liegt
nicht in seinen Regeln, sondern in der Qualität
der Beziehungen.«

Dr. Uwe B. Schirmer, Seite 26

Die LER entsteht in Kooperation mit:



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

Organspende – Ein Akt der Nächstenliebe

Organspende kann Leben retten und Menschen in schwersten gesundheitlichen Notlagen eine Chance auf Rettung und Überleben schenken. Deshalb sprechen sich die beiden großen Kirchen in Deutschland für eine Entscheidung zur Organspende aus. In dem gemeinsamen Wort der Katholischen und Evangelischen Kirche „Gott ist ein Freund des Lebens“ wird die Bereitschaft zur Organspende darum als ein „besonderer Akt der Nächstenliebe“ bezeichnet. Die ethische Grundposition der Kirchen sieht in der Organspende eine Form der besonderen Solidarität eines Menschen gegenüber einem anderen, der von einer schweren Krankheit oder vom Tod bedroht ist. Das verdient Anerkennung, Hochschätzung und sogar Bewunderung. Wenn ein Christ die Organspende als seinen Weg erkennt, steht er tatsächlich im Wort Jesu.

Die Freiheit der Entscheidung

Gleichzeitig respektiert die Kirche auch eine Ablehnung und will keinem Neinsager die ernsthafte christliche Einstellung absprechen. Entscheidend ist ein „informed consent“, die freie persönliche Gewissensentscheidung. Zwang kann und darf es in dieser Frage nicht geben! Es muss klar sein, dass Organspende immer die freie und informierte Zustimmung des Spenders voraussetzt.

Entscheidend ist ein „informed consent“, die freie persönliche Gewissensentscheidung.

Darum gibt es keine Pflicht zur Organspende. Ein Christ kann etwa im Blick auf die Integrität seines Leibes und aufgrund persönlicher Pietätsüberzeugungen immer sagen, dass er nicht Organspender sein will. Seine Entscheidung und sein Widerspruch sind verbindlich.



Weihbischof Dr. Dr. Anton Losinger ist promovierter Theologe, Volkswirt und seit 2000 Weihbischof der Diözese Augsburg. Er war langjähriges Mitglied im Nationalen und Deutschen Ethikrat und ist seit 2015 Bischofsvikar für Bioethik und Sozialpolitik. Darüber hinaus ist er in verschiedenen Ethik-Kommissionen aktiv.

Die rechtliche Situation

In der Bundesrepublik Deutschland gilt aktuell die „erweiterte Zustimmungslösung“. Organspender ist also nur, wer einen Organspenderausweis unterzeichnet und mit sich führt. Das alternative Modell ist die aktuell diskutierte „Widerspruchslösung“. Sie gilt etwa in Österreich, Spanien oder Belgien. Dort ist grundsätzlich jeder Organspender, außer dem, der dem ausdrücklich widerspricht. Die deutsche Lösung ist ein freiheitliches Erklärungsmodell im Sinne einer „erweiterten Zustimmungslösung mit breiter Informationspflicht.“ Das setzt voraus, dass jeder Mensch sich mindestens einmal im Leben mit der Frage der Organspende beschäftigt und sich für oder gegen Organspende entscheidet, vor dem Hintergrund, dass er mit seiner Spende unter Umständen einem anderen Menschen das Leben retten kann.

Die Notlage der Spender- und Empfängerstatistik

Die Spendersituation in Deutschland ist allerdings alarmierend, denn weniger als zehn Prozent der Bürger haben einen Organspenderausweis. Dagegen sagen in öffentlichen Umfragen etwa 70 Prozent der Menschen von sich, dass sie zu einer Organspende prinzipiell bereit wären. Es besteht also hoher Informationsbedarf, da jährlich über 2.500 Menschen sterben, weil für sie ein passendes Spenderorgan nicht zur Verfügung steht. Auf der Empfängerliste der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) stehen derzeit mehr als 10.000 schwer kranke Menschen, die auf die Transplantation eines Organs hoffen. Für sie ist die Transplantation die einzige Möglichkeit, um zu überleben oder die Lebensqualität erheblich zu verbessern. Die Zahl der 2017 in Deutschland gemeldeten Organspender steht dagegen bei 412.

Die Hirntoddiagnostik: Wann ist ein Mensch tot?

Sicherlich haben die kriminellen Aktionen an einzelnen Transplantationsinstituten in Deutschland viel Vertrauen zerstört und die Spenderzahlen sinken lassen. Aber noch wesentlicher für die Spendenbereitschaft ist die Grundsatzfrage: Wann ist ein Mensch tot? Die Medizin nimmt hier – jenseits alternativer Diagnostikmethoden – den Zeitpunkt des Hirntodes an, und dafür sprechen sehr viele gute wissenschaftliche Gründe. Aber dieser Punkt ist auch umstritten, weil man den Tod auch anthropologisch und gesellschaftlich umfassender als Prozess sehen kann. Die Frage des Hirntodes ist zudem mit vielen auch irrationalen Ängsten besetzt. Wenn Angehörige sehen, dass ein Patient an der Herz-Lungenmaschine atmet, sich der Brustkorb hebt und senkt, dann können sie – entgegen aller medizinischer und wissenschaftlicher Fakten nicht glauben, dass ein solcher Mensch tot sein soll. Zudem gibt es immer wieder Debatten, die große Verunsicherung verbreiten. Für eine vernünftige und vertrauensvolle Bewertung der Organspende ist es darum notwendig, eine offene und klare Diskussion der Frage der medizinischen Hirntoddiagnostik und ihrer Validität zu führen. Denn die Entnahme eines lebenswichtigen Organes aus dem Körper eines noch lebenden Menschen wäre medizinisch und rechtlich nichts anderes als Totschlag oder im schlimmsten Falle Mord.

Die Kirchen werden immer dafür werben, dass die Menschen sich mit dieser Frage der Organspende beschäftigen und sich entscheiden. Sie wollen breite Information und eine umfassende Aufklärung fördern. Es ist auch keine Zumutung, mit dieser Frage konfrontiert zu werden, wenn durch die Entscheidung unter Umständen das Leben eines Menschen gerettet werden kann. Die Freiheit der persönlichen Entscheidung zur Organspende ist allerdings die entscheidende Grundvoraussetzung und durch nichts zu ersetzen.

Die alternative Lebendspende

Die Frage der Lebendspende ist noch einmal ein anderer Fall. Wenn sich Ehepartner oder enge Angehörige etwa eine Niere spenden, dann kann das eine bewundernswerte Tat der Liebe sein. Sie hat auch medizinische Vorteile gegenüber der Spende „post mortem“, aber auch hier müssen „Nebenwirkungen“ ausgeschlossen werden, wie soziale Ausbeutung und Kommerzialisierung der Organspende oder Organraub, wie wir es in nicht wenigen Ländern der Dritten Welt beobachten. Darum sind die Rechtsregelungen der Lebendspende – sofern sie aufgrund medizinischer Indikation überhaupt in Frage kommt – in Deutschland sehr strikt auf unmittelbare Angehörige begrenzt.

Die Freiheit der persönlichen Entscheidung zur Organspende ist allerdings die entscheidende Grundvoraussetzung und durch nichts zu ersetzen.

Ist die „Widerspruchslösung“ ein Weg aus der Knappheit bei Organspenden?

Die Zahl der Organspender in Deutschland war im vergangenen Jahr auf dem niedrigsten Stand seit 20 Jahren. Vor diesem Hintergrund erhebt sich derzeit erneut eine Diskussion über die gesetzliche Regelung zur Organspende. Im Vordergrund der aktuellen Debatte steht die Forderung, anstelle der derzeit geltenden Zustimmungsregelung die sogenannte Widerspruchsregelung bzw. eine „doppelte Widerspruchsregelung“ einzuführen. Das würde bedeuten, dass jeder Mensch grundsätzlich als Organspender gilt, es sei denn, er hätte dem ausdrücklich widersprochen. Die „doppelte Widerspruchsregelung“ bezieht jedoch auch die Möglichkeit ein, dass auch die Verwandten im Entscheidungsfall ein Recht auf Widerspruch haben.

