

Sr. M. Benedicta Arndt

## Ethische Probleme - Praktische Entscheidungen

### Teil I: Christliche Ethik hat mit dem Anderen und mit Gott zu tun

#### 1 Einleitung

*Lernen ist wohl die entscheidende Aufgabe im menschlichen Leben. Wir lernen immer. Mal mehr, mal weniger. Mal freudig, begierig, mal unwillig und widerstrebend. Doch ob wir wollen oder nicht, bis zum letzten Atemzug werden Menschen mit Angeboten des Lernens, und damit mit Möglichkeiten der Veränderung konfrontiert. Veränderung der Einstellungen, Veränderung des Verhaltens. Veränderung der Qualität von Beziehungen. Das Wichtigste Lernen und vielleicht auch das Schwierigste ist wohl das Lernen in der Gestaltung menschlicher Beziehung zu Gott.*

*Wir sind von Gott in die Freiheit hineingestellt, unser Leben zu gestalten. Diese Freiheit ist vor allem im Umgang miteinander zu respektieren. Eben auch im pflegerischen Umgang miteinander.*

#### 1.1 Ethische Grundlagen

Alles menschliche Gestalten und Leben geht von den moralischen Grundfragen aus: Wie soll ich leben, und was soll ich tun? Beide Fragen haben neben ihrer moralischen gleichermaßen eine praktische Bedeutung. Und wenn ich die erste Frage, nach den Grundzügen, den Grundlagen meines Lebensentwurfes beantwortet habe, dann ergeben sich in vieler Hinsicht schon auch Hinweise für die praktische Ausgestaltung meines Handelns. Einfach formuliert, wenn ich sage: „Ich will als Christ, als Christin leben“, dann kann sich mein Handeln nicht nach materialistisch-atheistischen Maximen richten.

Auf dem Hintergrund eines christlichen geprägten Welt- und Menschenbildes kommt ausschließlich Gott die Rolle des Schöpfers und Erhalters allen Lebens zu. Beginn und Ende menschlichen Lebens werden aus Gottes Hand empfangen als Geschenk. Es bleibt menschliche Aufgabe, das Leben zwischen Empfängnis und Tod zu gestalten. Aber Wie? Nun, ist nicht eine immer gültige Antwort: Vor und mit Gott leben und das Richtige und das Gute tun?

Das Alte Testament stellt eine klare, eindeutige und ebenso hilfreiche Lebensmaxime vor Augen:

***Es ist dir gesagt worden, Mensch, was gut ist und was der Herr von dir erwartet: Nichts anderes als dies: Recht tun, Güte und Treue lieben, in Ehrfurcht den Weg gehen mit deinem Gott.***

*Micha 6,8*

#### 1.2 Wenn einem die Worte fehlen

Die Fachtagung ist mit der Überschrift betitelt: "Wenn einem die Worte fehlen..." Mit Worten, mit



**Sr. M. Benedicta Arndt,**  
**(Prof. Dr. Marianne Arndt),**  
Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Pflegewissenschaftlerin, Professorin an verschiedenen Universitäten

der Kommunikation überhaupt, ist das so eine Sache ...- besonders in unserer so lernfreudigen Zeit:

- Statt miteinander zu reden - werden Kommunikationstechniken gelehrt!
- Statt einander anzusehen - gibt es interaktive Workshops über visuelle Perzeption!
- Statt geschwisterlich miteinander umzugehen – stehen Reflektionen über Beziehungen auf der Tagesordnung! und
- Statt das Richtige und das Gute zu tun – philosophieren wir über Ethik!

Es gibt Entwicklungen in unserem Gesundheitssystem, die wir nicht gut finden. Die wir kritisieren müssen. Zum Beispiel Ungerechtigkeiten im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung. Sie kennen die Details: Notwendige Pflegemittel müssen selbst bezahlt werden, die Kasse bezahlt keine Inkontinenz-Unterlagen; oder, die Zeit zum wichtigen Gespräch mit Angehörigen wird nicht vergütet.

Ein anderer Bereich ist die rasante Zunahme von medizinisch-technischen Möglichkeiten. Medizinische Forschung hat einen hohen Stellenwert; Forschung im Bereich der Pflege dagegen muss hart kämpfen und hat es schwer, wirklich angemessene finanzielle Mittel zu finden.

Heute prägt technische Machbarkeit unser Denken und Leben. Medizin und Technik standen vor wenigen Jahren noch nicht vor den schwerwiegenden Entscheidungen, die heute den Klinikalltag, den Alltag in Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege

prägen. Auf der einen Seite finanzieren die Krankenkassen komplizierte, teure und langwierige Verfahren, um einem Paar zu einem eigenen Kind zu verhelfen. Auf der anderen Seite nehmen Abtreibungen zu.

Wir reden über die großen Fragen der Ethik – eigentlich fehlen uns die Worte hier nicht. Es wurde in den letzten 20 Jahren auch in Deutschland viel debattiert, geschrieben, veröffentlicht. Wir sollten uns fragen, „*hat sich dadurch, dass wir gelernt haben, über Ethik zu reden, die Sorge um kranke Menschen verändert?*“, und „*wieweit ist das konkrete pflegerische Handeln in christlichen Einrichtungen wirklich auch im praktischen Sinn ein, **Recht tun, Güte und Treue lieben...**?*“

„*Haben jene Entwicklungen in unserem Gesundheitssystem, die zu kritischen Reaktionen herausfordern, etwas damit zu tun, dass selbstverständliche zwischenmenschliche Aspekte der Beziehungsgestaltung (zwischen Pflegenden und Patienten und deren Angehörigen und unter KollegInnen) ignoriert werden?*“

So frage ich, ob vielleicht eine Ursache für die Schieflagen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen allgemein – aber auch in den Einrichtungen der Kirchen darin besteht, dass uns die Bedeutung von Güte und Treue, von Ehrfurcht in echten menschlichen Beziehungen verloren gegangen ist. Beziehungen haben immer etwas damit zu tun, wie Menschen einander sehen und wahrnehmen, was Menschen einander zu sagen haben und wie Menschen miteinander umgehen. Meine Frage geht dahin, ob vielleicht die Hinwendung zueinander, die Aufmerksamkeit für den Einzelnen (Nachbarn, Kollegen, Bruder, Schwester – für den, der im Bus neben mir sitzt) nicht wieder neu eingeführt werden müsste?

Natürlich ist der Blick auch immer wieder auf das Ganze zu richten, aber über der Beschäftigung mit dem Globalen ist die Sorge um das Nahe liegende – um den Nächsten – nicht zu vernachlässigen.

Hierzu eine kleine Geschichte, die ich vor kurzem in einer Krankenpflegezeitschrift fand:

*Als der alte Mann bei Sonnenaufgang am Strand entlang spazieren ging, bemerkte er einen jungen Mann vor ihm, der Seesterne einsammelte und ins Wasser zurückwarf. Nachdem der Greis ihn eingeholt hatte, fragte er ihn, warum er denn das tue. Die Antwort lautete, dass die gestrandeten Seesterne sterben würden, wenn sie der Morgensonne ausgesetzt sein sollten. „Aber der Strand ist kilometerlang und es gibt Millionen von Seesternen“, erwiderte der Alte. „Deine Bemühungen können doch überhaupt keinen Unterschied machen!“*

*Der junge Mann schaute den Seestern in seiner Hand an und warf ihn dann in die Sicherheit der Wellen. „Für diesen hier macht es schon einen Unterschied“, sagte er.*

Ich glaube nicht, dass dies eine schnelle Antwort ist, die letztlich doch keine Probleme löst. Es ist eine tiefe Wahrheit, dass wir mit Blick auf die großen Aufgaben unserer Zeit wohl mutlos werden könnten, wenn wir nicht immer wieder das Detail anschauen und uns um Fragen des Alltags in unserer nächsten Umgebung mühen könnten.

Für die Praxis könnte dies heißen:

- Sich in der ureigenen professionellen Rolle als Pflegende betreffen zulassen – und auch entsprechend als Pflegende Position zu beziehen;
- Die konkreten ethischen Probleme einer Situation zu verstehen und zu artikulieren;
- Werte und normative Orientierungen für alle Betroffenen zu verstehen und zu vertreten;
- Konkrete Handlungsschritte zu beschreiben, zu definieren und zu gehen ...

Und ‚Beschreiben‘ und ‚Gehen‘ sind die Pole der Spannung zwischen der ethischen Fragestellung und einer praktischen Antwort.

## 2 Beziehung zueinander – Beziehung zu Gott

Ich deutete oben an, dass Veränderungen in der Wahrnehmung von Ethik im Gesundheitswesen auch im Zusammenhang stehen mit unserer Beziehung zu Gott.

- Es ist wichtig und richtig und gut, politisch wach zu sein, Verantwortung zu übernehmen, wo es um Recht und Gesetz geht. Aber hier gibt es Grenzen, die uns schnell und schmerzlich bewusst werden. Als Einzelne sind wir oft überfordert.
- Es ist wichtig und richtig und gut, dass wir theoretische Kenntnisse erwerben, dass wir uns artikulieren, schreiben und veröffentlichen (in 30 Jahren weltweit 7012 Bücher und Artikel über Ethik und Pflege), dass wir das geschriebene Wort lesen, verstehen und als Grundlage unseres Lehrens und Lernens nutzen.
- Es ist wichtig und richtig und gut, über Möglichkeiten nachzudenken, wie wir im zwischenmenschlichen Bereich Probleme lösen können, dass wir Kompetenzen einüben, um miteinander und füreinander besser zu arbeiten.

Ja, all dies ist wichtig und richtig und gut !

Hier möchte ich etwas konkreter die Frage nach den Beziehungen aufgreifen, die ich oben schon ansprach. Ich fragte:

„*Hat sich dadurch, dass wir gelernt haben, über Ethik zu sprechen, die Sorge um kranke Menschen verändert? Oder haben Entwicklungen in unserem Gesundheitssystem, die zu kritischen Reaktionen herausfordern, etwas damit zu tun, dass selbstverständliche zwischenmenschliche Aspekte der Beziehungsgestaltung (zwischen Pflegenden und Pati-*

enten und deren Angehörigen und unter Kollegen) ignoriert werden?“

Wenn wir diesen Satz ein wenig verändern und das Wort zwischenmenschlich durch ‚zwischen Gott und Mensch‘ ersetzen, stoßen wir auf eine wesentliche Dimension, die für Christen in der Pflege letztendlich ausschlaggebend ist. Also:

...haben Entwicklungen in unserem Gesundheitssystem, die zu kritischen Reaktionen herausfordern, etwas damit zu tun, dass die Beziehung zwischen Gott und Mensch ignoriert wird?

