4. Jahrgang

Ludwigshafener Ethische Rundschau

verständlich · christlich · praxisorientiert

hph
Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

Nr. 3/2015

ISSN 2194-2730

Liebe Leserin, lieber Leser,

neue Entwicklungen aufnehmen, Ideen wagen und dabei gewohnte Denkmuster hinterfragen, das ist ein Anliegen der LER.

Sie erscheint zum letzten Mal in diesem Jahr kurz vor Weihnachten, dem Fest, an dem Christen die Geburt Jesu feiern. Seine Eltern waren damals unterwegs, wie es unzählige Menschen auch jetzt sind. Stellen wir uns doch nur einen Moment vor, dass eines der Kinder, die während der Flucht aus Syrien oder Pakistan geboren werden, Gott selbst wäre?

Neu denken: Dazu wollen auch die Beiträge in dieser Ausgabe anregen. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine interessante Lektüre und ganz besonders eine frohe Weihnachtszeit!

Ihr Jonas Pavelka

Die LER entsteht in Kooperation mit:

Katholischer Pflegeverband e.V.

KKV Osnabrück caritas
Katholischer Krankenhausverband der Diözese Osnabrück e.V.

2 **Eine Frage der Ethik – Menschen mit Demenz im Krankenhaus**
Verena Wetzstein

7 **Medizin im Transformationsprozess**
Dewi Maria Suharjanto

11 **Pflegekammern – der richtige Weg für die Pflege**
Anna Maria Luger

16 **Das gute Miteinander von Seelsorge und medizinischer Ethik im Krankenhaus**
Michael Adam

Impuls:

20 **Angst oder Freude: Wie sich letztere in unserer Willkommenskultur erhalten könnte**
Matthias Rugel

Fallbesprechung:

23 **Operation als Vorbereitung einer möglichen Organspende**
Klaus Klother

Rezension:

27 **»Ethikberatung in Pflege und ambulanter Versorgung«**
Jonas Pavelka

Das Zitat

Um als Krankenhaus, das den Menschen und ihrer Gesundheit dient, auch in Zukunft bestehen zu können, werden sich die Kliniken einem Veränderungsprozess unterwerfen müssen.

Verena Wetzstein, Seite 3

Eine Frage der Ethik – Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Angesichts der gegenwärtig bereits hohen Zahl und der weiterhin wachsenden Zahl von alten und hochaltrigen Menschen mit Demenz steigt auch stetig die Zahl der Menschen mit Demenz, die früher oder später aufgrund einer somatischen Erkrankung in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Dabei kann es zu vielfältigen Komplikationen durch eine Vernachlässigung der besonderen Situation »Demenz« kommen.

Demenz bringt das Krankenhaus an seine Grenzen

Für den Menschen mit Demenz stellt der Krankenhausaufenthalt ein Krisenereignis dar: Eine ungewohnte Umgebung, fremde Abläufe, nicht vertraute Personen. Dies alles sind Momente, die einen Menschen mit Demenz überfordern (Verlust von Orientierung, Kommunikationsfähigkeit, Kontinuität, Kongruenz etc.). Wird nicht demenzgerecht reagiert (personenzentriert, verstehend, in einem ganzheitlichen Ansatz), wird leicht eine Spirale in Gang gesetzt: Am Ende wird ein Mensch mit Demenz, der eben noch in der Lage war auf einem entsprechend stabilen Niveau sein Leben mit Unterstützung selbst zu leben, als Pflegefall entlassen.

Das Krankenhaus als Katalysator einer solchen Abwärtsspirale – gewiss eine Funktion, die dem medizinischen Ethos widerspricht. Doch ist in den seltensten Fällen den einzelnen Beteiligten im Krankenhaus ein Vorwurf zu machen. Es geht nicht darum, ob einzelne Ärzte oder Pflegende an der einen oder anderen Stelle eine falsche Entscheidung für den Menschen mit Demenz getroffen haben, die seinen Zustand verschlimmert hat. Vielmehr stehen die Krankenhäuser in Deutschland vor einem massiven Demenzproblem: Täglich steigt der

Dr. Verena Wetzstein
(geb. 1970) ist Studienleiterin für den Bereich Ethik der Katholischen Akademie Freiburg, Mitglied im Trägerübergreifenden Ethikrat des Bistums Trier und im Wissenschaftlichen Beirat der Zeitschrift für medizinische Ethik. Verschiedene Veröffentlichungen zum Thema Demenz, darunter die Monographie: Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz, Frankfurt a. M. 2005.

prozentuale Anteil hochbetagter Menschen mit Demenz (diagnostiziert oder unerkannt). Dabei ist das moderne Krankenhaus in Haltung, Ausrichtung und Ablauf nicht auf Menschen mit Demenz eingestellt. Ein Krankenhaus repräsentiert oft das, woran sich ein Mensch mit Demenz nicht anpassen kann, nämlich schnelle Abläufe, rasch wechselndes Personal, wechselnde Untersuchungs- und Behandlungsräume, unübersichtliche Architektur etc.

Die Krankenhäuser in Deutschland stehen vor einem massiven Demenzproblem.

Angesichts dieser Ausgangslage ist deutlich erkennbar, dass akuter Handlungsbedarf besteht: Krankenhäuser stehen vor der Herausforderung, sich auf Menschen mit Demenz einzustellen. Vernachlässigen sie dies, so die These, widerspricht ihre Tätigkeit nicht nur dem medizinischen Ethos (Krankheiten zu diagnostizieren, zu heilen oder Leiden zu linden – und dies angesichts des ganzen Menschen); vielmehr steht langfristig die Funktionsfähigkeit des Krankenhauses in Gefahr: Wie viele Menschen mit Demenz verträgt eine Station, bevor sie nicht mehr funktionsfähig ist?

Barrieren auf dem Weg zu einem demenzsensiblen Krankenhaus

Um als Krankenhaus, das den Menschen und ihrer Gesundheit dient, auch in Zukunft bestehen zu können, werden sich die Kliniken einem Veränderungsprozess unterwerfen müssen. Das Schlagwort des »demenzsensiblen Krankenhauses« wurde dafür eingeführt. Um Schritte in Richtung einer demenzsensiblen Ausrichtung zu gehen, sind verschiedene Barrieren zu überwinden. Diese finden sich sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene.

Auf individueller Ebene ist der Blick zunächst auf die Mitarbeiter des Krankenhauses (vor allem Pflegende und Ärzte, aber auch Mitarbeiter in Verwaltung, Küche oder Hausreinigung) zu richten. Im Umgang mit Menschen mit Demenz bestehen Barrieren oft nicht nur in Unsicherheiten aufgrund der sich verändernden Verhaltensweisen. Vielfach ist diese gepaart mit einem mangelnden Wissen über Demenz (Wie kommuniziert man mit einem Menschen mit Demenz? Wie kann man Wanderung und Agitiertheit begegnen? Was erleichtert das Auffinden der Toilette in der Nacht? Wie gefährdet sind Menschen mit Demenz, ein Delir zu entwickeln und wie kann man dem vorbeugen? Bedeutet ein nicht angerührtes Essen, dass der Patient keinen Hunger hat, oder hat er nicht verstanden, was sich unter den Abdeckhauben befindet – oder fehlt ihm das Verständnis für den Gebrauch von Besteck? etc.).

Auf der individuellen Ebene sind darüber hinaus die Angehörigen als mit von der Demenz Betroffene zu betrachten. Indem sie in den Demenzprozess tief verwoben sind, wären sie in der Lage, therapieunterstützend in Untersuchungs- und Heilungsvorgänge zu wirken. So lange die Barriere, das Potenzial der Angehörigen in diesem Sinne zu nutzen, nicht überwunden wird, vergibt das Krankenhaus die Chance auf Stabilität in Beziehungen und strukturierten Tagesabläufen.

Angesichts der zunehmenden Ökonomisierung der Medizin finden sich auf institutioneller Ebene des Krankenhauses in verschiedener Hinsicht Barrieren, die einer demenzsensiblen Ausrichtung entgegenstehen. Ein hoher Zeitdruck, kurze Liegezeiten und eine fehlende Gegenfinanzierung des mit einer Demenzbetreuung verbundenen Aufwands stehen aus betriebswirtschaftlicher Sicht der Förderung demenzsensibler Strukturen im Weg. Die angespannte Personalsituation erlaubt es bspw. kaum, dass sich Pflegepersonal auch der Nahrungsgabe oder der Tagesbeschäftigung der Menschen mit Demenz ausführlich zuwendet. Hygienevorschriften wiederum verbieten, dass Menschen mit Demenz etwa zum Obstschälen oder Tassen-Spülen in der Stationsküche herangezogen werden, so dass diese meist beschäftigungslos umherirren. Die noch immer hierarchische Organisationsstruktur im Krankenhaus spiegelt sich oftmals in einer nur eingeschränkten Kommunikationsbereitschaft wider – eine Barriere, die nur durch eine neue Kultur zu überwinden sein wird.