Die aktuelle Positionierung der Deutschen Bischofskonferenz zu Widerspruchslösung

Kardinal Reinhard Marx formulierte in seinem Pressebericht des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz anlässlich der Pressekonferenz zum Abschluss der Herbst-Vollversammlung der Deutschen Bischofskonferenz am 27. September 2018 in Fulda:

„Die Widerspruchsregelung wird von ihren Befürwortern als eine Problemlösung dargestellt, die die Zahl der Organspenden „automatisch“ erhöht. Diese Regelung lehnen wir ab. Die deutschen Bischöfe unterstützen hingegen das Ziel, die Zahl der Organspenden in Deutschland zu erhöhen. Wir stehen der Organspende ausdrücklich positiv gegenüber. Sie ist für Christen eine Möglichkeit, Nächstenliebe auch über den Tod hinaus auszuüben. Ethische Voraussetzung hierfür ist, dass der Spender der Organentnahme informiert, ganz bewusst und ausdrücklich zustimmt. Das gebieten die Selbstbestimmung, das Konzept der Patientenautonomie und die Würde des Menschen, die auch über den Tod hinaus von Bedeutung sind. Diese Prinzipien, denen in unserer gesamten Gesellschafts- und Rechtsordnung eine zentrale Bedeutung zukommt, würden von der Widerspruchslösung unterminiert. Problematisch ist die Widerspruchsregelung also deshalb, weil die Freiwilligkeit der Organspende nicht zweifelsfrei feststeht und weil das Konzept der Autonomie zugunsten eines staatlichen Paternalismus aufgegeben wird. Eine moralische oder gar rechtliche Pflicht zur Organspende lässt sich nicht begründen. Sie kann weder erzwungen, noch erwartet werden, ist aber ein Akt von hohem moralischem Wert.

In dem Bemühen, die Anzahl der zur Verfügung stehenden Organe zu erhöhen, sind vorrangig die Prozesse rund um die Organspende in den Blick zu nehmen. Die Regelung von 2012 sollte in Bezug auf die Prozesse und Strukturen hin überprüft und gegebenenfalls geändert werden. Dieses Anliegen greift ein aktueller Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit auf. Die in diesem Entwurf vorgesehenen Regelungen begrüßen die Bischöfe ausdrücklich.

Um die Bereitschaft zur Organspende – und somit die Spenderzahl – zu erhöhen, muss nicht zuletzt auch Vertrauen zurückgewonnen werden, das durch verschiedene Skandale verloren gegangen ist. Wichtige Elemente hierzu sind mehr Transparenz, Aufklärung der Öffentlichkeit und eine entsprechende Aus- und Fortbildung des Pflegepersonals.

Mit Nachdruck sprechen sich die Bischöfe also für eine Regelung aus, die der Freiwilligkeit und dem besonderen moralischen Wert jeder Entscheidung zu einer Organspende gerecht wird. Zudem betonen sie die Bedeutung einer hohen Transparenz und Vertrauenswürdigkeit einer durch gute Strukturen geregelten und in ihren Abläufen optimierten Transplantationspraxis. Hierzu gehören insbesondere das Festhalten an der Notwendigkeit einer Zustimmung

*Organspende
ist für Christen
eine Möglichkeit,
Nächstenliebe auch
über den Tod hinaus
auszuüben.*

zur Organspende sowie das Festhalten am in Deutschland verpflichtend geltenden Hirntod-Kriterium. Die Organspendenbereitschaft zu erhöhen, ist eine gesamtgesellschaftliche und andauernde Aufgabe, die nicht mit einer Widerspruchslösung erledigt werden kann. Grundsätzlich befürwortet die Vollversammlung Maßnahmen, die die Bereitschaft zur Organspende fördern.“

Ihre Altersvorsorge in guten Händen...

unkompliziert
garantiert
flexibel

IMMER GUT
VERSICHERT
seit
1952



Altersvorsorge ist so individuell wie Ihr Lebensweg. Wir bieten:

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

**Starten Sie Ihre
Altersvorsorge jetzt!**



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

 **PENSIONSKASSE**
DER CARITAS VVAG

Palliativ-hospizliche Sorgenetze – ein Kernelement von Hospiz- und Palliativkultur

Eine Hürde in der gemeinsamen Sorge um schwerkranke Menschen und ihre Zugehörigen ist, dass sektorenübergreifende Zusammenarbeit an den Schnittstellen im Gesundheitswesen häufig nur anlass- oder personenbezogen gut funktioniert. Strukturiertes Schnittstellenmanagement und -überleitung ist nach wie vor eine große Herausforderung. In einem wettbewerbsgestützten Gesundheitssystem ist Konkurrenz gewollt und macht nicht halt vor der palliativen Versorgung und hospizlichen Begleitung. Wie können Akteure der Palliativversorgung und Hospizarbeit von einer konkurrierenden zu einer abgestimmten, strukturierten und wertschätzenden Kommunikation in einem sektorenübergreifenden Netzwerk gelangen? Aus Studien wissen wir, dass gut abgestimmte und vernetzte Patientenversorgung zu mehr Qualität in der Versorgung und höherer Sicherheit für die Patienten während ihrer letzten Lebenszeit führt.

Schwerkranke Menschen in der Mitte der gemeinsamen Sorge

Folgende Faktoren können es erleichtern, von einer konkurrierenden Haltung zu einer strukturierten Kooperation zu gelangen, mit dem Ziel, am Ende schwerkranke Menschen in die Mitte der gemeinsamen Sorge zu rücken:

- Geht es in einer Region um die Gründung eines Netzwerkes, hat es sich bewährt, alle an der Begleitung und Versorgung Beteiligten an einen runden Tisch bzw. zu einer ersten gemeinsamen Veranstaltung einzuladen. Dieser Start ermöglicht einen demokratischen Prozess, an dem sich alle Akteure (Ehrenamt sowie Hauptamt) aus dem Gesundheitswesen beteiligen können.



Veronika Schönhofer-Nellessen arbeitet als Geschäftsführerin des Palliativen Netzwerkes für die Region Aachen und leitet die Servicestelle Hospiz.

- Wer lädt ein? Das ist eine nicht unwichtige Frage. Diese Aufgabe kann z.B. die Kommune übernehmen, da sie als neutrale bzw. allparteiliche Institution Aussicht auf hohe Anerkennung der beteiligten Akteure hat. Gleichzeitig ist die Einbindung der Kommune auch mittel – und langfristig eine wichtige Option für den Aufbau einer Gesamtkoordination eines regionalen Netzwerkes; nicht zuletzt auch mit Blick auf die finanziellen Ressourcen. Auf diese Weise kann die Kommune auch mitgestalten und dies als Ausdruck der Fürsorge gegenüber den Bürgern sehen sowie von Beginn an mit Verantwortung übernehmen und mitgestalten.
 - Wo trifft sich das Netzwerk/ der runde Tisch zum ersten Mal und auf Dauer? Das erste Treffen könnte in einem kommunalen Raum stattfinden, um die Neutralität der Einladung zu unterstreichen. Später kann es sich zu einer guten Tradition entwickeln, dass wechselnde Akteure zu regionalen Netzwerktreffen in die jeweils verschiedenen Institutionen einladen. So lernen sich die beteiligten Partner auch in der Rolle als Gastgeber kennen und die Kultur und die Angebote der verschiedenen Dienste und Institutionen werden differenzierter wahrgenommen.
 - Im Rahmen einer „Kick-off-Veranstaltung“ mit möglichst allen Beteiligten, ist eine Bedarfsanalyse ein möglicher nächster Schritt. Was gibt es in dieser Kommune schon alles und was braucht es an Zusammenarbeit, Kooperation und Vernetzung in Zukunft im Sinne der betroffenen Menschen und ihrer Zugehörigen als Weiterentwicklung einer guten gemeinsamen Sorge?
- Später kann es sich zu einer guten Tradition entwickeln, dass wechselnde Akteure zu regionalen Netzwerktreffen in die jeweils verschiedenen Institutionen einladen.*

Was sich in der Region Aachen bewährt hat:

- Das regionale palliative Netzwerk der Region Aachen, in der sowohl die „spezialisierten Hospiz -und Palliativeinrichtungen“, als auch die Einrichtungen der gesamten Regelversorgung des Gesundheitswesens vertreten sind, hat 2008 einen eingetragenen gemeinnützigen Verein gegründet inklusive einer Koordinierungsstelle.
- Die Koordinierungsstelle sollte möglichst neutral bzw. allparteilich besetzt und angebunden sein, d.h. Akteure oder Träger, die konkret an der Begleitung und Sorge der schwerkranken Menschen beteiligt sind, wurden ausgeschlossen.