Das Zitat aus dem Propheten Micha bezeichnet ja nicht ausschließlich die menschliche Dimension von Recht, Güte, Treue und Ehrfurcht. Es heißt ja:

**Recht tun, Güte und Treue lieben, in Ehrfurcht den Weg gehen mit deinem Gott.**

Hier wird deutlich, wir sind aufgefordert, nach menschlichem Ermessen moralische Richtlinien zu achten: Recht, Güte, Treue und Ehrfurcht. Doch gewinnen diese Maximen erst eine Kontur, wenn wir den Zusatz **in Ehrfurcht den Weg gehen mit deinem Gott** bewusst mit einbeziehen.

## Teil II: Drei Kerngedanken praktischer Ethik

### 3 Verantwortung und Grenzen der Verantwortung – Würde

#### 3.1 Ehrfurcht und Verantwortung

Ehrfurcht vor dem Menschen findet einen Ausdruck in unterschiedlichen Ideologien. Auch die Unterstützung eines Wunsches nach Euthanasie kann gerade mit dem Argument der Ehrfurcht begründet werden. Die Würde eines sterbenden Menschen zu wahren, unerträgliches Leid zu verringern sind ja Gründe mit denen für den assistierten Suizid und für Euthanasie geworben werden. Doch scheint es eher die Furcht vor dem Leid zu sein als die Ehrfurcht vor dem Leben, die hier eine Rolle spielt.

Wir sind als Menschen, als engagierte Christen, als begeisterte Krankenschwestern und Krankenpfleger bereit, Verantwortung zu übernehmen. Wir übernehmen uns hierbei jedoch und übersehen, dass Verantwortung nicht losgelöst von Gott allein uns überlassen ist. Wir verabsolutieren unser Engagement und vergessen, dass jede Verantwortung an Gott gebunden bleibt, dass Gott die letzte Verantwortung trägt. Alles Leben ist von Gott gegeben. Das heißt konkret, dass die Grenzpfiler des Lebens - Beginn und Ende - in seiner Hand stehen. Gott ist Herr über Leben und Tod. Wohl aber steht die Gestaltung der Spanne des Lebens zwischen diesen Grenzpfilern in menschlicher Verantwortung. Doch wo wir Beginn und Ende des Lebens nicht mehr achten, übernehmen wir uns. Hier versuchen wir

Verantwortung zu übernehmen, der wir nicht mehr gewachsen sind. Und dies sind die Bereiche, an denen wir schier zu zerbrechen drohen. Präimplantationsdiagnostik, verbrauchende Embryonenforschung, Gentechnologie – und assistierter Suizid, Euthanasie, Sterbehilfe. Weil wir als Gesellschaft, auch als christliche Mitglieder der Gesellschaft in zwischen glauben, unsere Daseinsberechtigung verantworten zu müssen, sind wir überlastet.

Doch wir dürfen aus der inneren Überzeugung leben, dass nicht wir die Verantwortung tragen für die Tatsache, dass wir da sind, wohl aber dafür, wie wir da sind – wie wir unser Leben, unsere Arbeit, unsere menschlichen Beziehungen gestalten. Ich muss mein Geschaffensein nicht rechtfertigen, mein So-Geschaffensein darf ich als meine Aufgabe, mein Geschenk annehmen. Und alles dürfen wir letztlich unter die Autorität und in die Verantwortung Gottes stellen. Persönliche und gesellschaftliche Krisen, alles Leid, alle Krankheit, Katastrophen, aber auch Freuden, Erfahrungen von Glück und Geborgenheit können wir einordnen in die erschaffende und erhaltende Liebe Gottes.

Dies bedeutet in erster Linie, dass wir uns als Geschöpfe begreifen. In der Anerkennung unserer Geschöpflichkeit stellen wir uns in die rechte Beziehung zum Schöpfer. Und so können wir dann auch die Aussage verstehen und der Aufforderung folgen:

**Es ist dir gesagt worden, Mensch, was gut ist und was der Herr von dir erwartet: Nichts anderes als dies: Recht tun, Güte und Treue lieben, in Ehrfurcht den Weg gehen mit deinem Gott.**

#### 3.2 Der Wert des Lebens

Folgende Geschichte wurde mir von einem Facharzt für Nervenheilkunde vor einiger Zeit erzählt: Dies ist eine Geschichte der Tränen. Frau Peters ist eine 68-jährige Patientin, die von ihrem Hausarzt an ihn zur Diagnostik überwiesen wurde. Es gilt, die Symptome einer fortgeschrittenen dementiellen Erkrankung abzuklären. Herr Peters, der 75-jährige Ehemann bittet um einen Termin allein mit dem Arzt. Er erzählt von seiner Ehe, seiner Familie, von seiner Liebe. Er und seine Frau sind seit 60 Jahren unzertrennlich, sie waren in der Schule zusammen, heirateten früh und hatten 2 Söhne, Zwillinge, die durch einen tragischen Unfall beide mit 18 Jahren ums Leben kamen. Herr und Frau Peters gingen gemeinsam ihren weiteren Weg. Berufliche Erfolge wie auch schwierige Zeiten konnten sie nicht trennen. Sie führten eine vorbildliche Ehe. Vor fünf Jahren begannen die Zeichen einer Alzheimer-Erkrankung, die sich rapide verschlimmerten. Jetzt ist sie teilnahmslos, sprachlos und völlig hilfsbedürftig. Seit über einem Jahr hat sie keine Reaktion des Erkennens mehr gezeigt. Herr P. spricht davon, nur noch ein Ziel zu haben, bevor er seine Frau lebend verliert, bevor ihre Würde gänzlich zerstört sei, ihr einen guten Tod zu bereiten und dann sich selbst umzu-

bringen. Herr P. weint, er bittet den Neurologen um Hilfe, wenn es keine Genesungsaussichten für seine Frau gäbe.

Die Diagnostik ist abgeschlossen und die Resultate stehen in aller Konkretheit zur Verfügung. Der Arzt bittet Herrn P., mit seiner Frau gemeinsam zu kommen, um ihnen die Ergebnisse mitzuteilen. Dieser ist zunächst ablehnend, da Frau P. ihre Umgebung doch nicht wahrnimmt, und auch physisch wenig beweglich ist. Herr P. stimmt letztendlich der Bitte des Arztes zu und kommt gemeinsam mit seiner Frau zum Gespräch. Der Arzt erklärt sorgsam und einführend Diagnose, Prognose und auch Hintergründe der Krankheit. Frau P. sitzt mit leerem Gesicht in ihrem Rollstuhl daneben. Mit gesenktem Kopf hört Herr P. den Ausführungen des Arztes zu. Einmal schaut er auf und sieht, wie über die rechte Wange seiner Frau langsam zwei Tränen laufen.

Diese Tränen, so erzählt er dem Arzt später haben ihm gezeigt, dass es nicht seine Aufgabe sei, zu entscheiden, was ein gutes Leben oder ein guter Tod sei. In diesen Tränen hat er die Würde seiner Frau erkannt.

Inzwischen sind weitere drei Jahre vergangen. Herr P. pflegt seine Frau mit Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes. Er hat weitere Hilfen und Unterstützung durch eine Tagesklinik und Kurzzeitpflegeaufenthalte. Es ist sehr deutlich, dass der Gedanke an Euthanasie bei ihm keine Rolle mehr spielt. Herr P. ist engagiert in einer Selbsthilfegruppe pflegender Angehöriger, wie auch in der Hospizbewegung seines Ortes.

### 3.3 Würde

Würde hat etwas mit Wert zu tun. Doch der Wert eines Menschen ist unabhängig zu sehen von Fähigkeiten, Eigenschaften, Besitztümern, von den Dingen, die uns treffen und betreffen. Natürlich verleihen äußere Wert-Zeichen den Anschein der Würde: Beruf, Kleidung, Geld, Gesundheit. Menschsein ist jedoch ein unendlicher Wert in sich. Menschsein heißt, wesentlich mit Würde begabt zu sein. Aber gerade weil wir diese unveräußerliche Würde besitzen, empfinden wir es als furchtbar und unerträglich, wenn ein Mensch leiden muss.

Es ist eine der wichtigsten gesellschaftlichen Aufgaben, dafür Sorge zu tragen, dass pflegebedürftige Menschen und ihre Familien in einem sozialen und medizinischen Versorgungsnetz gehalten und unterstützt werden. In diesem Netz spielen Freunde und Nachbarn eine wichtige Rolle.

Diese gesellschaftliche Aufgabe ist auf dem Hintergrund der unverlierbaren menschlichen Würde zu verstehen und entspringt der Verantwortung, die wir als Menschen füreinander tragen.

Es liegt Würde gerade darin, in Zeiten des Verlustes für andere einzustehen und einander das Leben zu erleichtern. So geht es nicht darum zu fragen, wie weit die geistigen Kräfte eines Menschen „abgebaut“ sind? Oder wie weit das Ertragen physischer Krank-

heit einem Menschen die Würde nimmt. Es geht vor allem darum, Sinngebung in der Gestaltung eines manchmal unerträglich erscheinenden Alltags zu finden. Hier leisten Medizin und Pflege in der Praxis wie in der Forschung wesentliche Beiträge. Zeichen von Schwäche, Krankheit, Alter und Verfall rufen nach der Sorge und Pflege des Mitmenschen, diese inhärente, wesenhafte Würde zu pflegen. Dies ist insbesondere dort bedeutsam, wo die Zeichen äußerer Würde, Beruf, Position, Haltung, Besitz, ja auch der Besitz von Gesundheit verloren sind.

Wo keine Heilung mehr zu erwarten ist, wo Schmerzen, absolute physische Abhängigkeit, körperlicher und geistiger Verfall im Vordergrund stehen, ist die Würde des Menschen bedroht – so heißt es.

Krankheit, Schmerzen und insbesondere Verwirrtheit, psychischer Verfall, der Verlust an Kontrolle über sich selbst sind von der grundgegebenen Würde eines Menschen zu trennen, geistiger und physischer Abbau nehmen uns nicht unsere Würde. Es wäre würdelos, einem leidenden Menschen die Würde abzusprechen. Wo finge dieser Würdeverlust dann an? Das blutende Knie eines kleinen Kindes nach einem Sturz? Beginnende Sehschwäche um die 40? Schwerhörigkeit? Das Vergessen, wo der Autoschlüssel hingelegt wurde? Nein, zu unserem Menschsein gehören Verletzlichkeit und Schwäche; als Menschen sind wir gefährdet, wir sind den Einflüssen der Umwelt ausgesetzt und reagieren mit Leib und Seele auf das, was uns betrifft. Wir leben, altern und sterben. – Und dies bewusst zu tun, darin liegt Würde.

Ein wesentlicher Wert des Menschseins ist, die Fähigkeit und die Möglichkeit zu freier Entscheidung. Das Prinzip der Achtung vor der Selbstbestimmung – das Prinzip der Autonomie – ist ein grundlegendes ethisches Prinzip, das aus menschlicher Würde entspringt. Es ist jedoch eingebettet und gebunden an den Wert des Lebens an sich. Wenn wir den Schwachen, Kranken, Verletzten als würdelos bezeichneten, begeben wir uns auf eine schiefe Ebene, die die tiefere Bedeutung der Unvollkommenheiten dieses Lebens ignoriert.