Die angespannte Personalsituation erlaubt es bspw. kaum, dass sich Pflegepersonal auch der Nahrungsgabe oder der Tagesbeschäftigung der Menschen mit Demenz ausführlich zuwendet.

Architektonische Stilrichtungen, die sich in den vergangenen Jahrzehnten in den Kliniken durchgesetzte haben (weiße Farbe, die alles hygienisch rein erscheinen lässt, aber die Toiletten nicht erkennen lässt, kein Augenmerk auf Lichtverhältnisse, die in langen, fensterlosen Fluren keinen Unterschied von Tag und Nacht erkennen lassen etc.), erschweren Patienten mit Demenz die Orientierung.

Strategien für Krankenhäuser der Zukunft

Damit eine Kultur der Demenz sich durchsetzt, tut ein Blickwechsel Not: Menschen mit Demenz stören nicht nur den Betriebsablauf; es sind Patienten mit einem besonderen Betreuungsbedarf. Um eine dementsprechende Haltung umzusetzen, sind Hemmschwellen abzubauen: Mitarbeiter müssen sich mit Menschen mit Demenz auseinandersetzen, anstatt sich hinter dem Tagesgeschäft zu verstecken. Sich für die Umsetzung einer neuen Pflege- und Behandlungskultur stark zu machen, braucht eine veränderte Haltung (Ethik) und spezielle Kenntnis (Wissen) über die mit Demenz verbundenen Themen.

Sich für die Umsetzung einer neuen Pflege- und Behandlungskultur stark zu machen, braucht eine veränderte Haltung (Ethik) und spezielle Kenntnis (Wissen) über die mit Demenz verbundenen Themen.

Die demenzsensible Ausrichtung eines Krankenhauses kann sich dabei an Strategien wie den folgenden orientieren:

Dringend notwendig ist der Aufbau fachlicher Kompetenz. Schulungen für Pflegende, Ärzte, Angestellte und ehrenamtliche Helfer können in den unterschiedlichsten, berufsspezifischen und berufsübergreifenden Formen, durchgeführt werden. Bei den Schulungen darf auch das Reinigungspersonal oder die Küche nicht vergessen werden: Welche Nahrungsmittel können Menschen mit Demenz in welcher Form gut zu sich nehmen? Wie geht man wertschätzend mit Menschen mit Demenz um? Wie begegnet man aggressivem Verhalten, ohne sofort Sedativa einzusetzen? Wie ist ein Delir zu vermeiden (Prävention)? Neben der Schulung in der Breite der Mitarbeiterschaft könnte sich eine Einrichtung für einen Kosiliardienst entscheiden oder auch in einen freigestellten Demenzbeauftragten oder ein Kernkompetenzteam investieren.

Neben dem Fokus auf der Heilung der Akuterkrankung hat eine demenzsensible Einrichtung den sorgsamen Umgang mit dem demenziellen Syndrom des Patienten ernst zu nehmen. Dies würde sich in einem demenzsensiblen Krankenhaus auch in der Architektur des Hauses niederschlagen (dafür bräuchte es einen Masterplan, der bei jeder Renovierung ein Stück weiter umgesetzt wird). Die Personaldichte wäre zu erhöhen: Insbesondere die Begleitung der Patienten durch die Tage müsste ins Blickfeld gerückt werden. Betreuungsdienste und Begleitpersonen, die die Patienten durch Untersuchungen und von Station zu Station begleiten, wären einzustellen. Personen wären zu engagieren, die sich mit den Patienten am Tag beschäftigen

und sie aktivieren. Angehörige als natürliche Therapiekräfte könnten einbezogen werden. Anregungen könnten durch Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen in der Umgebung eingeholt werden. Eine Erhöhung des Personalschlüssels (besonders in der Nacht) wäre kaum zu umgehen.

Im Krankenhaus sollten die Abläufe auf ihre Demenzverträglichkeit hin überprüft werden: Wäre es etwa möglich, das Aufnahmemanagement so zu gestalten, dass gleich auf Station aufgenommen wird? Kann der Umgang mit Psychopharmaka im Haus standardisiert werden? Kann Lärm und Stress reduziert werden – etwa durch die Umstellung der Piepser auf Vibration? Wie können Liegezeiten verkürzt werden? Was kann dafür getan werden, dass Drehtüreffekte vermieden werden?

Auch für ein gutes demenzsensibles Krankenhaus würde aber am Ende immer noch gelten: Es ist dann für Menschen mit Demenz am besten, wenn ein Aufenthalt vermieden werden kann. Im Sinne der Prävention wäre zu überlegen, welche Dienste vorgehalten und welches Wissen bereits vor, also außerhalb des Krankenhauses erweitert werden kann, um Aufnahmen zu vermeiden. Dazu bräuchte es etwa Konsiliardienste der Geriater in der Nacht oder am Wochenende oder sektorenübergreifende Netzwerke und eine mobile Reha.

Es ist dann für Menschen mit Demenz am besten, wenn ein Aufenthalt vermieden werden kann.

Ausblick

Der Weg, ein Krankenhaus in ein demenzsensibles Krankenhaus umzustrukturieren, wird nicht einfach sein. Die Herausforderung, den Krankenhausalltag auf die spezielle Patientenklientel der Menschen mit Demenz auszurichten, geschieht aus der Einsicht heraus, dass nur dies ein ethisch vertretbarer Weg ist. Die Betreuung und Versorgung von Menschen mit Demenz stellt nicht nur eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar, sie fordert speziell auch das Gesundheits- und Pflegewesen heraus.

» Nachweise bei der Autorin

Medizin im Transformationsprozess

Wie ökonomische Belange und Dienstleistungsdenken die Medizin verändern

Eine effektive Medizin setzt ökonomisches Denken voraus. Das Gesundheitswesen ist für alle, die in ihm arbeiten, ein regulärer Erwerbszweig. Außerdem ist es einer der Wachstumsmärkte der Zukunft, wie einmal der Konjunkturforscher Leo A. Nefiodow (vgl. brandeins 05/02) feststellte. Wer eine sog. »Ökonomisierung der Medizin« kritisiert, verfehlt die Problematik. Nicht betriebswirtschaftliche Kompetenz im Gesundheitswesen ist das Problem, sondern die »ökonomistische« Ideologie, mit der Reformen in der Medizin und ihren Berufen unterminiert werden. Denn, so lautet die hier vorgebrachte These, die Effektivität der Medizin hängt in hohem Maße von einer gelingenden sozialen Praxis ab.

Es stellt es eine katastrophale Fehlinvestition dar, wenn weiterhin so viele Ärzte nach ihrem Studium auswandern oder den Arztberuf nicht antreten.

Ein Frankfurter Chirurg erzählte mir einmal am Rande eines Ärztetags, dass ein Drittel der vakanten Stellen in der klinischen Chirurgie mangels Interesse unbesetzt blieben. Die jungen Ärzte gingen weg.

Wenn man sich vergegenwärtigt, dass ein abgeschlossenes Medizinstudium den Staat rund 500.000 Euro kostet, ist offensichtlich, dass es volkswirtschaftlich gesehen eine katastrophale Fehlinvestition darstellt, wenn weiterhin so viele Ärzte nach ihrem Studium auswandern oder den Arztberuf nicht antreten.

Dr. Dewi Maria Suharjanto ist Mitglied der Akademie im Haus am Dom, Frankfurt. Sie hat ein Netzwerk zur Pränataldiagnostik gegründet und beschäftigt sich momentan mit zukunftsfähigen Pflegemodellen und einer Philosophie der Alter.

Diejenigen, die auswandern, treffen ihre Entscheidung keineswegs in erster Linie aus finanziellen Gründen. Evaluierte Gründe in der Reihe ihrer Wichtigkeit sind vielmehr Bürokratie, Überstunden, Leistungsdruck und dann erst die Vergütung. Das passt auch zu den 10 erhobenen Motiven von Studierenden, das Medizinstudium anzutreten: 1. Neigung und Begabung, 6. Der Wunsch zu helfen und erst an 8. Stelle die Verdienstmöglichkeiten.