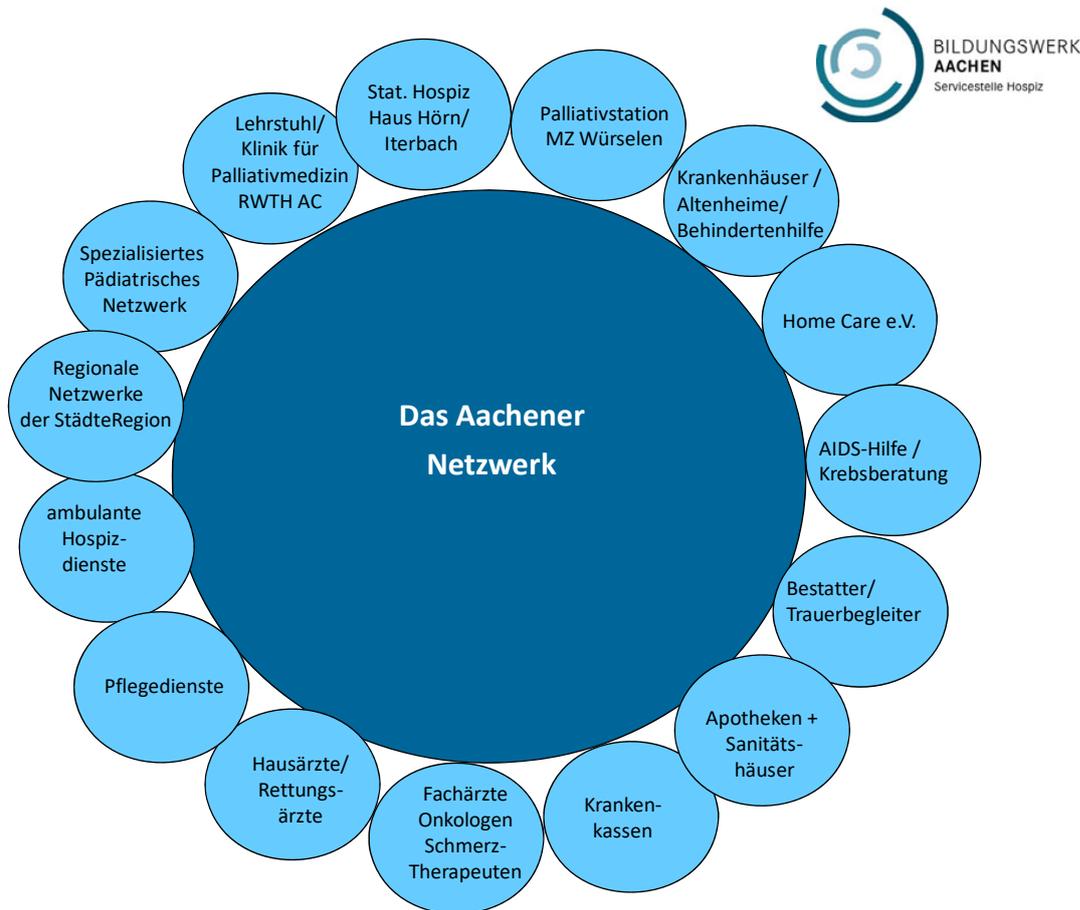
Sie wurde an eine Weiterbildungseinrichtung angegliedert. Zu großen Teilen wird diese Vollzeit-Stelle von freiwilligen Zuschüssen der Kommune und Mitgliedsbeiträgen finanziert. Damit verbunden ist die Aufgabe, geschäftsführend Vorstand und Mitglieder zu unterstützen, Projekte, die im Netzwerk beschlossen werden mit den Beteiligten umzusetzen, Beratung am Hospiztelefon für Bürger und Institutionen anzubieten und Fortbildungen für alle Berufsgruppen und Ehrenamtliche zu organisieren. Insgesamt übernimmt diese Koordinierungsstelle eine moderierende Funktion.

- Wer tritt ein in das Netzwerk? Es ist ein Netzwerk der Institutionen. Der Eintritt ins Netzwerk ist mit einer freiwilligen Verpflichtungserklärung verbunden, die bei Eintritt unterschrieben wird. Jeder Dienst oder Einrichtung verpflichtet sich, auf den jeweiligen Bereich bezogen, innerhalb von zwei Jahren eine bestimmte Weiterentwicklung als Organisation im Bereich der Sterbe- und Trauerbegleitung sicherzustellen. Diese Selbstverpflichtung macht das Netzwerk zu einem fachlichen Gütesiegelverbund.

Jeder Dienst oder Einrichtung verpflichtet sich, eine bestimmte Weiterentwicklung als Organisation im Bereich der Sterbe- und Trauerbegleitung sicherzustellen.
- Es gibt ein Regelwerk der Zusammenarbeit. Das bedeutet, dass z. B. die Regelversorgung immer an erster Stelle der Versorgung steht. Wenn die erkrankten Menschen und ihre Angehörigen im Gespräch mit der Basisversorgung (Hausarzt, Ehrenamt, Pflegedienst usw.) weitere Unterstützung wünschen, stehen alle weiteren „spezialisierten Sorgeangebote“ zur Verfügung. Diese Vereinbarung hat sich als zentraler Schritt auf dem Weg von einer konkurrierenden Haltung hin zu einer kooperierenden Haltung bewährt.
- Im Vorstand sind alle Akteure und ihre Einrichtungen des Netzwerkes vertreten, so dass alle Bereiche bei der Analyse von Bedarfen, Initiierung von Projekten und Umsetzung von Beginn an beteiligt sind. So entsteht allmählich eine Kultur der wertschätzenden Kommunikation im regionalen Netzwerk und fördert in enger Abstimmung mit den betroffenen Menschen eine Grundlage des Vertrauens bestenfalls aller Beteiligten.

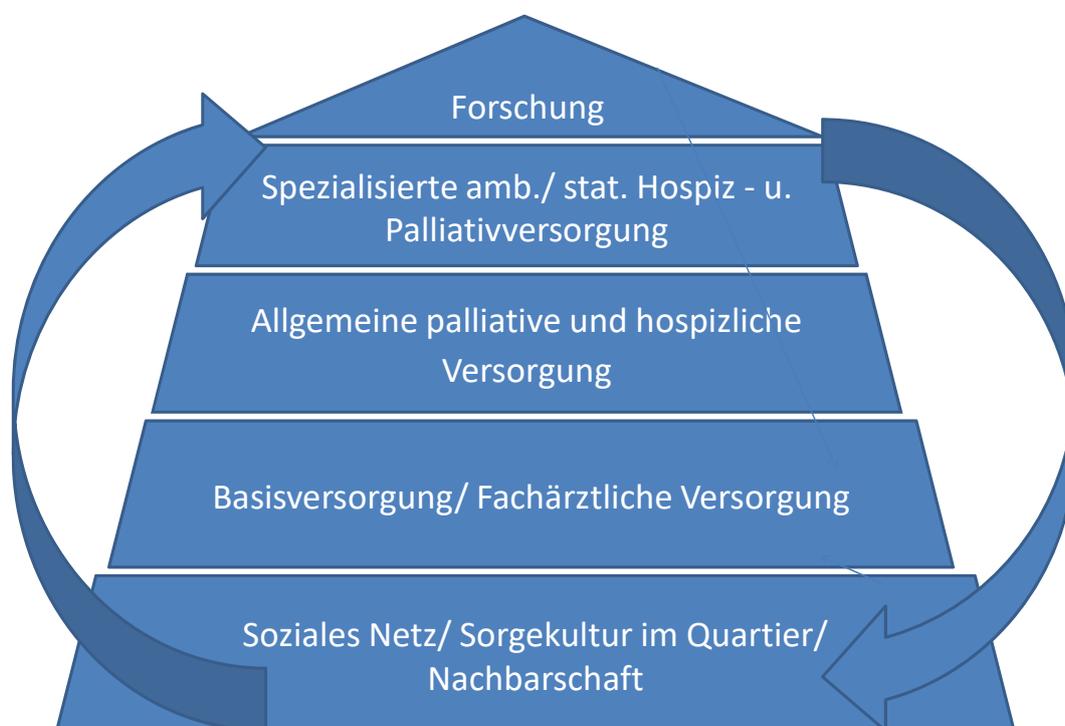
So entsteht allmählich eine Kultur der wertschätzenden Kommunikation im regionalen Netzwerk