Nach unserem Grundgesetz ist die Würde ein unverlierbarer Wert. So heißt es in Artikel 1, Absatz 1 *Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.*

Menschliche Würde erhält ihre Wirklichkeit durch die Anerkennung unseres Menschseins (Gründel, J. 1993). Dies ist immer gegenseitige Anerkennung: In dir sehe ich ein Stück von mir; dein Bedürfnis ist auch mein Bedürfnis; deine Verletzlichkeit ist auch die meine; und wo dir Würde versagt wird, trifft dies grundsätzlich auch mich.

## 4 Ressourcen und Verantwortung

### 4.1 Ethische Beurteilung betriebswirtschaftlich gesehen

Dennoch entspricht es grundsätzlich auch menschlicher Würde, dass wir uns - entsprechend unserem Text aus dem Buch Micha - auch um Recht und Gerechtigkeit mühen. In diesem Zusammenhang haben Krankheit und Gesundheit eine eigene Brisanz.

Pflegebedürftigkeit und Gebrechlichkeit stellen ein riesiges Wirtschaftspotential dar. Die Ursachen von Pflegebedürftigkeit und Gebrechlichkeit - also Krankheit, Alter, Behinderung - sind kalkulierbare Faktoren des Marktes.

Wir sind nicht nur Patienten – Leidende, Duldende - wir sind Kunden. Kunden einer wachsenden Industrie, in der die Werte des Marktes gelten.

Im Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage auf den Märkten der Möglichkeiten in unseren Gesundheitssystemen nehmen die medizinisch-technischen und die pharmazeutischen Güter einen großen Stellenwert ein.

140.000 PEG-Sonden werden in Deutschland pro Jahr neu gelegt (in Amerika sollen es 1,5 Mill. sein!). Diese Zahlen werden in einer seriösen wissenschaftlichen Veröffentlichung aus dem Jahr 2002 genannt (in Wedler 2004, S 211). Davon 70% bei Heimbewohnern und von diesen 70 % wiederum die Hälfte bei Menschen, die mit Demenz leben.

Der Preis für eine PEG beträgt 40,- € ohne MwSt. (laut Auskunft einer Krankenhaus-Apotheke).

Ich habe mir weiterhin die Mühe gemacht, nach den Folgekosten zu fragen die sich aus dem Legen von PEG-Sonden ergeben.

Auskunft einer großen Krankenkasse (AOK):

Kosten für Sondennahrung	200-300 €/Monat
Verbandsmaterialien	
und sonstige Hilfsmittel	<u>125 €</u>
	325 €

Bei Rechnung mit niedrigsten Angaben sind das pro Monat 325 € für Nahrung und Zusatzkosten. Dies mal 140.000 gerechnet, unter der Voraussetzung, dass sie mindestens einen Monat liegen, ergeben sich 45.500.000 € im Monat.

Damit ist das PEG-Geschäft ein 50-Millionen-€-Geschäft !!

Der Marktwert von Krankheit und Gebrechlichkeit zeichnet sich ab, anhand der Umsatzzahlen im Bereich von Medizintechnik und Pharmaindustrie wie auch im Bereich der Industrien, die zugeordnete Dienstleistungen anbieten.

Und wenn die direkte pflegerische Sorge bei Krankheit und Gebrechlichkeit einen höheren Stellenwert besäße, dann wären die Gehaltsspiegel im Gesundheitssystem umzukehren.

Die Pflege in Akutbereichen genießt höhere Anerkennung als die Arbeit mit chronisch Kranken und so

genannten 'Pflegefällen'. Und je enger die Zusammenarbeit mit Intensivtherapie und Akutversorgung, desto höher das Prestige beruflicher Pflege.

Wenn die menschliche Berührung entscheidend wäre, hätte der direkte pflegerische Kontakt mehr Bedeutung. Je näher pflegerisches Handeln dem Patienten selbst kommt, desto weniger wird verdient und desto geringer ist berufliches Prestige. Leitung, Management und Lehrtätigkeit werden besser bezahlt als praktische Pflege. Verdienst und Prestige sind aneinander gebunden. Und Prestige und Verdienst von pflegenden Angehörigen stehen ganz unten auf der Skala.

***Es ist lukrativer, eine Krankenhausmüllentsorgungsfirma zu betreiben als einen ambulanten Pflegedienst!***

Aber: Pflege können wir nicht billig haben und Pflege können wir nicht billig geben.

### 4.2 Ethische Herausforderung für die Politik

#### 4.2.1 Gesellschaft beeinflussen

An dieser Stelle wird deutlich, dass es nicht nur um medizin- oder pflegeethische Fragen der Ausführung von spezifischen Techniken geht. Hier kommen gesundheitspolitische und allgemein-politische Perspektiven ins Bild. Wo es um die Verteilung unserer Ressourcen geht, scheint ein Umdenken nötig zu sein, damit Herr Peters keine Angst haben muss, allein zu sein in der Sorge um seine Frau. Und diese Angst im Gedanken an mögliche zukünftige Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit erfüllt unzählige ältere Menschen mit Horror. Wir haben eigentlich in unserer westlichen Welt genug Ressourcen, diese werden aber nicht für die menschliche Sorge um die Schwachen mit angemessener Schwerpunktsetzung genutzt.

Allenthalben wird eine neue Wertediskussion beschworen.

#### 4.2.2 Das Prinzip Verantwortung

Hans Jonas, der jüdische Philosoph, der 1933 Heidelberg verließ, um in Großbritannien, Nordamerika und in Israel zu leben und zu lehren, macht zweierlei deutlich:

Die traditionellen Werte der Sittlichkeit haben nicht an Bedeutung verloren. Recht, Gerechtigkeit und Wahrheit behalten ihren Stellenwert, aber wir brauchen ein neues tieferes und weitergefasstes Wertverständnis, um als Menschheit die Zukunft zu bestehen.

So sieht Jonas die Tatsache, dass technische Machbarkeit die Zukunft kalkulierbarer macht, als einen neuen Wert, der neue Ansprüche stellt.

Entscheidend sind für ihn angesichts unserer fast unbegrenzten Möglichkeiten, angesichts der Machbarkeit aller Dinge Selbstdisziplin und Bescheidenheit. Wir müssen uns selbst Grenzen setzen angesichts unseres *Vollbringungstriebes*.

Hans Jonas bemerkt einen Unterschied zwischen dem moralischen Anspruch eines Gemeinschaftsgutes und er ordnet medizinische Forschung und medizinischen Fortschritt (mit allen Konsequenzen) hier ein - und einem Recht der Gesellschaft auf dieses Gut (Jonas, H. 1989, S.239). *Solches Recht bezieht sich immer auf den Einzelnen und ist von Mensch zu Mensch geschuldet (...)*. Sobald die angemessene Versorgung dieser Bedürfnisse über den Wirkungskreis privater Spontaneität hinaus wächst und zum öffentlichen Mandat gemacht wird, sieht Jonas den expandierenden medizinischen Fortschritt im Allgemeinen als weniger bedeutsam an im Vergleich zum Recht auf Gesundheitsvorsorge für den Einzelnen in einer Gesellschaft. Es ist anzunehmen, dass beim medizinischen Fortschritt kein Notstand vorliegt, so Jonas, keine allgemeine Katastrophe abzuwenden ist, dass vielmehr, nüchtern-statistisch gesagt, die Gesellschaft wohl bestehen kann, wenn Krebs- und Herzleiden noch etwas länger unbezwungen bleiben (Jonas, H. 1989, S. 237).

Aus unserer Thematik heraus stellt sich die Frage nach der Konkretisierung für solche Selbstdisziplin. In welche Richtung soll unsere Bescheidung zielen? Geht es uns doch darum, eine Balance herzustellen zwischen zu teurer Technik und billiger Pflege. Geht es doch darum, einen Ausgleich zu finden zwischen den nicht mehr bezahlbaren Möglichkeiten der Medizintechnik einerseits und unterbezahlter und unterbewerteter Pflege andererseits.

Es geht darum, welchen materiellen *und* menschlichen Stellenwert wir der Sorge beimessen, die chronischer Krankheit und langzeitiger Pflegebedürftigkeit gilt.

So geht es auch um die Zeit, die es braucht, mit Herrn Peters über seine Familiensituation zu reden, Hilfe mit und für ihn zu organisieren oder um das Lehren und Lernen von pflegerischer Mitarbeit bei der Sorge um seine Frau.

Es geht also darum, wie viel wir uns das Pflegen kosten lassen wollen. Es geht nicht ausschließlich darum, wie viel an Pflegemitteln zu verdienen ist.

Jonas prägte den Begriff vom **Prinzip Verantwortung**.

So handelt es sich bei Pflegeminuten, die nicht zur Verfügung stehen, um in Ruhe einer Patientin Essen anzubieten, eigentlich um Fragen der Ethik, die über persönliche Verantwortung hinausgehen. Es sind Fragen, die an die Institutionen, an die Träger unserer Einrichtungen und an die Politik zu stellen sind. Unsere Werte sind Bestimmungsgründe des Handelns, wie Hans Jonas sagt (S.56.) Pflege ist praktisch ethisches Handeln auf den Wertgrundlagen, die in einer Gesellschaft herrschen. Diese Wertgrundlagen sollten betriebswirtschaftlichem Denken gewissermaßen als Berechnungskriterien dienen. Hier wird deutlich, dass auch Betriebswirtschaft nicht nur nüchternes Jonglieren mit Zahlen sein darf.

Betriebswirtschaft und Ethik sind einander zugeordnet. Und so hat natürlich auch das weise Haushalten moralische Bedeutung. Zunächst gilt es jedoch, nach den Wertgrundlagen zu fragen, die den Haushalt bestimmen soll.

## 5 Grundwert: Das Leben pflegen

Wir tun alles, um unsere menschliche Natur zu verbessern.

Wir tun nichts (oder wenig), um menschliche Schwachheit zu pflegen. Als Menschen sind wir verletzlich, sind gefährdet, sind letztlich doch dem Sterben ausgeliefert. Ethik heißt wohl, das Leben achten – muss aber auch heißen: den Tod annehmen.

Es geht ja um die menschliche Sorge um - und füreinander. Das Wort Sorge heißt im Lateinischen *curae* - davon leitet sich der Begriff des „Kurierens“ ab. Kurieren, heilen, heißt eben nicht nur „behandeln“. Auch das Wort „Therapie“ hatte ursprünglich eine andere Bedeutung als die Behandlung eines pathologischen Zustandes mit medikamentösen, physikalischen oder operativen Methoden oder durch den Einsatz von Psychotherapie.

Der Begriff *therapeuein* tritt im frühen Mittelalter auf und meint gleichwie auch *diakonia* 'Dienst'. Zunächst ist damit Gottesdienst gemeint, doch im christlichen Verständnis ist nun gerade der Dienst am Menschen, Gottesdienst (Schipperges) Hier wird deutlich, wie eng beieinander das Heilen und das Pflegen liegen.