Wann wird aus Leistung Druck?

In Folge der Arbeitsverdichtung steigt an vielen Krankenhäusern die Leistungserwartung. Die Gründe sind verschieden; sie liegen in der Alterspyramide der Gesellschaft, der Multimorbidität der Patienten und der Zunahme der Komplexität der Krankheiten, die versorgt werden müssen.

Im Durchschnitt leisten Ärzte und Pflegende heute 20 bis 30 Prozent mehr an Arbeit als vor zehn Jahren.

Diese Leistungssteigerung wird zwar von den meisten Einrichtungen geleistet, sie ging jedoch bevorzugt auf Kosten der ärztlichen Tätigkeit, auf Kosten der Pflegenden und der anderen Mitarbeiter. Im Durchschnitt leisten Ärzte und Pflegende heute 20 bis 30 Prozent mehr an Arbeit als vor zehn Jahren. Der subjektive Eindruck zahlreicher emeritierter Mediziner, früher hätte man noch viel mehr Verzicht üben müssen, stimmt faktisch nicht. Jedoch hat sich das Tätigkeitsprofil geändert. Die zusätzlichen Leistungen sind Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben (Matthias Brandis, ehemaliger klinischer Direktor der Uniklinik Freiburg, FAZ 11.12.08), genuin ärztliche Tätigkeiten machten oftmals nur noch 20 Prozent des Tages aus.

Ich möchte angesichts dieser Sachlage auf zwei Details zu sprechen kommen, auf die mich vornehmlich werdende oder junge Ärzt/innen bzw. andere medizinische Berufstätige an Lehrkrankenhäusern ansprechen. Sie betreffen die Fehlpassung zwischen den überkommenen Berufsbildern und den aktuellen Arbeitsfeldern. Meines Erachtens zeigt sich hier beispielhaft, wie angesichts der strukturellen Bevormundung, die Datenerhebungen, Kodierungen und Abrechnungsmodi mit sich bringen, ein echter Reformbedarf gewachsen ist.

Die Zunahme an Mehrfacherkrankungen verlangt erstens die Professionalisierung und sogar Neugestaltung der Berufsbilder im Gesundheitssystem. Ärzte und Ärztinnen müssen sich erlauben können, aus guten ökonomischen Gründen, kooperativ zu führen. Sie müssen definieren lernen, welche Aufgaben sie tragen und welche sie abgeben können. Im gleichen Sinne müssen Pflegedienste Konzepte erarbeiten, die ihr aktuelles Arbeitsfeld zutreffend abbilden.

Dabei muss ein Stil durchgehalten werden, der die Gleichberechtigung der Patienten zulässt (Thema: informed consent), denn die Medizin bleibt auch angesichts ihrer derzeitigen »Kundenorientierung« ein soziales Geschehen und wird von allen Beteiligten als solches erlebt oder erlitten. Auch, und das ist nach meiner Beobachtung für den Berufszweig der Mediziner nach wie vor kein leichtes, müssen Ärzte lernen, sich kollegial zu unterstützen – so gewinnt man Zeit und senkt den Leistungsdruck für den Einzelnen. Gerade bei chronischen Krankheiten werden gewöhnlich Hausärzte und verschiedene Fachärzte konsultiert, die aufgrund der Spezialisierung in ihrer Disziplin unterschiedliche Therapiemaßnahmen bevorzugen. Dadurch entstehen nicht nur hohe Kosten und eine fast zwingende Verunsicherung des Patienten, sondern die Ärzte verlieren kostbare Zeit, weil sie je für sich arbeiten. Außerdem haben sie sich gegenüber sog. »Zweit- und Drittmeinungen« zu rechtfertigen.

Die Medizin bleibt auch angesichts ihrer derzeitigen »Kundenorientierung« ein soziales Geschehen.

Zweitens wirkt sich der steigende Zeit- und Leistungsdruck besonders auf die Auszubildenden an den Kliniken aus. Jeder Lehrbeauftragte ist aufgefordert zu definieren, was es für sie, für die Auszubildenden und die Patienten bedeutet, wenn sie gleichzeitig Arzt, Lehrer und Forscher sind. Ist diese Gleichzeitigkeit, die ja nicht zuletzt von einem idealen Selbstbild herrührt, realiter zufriedenstellend umzusetzen? Ein Lehrsatz der Erziehungslehre besagt, dass »der pädagogische Fortschritt die pädago¬gische Beziehung verlangt«. Die Frustration der Ausbilder darf nicht zum Frust der jungen Ärzte führen. Es gibt so etwas, wie eine »schlechte Psychologie des Lehrens«! Junge Ärzte regten einmal auf einem Podium ein Mentorensystem an, das rund um die Uhr und pro Station AIPler (Arzt im Praktikum) unterstützt. Ganz sicher würde sich das auch auf die Patienten positiv auswirken.

Ein entscheidungskompetentes Team ist mehr wert als jede technische Innovation.

Der berühmte Kardiologe Bernard Lown schreibt dazu in seinem Buch »The lost Art of Healing«/ »Die verlorene Kunst des Heilens, 38: »Ich bin davon überzeugt, dass ein Zuhören, das über die Hauptklage (oft ein eingebildetes Problem) hinausreicht, der wirksamste, schnellste und kostengünstigste Weg ist, um zum Kern der meisten medizinischen Probleme vorzudringen. Eine britische Studie zeigte, dass fünfundsiebzig Prozent der Informationen, die zu einer korrekten Diagnose führen, von einer detaillierten Anamnese gewonnen werden, zehn Prozent von der körperlichen Untersuchung, fünf Prozent von einfachen Routinetests und fünf Prozent von all den teuren invasiven Prozeduren.«

»Ich bin davon überzeugt, dass ein Zuhören der wirksamste, schnellste und kostengünstigste Weg ist, um zum Kern der meisten medizinischen Probleme vorzudringen.«

»Humane« Medizin versus naturwissenschaftliche Medizin am Lebensende

Die Ausdifferenzierung medizinischer Einrichtungen macht die Zuwendung zum Kranken insgesamt noch komplexer, als sie ohnehin ist. Die organorientierte Einigung auf medizinische Leitlinien erschwert die Betrachtung der ganzen Person. Die unpersönliche verfahrens- und technikorientierte Medizin verzögert das ernste Gespräch über das Behandlungsziel. Diesem Umstand sind oft auch die extrem hohen Ausgaben am Lebensende geschuldet. Wenn der soziale Raum, der durch ein Arzt-Patienten-Verhältnis angeboten, aber nicht wahrgenommen wird, kommen auch die Fragen nach dem guten Leben und Sterben nicht auf. Und dies ist eine Verschwendung wertvoller Ressourcen in jedem Sinne.

» Nachweise bei der Autorin

Pflegekammern – der richtige Weg für die Pflege

Am 11. Dezember 2015 wurde in Rheinland-Pfalz die Vertreterversammlung für die erste Pflegekammer in Deutschland gewählt. Dies ist ein Novum in der Geschichte der professionellen Pflege in Deutschland und das Ergebnis von jahrzehntelangen Bemühungen um eine Selbstverwaltung der Pflege. Die Vertreterversammlung der Landespflegekammer ist sozusagen das »Parlament der Pflege« im jeweiligen Bundesland.

In Deutschland ist die Gesundheits- und Sozialpolitik geprägt von der Selbstverwaltung. Bisher sind Trägerverbände, Ärztekammern und Kostenträger selbstverständliche Verhandlungspartner im politischen und strategischen Geschäft und beteiligen sich am »Verteilungskampf« im Gesundheitswesen. So wird in dem bisherigen System auch das Maß von Qualität der Pflege definiert bzw. rationiert. Die Profession Pflege mit ihren rund 1,2 Millionen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege als größte Gruppe der Leistungserbringer bleibt bislang im Wesentlichen unbeteiligt bzw. unberücksichtigt. Nicht selten gibt es Gesetzesentscheidungen, bei denen die Berufsgruppe der Pflege nicht einmal angehört wird.

Nicht selten gibt es Gesetzesentscheidungen, bei denen die Berufsgruppe der Pflege nicht einmal angehört wird.