- Das Netzwerk besteht aus Vertretern des gesamten Gesundheitswesens, ein Netzwerk zwischen Regelversorgung und spezialisierter Versorgung:



Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Netzwerk ein sensibles Konstrukt bleibt. Auch bei jahrelanger Pflege können Entwicklungen Netzwerke sehr an ihre Belastungsgrenzen bringen. Neutrale Moderation, wertschätzende und regelmäßige Kommunikation untereinander und die enge Anbindung an die Bedürfnisse von betroffenen erkrankten Menschen sind zentrale Säulen, die eine gelingende gemeinsame Sorge ermöglichen. In diesem achtsamen Engagement füreinander möglichst nicht nachzulassen, ist eine alltägliche Erfahrung, die zur Grundlage für gelingende Kooperation und Vertrauen wird.

In Zukunft wird es auch in Deutschland immer weniger eine „Vollkasko – Versorgung“ geben. Deshalb muss hier gefragt werden: Wie kann es gehen, Nachbarschaft, bürgerschaftliches Engagement und Kommune sowie professionelle Strukturen gemeinsam für Begleitung und Versorgung im Quartier zusammenzubringen? Dies beschäftigt das regionale Netzwerk in Aachen u.a. zurzeit intensiv. Die folgende Grafik könnte ein zukünftiges Netzwerk abbilden, in der die untere und zugleich wichtigste Ebene der gemeinsamen Sorge das eigene soziale Netz (wieder) wird:



Ein Modul des Curriculums, welches ich persönlich als eines der wichtigsten erlebt habe, beschäftigt sich ganz mit dem Schwerpunkt *Recovery*. Für diesen englischen Begriff gibt es keine eins-zu-eins-Übersetzung, oft wird aber „Wiedergesundung“ oder „Genesung“ verwendet. Hier wird den Teilnehmer*innen vermittelt, dass Gesundheit stärker als veränderbarer Prozess verstanden werden sollte, ein Mensch also nie „nur“ oder „vollends“ krank ist. Durch Förderung und Pflege seiner Ressourcen kann das Individuum wieder auf den *Recovery*-Weg gebracht werden.

Gesundheit sollte stärker als veränderbarer Prozess verstanden werden. Ein Mensch ist also nie „nur“ oder „vollends“ krank.

Aufgaben von Genesungsbegleiter*innen

Warum sind nun gerade Genesungsbegleiter*innen besonders geeignet, akut psychisch kranke Menschen in ihrem *Recovery*prozess zu unterstützen? Das *Recovery*-Modell in der Psychiatrie geht davon aus, dass es mehrere Säulen oder Prinzipien gibt, die für die individuelle *Recovery* von Bedeutung sind (Geoff Shepherd et al., 2008). Meiner Meinung nach liegt das Potential für Genesungsbegleitung besonders in der Stärkung des Prinzips Hoffnung. Dies vermitteln Genesungsbegleiter*innen in ihrer täglichen Arbeit. Sie sind dabei in vielen Bereichen beschäftigt, beispielsweise in sozialpsychiatrischen Diensten, Tagesstätten, betreutem Wohnen und psychiatrischen Kliniken. Aufgaben, die sie dort übernehmen, sind beispielsweise Einzelgespräche, Angebote von Gruppen zu Themen wie *Recovery*, kreatives Schreiben oder Genusstraining sowie Begleitung von Aktivitäten. Die Arbeit von Genesungsbegleiter*innen ist als Zusatz zu den bereits bestehenden therapeutischen Angeboten anzusehen. Klar definierte Rollenbeschreibungen gibt es aufgrund der relativen Neuheit der Berufsgruppe nicht.

Bei ihrer Arbeit, beispielsweise in den Gesprächen, haben Genesungsbegleiter*innen in der Regel mehr Zeit für die Patient*innen als das restliche Personal. Sie können aufgrund der Krisenerfahrung, die sie mit den Patient*innen teilen, oftmals einen leichteren Zugang finden. Etwas Ähnliches selbst schon einmal erlebt zu haben führt zu Empathie auf beiden Seiten: Nicht nur die Genesungsbegleiter*innen können sich besser in die Lage des Gegenübers versetzen, auch die Patient*innen nehmen Ratschläge oder hilfreiche Aspekte aus Erfahrungsbe-

*Genesungsbegleiter*innen können nicht nur durch Zuspruch Mut machen, sondern dienen als lebender „Beweis“ dafür, dass Recovery möglich ist.*

richten der Genesungsbegleiter*innen häufig eher an. Genesungsbegleiter*innen können nicht nur durch Zuspruch Mut machen, sondern dienen als lebender „Beweis“ dafür, dass Recovery möglich ist.

Auch in der wissenschaftlichen Literatur ist die Einbeziehung von Peer Support zur Umsetzung einer erfolgreichen Recovery-Orientierung anerkannt und wird gefordert (Julie Repper 2013, <https://imroc.org>). Die Förderung von Ressourcen bei psychisch kranken Menschen kann durch den zusätzlichen Einsatz von Genesungsbegleiter*innen in besonderer Weise gelingen. Dies bedeutet ein Stück weit Abkehr von einer defizitorientierten, symptomunterdrückenden Medizin. Genesungsbegleiter*innen sind ein Beispiel dafür, dass durch Vermittlung von Hoffnung, Begleitung und Unterstützung wieder ein selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben erreicht werden kann.

Ich hätte mir während meiner eigenen Behandlungszeit eine(n) Genesungsbegleiter*in gewünscht.

» Literaturhinweise bei der Verfasserin

Ethische Falldarstellung

Aus dem Arbeitsfeld der intensivpflegerischen Langzeitbetreuung und Begleitung von Menschen im Wachkoma

Wenn man sich intensiv mit dem Krankheitsbild des sogenannten „Wachkomas“ (Synonyme: „apallisches Syndrom“, „Syndrom reaktionsloser Wachheit“, „Zustand minimalen Bewusstseins“) auseinandersetzt, wird man meist rasch auch mit ethischen Fragestellungen konfrontiert. Bereits das Wort „Wach-Koma“ wirft hinsichtlich der Definition viele Fragen auf, vermittelt es doch einen grundsätzlichen Widerspruch in sich: wach und komatös, wie passt dies zusammen? Es existieren bereits verschiedene Modelle, die zeigen, wie schwierig es ist, diese besondere Bewusstseinssebene zu beschreiben. Auf dieser Grundlage stellen sich Fragen darüber, welches Leben lebenswert ist und wie sinnvoll Therapieverlängerungen oder ihr Abbruch sind.

Immer wieder geraten Menschen im Wachkoma daher in den Mittelpunkt ethischer und politischer Diskussionen. Positiv betrachtet fordern diese Ungewissheiten immer wieder neue Antworten aus Medizin, Pflege und Ethik, um die Situationen der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen achtsam zu betrachten. Nicht zuletzt „beim Handeln in Grenzbereichen des Menschseins stellt sich oft die Frage nach der Sinnhaftigkeit von Leiden und die Frage, wie wir damit umgehen.“ (Anita Steinbach, Johann Donis: Langzeitbetreuung Wachkoma, 2011)



»
Stefanie Kreutz ist
Dipl. Sozialpädagogin und
Ethikberaterin für den
Caritasverband für die
Diözese Speyer. Sie arbeitet
seit 18 Jahren mit jungen
schwerstpflegebedürftigen
Menschen und Menschen im
Wachkoma.

Entscheidend in der Definition des Wachkomas ist die deutliche Abgrenzung zum Koma, in dem der Betroffene die Augen ständig geschlossen hält, keinen Schlaf-Wach-Rhythmus zeigt und durch äußere Reize nicht weckbar ist. Menschen im Wachkoma verfügen i.d.R. über einen Schlaf-Wach-Rhythmus und sind zugänglich für Umweltreize, die ihnen innerhalb anerkannter Pflege- und Therapiekonzepte sinnvoll und fördernd angeboten werden.