Bei Hildegard von Bingen sind *sich sorgen* und *heilen* eine Einheit. *Technae therapeutikae* und *miserecordia*, das Erbarmen gehören zusammen. Pflege ist gleichzeitig Therapie.

*Sei stark gerüstet auf jedem Gebiet und pflege das Leben, wo du es antriffst. Bekümmere dich um die Deinen und halte dich selber aufrecht ... Geh also sorgfältig und fürsorgend umher (H. v. Bingen in Schipperges).*

Wir reden darüber: unsere Welt muss anders werden, wir brauchen Neuorientierung, müssen uns zurückbesinnen auf Grundwerte.

Nun, ich glaube, dass Pflegende eine konkrete Verantwortung haben, diese Neuorientierung in der Wirklichkeit des Gesundheitswesens zu leben. Wir brauchen konkrete Veränderungen im Denken.

Das Besondere einer Pflegeethik ist doch die Möglichkeit der Hinwendung auf die Sorge um das Verletzte und das Verletzliche. Es liegt ein eigener Auftrag im therapeutischen Wert der Pflege. Dies ist unsere größte Ressource. Pflege darf nicht nur reaktiv existieren – Pflege muss ein neues Bewusstsein zu den Schwerpunkten des eigenen Auftrags entwickeln.

## Teil III Praktische Konsequenz für die Pflege – Ein Pflegekonzept

### 6 Person orientiertes Pflegekonzept: Individualisierende und Patienten initiierte Pflege

Die Begriffe **individualisierende Pflege** und **Patienten initiierte Pflege** sind ausgerichtet einmal an der Anerkennung des unendlichen Wertes eines jeden Menschen, an der Grundhaltung, dass es unsere menschliche Aufgabe ist, zu wachsen, uns zu entfalten, um dem zu entsprechen, was wir sein können. Zum anderen an dem Prinzip der Autonomie und Selbstverantwortung.

Individualisierende Pflege meint nun nicht Pflege, die auf spezifische Bedürfnisse eines bestimmten Menschen ausgerichtet ist. Sondern diese Art von Pflegeverständnis zielt auf Pflegende, die Menschsein als grundsätzliches Werden verstehen.

Dieses Sein und Werden gilt für Pflegende und für Kranke gleichermaßen. Pflege sollte als individualisierende Pflege Menschen zu mehr und intensiverem Selbstsein verhelfen. Hierbei geht es zunächst nicht darum, die Möglichkeiten und Fähigkeiten eines Menschen zu mobilisieren im Sinne des Selbstpflegekonzeptes. Hier geht es weniger darum, nach physischen oder intellektuellen Maßstäben einen Menschen zu Höchstleistungen zu bringen. Es geht darum, dass jedem Menschen ihm eigene Potentiale innewohnen, die sehr unterschiedlich sein können. Individualisierende Pflege geht es darum, diese Potentiale für einzelne Menschen - Patienten wie Pflegende oder auch Angehörige und Freunde - wahrzunehmen, ernst zu nehmen und zu fördern.

Pflege nach einem individualisierenden Pflegeverständnis kann sehr unterschiedlich aussehen. Sie mag einhergehen mit technischem Aufwand, mit dem gekonnten Umgang mit Apparaten, Geräten; dies mag die komplizierte Applikation pharmakologischer Produkte sein; dies mag die Mundpflege bei einem beatmeten Patienten oder die Hilfe beim Essenreichen bei einer dementen Alzheimer-Patientin sein; dies mag rehabilitativ und stimulierende Körperpflege sein oder nur das Dasein wo weder medizinisch technische Mittel noch pflegerischer Aktivismus gefragt sind. Entscheidend ist bei jeder pflegerischen Interaktion, wenn sie therapeutische Bedeutung haben soll, dass sie in einem größeren Sinnzusammenhang steht und unter dem Blickwinkel des

Wachsens und Werdens verstanden wird. Entscheidend ist weiterhin, dass pflegerische Interaktionen Antwort auf eine Anfrage sind, dass sie von Seiten eines Patienten gewollt werden. So muss individualisierende Pflege immer auch vom Patienten her initiiert sein.

Die beiden Grundbegriffe eines Pflegeverständnisses, das auf die Ganzheit des Patienten, wie auch auf die Ganzheit der Pflegenden hinzielt, schließt Unachtsamkeit, Unbedachtheit und Aggression aus. Von sorgfältiger Wahrnehmung geleitet, vom Patienten initiiert, dem Patienten entsprechend und angemessen für Pflegende, ist pflegerisches Sorgen auf ein therapeutisch helfendes Miteinander ausgerichtet.\*

### 7 Abschluss

Wie soll ich leben? Was soll ich tun? Diesen Vortrag habe ich mit einem Wort aus dem Alten Testament begonnen.

***Es ist dir gesagt worden, Mensch, was gut ist und was der Herr von dir erwartet: Nichts anderes als dies: Recht tun, Güte und Treue lieben, in Ehrfurcht den Weg gehen mit deinem Gott.***

*Micha 6,8*

Es ging um ethische Probleme und um praktische Entscheidungen. Jede praktische Entscheidung wird sich auf eine ethische Grundhaltung zurückführen lassen. Die Frage nach einer moralischen Grundhaltung wird hier im Micha-Text sehr eindeutig beantwortet und zeigt auch klare Perspektiven für praktische Entscheidungen in der Pflege auf.

Ja, Gerechtigkeit hat einen zeitlosen Stellenwert. Doch daneben sind Güte und Treue benannt. Wir werden nichts erreichen, wenn wir auf unser Recht pochen. Die Güte würde ich gern gleichsetzen mit all dem, was wir mit dem Begriff **Care – pflegende Sorge** verbinden; und die Treue möchte ich wiederum beziehen auf ein Pflegeverständnis, nach dem wissend und sorgend zu handeln ist. So, dass wir den Weg unseres Berufes in Ehrfurcht vor dem Leben gehen - aber auch im Wissen um die Grenzen menschlichen Daseins.

**(\*Erste Reaktionen auf das hier dargestellte Konzept können bei der Redaktion erfragt werden.)**

**(Literatur bei der Redaktion)**

Prof. Dr. Marion Großklaus-Seidel

## Wie Pflegende ihr Handeln reflektieren und begründen können

# Das Instrument der Ethischen Fallbesprechung



**Prof. Dr. Marion Großklaus-Seidel,**  
Theologin, Professorin für Ethik an der Evangelischen  
Fachhochschule, Darmstadt

### 1. Ethische Reflexion und Begründung in der Pflege: die ethische Fallbesprechung

Pflegeethik als Form der angewandten Ethik bedient sich allgemeiner Erkenntnisse und Methoden der Ethik und wendet diese auf Fragestellungen in ihren Arbeitsbereichen an. Sie kann dabei keine „Musterlösungen“ entwickeln, weil sich ethisch problematische Situationen um kranke und sterbende Patienten / Bewohner in vielen Details voneinander unterscheiden. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, Pflegekräfte zu befähigen, in ethischen Konfliktsituationen selbst begründet zu urteilen. Doch auch Pflegenden, die über eine langjährige Berufserfahrung verfügen, fällt es schwer, ihre begründeten Werthaltungen argumentativ vorzubringen. Häufig fehlt es an der Anleitung und der einübenden Praxis, Ethik als Bestandteil des Berufsalltags zu thematisieren.

Das Instrument der ethischen Fallbesprechung hilft, Theorieelemente der Ethik und Erfahrungen aus der Berufspraxis miteinander zu verknüpfen und schärft den professionellen Blick für ethisch problematische Sachverhalte sowie die angemessene Auseinandersetzung mit ihnen. Ethische Fallgeschichten sind kurze Beschreibungen realer oder fiktiver Handlungsszenarien, in denen es um ethische Probleme geht. Sie werden in der angewandten Ethik zu Lehr- und Studienzwecken verwendet. Der Rückgriff auf Fallgeschichten zur Veranschaulichung und Illustration hat eine lange Tradition (vgl. Heinrichs 2008). Viele Philosophen, unter ihnen auch Immanuel Kant, verwendeten Fallgeschichten, weil sie davon ausgingen, dass ihre theoretischen Ausführungen zu komplexen ethischen Fragen für den ungeübten Leser schwer zu verstehen seien. Der Bezug zu praktischen Beispielen sollte eine motivierende Wirkung ausüben und den moralischen Gehalt einer erzählten guten oder bösen Handlung verdeutlichen. Fallgeschichten dienen folglich der Ethikvermittlung, d.h. sie wurden nicht um ihrer selbst willen erzählt. Ein erzähltes Ereignis aus dem Berufsalltag mag für die Beteiligten exemplarisch oder einzigartig, tragisch oder alltäglich sein – doch darum geht es

nicht. Die Auseinandersetzung mit Ethik steht im Mittelpunkt und die Fallgeschichte bietet sich als didaktisches Hilfsmittel für den Transfer zwischen Theorie und Praxis an. Unabdingbare Voraussetzung für die Anwendung von Fallgeschichten ist somit eine theoretisch fundierte Grundlage.

Meine folgenden Überlegungen beschreiben das Instrument der ethischen Fallbesprechung und ausgewählte Möglichkeiten seiner Anwendung. An einer Fallgeschichte soll der Umgang mit zwei unterschiedlichen Besprechungsformen dargestellt werden. Es geht um eine unheilbar kranke Patientin und die Frage nach ihrer weiteren Behandlung, die von Pflege und Medizin unterschiedlich gedeutet wird. Der Ausgang der Geschichte ist für die Patientin nicht mehr zu ändern und für die Beteiligten sehr belastend. Die vorgestellte Fallgeschichte wird zunächst rückblickend betrachtet, um zu verstehen, mit welcher Werthaltung die Beteiligten jeweils dazu beigetragen haben, der Angelegenheit einen derart unglücklichen Ausgang zu geben. Es handelt sich hierbei um einen hermeneutischen, d.h. „verstehenden“ Zugang. Ziel bei dieser Vorgehensweise ist es, das unguete Gefühl der Beteiligten, das über das Ende der Situation hinweg andauert, aufzugreifen, und ähnliche Konfliktkonstellationen in der Zukunft zu vermeiden. Danach wird mit derselben Geschichte ein nach vorne blickendes, problemlösendes Verfahren dargestellt, bei dem es darum geht, die in der Situation relevanten ethischen Prinzipien zu gewichten, um zu einer Entscheidung zu kommen. Abgerundet werden die Ausführungen durch Hinweise, wo die beiden beschriebenen Verfahren der ethischen Fallbesprechung im Berufsalltag der Pflege angewendet werden und welche Umsetzungsschwierigkeiten dabei auftreten können.