Eine Kammer ist eine berufsständische Selbstverwaltungsorganisation in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts, welche hoheitliche Aufgaben erfüllt z. B. der Erlass einer Berufsordnung. Die Kammer wird durch ein Parlamentsgesetz eines Bundeslandes errichtet. Aktuell gibt es diese Beschlüsse in Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. In Niedersachsen hat sich am 28. Juli 2015 in Hannover die

Anna Maria Luger M.A.,
Krankenschwester,
Dipl.-Pflegewirtin (FH),
Caritaswissenschaftlerin (univ.) arbeitet als Geschäftsführerin beim Katholischen Pflegeverband e.V.

Gründungskonferenz zur Errichtung einer Niedersächsischen Pflegekammer auf Einladung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung konstituiert. In Bayern wird die Diskussion um die Errichtung einer Pflegekammer seit einigen Jahren sehr kontrovers geführt. Derzeit wird vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege ein Sonderweg im Sinne eines »Pflegerings« geplant, der von den Berufsverbänden vehement abgelehnt wird.
Die Pflegekammer ist als Interessensvertretung der Pflege demokratisch aufgebaut. Wie im Landtag werden in diesem Gremium inhaltliche und organisatorische Fragen beraten und beschlossen. Das bedeutet, die Pflege entscheidet selbst über die Arbeit der Kammer, die Festlegung von Betreuungs-, Pflege- und Versorgungsstandards, die Höhe der Mitgliedsbeiträge und alle grundsätzlichen Fragen rund um die professionelle Versorgung durch Pflegefachkräfte.

Was sind die konkreten Ziele und Aufgaben einer Pflegekammer?

- **Vertretung der Profession Pflege**
  Eine Pflegekammer vertritt die Belange der Angehörigen der professionellen Pflege gegenüber der Politik, der Öffentlichkeit und den relevanten Gremien in der Gesundheits- und Sozialpolitik. Die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen braucht eigene Kompetenzen und eine eigenständige Vertretung durch Experten aus den eigenen Reihen.

- **Eintreten für die Belange der Bürger in Fragen der pflegerischen Versorgung**
  Fachentscheidungen und Entscheidungen über eventuelle Fehlleistungen dürfen nicht weiterhin Berufsfremden überlassen bleiben. Gerade angesichts der Umverteilung der Aufgaben durch die steigende Pflegebedürftigkeit, die Zunahme chronischer Erkrankungen und die geringere Verweildauer in Kliniken ist eine starke und geschlossene Interessensvertretung für die beruflich Pflegenden unerlässlich.

- **Regelung der Berufspflichten und -ausübung**
  Die Kammer erlässt eine verbindliche Berufsordnung und ethische Richtlinien für pflegerisches Handeln. Sie regelt und überwacht die Einhaltung dieser Regelungen.

- **Sicherung der Pflegequalität**

- **Registrierung aller beruflich Pflegenden**
  Zunehmend von Bedeutung ist die Registrierung der Berufsgruppe zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung und im Interesse einer besseren Verteilung von Ressourcen. Die Berufsangehörigen sind verpflichtet sich in einer Kammer registrieren zu lassen. Dadurch entsteht aussagekräftiges Datenmaterial über die Quantität und den Qualifikationsstand der Pflegefachpersonen. Lupe: Durch die Registrierung entsteht aussagekräftiges Datenmaterial über die Quantität und den Qualifikationsstand der Pflegefachpersonen.

- **Gestaltung und Regelung von Fort- und Weiterbildung**
  Die Kammer regelt und überwacht verbindliche Standards und Qualitätskriterien.

- **Benennung von Sachverständigen**

- **Tätigkeit als Schiedsstelle**

- **Förderung und Anerkennung der beruflichen Fort- und Weiterbildung**

- **Erhebung und Auswertung pflegerelevanter Daten**

Pflegekammern in Europa

In vielen europäischen Ländern haben Pflegekammern Tradition und sind Standard. Zu diesen Ländern gehören zum Beispiel Dänemark, Großbritannien, Schweden, Norwegen, Finnland, Irland, Italien, Spanien, Portugal, Ungarn, Polen, Slowakei, Slowenien, Zypern und Frankreich. In den aufgeführten Ländern ist die Pflegekammer an das nationale Gesundheitssystem angepasst und in politische Entscheidungen mit eingebunden. Die professionell Pflegenden haben eigenverantwortliche Tätigkeitsbereiche sowie ein rechtlich gesicherteres Berufsbild.

Wer wird Mitglied in einer Pflegekammer?

Auch dies wird im jeweiligen Kammergesetz eines Bundeslandes festgelegt. Das rheinland-pfälzische Heilberufsgesetz (HeilBG) legt zum Beispiel im §1 »Mitgliedschaft« fest, dass

- alle Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger
- alle Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie
- alle Altenpflegerinnen und Altenpfleger, die in Rheinland-Pfalz ihren Beruf ausüben der Landespflegekammer angehören. Die Ausübung des Berufs umfasst jede Tätigkeit, bei der berufsgruppenspezifische Fachkenntnisse angewendet oder verwendet werden.

Pflichtmitglieder sind demnach i.d.R.:

- alle o.g. Berufsangehörige, die in Altenheimen, Krankenhäusern oder der ambulanten Pflege etc. in Rheinland-Pfalz ihren Beruf ausüben.
- alle o.g. Berufsangehörige, die in Einrichtungen des Gesundheits- und/ oder Pflegewesens in Rheinland-Pfalz Leitungsfunktionen als Pflegedienst-, Abteilungs-, oder Wohnbereichsleitungen etc. innehaben.

- alle o.g. Berufsangehörige, die in Schulen, Hochschulen und weiteren Bildungseinrichtungen in Rheinland-Pfalz als Lehrerinnen oder Lehrer, Dozentinnen oder Dozenten oder Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer etc. tätig sind.

Darüber hinaus gibt es noch eine freiwillige Mitgliedschaft, bei der die Kriterien ebenfalls im Gesetz niedergelegt sind. Nur wenn alle Berufsangehörigen Mitglied einer Pflegekammer sind, ist die Kammer auch legitimiert, hoheitliche Aufgaben zu übernehmen.

Fazit

Eine Kammer – wie bei den anderen anerkannten Heilberufen – wird dem Anspruch am besten gerecht, eine starke und eigenständige Interessensvertretung der Profession Pflege zu sein. Dies entspricht auch dem Interesse der Bürgerinnen und Bürger als potentiellen Pflegeempfängern. Es ist notwendig, dass die Stimme der Pflege in Fragen der Qualitätssicherung, der Bildung, der Versorgung und der politischen Vertretung gehört wird. Pflegekammern sind ein unverzichtbarer Bestandteil der Aufwertung und Modernisierung der Pflege in Deutschland. Eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs wird eine Folge davon sein.

» Nachweise bei der Autorin

Das gute Miteinander von Seelsorge und medizinischer Ethik im Krankenhaus

Immer wieder werden – nicht nur in konfessionellen Krankenhäusern – Seelsorgerinnen und Seelsorger von der Pflegeschule und der Geschäftsführung angefragt, um als EthiklehrerInnen über bioethische Themen zu sprechen oder als Mitglieder im Ethikkomitee mitzuarbeiten. Dies hat viele Gründe.

Tradition und theologisches Selbstverständnis als Grundlage des Miteinanders

Zum einen wird Kirche nach wie vor als Instanz für Moral und soziale Kompetenz in der Gesellschaft wahrgenommen. Tatsächlich sind es die Kirchen, die sich lautstark und medienwirksam zu bioethischen Themen wie Abtreibung, Stammzellforschung, Sterbehilfe etc. äußern und sich damit immer noch als die Stimme der gesellschaftlichen Moral präsentieren. Sie verstehen sich hierbei als Vertreter des Lebensschutzes und der Würde des Menschen. Auf sozialethischer Ebene sind es die kirchlichen Sozialverbände wie Diakonie, Caritas, Missio oder Misereor mit ihren Stellungnahmen zu Fragen der Armut und Gerechtigkeit in der Welt, die die Kirchen als »Sozialgewissen« zu Geltung bringen. Bis hin zu den deutlichen Stellungnahmen des derzeitigen Papstes zu Fragen von Gerechtigkeit, Frieden und Wahrung der Schöpfung.