Falldarstellung

Frau P., 41 Jahre alt, erleidet aufgrund eines Narkosezwischenfalls (bei vorausgegangener organischer Erkrankung mit OP-Notwendigkeit) eine hypoxische Hirnschädigung nach langandauernder Reanimation. Das bedeutet, dass das Gehirn von Frau P. zu lange ohne ausreichende Sauerstoffversorgung auskommen musste. Trotz intensivmedizinischer und frührehabitativer Bemühungen wird bei ihr die Diagnose Wachkoma gestellt.

Medizinische und pflegerische Aspekte

Die Ärzte gehen davon aus, dass Frau P. aufgrund des langanhaltenden Sauerstoffmangels und der damit einhergegangenen Hirnschädigung auf Dauer in einem irreversiblen Zustand im Vollbild eines Wachkomas stark pflegebedürftig bleiben wird. Ab diesem Zeitpunkt benötigt Frau P. stationäre intensivpflegerische Betreuung in einer spezialisierten Schwerpunktpflegeeinrichtung der Phase F. Bei ihrer Aufnahme ist sie mit einem Tracheostoma (Atemkanüle nach Luftröhrenschnitt), einer Ernährungs- und einem Blasenkatheter versorgt. Im Laufe ihres Aufenthaltes konnte das Tracheostoma entfernt werden, da Frau P. zunehmend in der Lage war, ihren Speichel selbstständig zu schlucken – jedoch gelingt es den Betreuenden nicht, einen verlässlicher Kommunikationskanal (z.B. über Händedruck oder Augenbewegungen) aufzubauen, obgleich Frau P. deutlich auf Schmerzreize oder Unwohlsein durch verstärktes Schwitzen, beschleunigte Atmung oder mimische Veränderungen

reagiert. Während ihres Aufenthaltes in der Fachpflegeeinrichtung erleidet Frau P. immer wieder heftige Bronchialinfekte, die Krankenhausaufenthalte mit Antibiotikagabe erforderlich machen. Als Frau P. bereits 4 Jahre in der Einrichtung lebt, wird beim morgendlichen Waschen des Oberkörpers eine knotenartige Verdickung der linken Brust entdeckt. Nach erfolgter ärztlicher Abklärung wird die Diagnose Mammakarzinom (Brustkrebs) gestellt. Weitere Untersuchungen ergeben, dass der Krebs bereits fortgeschritten ist und sehr schnell wächst.

Rechtliche Aspekte und Hinweise zum mutmaßlichen Patientenwillen

Die gesetzliche Betreuung übernahm von Beginn an die Mutter, welche in der näheren Umgebung wohnt und Frau P. regelmäßig besuchen kommt. Die Besuche fallen ihr psychisch sehr schwer. In Gesprächen mit der Einrichtung betont die Mutter immer wieder, dass ihre Tochter noch in gesunden Zeiten bei sich ergebenden Gesprächsanlässen geäußert habe, dass für sie ein Leben als „totaler Pflegefall“ nicht vorstellbar sei. Gerade im Hinblick auf die bevorstehende notwendige Operation habe Frau P. ihre Wünsche und Wertvorstellungen deutlich zum Ausdruck gebracht und sich gegen lebensverlängernde Maßnahmen ausgesprochen. Eine schriftliche Patientenverfügung liegt allerdings nicht vor. Trotz der ungünstigen Prognose gibt die Mutter die Hoffnung auf Genesung nicht auf. So sei das Anbringen der Ernährungssonde noch auf der Intensivstation niemals in Frage gestellt worden, ebenso wie alle anderen notwendig gewordenen intensivmedizinischen Maßnahmen. In den letzten 4 Jahren habe es jedoch keine Anzeichen für eine mögliche Remission (Rückbildung) gegeben.

Ethische Fragestellung innerhalb der Ethikberatung

Die Mutter, aber auch die Mitarbeiter der Einrichtung stehen vor der Frage, welche ärztlichen Maßnahmen aufgrund der fortschreitenden Brustkrebserkrankung ergriffen werden sollen – äußern aber auch ihre Bedenken hinsichtlich der Zumutbarkeit von notwendigen operativen Eingriffen und Chemotherapie und dem bekann-

ten (erklärten) und durch die Schilderungen der Mutter ermittelten mutmaßlichen Willen von Frau P. Was hätte Frau P. gewünscht, wäre sie selbst in der Lage, ihren Willen zu äußern?

Ethische Analyse

Im Vordergrund steht der Konflikt zwischen der Autonomie der Bewohnerin (mutmaßlicher Wille) und der Fürsorgepflicht der Pflegekräfte und der behandelnden Ärzte. Aber auch die Abwägung zwischen dem Prinzip der Fürsorge und dem Prinzip des sogenannten „Nichtschadens“ spielt eine Rolle, wenn es um die Fragestellung der Weiterbehandlung der Krebserkrankung geht. Wie groß ist der Nutzen einer Behandlung im Vergleich zum möglicherweise entstehenden Schaden für Frau P.? Aus ethischer

Sicht stellen Entscheidungen über die Fortführung oder den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen eine der größten Herausforderungen dar. Diese sollten sich grundsätzlich am Willen des Patienten orientieren, welcher jedoch bei Menschen mit starken Bewusstseinsstörungen oft nur schwer zu ermitteln ist. Im vorliegenden Fall äußerte Frau P. ihren Willen in früherer Zeit deutlich gegenüber ihrer Mutter. Dieser kann auf die aktuelle Gesundheitssituation übertagen werden.

Eine lebensverlängernde Behandlung wäre nur dann im Interesse der Patientin, wenn sie diese stabilisiert und so eine weitere Rehabilitation ermöglicht würde. Doch wenn, wie bei Frau P. ärztlich prognostiziert, eine Rehabilitation zunehmend unwahrscheinlicher wird, ist eine Lebensverlängerung nicht mehr als Ausdruck des Patientenwillens zu betrachten.

Im Vordergrund steht der Konflikt zwischen der Autonomie der Bewohnerin (mutmaßlicher Wille) und der Fürsorgepflicht der Pflegekräfte und der behandelnden Ärzte.

Empfehlung

Der behandelnde Arzt, die Mutter und die betreuenden Pflegefachkräfte kommen im gemeinsamen Dialog zum Entschluss, dass weitere operative Eingriffe und ärztliche Behandlungen im Krankenhaus Frau P. in ihrer aktuellen Situation mehr scha-

den als nützen (Schaden vermeiden). Zudem soll der mutmaßlich geäußerte Wille von Frau P. geachtet werden. In den nächsten Wochen wird Frau P. intensiv palliativ betreut; ein Palliativmediziner und ein örtlich ansässiger ambulanter Palliativdienst unterstützen die Mitarbeiter der Einrichtung. Die Patientin verstarb kurze Zeit später an den Folgen der fortgeschrittenen Krebserkrankung in der Einrichtung.

Ausblick und Fazit

Auch in Zukunft wird es notwendig sein, ethisch relevante Themen im Umgang mit Menschen im Wachkoma zu identifizieren, um geeignete Handlungsempfehlungen, Verbesserungs- oder Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Wenngleich es mitunter herausfordernd sein mag, den mutmaßlichen Willen eines nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten zu ermitteln, haben auch Menschen im Wachkoma in ihrer Biografie einen „gesunden Teil“ vor dem Akutereignis gelebt, welcher uns wertvolle Hinweise auf ihre individuellen Wünsche und Wertvorstellungen geben kann. Diese anzuerkennen im Sinne von Autonomie und Selbstbestimmung ist nicht nur gesetzlich bindend, sondern Ausdruck christlicher Nächstenliebe und Fürsorge.

Auch in Zukunft wird es notwendig sein, ethisch relevante Themen im Umgang mit Menschen im Wachkoma zu identifizieren, um geeignete Handlungsempfehlungen, Verbesserungs- oder Lösungsvorschläge zu erarbeiten.