### 2. Formen der ethischen Fallbesprechung

#### 2.1 Die Geschichte von Frau O.

Frau O. (55 Jahre) leidet an einem malignen Tumor. Aussicht auf eine Heilung oder auf eine Verbesse-



rung ihres Zustandes besteht nicht. Seit drei Monaten ist sie wiederholt in stationärer Behandlung. Die Pflegekräfte der Station haben die Verschlechterung ihres Zustandes bis hin zu den starken und dauerhaften Schmerzen der Patientin über die Wochen miterlebt. Frau O. fühlt sich mutlos und niedergeschlagen. Sie möchte am liebsten zu ihrer Familie nach Hause, um dort in Frieden sterben zu können. In diesem Sinne hat sie sich bei den täglichen Pflegehandlungen gegenüber den Pflegekräften Frau Z. und Frau N. geäußert.

Stationsarzt Dr. B. ordnet ohne Kenntnis dieses Sachverhaltes eine neue Behandlung an, weil er noch ungenutzte Möglichkeiten sieht, Frau O. am Leben zu erhalten. Er bezieht weder seine Patientin Frau O. noch die Pflegekräfte in seine Entscheidung ein. Die Patientin traut sich nicht, dem Arzt zu widersprechen, als dieser sie bei einer Visite über die Therapie informiert und willigt in die Anordnungen ein. Die Pflegekräfte der Station, allen voran Frau Z. und Frau N., sind jedoch wie vor den Kopf gestoßen über die verfügten Maßnahmen. Sie sehen darin eine unnötige Quälerei für die Patientin und fühlen sich zudem in ihrer fachlichen/ menschlichen Kompetenz bei der Beurteilung der Situation übergangen.

Dr. B. ist vom Tag seiner Behandlungsanordnung an mit Verhaltensweisen der Pflegekräfte konfrontiert, die er sich nicht erklären kann. Insbesondere von den beiden Krankenschwestern Frau Z. und Frau N. wird er kaum noch begrüßt. Unterlagen und Materialien sind oft nicht rechtzeitig zur Stelle, so dass sich für Dr. B. peinliche Situationen gegenüber Vorgesetzten ergeben. Die Patientin Frau O. verstirbt unter großer Anteilnahme der Pflegenden nach einigen weiteren Wochen der Behandlung auf der Station. Dr. B. erfährt zum gleichen Zeitpunkt, dass man sich inoffiziell über ihn und seine Umgangsweise mit den Patienten beschwert hat und dass sich zwei Krankenschwestern deshalb sogar auf eine andere Station versetzen lassen wollen.

## **Die zurückschauende, hermeneutische Fallbesprechung**

Was das „Gute“ in der Situation um Frau O. ist, kann nicht über eine Definition festgelegt werden. In jeder Situation fließen durch die Sichtweisen der beteiligten Personen unterschiedliche moralische Werthaltungen ein. Sie müssen miteinander abgeglichen werden, damit das „Gute“ nicht zu einer persönlichen Vorliebe, zu einer dogmatischen Vorgabe oder zur Haltung des Stärkeren wird. Durch die Begründung eigener Positionen in einem Gespräch werden die unterschiedlichen Sichtweisen zur Sprache gebracht und das „Gute“ nach allgemein verbindlichen Maßstäben der Moral und Prinzipien der Ethik gemeinsam ermittelt (vgl. Schneider 1994). Der ethische Diskurs bedarf jedoch der Einübung, bis Sicherheit in der Argumentation entsteht.

Es fällt nicht immer leicht, die eigenen Ansichten über das „Gute“ zu formulieren und zu begründen. Wenn es nicht möglich ist, zu argumentieren, wird ohne Sprache ermittelt, was „gut“ ist. Über nonverbale Akte wie Ablehnungs- und Zugriffshandlungen, über Ausdrucksformen von Frustration und Befriedigung werden Werthaltungen transportiert und gemeinsam ausgehandelt. Diese Aushandlungsprozesse lassen sich in frühkindlichen Erfahrungskontexten beobachten, aber auch in beruflichen Zusammenhängen finden die Beteiligten im Umgang miteinander oft ohne Sprache heraus, was für sie das „Gute“ ist. Die nonverbale Kommunikation über ethische Probleme zwischen erwachsenen Menschen in professionellen Zusammenhängen unterliegt jedoch meistens Missverständnissen und Fehlinterpretationen, wie die Fallgeschichte zeigt (Großklaus-Seidel 2002).

Ein vernünftiges Gespräch aller Beteiligten über die verschiedenen Werthaltungen kommt nicht zustande. Bei der Abstimmung der Handlungsanteile ist eine Folge nonverbaler Signale zu beobachten, in der das „Gute“ ausgehandelt werden soll. Sie stellt gewissermaßen eine Ersatzform für die sprachliche Auseinandersetzung dar. Die Patientin setzt ihren Willen nicht durch und fügt sich der Therapieanordnung, aber sie leidet sichtbar unter den verfügten Maßnahmen. Die Krankenschwestern übernehmen daraufhin die Anwaltschaft für die Interessen der Patientin, verhandeln diese aber auf unprofessionelle Art und Weise. Auf der Basis leiblicher Abläufe wie Ablehnung, Boykott und schließlich Versetzung auf eine andere Station bedrängen sie ihr Gegenüber – den behandelnden Arzt – mit ihrer eigenen Werthaltung, die sie als die einzig richtige wahrnehmen. Wenn sich solche und ähnliche Handlungszusammenhänge auf einer Station wiederholen, ist ein reicher Kontext nicht sprachlichen, gemeinsamen Handelns vorhanden und feste Handlungsmuster spielen sich ein. In der Geschichte von Frau O. funktioniert die Aushandlung des „Guten“ nicht. Der Arzt weiß die nonverbalen Signale der Krankenschwestern nicht zu deuten, zumal auch er davon überzeugt ist, richtig zu handeln und das „Gute“ zu tun.

Durch die nonverbale Protesthaltung der Krankenschwestern hat sich auf der Station nichts verändert (Großklaus-Seidel 2002). Beim nächsten Patienten wird es mit anderen Beteiligten zu einer vergleichbaren Problematik kommen. Die Situation stellt ein verfestigtes Handlungsmuster dar, das von Sprachlosigkeit bei ethischen Problemen gekennzeichnet ist. Nonverbale Auseinandersetzungen werden als passiv, als „Behandelt-werden“ und „Sich-Einstellen auf Vorgegebenes“, erlebt (Schneider 1994). Auf der abhängigen Seite wird mit stummen oder lautstarken Protesten handelnd reagiert. Die stärkere Seite neigt dazu, das Problem und die nonverbalen Signale des Gegenübers zu ignorieren.

Wie lassen sich missglückte Verhaltensweisen in ethisch relevanten Situationen nachträglich bearbeiten? Steinkamp und Gordijn bieten für diesen Zusammenhang die zurückschauende, hermeneutische Fallbesprechung an. Anlass für eine solche Besprechung ist bei der vorliegenden Fallgeschichte nicht die Frage nach der weiteren Behandlung der Patientin Frau O., „sondern das Gefühl oder Bewusstsein des moralischen Unbehagens auf Seiten eines oder mehrerer Mitglieder des Teams“ (Steinkamp/ Gordijn 2003, S. 255). Nicht die unmittelbare Problemlösung steht im Vordergrund, sondern das Verstehen, wie es überhaupt zu der ethisch problematischen Situation kommen konnte. Das Verstehen kann jedoch langfristig handlungsorientierend wirken, weil es Deutungsmuster und persönliche bzw. berufliche Werthaltungen, die Auseinandersetzung mit der emotionalen Dimension, die Reflexion der Dynamik von Werten und die Weiterentwicklung von Handlungsperspektiven thematisiert.

Fünf Schritte werden in der zurückschauenden, hermeneutischen Fallbesprechung als Vorgehensweise vorgeschlagen (Steinkamp/ Gordijn 2003, S. 256):

1. Analyse der problematischen Situation
2. Ethischer Kontext, auf den die Situation verweist / Verantwortlichkeiten
3. Bestimmung verschiedener möglicher Szenarien
4. Debatte / Diskussion über die verschiedenen Szenarien
5. Vorschlag für das weitere Vorgehen

### **Problematische Situation, ethischer Kontext und Verantwortlichkeiten**

In der problematischen Situation werden Werthaltungen der beteiligten Personen deutlich, die ihnen möglicherweise nicht bewusst sind und die deshalb nicht miteinander ins Gespräch gebracht wurden. Die Patientin ist – ohne Einschränkung – als autonome Person zu betrachten und der autonomen Willensbekundung von Patienten kommt heute im Gesundheitswesen eine hohe Bedeutung zu. In Situationen von schwerer Krankheit und starken Schmerzen stellt sich jedoch die Frage, inwieweit die Patientin ihre Autonomie aktuell auch tatsächlich wahrnehmen kann. Sie nimmt möglicherweise deshalb Bezug zu der Autorität einer anerkannten Person (vgl. Pieper 1994, S. 167). Die Patientin widerspricht dem behandelnden Arzt nicht, als dieser ihr die neue Therapie vorschlägt, obwohl sie möglicherweise andere Vorstellungen über den weiteren Umgang mit ihrem Krankheitsgeschehen hat. Sie sieht in dem Arzt eine Autorität, die weiß, was zu tun ist. Damit gibt sie in einer Situation, in der ihr Leben in absehbarer Weise begrenzt ist, die Entscheidung über die Gestaltung ihrer letzten Wochen und Mona-

te in die Hände eines Anderen. In moralischen Angelegenheiten kann sich keiner seiner persönlichen Verantwortung entledigen und die Begründungspflicht einem anderen zuschieben. Es gibt auch keine Unfehlbarkeit in moralischen Fragen. Vorbilder werden gesucht, deren moralische Kompetenzen einen hohen Prestigewert haben und der eigenen Orientierung dienen. Es kann in diesem Zusammenhang jedoch auch zu Machtmissbrauch und Manipulation kommen (Großklaus-Seidel 2002, S. 116).