Gleichzeitig ist Seelsorge von ihrem theologischen Selbstverständnis auf die biblische Ethik verwiesen: Das Liebesgebot Jesu etwa, das Gleichnis vom barmherzigen Samariter, die Zehn Gebote als Regelwerk gelingenden Miteinanders in der Gesellschaft und die vielen anderen moralischen Ermahnungen und Ein-

Michael Adam, Dipl. Theol. und Pastoralreferent, arbeitet als Krankenhausseelsorger im städt. Krankenhaus in Pirmasens. Er ist Ethiklehrer in der Pflegeschule, Gründer und Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees. Schwerpunkt seiner Arbeit ist die Ethik am Lebensende und die derzeitige Debatte um die Sterbehilfe.

lassungen durch die Propheten, durch Paulus und die Evangelien. Immer wieder fragt die Theologie nach Freiheit und Verantwortung des Menschen in der Schöpfungsordnung Gottes. Wenn der aktuelle Pastoralplan der Diözese Speyer die »Anwaltschaft« für Gerechtigkeit und Leben zu einem der vier Hauptprinzipien seelsorgerischen Tuns qualifiziert, dann geschieht dies aus der gleichen biblischen Grundhaltung heraus.

Ein Krankenhausseelsorger soll als Anwalt der Menschlichkeit und Moral bioethische Debatten führen.

Diese Andeutungen mögen genügen, um zu verstehen, dass Seelsorgerinnen und Seelsorger einerseits als »Gutmenschen« eingestuft werden, deren moralische Kompetenz gerade bei medizin-ethischen Konflikten (wie etwa am Lebensende) geschätzt und erwünscht sind, andererseits sind ethische Fragestellungen geradezu im inneren Kern christlichen Lebens und Glaubens verortet. Ein Krankenhausseelsorger soll deshalb als Anwalt der Menschlichkeit und Moral in der Institution Krankenhaus und des Gesundheitswesens bioethische Debatten führen, strukturiert in Ethikkomitees mitarbeiten, diese gegebenenfalls leiten und dabei seine Perspektive qualifiziert mit einbringen.

Die Rolle des Seelsorgers in bioethischen Diskursen

a) Seelsorger sind bis zu einem gewissen Grade unabhängig

Zunächst einmal ist der Seelsorger zwar im Krankenhaus tätig, wird aber nicht vom Krankenhaus bezahlt. Selbst wenn im Einzelfall Seelsorger vom Hause bezahlt werden, befinden sie sich dennoch als Angestellte der Kirche in relativer Unabhängigkeit von Krankenhaushierarchien und deren Zwängen. Dies schafft einen Grad an Freiheit und Unabhängigkeit, den andere Mitarbeiter des Hauses im Ethikkommitee entgegen aller Beteuerung faktisch nicht haben. SeelsorgerInnen können hierbei als Garanten des »Herrschaftsfreien Diskurses«(Habermas) in Erscheinung treten. Bei ethischen Konflikten, die immer auch die Akteure im Krankenhaus betreffen, kann er freier auf Werte und Menschlichkeit verweisen, ohne an Stations- oder sonstigen Interessen gebunden zu sein. In meinem Dienst als Leiter des Ethikkomitees ist dies von unschätzbarem Wert, der vor allen Dingen von den Mitgliedern der »niedrigeren Dienstgrade« sehr geschätzt wird.

b) Seelsorger sind nahe am Patienten und dem Stationsgeschehen

Ferner sind Seelsorger durch ihren Dienst sehr nahe am Patienten und deren Angehörigen. Insofern erfahren sie viele persönliche Dinge, die selbst Pflegekräfte nicht zu Gehör bekommen, geschweige denn Ärzte. Dadurch eröffnen sich Perspektiven, die im ethischen Diskurs wichtig sind. Etwa die Frage nach Werthaltungen von Patienten und Familienangehörigen.

Gleichzeitig hören sie auch von den Sorgen der Pflegenden und der Ärzte: Organisationsethische Themen wie etwa die Frage nach Rahmenbedingen auf einer Station und die entsprechenden Umgangsweisen mit den Patienten (z.B.: Mangel an Pflegekräften und deren Überlastung, Ungeduld etc.); die Frage nach ökonomischen Zwängen und den entsprechenden Verhaltensweisen der Institution, wie etwa die schleppende Verwirklichung palliativer Strukturen. Auch hier bringt der Seelsorger seine konkreten Erfahrungen mit ein.

c) Seelsorger vertreten ein erweitertes Autonomieverständnis

Das christliche Menschenbild, in dessen Rahmen sich Seelsorge bewegt, sieht die menschliche Autonomie – im Gegensatz zum »ethischen Mainstream« – nie absolut und schon gar nicht als eine rein willkürliche. Autonomie ist eingebettet in den Rahmen der menschlichen Gemeinschaft und der christlichen Gemeinde Jesu.

Autonomie ist eingebettet in den Rahmen des menschlichen Gemeinschaft und der christlichen Gemeinde Jesu.

Ganz im Sinne Martin Bubers: »Der Mensch wird durch das Du zum Ich«. Christliche Autonomie sieht den Menschen als freies, aber nicht autarkes Wesen. Medizinethische Parolen wie »Mein Leben/Sterben gehört mir« werden aus christlicher Sicht geweitet und finden ihre Orientierung in größeren Sinnzusammenhängen.

d) Seelsorger bringen einen weiten Würdebegriff mit in den Diskurs

Seelsorger/innen sehen im Sinne Jesu Krankheit und Gebrechlichkeit nicht als bloßen Defekt. Schon gar nicht als Merkmal von »Lebensunwürdigkeit«. Der christliche Würdebegriff des Menschen als »Ebenbild Gottes« umfasst alle denkbaren Phasen und Situationen des Lebens. Daraus resultiert die durchaus anders geartete Akzentuierung christlicher Bio-Ethik in Fragen der Abtreibung, der Sterbehilfe, der Stammzellendebatte etc.

e) Die spirituelle Dimension seelsorgerlichen Menschenverständnisses

Christliche Spiritualität sieht den Menschen eingebettet in transzendente Zusammenhänge. Ökonomische oder biovitale Verkürzungen der Sicht auf Krankheit werden geweitet auf spirituelle Wirklichkeiten:
Dasein ohne Leistung, jenseits von Nützlichkeiten, Erfolg und Stärke. Krankheit kann gedeutet werden als Prüfung und Bewährung, um zu reifen und im Glauben zu wachsen. Seelsorger sehen den Menschen immer auf der Folie von Zukunft und Hoffnung und transzendenter Offenheit, jenseits von fertigen Konzepten und einseitigen Verengungen.

Ethische Kompetenz des Seelsorgers

Der Krankhausseelsorger bringt sowohl philosophische als auch ethischen »Sachverstand« mit: Gleichzeitig ist es vor dem Hintergrund weltanschaulicher Pluralität für den ethischen Diskurs notwendig, sich immer wieder mit den Ansätzen anderer ethischer Strömungen auseinander zu setzten und daran seinen eigenen Horizont zu weiten. Demut und Offenheit für neue Erkenntnisse – die »Zeichen der Zeit« lesen (Pastoralkonstitution des 2.Vatikanischen Konzils) – sind ein unverzichtbares Merkmal moderner Seelsorge und deren Bezugswissenschaft Theologie. Dies gilt vor allen Dingen für jene Seelsorger, die in Klinischen Ethikkomitees mitarbeiten oder diese, wie in meinem Falle, leiten dürfen.

Demut und Offenheit für neue Erkenntnisse sind ein unverzichtbares Merkmal moderner Seelsorge.

» Nachweise beim Autor

Angst oder Freude: Wie sich letztere in unserer Willkommenskultur erhalten könnte

Die Willkommenskultur für Flüchtlinge heute hat eine Vorgeschichte: die der Nachkriegszeit und des Herbstes 1989, von der heute noch viele Deutsche mit Stolz erzählen. Die überraschende Solidarität damals wie heute, die nicht nur den Hilfesuchenden sondern auch den vielen Helfern persönlich gut tat und immer noch tut, sollte uns erhalten bleiben. Sie korrespondiert mit einer realistischen Wahrnehmung der Welt, in der Ängste immer eine Rolle spielen werden.

Das Feuer der Hilfsbereitschaft

Welche Emotion lebt in denen, die helfen? Manchmal die schönste der Welt, eine helle Freude, eine intensive Leichtigkeit. Da treffen solche, die Hilfe leisten wollen auf solche, die sie brauchen und annehmen. Die damit verbundene Freude entsteht für die Helfenden durch den direkten Kontakt mit denen, die auf eine gewisse Weise schutzlos sind. Sie braucht respektvolle Scheu und Zurückhaltung ebenso wie tatkräftiges Anpacken. Manchmal wird die Freude am Helfen durch das Schlimme, was die Hilfesuchenden erlebt haben, erschüttert, aber sie kann dadurch auf eine gewisse Weise sogar an Intensität gewinnen.