Impuls: Querdenker

Im Krankenhaus, in den stationären Altenhilfeeinrichtungen und in den ambulanten Diensten gibt es eine ganze Reihe von *Querdenkern*: Frauen und Männer, die sich nicht an vorgegebene Schemata halten; die sich kreativ und mutig für andere einsetzen; Menschen, die gerade nicht weglaufen, auch wenn manchmal alles zum Davonlaufen scheint.

Quer zu denken, meint dabei nicht, *quer* zu treiben! Denn: Während ein *Quer-Treiber* ständig danach trachtet, die Pläne anderer bewusst-böswillig zu stören oder zu behindern, handelt die *Quer-Denkerin* / der *Quer-Denker* konstruktiv-kritisch – und zwar eigenständig, originell und mutig!

Manche sprechen deshalb auch im Zusammenhang mit *Querdenken* von einer Haltung, aus der heraus man mutig auf Herausforderungen zugeht und etwas tut, obwohl man insgeheim Angst davor hat. Nachschlagewerke verweisen unter dem Stichwort *Mut* auf die *Tapferkeit*. Seit der Antike zählt die Tapferkeit neben der Klugheit, Gerechtigkeit und Mäßigkeit zu den vier Haupttugenden. Sie steht für eine Bereitschaft zum Einsatz, für Durchsetzungskraft oder auch für Selbstbehauptung. Wer also *querdenkt* und mutig handelt, schwimmt nicht mit dem Strom und sucht auch nicht, anderen zu gefallen. Vielmehr übernimmt derjenige Verantwortung und steht für seine Überzeugungen und das als richtig Erkannte ein. – Was aber meint das konkret?

Als moralisches Konzept geht es also darum, für die Interessen und Rechte anderer einzutreten und deren Würde zu schützen.

Wer sich *querdenkend* und mutig für die Anliegen anderer einsetzt, beschäftigt sich mit der Situation des Gegenübers, erkennt den ethischen Imperativ, identifiziert und überwindet hinderliche Faktoren – bringt sich kreativ-handelnd ein. Als moralisches Konzept geht es also dar-



JProf. Dr. Franziskus Knoll OP ist Juniorprofessor für Diakonische Theologie und Spiritualität an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar. Er beschäftigt sich gerade mit den Themen: anwaltschaftliches Handeln von Pflegenden für Pflegeempfänger und Haltungarbeit in der Pflege.

um, für die Interessen und Rechte anderer einzutreten und deren Würde zu schützen – oder anders: anwaltschaftlich zu handeln. Das spielt sich auf vielerlei Ebenen ab.

Mir fallen die vielen Momente jenseits aller Routine ein, in denen für einen Menschen die Welt zusammenbricht, schlimme Nachrichten auszuhalten sind oder sich Ereignisse überschlagen. Hier weiten oder verändern sich die eigentlich klar vorgegebenen und vorgeschriebenen Rollen. Da sitzt der Arzt so lange am Bett, bis die Seelsorge kommt. Da ist die chirurgische Pflegefachkraft, die zwischen Patientin, Ärzten und dem Sozialdienst so vermittelnd eintritt, dass eine Unterbringung in einer Altenpflegeeinrichtung vermieden und die Frau dank der Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes in ihr gewohntes Zuhause zurückkehren kann. Da ist die Pflegekraft, die sich dafür einsetzt, dass eine Patientin über ihre Diagnose aufzuklären ist, weil sie ein ‚Recht auf die Wahrheit‘ hat. Da ist die forensische Fachkraft, die sich nach sorgsamer Abwägung im multiprofessionellen Behandlungsteam argumentativ für eine Lockerung des Ausgangs eines Klienten stark macht. Auch fallen mir Situationen ein, in denen bei kranken Menschen (oder deren Angehörigen) ein Informationsdefizit besteht, Fachsprache nicht verstanden und deshalb die Notwendigkeit einer diagnostischen Maßnahme oder Behandlung nicht eingesehen wird. Nicht zuletzt denke ich aber auch an alle institutionellen Abläufe, die einer menschengerechten Sorge einfach entgegenstehen.

In solchen und anderen Situationen problematischer (Selbst)Deutung kann Pflegen angewiesenen, verletzlichen Menschen zum Ausgangspunkt professionellen Handelns machen, d.h. den Menschen in seiner Angewiesenheit und individuellen Situation verstehend annehmen und ein Eintreten für dessen Belange als originäres Pflegehandeln begreifen – zum Anwalt der Anvertrauten werden.

Wer *querdenkt* und mutig-anwaltschaftlich handelt, ist sicher vorher auch der Unsicherheit und Angst begegnet: Der Angst etwas falsch einzuschätzen; womöglich einen schlechten Rat zu geben; der Angst, selber von Konsequenzen betroffen zu sein; der Angst auch vor den eigenen, leidvollen Abgründen. Zudem werden von außen die Einfälle *Querdenkender* vielleicht auch als lästig und ärgerlich empfunden. Man sieht in ihnen Störenfriede oder Besserwisser. Sicher: *Querdenke-*

Wer querdenkt und mutig-anwaltschaftlich handelt, ist sicher vorher auch der Unsicherheit und Angst begegnet.

rin und *Querdenker* zu sein meint die Fähigkeit, sich als ein verlässlicher, bisweilen auch unbequemer Partner zu zeigen. Aber nicht um seiner selbst willen oder wegen des Risikos bringt sich der *Querdenker* ein, sondern sein Engagement zielt auf einen Einsatz für das Gute und sorgt sich damit um das Wohl und die Würde der Anvertrauten. Um solche Kreativität und Lösungsorientierung zu ermöglichen, braucht es Unterstützung und Räume zum *Querdenken*.

Empathie in helfenden Beziehungen

Zu den Kerntätigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der helfenden Berufe im Gesundheitswesen (bspw. in Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialer Arbeit, Pädagogik und Erziehung, Arbeits- und Ergotherapie, Physiotherapie, Seelsorge) zählen die Zuwendung zum Menschen und die Kommunikation. Gespräche bilden die Grundlage, um Menschen zu behandeln, sie zu beraten, zu begleiten oder zu pflegen. Die Haltung der Mitarbeitenden ist dabei besonders geprägt von Fürsorge und dem Gedanken, Menschen in ihrer Entwicklung oder der Krankheits- und Krisenbewältigung zu unterstützen.

Connection before Correction.

Für helfende Berufe ist kennzeichnend, dass Beziehung und menschliche Zuwendung besonders wichtig sind. Die Mitarbeitenden erleben täglich eine Vielzahl von Situationen mit Menschen, bei denen Gespräche zu führen sind. Nicht immer ist Kommunikation dabei erfolgreich und kann sogar misslingen, wenn Menschen sich nicht verstehen oder den Inhalt von Botschaften falsch interpretieren. Dabei ist die Kommunikation, verbal oder nonverbal, das wichtigste „Handwerkszeug“ um die Beziehungen zu den Menschen zu gestalten. Kommunikation kann verbinden oder trennen, sie kann unterstützen oder behindern. Gespräche können in vielfältiger Form ein Medium zur Hilfe, Unterstützung, Begleitung oder Beratung, aber auch zur Therapie und Genesung sein. Entsprechend hoch ist der Stellenwert sozialer Interaktionen für die professionellen Helfer. Die Gespräche werden von einer bestimmten Qualität der Beziehung zwischen den Interaktionsbeteiligten geprägt, die für den „Erfolg“ und die „Wirkung“ der professionellen Interventionen (Eduktion, Beratung, Therapie) von entscheidender Bedeutung sind.



»

Uwe Bernd Schirmer,
Dipl. Pflegepädagoge,
Pflegerwissenschaftler und
Leiter der akademie südwest
des Zentrums für Psychiatrie
Südwestürttemberg. Er hat
seit 25 Jahren Erfahrung als
Erwachsenenbildner in
sozialen Einrichtungen. Seine
Arbeit ist geprägt von seinem
Leitgedanken: Die Intelligenz
eines helfenden Systems liegt
nicht in seinen Regeln, sondern
in der Qualität der Beziehungen
zwischen den Individuen darin.