Den Pflegekräften tut die Patientin leid, weil sie sich gut in ihre Situation als unheilbar kranke Frau hineinversetzen können. Die Handlung (d.h. die Ablehnung einer Therapie, die den absehbaren Tod verzögert und nicht das Thema „Abschied nehmen“ thematisiert) wird dadurch verständlich, aber nicht moralisch gerechtfertigt. Auch intensive Gefühle wie Mitleid haben nicht die Verbindlichkeit einer moralischen Norm. Moralische Normen haben einen allgemeinen Geltungsanspruch, Gefühle jedoch nicht (vgl. Pieper 1994, S. 161). Es kann nicht gefordert werden, dass alle Menschen in einer Situation die gleichen Gefühle, Neigungen und Vorlieben haben, die sie dann verpflichten, in einer bestimmten Form zu handeln. Die Moralität einer Handlung lässt sich nicht über Gefühle begründen. Das im Gefühl geäußerte Werturteil muss auf seine Rechtmäßigkeit hin geprüft werden. Ansonsten wird der Bezug auf das Gefühl nicht zur Überzeugung eingesetzt, sondern zur (psychologischen) Überredung. Hier ergeben sich Möglichkeiten der Manipulation, z.B. durch Appell an das „schlechte Gewissen“ des Gegenübers. Das Werturteil des behandelnden Arztes stützt sich auf ein Faktum (z.B. die evidenzbasierte Erfolgswahrscheinlichkeit einer bestimmten Therapie), dessen Objektivität die Rechtmäßigkeit der Handlung garantieren soll. Diese Argumentation wird in der Regel als zureichende Begründung anerkannt. Hierbei handelt es sich aber nicht um moralische Fakten, sondern wie im Beispiel um eine medizinische Norm (vgl. Pieper 1994, S. 156 ff.). Die Moralität der Handlung (d.h. die Weiterbehandlung seiner Patientin) steht für den Arzt in der Fallgeschichte außer Frage und deshalb unterhält er sich weder ernsthaft mit seiner Patientin noch nimmt er Rücksprache mit den Pflegekräften der Station. Er geht davon aus, dass zu der zugrunde liegenden Norm ein allgemeiner Konsens herrscht. Dies ist aber nicht der Fall. Das Faktum kann auch ein unreflektiertes Vorurteil zum Ausdruck bringen, z.B. dass es das Wichtigste für einen schwerkranken Menschen ist, möglichst lange zu leben. Begründungen sind nicht gerechtfertigt, wenn sie pauschale Wertsetzungen aufgrund von Zugehörigkeit beinhalten. Die Grenzen zwischen verbindlicher Norm und Vorurteil sind manchmal schwer auszumachen. Hier muss genau geprüft werden, ob ein Faktum als Argument bei moralischen Problemen gelten kann – oft verbergen sich dahinter eher egoistische und unmoralische Motive. Auch der Bezug auf anerkannte berufliche Kodizes hat die Beteiligten über die jeweilige Berufssozialisa-

tion latent beeinflusst. Hierbei wird auf Handlungsmuster zurückgegriffen, von denen angenommen wird, dass ihre allgemeine Verbindlichkeit außer Acht steht. Der behandelnde Arzt kann sich z.B. auf den Hippokratischen Eid beziehen, der ihm vorgibt, das Leben seiner Patientin auf jeden Fall zu erhalten. Die beteiligten Pflegekräfte hingegen können sich auf den Kodex des International Council of Nurses stützen, der unter der Richtlinie „Leiden lindern“ die intensive Betreuung und Begleitung von Sterbenden mitdenkt. Beide Berufsgruppen beziehen sich auf gültige ethische Moralkodizes, doch die jeweils daraus abgeleiteten Inhalte sind sehr unterschiedlich. Dies macht die Problematik von Moralkodizes deutlich. Die Anerkennung der zugrundeliegenden Normen bezieht sich nur auf die „Mitglieder“ einer Gruppe, auf die sich die Geltung des Moralkodex erstreckt. Die Norm bzw. Auslegung des Kodex kann von „Außenstehenden“ problematisiert werden.

### **Szenarien und weitere Vorgehensweise**

Unter zurückblickenden, hermeneutischen Gesichtspunkten lässt sich zur Fallgeschichte festhalten: Patienten, die unter schweren Schmerzen leiden und/ oder sich im Sterben befinden, sind in einer existentiellen Krisensituation ihres Lebens. Aus diesem ethischen Kontext erwachsen die Verantwortlichkeiten für alle Beteiligten. Der autonome Wille der Patientin steht im Mittelpunkt des Geschehens – auch dann, wenn es mit Schwierigkeiten oder hohem Aufwand verbunden ist, ihn zu konkretisieren oder zu ermitteln. Professionelle Versorgung und Begleitung bedeuten, dass die Patientin nicht zum Objekt unsachgemäßer Verhaltensweisen bei auftretenden ethischen Konflikten wird. Es geht nicht um den „Schlagabtausch“ zwischen den beteiligten Professionen, sondern um die Durchsetzung berechtigter Ansprüche der Patientin. Das moralische Unbehagen in der vorliegenden Fallgeschichte entsteht dadurch, dass dieser Aspekt nicht berücksichtigt wurde und nun nicht mehr korrigierbar ist, da die betroffene Patientin bereits nicht mehr lebt. Arzt und Pflegekräfte hätten in der einen oder anderen Form das Gespräch miteinander sowie mit der Patientin suchen sollen. Hier wären unterschiedliche Szenarien der Gesprächsaufnahme und Kommunikation im beschriebenen Situationskontext denkbar. Organisationsstrukturen oder Arbeitsbedingungen, die notwendige Gespräche erschweren oder verhindern, müssen angegangen werden. Durch die Einübung in die zurückblickende, hermeneutische Fallbesprechung können ethisch problematische Handlungsmuster zusammen mit den anderen Akteuren einer Station oder Einrichtung kritisch reflektiert und fehlerhafte Umgangsweisen mit Patienten in vergleichbaren Situationen verhindert werden.

### **2.3 Die vorausschauende-problemlösende Fallbesprechung**

Als ethische Argumentation ist das Gespräch unter erwachsenen, handlungsfähigen, voll verantwortlichen Personen zu verstehen (Schneider 1994). Ziel einer ethischen Argumentation kann es sein, sich in seinen eigenen Handlungsmotiven, Einsichten und Ängsten zurechtzufinden und sich nicht von unreflektierten Handlungsmustern leiten zu lassen. So vorbereitet können Handlungen ausgeführt oder unterlassen werden und dabei im bestmöglichen Einklang mit den entscheidenden Personen selbst stehen (Gros/ Schmidt 1989). Argumentieren erwächst aus Sprachformen, die ein mehrfaches Pendeln zwischen Handlung und Antworthandlung so ermöglichen, dass die Angemessenheit der dabei angesprochenen Handlungen zur Disposition steht. Das „Gute“ wird nicht nur leiblich-handelnd durchgesetzt, sondern mit Reden begleitet. Aufgabe des Miteinander-Redens ist es, konventionelle Handlungsweisen zu erläutern und sie angesichts von Missverständnissen differenzierter zu erörtern. Die Beteiligten in einer Situation sprechen miteinander und fragen nach den Handlungsmotiven des Gegenübers.

Durch ein „Warum“ kommt zur Sprache, was sich vorher von selbst zu verstehen schien, bei genauerer Betrachtung jedoch ein Missverständnis war. Viele verschiedene Arten der Gegenrede sind auf ein „Warum“ möglich, und so entsteht für alle Beteiligten die Notwendigkeit, eigene Positionen begründet vorzubringen, was der ethischen Argumentation bereits sehr nahe kommt. Durch die Frage nach dem „Warum“ werden vorgegebene Handlungsmuster nicht mehr fraglos erfüllt. Formuliert, aber auch ungeschriebene Regeln bilden den Ansatzpunkt für eine explizite Infragestellung von eingespielten Formen des Umgangs miteinander. Mit Begründung und Argumentation beginnt die Veränderung in ethisch problematischen Situationen. Welche Schritte müssen nun gegangen werden, um ein Gespräch über das „Gute“ einer Handlung sicherzustellen, das alle ethisch relevanten Aspekte berücksichtigt? Tödt (1988) hat ein Grundmuster mit den folgenden Schritten für eine vorausschauende, problemlösende Entscheidungsfindung vorgelegt:

1. Wahrnehmung, Annahme und Bestimmung eines ethischen Problems
2. Situationsanalyse
3. Beurteilung von Verhaltensoptionen
4. Prüfung von Normen, Gütern und Perspektiven
5. Sittlich-kommunikative Verbindlichkeit
6. Urteilsentscheid und Adäquanzkontrolle

**Bitte lesen Sie weiter auf Seite 28!**

Bischof Dr. Wolfgang Huber

## *Pflege und Ethik*

*Das folgende Referat wurde anlässlich des 30-jährigen Bestehens der Wannsee-Schule in Berlin im Jahre 2002 von Bischof Dr. Wolfgang Huber gehalten. Es greift die nach wie vor äußerst brisanten ethischen Themen, mit denen wir uns in der Pflege des Menschen und in der Begegnung mit unserem Nächsten auseinandersetzen müssen, auf. Besonders deutlich wird hier herausgearbeitet, mit welchen weitreichenden Überlegungen Pflegende sich heute beschäftigen müssen und welche Veränderungen diese mit sich ziehen.*



**Bischof Dr. Wolfgang Huber,**  
Ratsvorsitzender der EKD,  
Bischof der Evangelischen Kirche  
Berlin - Brandenburg - schlesische  
Oberlausitz

Quelle Foto: [www.spiegel.de](http://www.spiegel.de)

Sind die Bedingungen, unter denen heute in Krankenhäusern und Altenheimen gepflegt wird, noch vereinbar mit den ethischen Maßstäben, an denen wir uns in der Pflege zu orientieren haben? So wird heute gefragt. „Immer häufiger verzweifeln beruflich Pflegende an der Unvereinbarkeit ihres fachlichen und ethischen Anspruches mit der erzwungenen minimalen Versorgung der PatientInnen. Wir fordern daher von den im Gesundheitswesen zuständigen Politikern und den gesellschaftlichen Gruppen, den Pflegenden die Möglichkeit zu geben, kranke und hilfsbedürftige Menschen ihrer Würde entsprechend zu pflegen.“ So heißt es in einer Stellungnahme der Ethikkommission des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe.

Im Verhältnis zwischen Pflege und Ethik brennt es. Je ernster die ethische Verantwortung in Pflegeberufen genommen wird, desto stärker leiden Betroffene unter dem täglichen Spagat zwischen der Ökonomisierung der Pflege und der ethischen Verantwortung in der Pflege.

Ökonomisierung gilt als das Gebot der Stunde. Pflegeangebote sind Angebote am Markt. Kosteneinsparungen sind angesichts der Kostenexplosion unabweisbar. Die Alterung der Gesellschaft wirft die Frage nach der Finanzierbarkeit von Pflegeleistungen unabweisbar auf. Die Antworten sind radikal. Die Abrechnung von Krankenhauskosten nach DRGs blendet die individuellen Besonderheiten systematisch aus. Die Schwere der Erkrankung, die Bedingungen von Multimorbidität, die biographischen Voraussetzungen für den Genesungsprozess – all das bleibt grundsätzlich unberücksichtigt. Die Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus wird – ganz unabhängig von solchen Bedingungen – ein vorrangiges Ziel. Pflege wird unter solchen Bedingungen als funktionale, nicht als ganzheitliche Pflege verstanden.

Im Bereich der Pflege vollzieht sich Entsprechendes. Seit der zweiten Stufe der Pflegeversicherung hat sich eine deutlich restriktivere Einstufungspraxis herauskristallisiert. Die psychosoziale Dimension der Betreuung wird dabei deutlich unterbewertet und ist dem gemäß auch unterfinanziert.