Wie bleiben wir über die erste Zeit hinaus Helfer und Freund der Menschen, die uns weiterhin brauchen?

Wie halten wir dieses innere Feuer der Hilfsbereitschaft am brennen? Wie bleiben wir über die erste Zeit hinaus Helfer und Freund der Menschen, die

Der Jesuit **Dr. Matthias Rugel** unterstützt die Arbeit im Heinrich Pesch Haus bereits seit September als »neuer« Bildungsreferent. Der promovierte Philosoph und Mathematiker widmet sich derzeit vor allem der Flüchtlingshilfe. Er organisiert und koordiniert ehrenamtliche Sprachkurse für Flüchtlinge.

uns weiterhin brauchen? Diese Frage stellt sich für jeden, der in die Willkommenskultur für Flüchtlinge eingestiegen ist. Der in diesem Sommer in einem nicht zu erwartenden Ausmaß eingesetzte Empfang der Menschen wurde im September mit dem Wort der Kanzlerin »Wir schaffen das« zu einer Art »Leitkultur« – bevor die scheinbar »Vernünftigen«, die Ängstlichen und die Gewalttätigen auf den Plan traten.

Beispiele: Solidarität und Ängste

Ähnlich überraschende Phasen der Solidarität gab es schon früher. Damit ist nicht unbedingt die Aufnahme der Heimatvertriebenen nach 1945 gemeint: Auch damals gab es viel Abschottung und Verbitterung. Ich denke an die Zeit kurz zuvor: Von den ersten Tagen nach der Bombardierung in deutschen Städten wird oft berichtet, dass man sich einfach uneigennützig gegenseitig geholfen hat.

Ein zeitlich näherliegendes Beispiel ist der Herbst 1989, als viele Bürger der DDR über Ungarn in die Bundesrepublik flohen und in vielen Häusern freundlich aufgenommen wurden. Die einzelnen Taten des Willkommen-Heißens haben damals dem politischen Willen in die Hand gespielt, es gab ein »Ja« zu Zusammenhalt, Freiheit und Demokratie in Deutschland und Europa. Die Begeisterung vieler Helfer oder Beobachter von damals ist für mich heute noch spürbar, wenn ich das Lied »Wind of Change« oder das Lied »Da berühren sich Himmel und Erde« höre oder singe. Auch das 400 Jahre alte »Wer nur den lieben Gott lässt walten« hat durch die Friedensgebete in der Nikolaikirche seine Gültigkeit in der Geschichte erwiesen bekommen.

Nach der Phase der überbordenden Solidarität kamen auch damals die Ängste. Heute sind sie vergessen: Obwohl die Einigung finanziell teurer wurde, als damals zunächst angenommen. Viele dieser Ängste waren legitim. Vieles hätte besser gemacht werden können. Doch die Ängste sind heute überwiegend gewichen. Manchem mag ein dumpfes Gefühl der Überfremdung durch die Menschen des »anderen« Teils von Deutschland geblieben sein. Denen möchte ich zurufen: Macht die Augen auf, geht auf Reisen, schaut euch den Osten Deutschlands, schaut Euch Leipzig an!

Vieles hätte besser gemacht werden können. Doch die Ängste sind heute überwiegend gewichen.

Dennoch, die Ängste sind auch heute – angesichts der vielen Flüchtlinge, die zu uns kommen, nur allzu legitim. Ihnen stehen die Ängste derer gegenüber, die bei uns Schutz suchen. Was ist die Angst davor, dass wir den Aufbau Osteuropas finanziell nicht stemmen können, gegenüber der Angst vor einem Blutbad, wie es auf dem »Platz des Himmlischen Friedens« befürchtet wurde? Das Furchtbare, das in Syrien oder Afghanistan oder mit den Roma mitten in Europa passiert, ist uns heute sehr nahe gekommen.

Freude durch konkretes Helfen

Die Freude der Helfenden heute – vor dem Hintergrund von so viel erfahrenem Grauen – hilft, die Sorgen um die Unterbringung der Flüchtlinge, ihre Integration und den inneren Frieden Europas an den rechten Platz zu rücken – den zweiten Platz!

Durch einen behutsamen Umgang kann Begegnung gelingen und dann werden auch unsere Sorgen gemildert.

Durch einen behutsamen Umgang kann Begegnung gelingen und dann werden auch unsere Sorgen gemildert. Das geschieht durch das Einfühlen in die Menschen, die kommen und das Hören ihrer Geschichten. Vor allem jedoch durch das konkrete Helfen.

Der deutsche Autor Martin Kämpchen, der sich dem deutsch-indischen Kulturaustausch widmet, ist vor 40 Jahren aus Deutschland nach Indien ausgesiedelt. Deutschland schien ihm immer so »irreal«, d.h. jenseits der Probleme der wirklichen Welt. Bei seinem jüngsten Besuch in Deutschland bemerkte er jedoch eine Änderung: das Zugehen Vieler auf die Vielen, die zu uns kommen.

Mit den Problemen der Welt, die bei uns landen, und der zugehörigen Ausweglosigkeit wächst auch manchmal eine besondere Freude. Die Flüchtlinge laden uns gleichsam ein, über uns hinaus zu wachsen, von der Zentriertheit auf uns weg zu gehen. Darin kann die Möglichkeit neuer ungeahnter Freude liegen, die wir empfinden, wenn wir helfen. Wenn wir die Freude behalten wollen, brauchen wir nur die Augen weit und unvoreingenommen zu öffnen und ins mitfühlende Helfen immer wieder hinein zu begeben. »Selig die hungern und dürsten nach Gerechtigkeit« – Vielleicht sprach schon Jesus von der sanften Freude der Willkommenskultur und wie sie bleiben kann.

Fallschilderung und Diskussion: Operation als Vorbereitung einer möglichen Organspende

Am vorliegenden Fall wurde in einem Krankenhaus diskutiert, wie mit Patienten umzugehen ist, bei denen die Bereitschaft zur Organspende unklar, zur Erhaltung der Möglichkeit einer Organspende jedoch eine weitere Operation notwendig ist. Solche in Notaufnahmen nicht selten vorkommende Situationen werden von den Beteiligten als ethisch herausfordernd empfunden.

Fallschilderung

Eine Patientin (18) hat bei einem Verkehrsunfall eine Schädel- und Halswirbelfraktur sowie Frakturen am Becken und Oberschenkel erlitten. Sie wurde mit intrazerebraler Blutung bereits irreversibel hirngeschädigt über den Schockraum aufgenommen. Der zeitnahe Hirntod wird als unausweichlich prognostiziert. Daher entscheidet man sich für einen Therapieverzicht bzgl. der Schädel-Hirnverletzung. Da im Übrigen die inneren Organe kaum in Mitleidenschaft gezogen scheinen, ist die Patientin als potentielle Organspenderin geeignet. Sie wird im Schockraum entsprechend versorgt und auf die Intensivstation übernommen.

Eine operative Versorgung der Frakturen ist dringend erforderlich, wenn die Patientin weiter als potentielle Organspenderin in Frage kommen soll.

Bei der Patientin droht jedoch aufgrund der blutenden Frakturen ein Blutungsschock mit vollständigem Organversagen. Eine operative Versorgung der Frakturen ist dringend erforderlich, wenn die Patientin weiter als potentielle Organspenderin in Frage kommen soll. Eine Erklärung der

Dr. Klaus Klother,
Ethik in Medizin und Pflege, Katholischer Krankenhausverband der Diözese Osnabrück e.V.

Patientin zur Organspende liegt zu diesem Zeitpunkt nicht vor. Die Angehörigen sind auch telefonisch nicht erreichbar.
Der behandelnde Arzt ersucht eine zeitnahe ethische Fallbesprechung: Ist es ethisch gerechtfertigt, die Patientin bei bevorstehendem Hirntod zur Ermöglichung einer möglichen Organspende zu operieren?