Empathie als Basis für Entwicklung

Wer einmal Hilfe in Beziehungen erfahren hat, der weiß: keine Kooperation ohne Kommunikation und ohne Kooperation keine wirksamen Interventionen. Kommunikation ist alles, sie ist allgegenwärtig und Grundlage unseres sozialen Miteinanders. Mit Kommunikation lässt sich im Leben vieles erreichen, ohne Kommunikation zumeist nichts. Die wahre Bedeutung von Kommunikation liegt in ihrer Funktion des Herstellens einer Verbindung zu anderen Menschen. Von Geburt an gehört es zu menschlichem Leben, in Verbindung mit anderen Menschen zu treten. Unsere Entwicklung ist von Anfang an auf Bindung und damit Beziehung angelegt. Die universellen menschlichen Bedürfnisse nach Bindung und Verbundenheit sind ein wichtiger Grund für unsere in der Evolution angelegte Fähigkeit zu Empathie. Wir wenden uns den Menschen zu, die feinfühlig und achtsam mit uns umgehen, denen wir vertrauen können. Doch wie kann ich wissen, was DU fühlst und brauchst – Ich bin nicht DU. Damit wir andere besser verstehen und ihre Signale leichter entschlüsseln können, brauchen wir die Fähigkeit zu Empathie. Unsere eigene Fähigkeit zu Empathie stellt die wesentliche Voraussetzung zum Aufbau und Erhalt von qualitativvollen Beziehungen dar, die auf Vertrauen und Annahme beruhen und so einen möglichen Weg für Entwicklung ebnen. Der Fokus zwischenmenschlichen Handelns, auch das des helfenden und fürsorglichen Handelns im professionellen Kontext, sollte daher auf das ausgerichtet sein, was uns Verständnis und Annahme unseres Gegenüber ermöglicht, also auf das was uns als Menschen verbindet, anstatt auf das was uns trennt.

*Keine Kooperation
ohne Kommunikation
und ohne Kooperation
keine wirksamen
Interventionen.*

Menschliches Leben ist von der ersten Sekunde seiner Existenz verletzlich. Da ist es wenig verwunderlich, dass es in der Natur des Menschen die natürliche Veranlagung zu Mitgefühl und Fürsorge gibt. Professionelle Helfer brauchen eine klare Vorstellung darüber, wie sie „empathisch“ sein können. Empathie ist kennzeichnend für die Qualität ihrer Arbeit. In Anbetracht der Bedeutung von Empathie brauchen sie, anstatt der in Fachbüchern helfender Berufe üblichen Appelle „sei empathisch“, einen offenen und intensiven Austausch darüber, wie die Fähigkeit zur

*Professionelle
Helfer brauchen
eine klare
Vorstellung
darüber, wie sie
„empathisch“ sein
können.*

Empathie erlernt und weiter entwickelt werden kann. Bei dem besonderen Stellenwert von Empathie für eine zwischenmenschliche Beziehung brauchen die professionellen Helfer einen effektiven Weg, um daran zu arbeiten. Dazu gibt es eine Vielzahl von Fragen, etwa: Was sind die integralen Bestandteile von Empathie oder wie wird Empathie erlebbar? Welche Fähigkeiten und Werthaltungen sind erforderlich, um Empathie in der Begegnung mit Menschen zu realisieren?

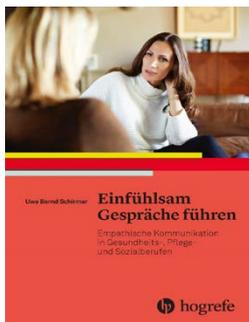
Empathie lernen

Es gibt sicher nicht „den“ einzig möglichen Weg von Empathie, noch den „best way“ dafür. Doch es braucht eine konkrete Vorgehensweise für eine „Einfühlsame Gesprächsführung“ deren Kern der empathische Prozess ist. Dieser empathische Prozess kann als ein „handlungsorientierter Prozess“ beschrieben werden der ein Selbst- und Fremdverstehen ermöglicht. Dabei heißt Verstehen nicht Einverstanden sein. Die Komponenten eines empathischen Prozesses können auf die Gewaltfreie Kommunikation (GFK) nach Marshall B. Rosenberg zurückgeführt werden (Schirmer 2018). Dazu gehört es, die Gefühle und Bedürfnisse des Gegenübers zu klären. Was hier nüchtern und technisch klingt, wird durch das eigenen Verhalten bei der Begegnung mit Menschen so stark beeinflusst, dass auch eine Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung geboten ist. Neben der Bereitschaft und Fähigkeit zu Empathie braucht es eine Werthaltung der professionell Helfenden, die eine verbindliche, offene und auf Annahme basierende Grundeinstellung als Fundament für die helfende Beziehung bietet. Nur so wird das wachsen können, was Halt, Orientierung und Entwicklungsmöglichkeiten in der helfenden Beziehung möglich macht.

Deshalb gilt folgende Maxime:

Die Intelligenz eines helfenden Systems liegt nicht in seinen Regeln, sondern in der Qualität der Beziehungen zwischen den Individuen darin.

Die Intelligenz eines helfenden Systems liegt nicht in seinen Regeln, sondern in der Qualität der Beziehungen zwischen den Individuen darin.



Buchempfehlung:
Schirmer U.B. (2018):
Einfühlsam Gespräche führen.
Hogrefe Verlag.

Buchbesprechung

Marco Bonacker und Gunter Geiger – Menschenrechte in der Pflege

Die Lage der Pflege in Deutschland kommt in Bewegung. Neben Ausbildungsreform, Pflegekammer, neuen Finanzierungsmodellen und Anreizen für Berufseinsteiger und –rückkehrer, wurden erste Gesetzesentwürfe und Reformen der Rahmenbedingungen seitens der Regierung eingebracht. Obgleich damit nur ein erster Schritt getan ist, gibt der Nachdruck, mit dem die Beteiligten agieren, Anlass zur Hoffnung. In dieser trotz alledem noch sehr unbestimmten Gesamtlage, kommt der Sammelband von *Marco Bonacker* und *Gunter Geiger* gerade zur rechten Zeit.

Während die bestehenden strukturellen Herausforderungen einer zukunfts-fähigen und belastbaren Pflege nur eine Seite der Medaille sind, wird hier auf die menschenrechtliche Dimension verwiesen, die beim gegenwärtigen Aktio-nismus nicht ins Hintertreffen geraten darf. Im Gegenteil geht sie Gesetzesent-würfen und der öffentlichen Meinungsbildung voraus und steht somit für die Metaebene politischer und gesellschaftlicher Gestaltung. Daher ist es begrü-ßenswert, dass dem Band ein interdisziplinärer und interprofessioneller Ansatz zugrunde liegt, der sich in der Gliederung niederschlägt:

- beginnend mit den ideengeschichtlichen und ethischen Grundlagen der Pflege,
- bilden rechtliche und medizinische Implikationen den Korpus,
- der aus pflegewissenschaftlicher Perspektive abgerundet wird.

Ein großer Vorteil ist die sprachliche Ausgewogenheit der Beiträge, ohne dabei den wissenschaftlichen Anspruch aufzugeben, wodurch sich der Band auch für den praktischen Gebrauch in Einrichtungen, Studium und Ausbildung eignet. Angesichts der wachsenden qualitativen und quantitativen Anforderungen in der Pflege, dem steigenden Autonomiebewusstsein der Pflegebedürftigen sowie



Bonacker, Marco/Geiger, Gunter (Hg.). *Menschenrechte in der Pflege. Ein interdisziplinärer Diskurs zwischen Freiheit und Sicherheit.* Opladen/Berlin/Toronto 2018, 292 Seiten.



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

dem Fachkräftemangel, einhergehend mit einer hohen Arbeitsverdichtung, bedarf es einer ausführlichen sachlichen Diskussion bezüglich der Durchsetzungsfähigkeit der Menschenrechte in der Pflegepraxis. Die Beiträge bewegen sich im Spannungsfeld der ethisch wie rechtlich schwierig zu bewertenden Frage von Freiheit und Sicherheit in der pflegerischen Betreuung. „Die Begriffe von Freiheit und Sicherheit bezeichnen geradezu die Grenzlinie guter Pflege, die das eine garantieren muss, ohne das andere aus dem Blick zu verlieren“ (9). Der Status dieser Werte als Grundrechte, die allen Menschen zustehen, erschwert eine situationsabhängig bestmögliche Entscheidung, in dessen Zentrum immer das Wohl der zu pflegenden Person steht.