Von all dem ist auch der kirchliche Beitrag zur Begleitung von kranken und pflegebedürftigen Menschen unmittelbar betroffen. Die Möglichkeiten für die Kirchen – jedenfalls für unsere Kirche –, eine besondere Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vorzuhalten, gehen zurück. Die Bereitschaft der entsprechenden Institutionen, zur Finanzierung einer besonderen Krankenhauseelsorge beizutragen – was grundsätzlich möglich ist – bleibt angesichts der geschilderten Probleme begrenzt.

Die Ökonomie des Sozialen verändert sich derzeit insgesamt dramatisch. Im Pflegebereich hat dazu vor allem der Teil XI des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) beigetragen, der Einrichtungen unabhängig von ihrer Trägerschaft zum „Pflegemarkt“ zulässt, wenn sie die fachlich-qualitativen Voraussetzungen erfüllen. Das hat zur Folge, dass innerhalb kurzer Zeit die privatgewerblichen Anbieter einen Anteil an der ambulanten pflegerischen Versorgung erworben haben, der demjenigen der freigemeinnützigen Anbieter gleichkommt. In dieselbe Richtung weist die Stellungnahme der Bundesregierung zum 12. Hauptgutachten der Monopolkommission vom 25. Juni 1999, das anstrebt, die öffentlichen Zuschüsse zur Finanzierung von Daueraufgaben verstärkt auf Leistungsentgelte umzustellen. Schließlich ist der Veränderungsdruck zu beachten, der sich aus Entwicklungen in der Europäischen Union ergibt. Die Gemeinwohlorientierung freigemeinnütziger Träger wird im Rahmen der EU zwar grundsätzlich aner-

kannt; diese werden gleichzeitig jedoch mit Vorrang als „Unternehmen“ gesehen, also unter wirtschaftlichem Gesichtspunkt betrachtet.

Dass Gesichtspunkte der wirtschaftlichen Effizienz beachtet und die betriebswirtschaftliche Stabilität von Institutionen der Krankenpflege berücksichtigt werden, ist nicht nur unausweichlich, sondern sogar heilsam. Aber verfehlt ist es, wenn diese Einrichtungen sich dabei der Denkweise des Ökonomismus ausliefern. Der St. Galler Wirtschaftsethiker Peter Ulrich hat die grundlegenden Merkmale dieses Ökonomismus folgendermaßen charakterisiert: In ihm verselbständigt sich die ökonomische Realität. Das Kosten-Nutzen-Denken wird absolut gesetzt. Die Logik des Marktes wird überhöht. Ökonomie und Ethik treten demzufolge in zwei Welten auseinander. Die ökonomisch Verantwortlichen erklären sich für ethisch unzuständig; den pflegerisch und damit auch ethisch Verantwortlichen wird umgekehrt die Kompetenz für Fragen der ökonomischen Effizienz abgesprochen.

Es ist dieses Zwei-Welten-Denken, das ein neues Nachfragen nach der Ethik in der Pflege ausgelöst hat. Es gibt eine neue Intensität der Diskussion über die Ethik in der Pflege. Ich verweise exemplarisch auf die Neufassung des Ethikkodex für Pflegende, der im Jahr 2000 vom Internationalen Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger vorgelegt worden ist. Dieser Kodex beruft sich auf die international anerkannten Menschenrechte; er tritt dafür ein, dass Pflege ohne Rücksicht auf Alter, Behinderung, Krankheit, Geschlecht, kulturelle Zugehörigkeit und sozialen Status gewährleistet wird.

In dieser Diskussion bildet sich ein neuer Konsens über die in der Pflege leitenden Werte heraus. Es zeigt sich, dass wir es in solchen Zusammenhängen nicht so sehr mit der Aufgabe zu tun haben, neue Werte zu formulieren, sondern ein neues Wertebewusstsein zu entwickeln. Das Prinzip der Unantastbarkeit der menschlichen Würde steht unter den in solchen Zusammenhängen genannten Werten obenan. Die Balance zwischen Fürsorge und Respekt gegenüber dem selbstbestimmten Handeln tritt dem zur Seite. Der Respekt vor den Rechten der Pflegebedürftigen schließt auch deren wirtschaftliche Rechte ein. Das Prinzip der Gerechtigkeit, Offenheit und Transparenz erscheint in solchen Zusammenhängen nicht nur als ein Gebot im Umgang mit Pflegebedürftigen, sondern auch als Leitprinzip für den Führungsstil in Pflegeeinrichtungen.

Unter ethischem Gesichtspunkt betrachten wir auch pflegebedürftige Menschen unter dem Gesichtspunkt ihrer Freiheit und Verantwortungsfähigkeit. Wir versuchen deshalb, ihnen den Freiheitsspielraum zu lassen und den Verantwortungsbereich einzuräumen, der ihnen in ihrer Lage möglich ist. Darin zeigt sich eine praktische Folge des christlichen Menschenbilds für den Bereich der Pflege. Denn der christliche Glaube begründet die Verantwortungsfähigkeit und Moralfähigkeit des Menschen in seinem Angesprochensein durch Gott und damit im Antwortcharakter menschlichen Lebens. Der Mensch ist das von Gott angesprochene und zur Antwort aufgeforderte Wesen. Das ist gemeint, wenn man vom Menschen als Gottes Ebenbild spricht; denn damit wird er als das Gott entsprechende, von ihm ansprechbare und zur Antwort befähigte Wesen charakterisiert. In dieser Anrede durch Gott liegt der Grund menschlicher Freiheit. In der dem Menschen zugetrauten Antwortfähigkeit liegt die Wurzel menschlicher Verantwortung. Es lohnt sich, in diesem Zusammenhang daran zu erinnern, dass im Wort "Verantwortung" das Wort "Antwort" enthalten ist.

Im christlichen Menschenbild geht es um viel mehr als nur um moralische *Ansprüche* an den Menschen. Es geht weit grundlegender um eine elementare *Anerkennung* des Menschen. Im christlichen Verständnis ist die Würde des Menschen gerade deshalb unantastbar, weil sie nicht in den Leistungen oder der Leistungsfähigkeit des Menschen, sondern in der Beziehung Gottes zu jedem einzelnen Menschen begründet ist. Wenn der christliche Glaube von der Rechtfertigung des Menschen allein aus Glauben spricht, so ist damit gesagt, dass das Sein des Menschen nicht von seinem Tun, sondern das Tun des Menschen von seinem Sein her begriffen wird (Eberhard Jüngel). Wäre es anders, wäre der Sinn menschlichen Lebens von unserem Handeln abhängig, dann ginge dieser Sinn verloren, wenn unser Handeln scheitert oder wir zum Handeln nicht mehr im Stande sind. Es ist leicht zu sehen, wie grundlegend diese Einsicht für den Bereich der Pflege ist. Wir machen die Pflege, die wir einem Menschen zukommen lassen, nicht abhängig von der Leistungsfähigkeit, die wir ihm noch zutrauen. Wir meinen in der pflegenden Zuwendung den Menschen selbst, nicht seine Leistungen. Denn der Mensch ist mehr, als er selbst aus sich macht – das ist der Kern der Botschaft von der unverdienten Annahme und unverlierbaren Anerkennung des Menschen durch Gottes Gnade.

Die uns von Gott geschenkte Würde kommt allen Menschen unbeschadet ihrer Unterschiede in gleicher Weise zu. Aber der Umgang des Menschen mit der eigenen Würde wie mit der Würde anderer vollzieht sich in der konkreten Welt all solcher Unterschiede; der Respekt vor der Würde des Menschen schließt die Achtung seiner Individualität und Unverwechselbarkeit, damit aber auch die Achtung seiner Endlichkeit und Begrenztheit ein. Zur Individualität und Unverwechselbarkeit der Menschen und insofern auch zu ihrer Würde gehört insofern auch, dass

ihnen ihre Taten zugerechnet, ihre Fehlleistungen vorgehalten und ihre Leistungen anerkannt werden. Es wäre ja auch ein offenkundiger Angriff auf die Würde des Menschen, wenn seine Verantwortung für die eigenen Taten wie die eigenen Untaten schlechterdings abgestritten und ignoriert würde. Und es verstieße genauso gegen dieses Bild vom Menschen, wenn wir die Besonderheiten der menschlichen Biographie, die kulturelle Prägung seines Lebenslaufs, die religiösen Bindungen, die ihn bestimmen, die sprachliche Artikulationsfähigkeit, über die er verfügt, gleichgültig ignorieren würden. In einer Gesellschaft, die durch kulturelle Pluralität geprägt ist, ist deshalb der Übergang zu einer kulturell sensiblen Pflege ganz unausweichlich. In dieser Hinsicht kündigt sich ein Paradigmenwechsel in der Pflege an, dessen Auswirkungen auf die Ausbildung gar nicht überschätzt werden können. Aber deutlich ist auch hier die Spannung zwischen einer ökonomischen und einer ethischen Betrachtung der Pflege. Denn kulturelle Sensibilität setzt ein auf Kommunikation ausgerichtetes Pflegeverständnis voraus; dessen Umsetzung prallt häufig daran ab, dass Kommunikationsleistungen gar nicht oder nur in geringem Umfang als abrechenbar gelten. Hier erscheint mir ein Umdenken als ganz unausweichlich. Sonst läuft alles Reden von der Ganzheitlichkeit der Pflege ins Leere. Wenn Kommunikationszeit nicht in die Pflege eingerechnet wird, dann ist ein ganzheitliches und ebenso auch ein kultursensibles Pflegeverständnis nicht umsetzbar. Es erscheint mir als eine vorrangige Aufgabe, den Zusammenhang zwischen Kommunikationszeit und wirtschaftlicher Effizienz neu zu bedenken und die problematischen Entwicklungstendenzen in diesem Bereich zu korrigieren.

Unser kulturelles Paradigma ist in der christlichen Tradition verwurzelt. Sie tritt für ein Menschenbild ein, das den Menschen ganzheitlich als die von Gott geliebte Person wahrnimmt. Dabei orientiert sich unsere kulturelle wie religiöse Tradition nicht nur an der Fähigkeit zur Selbstachtung, sondern auch an der Achtung des anderen, nicht nur an der Selbstliebe, sondern auch an der Nächstenliebe.

Aus dem Gebot der Nächstenliebe ergibt sich geradezu die Pflicht, Möglichkeiten wahrzunehmen, um Menschen in Not zu helfen. Aber dieses Ziel rechtfertigt nicht jedes Mittel. Und Therapieversprechungen rechtfertigen nicht jede Art von Forschung. Die Hoffnung auf Heilung, die durch die gegenwärtig besonders intensiv geführte Genetik- und Bioethikdebatte große Aufmerksamkeit erhält, sollte nicht mit der Illusion einer leidfreien Welt verwechselt werden.

Die großen ethischen Konfliktthemen unserer Zeit – die Frage des Umgangs mit den neuen Möglichkeiten der *Gentechnologie* ebenso wie die Frage der *aktiven Sterbehilfe* machen auf ihre Weise deutlich, wie aktuell ethische Fragen sind, die sich auch in den Bereich der Pflege auswirken. Deshalb sollte man erwarten, dass auch der Bereich der Pflege sich aktiver an diesen Diskussionen beteiligt, als gegenwärtig in der Regel zu beobachten ist.