Diskussion

Von Seiten der Transplantationsbeauftragten eines Krankenhauses könnte die Position vertreten werden, dass man die Patientin selbstverständlich operieren dürfte, ja müsste, wollte man nicht die grundsätzliche Bereitschaft des Krankenhauses, Transplantationen vorzunehmen, infrage stellen. Im Sinne einer Triage könnte kritisch abzuwägen sein, ob durch die möglicherweise lange Wartezeit bis zum Eintreffen der Angehörigen (und damit dem Zeitpunkt der Klarheit) nicht Ressourcen beansprucht werden, die ggfs. von anderen Patienten benötigt würden. Auch wäre ein denkbarer Standpunkt, dass man die Patientin operieren müsse, um ihr die Möglichkeit einer Organspende nicht zu verweigern. Würde sie versterben und es käme heraus, dass sie einer Organspende zugestimmt hat, wäre ihr ja die Möglichkeit zu dieser moralisch sehr hochrangigen Tat versperrt worden.

Es wäre ein denkbarer Standpunkt, dass man die Patientin operieren müsse, um ihr die Möglichkeit einer Organspende nicht zu verweigern.

Nach meiner Einschätzung sind zwei Aspekte für diesen und ähnlich gelagerte Fälle zu beachten. Der erste betrifft die Handhabe von Organspenden grundsätzlich, der zweite greift das letztgenannte Argument der Organspende als moralisch hochrangiger Tat auf:

Durch eine die Organspende ermöglichende Operation besteht die Gefahr, dass die Grenze zwischen Zustimmungs- und Widerspruchsregelung zur Organspende verwischt wird: Wenn ohne Organspende-Ausweis oder entsprechende Äußerung der Angehörigen jeder potentielle Organspender für eine mögliche Transplantation präpariert wird, entsteht der Eindruck, dass wir solange von einer Spendenbereitschaft ausgehen, bis wir das Ge-

Durch eine die Organspende ermöglichende Operation besteht die Gefahr, dass die Grenze zwischen Zustimmungs- und Widerspruchsregelung zur Organspende verwischt wird.

genteil gesagt bekommen. Dies ist etwa in Österreich der Fall, wo Organspende als allgemein gewollt angesehen wird, es sei denn, ein Mensch lehnt die Organspende ausdrücklich ab. Diese Regelung nennt man dann »Widerspruchsregelung«, da jeder Mensch einer Organspende widersprechen darf, aber eben auch ausdrücklich widersprechen muss, damit keine Organe entnommen werden. Ohne ausdrücklichen Widerspruch dürfen Organe grundsätzlich entnommen werden. Im vorliegenden Fall, der sich in Deutschland ereignete, kommt es ohne Zustimmung zwar nicht zur Transplantation, aber die dahinter stehende Haltung (auf Verdacht zu operieren, um die Möglichkeit einer Organspende zu erhalten) geht in dieselbe Richtung. Das heißt, wenn ich mich für die Weiterbehandlung entscheide, sollte ich auch gute Gründe für meine Mutmaßung haben, dass eine Organspende gewollt ist.
Im vorliegenden Fall lässt sich nur rückblickend klären, ob eine Organspende gewollt wird oder nicht. Allerdings herrscht eben akuter Entscheidungsdruck bzgl. der notwendigen, präparierenden Operation.

Güterabwägung

Was wiegt schwerer, das Gute der Organspende oder die Ungerechtigkeit bei fehlender Spendenbereitschaft?

Dass Organspenden als moralisch hochrangig angesehen werden dürfen, ist unstrittig. Selbst die Kirchen betonen, dass Organspende Ausdruck christlicher Nächstenliebe sein kann. Eine Organspende ist in diesem Sinne eine gute Tat (auch wenn ich sie nicht einfordern darf). Wäre es daher nicht moralisch falsch, der Patientin in unserem Fall die Möglichkeit zur Organspende zu nehmen? Umgekehrt, so muss man einwenden, würde man in die körperliche Unversehrtheit der Patientin eingreifen (auch wenn sie hirntot wäre), würde man sie operieren und später herausfinden, dass sie eine Organspende ablehnt. Was wiegt nun schwerer, das Gute der möglichen Organspende oder die mögliche Ungerechtigkeit bei fehlender Spendenbereitschaft?
Ein ethischer Grundsatz, der insbesondere in modernen Demokratien gilt, besagt, dass das Gerechte Vorrang vor dem Guten hat. Damit ist gemeint, dass meine guten Taten nicht auf Kosten anderer geschehen dürfen, dass zugunsten meiner guten Taten nicht Ungerechtigkeit billigend in Kauf genommen werden darf. Auf den vorliegenden Fall würde ich den Grundsatz in der Weise übertragen, dass durch den

Verzicht auf eine Weiterbehandlung zwar der Patientin die Möglichkeit zu einer guten Tat (Organspende) genommen würde, die Patientin jedoch vor einer Ungerechtigkeit (möglicherweise unberechtigter Eingriff in die körperliche Unversehrtheit) geschützt wird.

Rezension zu
Coors/Simon/Stiemerling: »Ethikberatung in Pflege und ambulanter Versorgung: Modelle und theoretische Grundlagen«

»Die Ethik ist in der Pflege angekommen.« [33] So beschreibt es die Pflegewissenschaftlerin Margit Haas in ihrem Beitrag des 2015 von Michael Coors, Mark Siemerling und Alfred Simon im Jacobs Verlag veröffentlichten Sammelbandes: »Ethikberatung in Pflege und ambulanter Versorgung«. Sie bezieht sich mit dieser Aussage auf die steigende Zahl von Fachbeiträgen, die die Einführung von Ethikberatung in der Altenpflege zum Gegenstand haben. In der Arbeitsrealität der Altenpflege ist jedoch immer noch von einer Unterversorgung mit Ethikberatung zu sprechen.

Dr. Michael Coors, Alfred Simon, Mark Stiemerling (Hgg.)
Ethikberatung in Pflege und ambulanter Versorgung: Modelle und theoretische Grundlagen
184 Seiten
Jacobs Verlag 2015
ISBN 978-3-89918-237-8

Die Herausgeber reagieren also auf ein insgesamt immer dringlicher werdendes Thema. In ihrem Beitrag macht Gisela Bockenheimer-Lucius auf die strukturellen Unterschiede einer Altenhilfe-Einrichtung gegenüber einem Krankenhaus aufmerksam, die sich auch in unterschiedlichen Inhalten der Ethikberatung widerspiegelten [vgl. 20-22]. Dazu zählen u.a. Fragen nach der Privatsphäre und die Kontrolle bzw. Einschränkung des Lebensraumes, die in der Regel in einem Krankenhaus nur vorübergehend besteht. Sie plädiert für einen »kontextsensiblen« und »kontextspezifischen« [31] Aufbau der Ethikberatungen und ein entspre-

Dr. Jonas Pavelka
bereitet gerade eine Veranstaltung zur Ethik in der Gesundheitsökonomie und den Start des ZEFOG(Zentrum für Ethik, Führung und Organisationsentwicklung) vor.

Rezension

chendes Hintergrundwissen der Ethikberater, um gute Empfehlungen erarbeiten zu können.

Margit Haas weist auf die hohe ›Anwalts-Funktion‹ der Pflegekräfte hin.

Margit Haas stellt die These auf, dass die ethischen Fragestellungen von Ethikberatern durchgeführt werden sollten, die aus dem Pflegebereich kommen [33]. Sie weist auf die hohe »Anwalts-Funktion« der Pflegekräfte für die zu pflegenden Menschen hin, die nicht zuletzt gegenüber Ärzten in Anschlag gebracht werden müsse. Die Uneinigkeit z.B. bei der Frage nach der Indikation einer PEG-Sonde bei einem gleichzeitigen Entscheidungsungleichgewicht zwischen Medizin und Pflege führen zu Konflikten, die wirksam mit Hilfe einer ethischen Fallbesprechung aufgelöst werden können [38].

Der Mitherausgeber des vorliegenden Bandes Alfred Simon weist darauf hin, dass in der Alten- und Behindertenhilfe oft auch typische Alltagskonflikte wie der Umgang mit »herausforderndem« Verhalten von Bewohner/innen Gegenstand der Ethikberatung seien. Es gehe im Unterschied zu Fallberatungen im Krankenhaus oftmals nicht darum, ob eine Maßnahme noch indiziert sei oder nicht. Vielmehr stehe die Frage im Zentrum, wie eine Maßnahme besonders würdevoll und unter Erhalt der Lebensqualität durchgeführt werden könne, was auch dazu führen kann, dass verstärkt präventive und retrospektive anstelle von prospektiven Beratungen durchgeführt werden [70].