Der Band bietet eine hochinformativ Zusammenfassung der jüngsten Entwicklungen, der den Kern der Debatte um eine gute und gerechte Pflege trifft. Die Beiträge sind sinnvoll aufeinander abgestimmt, sodass die LeserInnen die unterschiedlichen Ansätze aus den jeweiligen Fachbereichen miteinander abgleichen können. Die auf hohem sprachlichem Niveau verfassten Beiträge von *Marco Bonacker* und *Hans-Martin Rieger* geben einen detaillierten und gelehrten Einblick in die ethischen Grundannahmen und verweisen auf die Verflechtung der ideengeschichtlichen Entwicklung der Menschenrechte mit ihrer praktischen Implementierung. Sie verbleiben dabei aber nicht im ideengeschichtlichen Elfenbeinturm, sondern verstehen es, die Theorie gekonnt mit den realen Herausforderungen ins Gespräch zu bringen. Besonders hervorgehoben wird die Verantwortung für die eigenen Handlungen, die alle Menschen gerade aufgrund ihrer Freiheit nicht von sich weisen können. „Keine klassisch-ethische Theorie allein kann immer, oder besser universal richtige Handlungen definieren. Sobald es um ganz konkrete Handlungsentscheidungen geht, steht immer wieder das abwägende Gewissen im Vordergrund, das seine Verantwortung ganz ernst nimmt und eine Situation ganzheitlich erfassen muss“ (41). Gerade Gesundheitsfachkräfte stehen täglich unter Entscheidungszwang, es begegnen ihnen Szenarien, in denen sie häufig spontan die richtige Entscheidung treffen müssen – das Leben eines Patienten hängt unter Umständen davon ab. Es bedarf der kontinuierlichen ethischen Reflexion und Begleitung, um zunächst eine gewisse Haltung einzuüben und im Notfall das Richtige zu tun. So wird aus der Entscheidungsfreiheit eine begründete Entscheidungssicherheit.

Neben die Pflicht, abwägend zu entscheiden, und diese Pflicht ergänzend, treten ge-

wisse normative Handlungsvorgaben, die sich aus dem gesetzten Recht des deutschen Staates ergeben. Darauf, dass dieses Recht fernab aller Perfektion, immer wieder den situativen Gegebenheiten und Veränderungen angepasst werden muss, weisen die AutorInnen des Bandes unentwegt hin. Sie heben auch den juristischen Reformbedarf im Umgang mit Gewalt und Zwang an Pflegebedürftigen hervor. So weist *Gisela Zenz* darauf hin, dass der Gewaltschutz für Frauen und Kinder in der Familie im Familien- und Jugendhilfsrecht weithin verbürgt sei und auch eine gesellschaftliche Sensibilisierung stattfinde, während „Gewalt gegen alte Menschen im Bereich familialer und anderer fürsorglicher, pflegerischer Beziehungen“ (107) noch nicht angemessen berücksichtigt werde.

*So wird aus der
Entscheidungsfreiheit
eine begründete
Entscheidungssicherheit.*

Im pflegerischen Alltag entscheidend ist ein angemessener Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM), die nur im Notfall und wohlüberlegt zur Anwendung kommen sollten. Der Tenor der AutorInnen ist dabei, dass die Anwendung von FEM nur unter der Maßgabe hoher Auflagen genehmigt werden darf. Allerdings macht *Regine Krampen* darauf aufmerksam, dass Pflegefachkräfte sich aufgrund herausfordernden Verhaltens seitens der Pflegebedürftigen häufig gar nicht anders zu helfen wüssten, als in einer akuten, spontan auftretenden Situation Pflegebedürftigen FEM angedeihen zu lassen. Aus diesem Grund weist der Mannheimer Medizinethiker *Axel Bauer* auf die teilweise lückenhafte Gesetzgebung in Verbindung mit einer mangelnden Durchsetzung des bestehenden Rechts hin. *Anna Schwedler* mahnt an, dass „ein umfassendes rechtliches Schutzkonzept vor Gewalt in der häuslichen und der professionellen Pflege noch nicht vorhanden ist“ (160). *Jens Kleffmann* stellt die täglichen Herausforderungen und Unsicherheiten im Umgang mit Patientenverfügungen dar. Das Instrument der Patientenverfügung erfährt seit seiner Indienststellung immer wieder, weitgehend gerechtfertigte, Kritik, weshalb hier eine Auseinandersetzung mit dem Modell des *Advance Care Planning* hilfreich gewesen wäre. Da dieses in jüngster Zeit breit erforscht und auf dessen praktische Implementierung hin überprüft wird, könnte es sich als ergänzendes Unterstützungsangebot für das Abfassen von Patientenverfügungen erweisen. Zusätzlich hätte man im dritten Teil den medizinisch-seelsorglichen Ansatz der *Spiritual Care* diskutieren und auf die vorteilhaften

Verknüpfungsmöglichkeiten von Medizin, Ethik und Spiritualität im Behandlungsprozess hinweisen können.

Positiv fällt auf, dass im Kontext guter Pflege auch die psychosozialen Belastungen für pflegende Angehörige gesondert Berücksichtigung finden. Neben zahlreichen positiven Aspekten, die mit der fürsorgenden Pflege eines geliebten Menschen verbunden sind, empfinden zahlreiche Angehörige die Pflege als große Belastung und Überforderung. „Da pflegende Angehörige einen Großteil der Pflegeaufgaben übernehmen, sollten diese auch als maßgebliche Akteure für die Gewährleistung häuslicher Pflegearrangements anerkannt werden“ (213), bemerkt Klaus Pfeiffer. Die im Pflegekontext eingeforderte Durchsetzung der Menschenrechte gilt nämlich nicht nur in Bezug auf Pflegebedürftige, sondern auch auf die Pflegenden – professionell wie ehrenamtlich. In diesem Fall sind pflegende Angehörige nicht als günstige Ressource zu sehen, sondern als Personen mit eigenen Bedürfnissen, weshalb ihnen eine bedarfsgerechte Unterstützung zukommen muss. Dazu gehören eine professionelle Beratung – vor allem bei den bürokratischen Undurchsichtigkeiten der Kostenerstattung – und eine ambulante Unterstützung von Pflege- und Hospizdiensten, damit Angehörige ein Maximum an Handlungssicherheit erhalten und ihr Leben weiterhin aktiv gestalten können.

Der Schwerpunkt liegt insgesamt auf der pflegerischen Versorgung von multimorbiden alten Menschen, die professionell oder häuslich versorgt werden. Kritisch anzumerken ist, dass der Sammelband noch durch einen Beitrag über Menschen mit Beeinträchtigungen und junge Menschen mit einem Pflegebedarf hätte erweitert werden können.

Der Schwerpunkt liegt insgesamt auf der pflegerischen Versorgung von multimorbiden alten Menschen, die professionell oder häuslich versorgt werden.

Veröffentlichungen, die dezidiert das Verhältnis von Menschenrechten und Pflegearbeit aus einer christlich-ethischen, rechtlichen, medizinischen und pflegerischen Perspektive durchdringen, sind noch Mangelware. Daher ist der vorliegenden Veröffentlichung eine weite Rezeption zu wünschen.



LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

verständlich · christlich · praxisorientiert

Impressum

Herausgeber

Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar
vertreten durch
P. Johann Spermann SJ (Direktor)

Frankenthaler Straße 229
67059 Ludwigshafen

E-Mail: info@hph.kirche.org
Tel.: 0621/5999-0

Schriftleitung

Dr. Jonas Pavelka
E-Mail: pavelka@zefog.de
Tel.: 0621/5999-159

Redaktion

Tabea Haas
Prof. Bruder Peter Schiffer

Erscheinungsweise

digital mehrmals jährlich, kostenlos

Layout/Design:

wunderlichundweigand – Büro für Gestaltung

Kontakt

Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar
Postfach 21 06 23
67006 Ludwigshafen

Tel.: 0621/5999-0
Fax: 0621/517225

E-Mail: info@hph.kirche.org
Internet: www.heinrich-pesch-haus.de

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar



ethisch gut beraten

In Kooperation mit:



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.