Karin Gollan unterstreicht mit Blick auf die Ethikarbeit der Malteser die Annahme, dass neben medizinethischen auch stärker sozialethische Fragestellungen Gegenstand der Ethikberatung seien [82]. Dies schlägt sich auch im eigens für die Beratung entwickelten Fragebogen nieder. Neben den vier medizinethischen Prinzipien sind dort auch folgende sozialethische Aspekte: biografische Integrität, Nutzen und Nachhaltigkeit [87] Gegenstand der ethischen Empfehlung. Die einzelnen Kriterien werden anhand dieser sieben Kriterien mit »+« und »–« hinsichtlich ihrer Erfüllbarkeit bewertet. Der hohe Wert einer strukturierten Besprechung wird durchaus von den Mitarbeitenden erkannt, da aber der Aufwand für die Einbestellung z.B. des Hausarztes im Vergleich zu Besprechungen auf einer Station hoch ist, wird noch immer auch auf das niederschwellige Format zurückgegriffen.

Insbesondere die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen führte bei der Bremer Heimstiftung zum Wunsch nach ethischen Fallbesprechungen [102-103], was sich auch in den Themen der tatsächlich durchgeführten Beratungen bestätigt.

Dabei ging es z.B. um »Essen und Trinken am Lebensende«, »Anlage einer PEG« oder die »Entscheidung zwischen palliativem und kurativem Behandlungsgrundsatz (Therapiezieländerung)« [108]. Durch die regelhafte Implementierung der Ethikberatung und verschiedener Angebote hat sich die Qualität in der Zusammenarbeit der Mitarbeitenden nach Aussage von Petra Scholz verbessert; sie wird auch von Angehörigen und Bewohnern als Qualitätsmerkmal wahrgenommen [112].

Der ursprüngliche Grund für die Gründung eines EKA (Ethik-Komitee in der Altenhilfe) in einem Frankfurter Seniorenzentrum war eine Studie über die Arzneimittelversorgung, durch deren Auswertung auch ein Mangel an Gesprächsmöglichkeiten zur Klärung normativer Fragen deutlich wurde. Diesem Bedarf kam man durch die Gründung eines EKA nach und baute die Ethik-Arbeit durch die Anbindung an ein bereits bestehendes Netzwerk der Altenpflege aus. Zusätzlich gründete man einen Gesprächskreis (Ethik-Café), in dem ethische Fragestellungen mit Mitarbeitenden besprochen und ausgetauscht werden. Timo Sauer weist in seinem Beitrag darauf hin, dass anstelle von Ärzten häufiger gesetzliche Betreuer, Vorsorgebevollmächtigte oder Angehörige bei den Ethikberatungen anwesend sind, was zur »hierarchischen Entzerrung des Verfahrens« [121] führt. Das für den Kontext entwickelte Verfahren zur Durchführung einer Ethikberatung fällt durch seine vergleichsweise hohe Flexibilität in der Grundkonzeption auf, da es keine festgelegte Reihenfolge gibt, die »abgearbeitet« werden müsste. Sauer stellt fest, dass es noch immer »beratungswürdige Fälle« [125] gebe, die aber nicht zur Beratung gelangten.

Timo Sauer weist in seinem Beitrag darauf hin, dass anstelle von Ärzten häufiger gesetzliche Betreuer, Vorsorgebevollmächtigte oder Angehörige bei den Ethikberatungen anwesend sind, was zur »hierarchischen Entzerrung des Verfahrens« [121] führt.

Jörg Wilch beschreibt die Einführung von Ethikstrukturen für den Bereich Pflege des Gesundheitsdienstleisters AMEOS. Er setzt in grundsätzlicher Weise an und stellt besonders die Orientierung der Ethikarbeit am Leitwert der Menschenwürde und die Bereitschaft sich in seinem Arbeitsverhalten zu hinterfragen als Kriterien für eine ethischer Beurteilung heraus [131-133]. Diese finden sich auch in verschiedenen Maßnahmen wie der Leitbildentwicklung und dem Angebot von Ethikberatungen wieder. So wird in den Besprechungen von Fällen auch explizit nach den im Leitbild vorgegebenen Werten und erst dann nach den persönlichen Präferenzen des Bewohners gefragt.

Wie schon im Beitrag von Petra Scholz deutlich wurde, erwies sich auch in Peine die Nähe zur Hospiz- und Palliativversorgung als sinnvoll für die Gründung eines Ethiknetzwerkes. Besonders hervorzuheben ist hier, dass schon in einem frühen Stadium der Entwicklung der Ethikarbeit neben dem stationären der ambulante Bereich mit berücksichtigt wurde, was z.B. zu sektorenübergreifenden Empfehlungen führte [143]. Aus einer ersten Moderatorenschulung entwickelte sich auch eine Steuerungsgruppe für den Aufbau eines Ethiknetzwerkes, die nach wie vor als »Clearinggruppe« fungiert, d.h. auch die Frage klärt, ob eine ethische Fragestellung vorhanden ist oder nicht.

Der Band greift auch ein Beispiel für die Arbeit eines Ambulanten Ethikkomitees auf, das ebenfalls aus der Arbeit eines Netzwerkes der ambulanten und stationären Palliativversorgung hervorgegangen ist. Matthias Kreft, Stefan Kliesch und Sylvia Kotterba beschreiben die Gründung eines »Ambulanten Ethikkomitees« (AEK). Im ambulanten Bereich gehe es oft um Fragen zum Tun und Lassen bei auftretenden Komplikationen, die aber noch nicht eingetreten sind. »Soll der Notarzt noch gerufen werden? Ist ein Krankenhausaufenthalt noch im Sinne des Patienten und dient er noch seinem Wohl oder fügt man ihm dort mehr Lasten und Schäden zu?« [155]. Bei der Besetzung des Komitees hat man auf die Erfahrung von Mitglieder eines klinischen Ethikkomitees zurückgegriffen [156]. Unterstützung erhielt das Projekt auch durch den Palliativstützpunkt.

Im ambulanten Bereich gehe es oft um Fragen zum Tun und Lassen bei auftretenden Komplikationen, die aber noch nicht eingetreten sind.

Auch in Nienburg entstand der Unterstützungsbedarf an ethischen Fragen am Palliativstützpunkt, dem sich dann auch das Krankenhaus anschloss. Nach einer zweijährigen Vorbereitungsphase hat das ambulant-klinische Ethikkomitee dort seine Arbeit aufgenommen, aber bislang nicht die Akzeptanz gefunden, die man sich erhofft hatte.

In einem abschließenden Beitrag wird die Ethikberatung eines Komitees der Stiftung Liebenau in der Behindertenhilfe thematisiert. Nach einer längeren Anlaufzeit stellte sich ein Bedarf an »sozialpolitischen Themen«, wie »Fairer Umgang mit Mitarbeiten« und »Inklusion« heraus, denen kontextspezifisch eine höhere Bedeutung als medizinethische Fragestellungen zukommt [177]. Es geht den Verantwortlichen darum, die ethische Kompetenz der Mitarbeiter durch die Reflexion über das eigene Handeln, die Erstellung von Regeln und Handreichungen sowie einen »vernunft-

und wertegeleiteten Aushandlungsprozess« [177–178] weiterzuentwickeln. Neben Texten für die Mitarbeiter werden auch diskursive Fallbesprechungen angeboten, die Expertise des Ethik-Komitees in der Beurteilung von Leitlinien [180-181] herangezogen und Stellungnahmen erarbeitet.

Der Sammelband führt die Bedürfnisse der ethischen Entscheidungsträger in der stationären und ambulanten Versorgungspraxis mit theoretischen Überlegungen zusammen. Die Berichte über konkrete Modelle und praktische Erfahrungen bei der Implementierung von EKA durch verschiedene Träger von Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen (und Netzwerken) machen das Buch besonders wertvoll für die Pflegepraxis. Insbesondere für Koordinatoren von Ethikarbeit, aber auch für Ethikberater in den benannten Feldern dürfte die Lektüre dieses Leitfadens sehr gewinnbringend sein und auch Fehler bei der Implementierung ähnlicher Strukturen vermeiden helfen.

Insbesondere für Koordinatoren von Ethikarbeit und Ethikberater dürfte die Lektüre gewinnbringend sein.

Ludwigshafener Ethische Rundschau

verständlich · christlich · praxisorientiert

Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

In Kooperation mit:

Katholischer Pflegeverband e.V.

Katholischer Krankenhausverband der Diözese Osnabrück e.V.

Impressum

ISSN 2194-2730

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@hph.kirche.org
Tel.: 0621/5999-159

Redaktion
Dipl.-Theol. Johannes Lorenz
Dr. Klaus Klother

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