Dass in den Niederlanden die aktive Sterbehilfe legalisiert wurde, hat auch in Deutschland ein neues Nachdenken ausgelöst. Dass die zuständige holländische Ministerin es auch für erwägenswert hält, "lebensmüden" alten Menschen eine Tötungsspritze zur Verfügung zu stellen, zeigt die fundamentalen Alternativen, vor denen wir stehen, noch deutlicher. Statt Patiententestament und Sterbebegleitung, statt stationärer und ambulanter Hospize, statt Schmerzmittel auf dem Weg zu einem menschenwürdigen Sterben soll der *Tod nach Wahl* der richtige Weg sein; freilich steht er nur denjenigen offen, die im Angesicht des Todes bei klarem Bewusstsein sind und die aktive Sterbehilfe oder gar die Tötungsspritze mehrfach eindeutig fordern. Aber dieser *Tod nach Wahl* scheint eine nahe liegende Folgerung aus einer Lebenshaltung zu sein, in welcher der Mensch nur noch an sich selbst glaubt und deshalb seinem Leben ein Ende setzen will, wenn er von sich selbst nichts mehr halten und erwarten kann.

Dem Glauben des Menschen an sich selbst stellen wir den Glauben an Gott entgegen. Zu ihm gehört das Vertrauen, dass Gott auch noch im Tod zu uns hält und uns deshalb auf eine Zukunft hoffen lässt, die stärker ist als der Tod. Eben daraus wächst die Bereitschaft, das Leben als Geschenk anzunehmen, das Gott uns anvertraut. So wenig wie ein *Tod nach Wahl* kann deshalb auch ein *Leben nach Wahl* befürwortet werden, bei dem durch Präimplantationsdiagnostik eine aktive Selektion der für geburtswürdig angesehenen Embryonen durchgeführt wird. Mit dem Leben nach Wahl wie mit dem Tod nach Wahl würden nicht nur medizinische, sondern auch ethische Grenzen verschoben. Die Würde, die dem Menschen verliehen ist, würde endgültig durch den Wert verdrängt, den der Mensch sich selbst zuschreibt. Eine Veränderung würde sich vollziehen, die auf unser Bild vom Menschen tief greifende Auswirkungen hat.

Wenn sich mit der wissenschaftlich-technischen Entwicklung in den Bereichen der Gentechnologie, der Nanotechnologie und der Robotik die Erwartung verbindet, dass Dinge entwickelt werden, die den Menschen überlegen sind und deshalb besondere Erwartungen an die Persönlichkeit des Menschen überflüssig machen, dann ist damit die Frage gestellt, ob überhaupt zwischen „jemand“ und „etwas“ noch eine wirkliche Differenz besteht. Diese Differenz ist in der Tradition des Personbegriffs darin gesehen worden, dass der Mensch *nicht* durch besonde-

## # Mittendrin #

---

re Eigenschaften oder Leistungen zu etwas *wird* - und sei dies „eine Person“ -, sondern dass er als Person geachtet und anerkannt wird, *bevor* er solche Eigenschaften oder Leistungen überhaupt zu entwickeln vermag. Diese anspruchsvolle Feststellung darüber, was den Menschen zur Person macht, findet ihre schlichte Entsprechung in der Beobachtung, dass die Ausbildung derjenigen Eigenschaften, an denen sich unserer durchschnittlichen Auffassung zufolge das Personsein eines Menschen zeigt - zum Beispiel Selbstbewusstsein, Selbstbestimmung, Selbstvertrauen - immer schon *voraussetzt*, dass der Betreffende als Person akzeptiert und behandelt wurde.

Das klingt zunächst vielleicht abstrakt, aber die dahinter liegende Erfahrung kennen wir alle aus dem Aufwachsen von Kindern. Ein Kind kommt nicht mit Selbstbewusstsein und mit der Fähigkeit zur Selbstbestimmung auf die Welt. Deswegen ist es auch vollkommen wirklichkeitsfremd zu sagen, wir definierten die menschliche Person durch die Selbstachtung, und gleichzeitig zu behaupten, wie es manche tun, diese Persönlichkeit im Sinne einer am Menschen aufweisbaren „Fähigkeit“ beginne mit der Geburt. Denn es ist unbestreitbar, dass wir an Neugeborenen noch keine Selbstachtung feststellen oder nachweisen können. Dass das Neugeborene Selbstbewusstsein und die Fähigkeit zur Selbstbestimmung entwickelt, hängt daran, dass es als Person geachtet und anerkannt wird, bevor es solche Fähigkeiten hat. Das gerade macht den Zauber und das Wunder des Aufwachsens von Kindern aus. Der erste Blick, mit dem Mutter und Vater das Kind anblicken, enthält eine Respektierung dieses Kindes als Person, bevor es sich selbst als Person in einem umfassenderen Sinn des Wortes artikulieren kann.

Deshalb ist es entscheidend für den Begriff der Person, dass der Mensch nicht reduziert wird auf seine natürliche Ausstattung, auf seine physische Existenz, auf die ihm genetisch anvertrauten Gaben. Ich bin auch anderes und mehr geworden, als in meinen Genen steckt. Ich habe nämlich eine Geschichte. Deshalb bin ich heute ein anderer als mein Zwillingbruder wäre, wenn ich einen hätte; denn er würde eine andere Geschichte haben. Uns beide zu reduzieren auf die identische genetische Ausstattung, wäre eine Verachtung unseres Person-Seins. Genau diese Verachtung vollzieht sich aber, wenn man im Menschen nicht mehr sieht als seine genetische Ausstattung. Der Unterschied zwischen „jemand“ und „etwas“ verschwimmt. Wenn das nicht der Fall sein soll, müssen wir auch im Umgang mit den neuen Möglichkeiten von Gentechnologie und Reproduktionsmedizin die Fähigkeit entwickeln, Maß zu halten.

Diese Fähigkeit, Maß zu halten, ist auch im Umgang mit der Endlichkeit des menschlichen Lebens herausgefordert. Mit der Entschlüsselung des menschlichen Genoms verbindet sich die Aussicht, die genetische Disposition des Menschen vollständig unter Kontrolle zu bekommen. Mit der Aussicht auf gentherapeutische Verfahren, insbesondere das therapeutische Klonen, verbindet sich die Vision, Krankheiten aus eigener Kraft vollständig zu überwinden. Organtransplantation oder Xenotransplantation erscheinen vor einem solchen Hintergrund schon jetzt als veraltete Technologien der ‚Lebenswissenschaft‘.

Gewiss gehen manche dieser Erwartungen über die Wirklichkeit weit hinaus. Alle Unsterblichkeitsphantasien werden nichts daran ändern, dass die menschliche Lebensspanne endlich ist. Mediziner sprechen davon, dass diese Lebensspanne – also die im äußersten Fall denkbare Lebenszeit des Menschen – etwa 120 Jahre beträgt. Auch wenn die Fortschritte der Medizin dazu führen, dass wir mit unserer individuellen Lebenszeit diese Lebensspanne in höherem Maß ausschöpfen als bisher, so hat dies doch mit Unsterblichkeit nichts zu tun. Man kann die skeptische Frage stellen, bis zu welcher Grenze ein solches Ausschöpfen überhaupt sinnvoll und wünschenswert ist; man sieht schon jetzt, wie diesem Hinausschieben der Grenze die Forderung nach einer Beendigung menschlichen Lebens durch aktives Eingreifen des Arztes – die sogenannte aktive Sterbehilfe – zur Seite tritt. Aber unabhängig von dieser Frage und von anderen kritischen Einwänden, die man im Blick auf Entwicklungen in den Biowissenschaften stellen muss, bleibt es dabei: Unsterblichkeit werden sie nicht bewirken; die Todesgrenze überspringt der Mensch auf diese Weise nicht. Auch dann nicht, wenn das biblische Altersmaß überschritten wird, von dem es im 90. Psalm heißt: „Unser Leben währet siebzig Jahre, und wenn’s hoch kommt, so sind’s achtzig Jahre.“

Die Möglichkeiten menschlichen Handelns ändern sich. Je mehr sie wachsen, desto dringlicher ist die Tugend des Maßes gefragt. Sie ist auch nötig, wenn es inmitten aller Veränderungen möglich bleiben soll, Pflege und Ethik zusammenzuhalten – oder genauer: neu miteinander zu verbinden.

**Abdruckgenehmigung des überarbeiteten Referats mit freundlicher Genehmigung des Autors und der Pressestelle der Evangelischen Kirche in Deutschland, Hannover**

Fortsetzung von S. 23

## Wahrnehmung, Annahme und Bestimmung eines ethischen Problems

Die meisten Probleme haben eine ethische Dimension. Im ersten Schritt des Entscheidungsfindungsmodells geht es um die konkrete Benennung des ethischen Problems und den Abgleich der Wahrnehmung in der thematisierten Situation (vgl. Tödt 1988, S. 30 f.). Ein ethisches Problem kommt durch das Aufeinandertreffen von zwei ethischen Prinzipien zustande, die sorgfältig gegeneinander abgewogen werden müssen. In der Fallgeschichte um Frau O. geht es auf der einen Seite um die Autonomie, d.h. um die Selbstbestimmung der Patientin und die Frage: Wie stellt sich Frau O. ihre weitere Behandlung vor? Möchte sie nach Hause, um dort sterben zu können, wie sie es gegenüber den Pflegekräften geäußert hat? Oder ist sie doch einverstanden mit dem neuen Therapievorschlag, den ihr der Arzt anbietet? Auf der anderen Seite steht die Frage, wie die professionelle Pflicht zur Fürsorge gegenüber der Patientin ihren Ausdruck finden soll. Bedeutet Fürsorge eine Sterbegleitung für die Patientin (so sehen es die Pflegekräfte) oder eine neue, lebensverlängernde Therapie (so lautet die Meinung des behandelnden Arztes)?

Die „Fallgeber“, d.h. im Fallbeispiel die Pflegekräfte der Station, tragen ihre Sicht vor und benennen die ethischen Prinzipien, die das anfallende Problem als ein ethisches identifizieren. An dieser Stelle in der Fallbesprechung wird deutlich, dass eine Bearbeitung des Modells ohne ethische Grundkenntnisse nicht gelingen kann. Ethisches Fachvokabular ist von Nöten, um die komplexe Alltagssituation angemessen thematisieren zu können. Der Rückgriff auf Nachschlagewerke (z.B. Höffe 1980) kann hier weiter helfen. In der Fallgeschichte geht es um die Autonomie der Patientin und um die Frage, welche Form der Fürsorge angemessen ist. Diese Art der Thematisierung des Problems baut auf begründbaren ethischen Prinzipien auf, die allgemeingültig sind und eine lange Tradition haben. Damit ist eine Verbindlichkeit des Themas hergestellt, die mit dem Bezug z.B. auf das Mitleid der Pflegekräfte mit der Patientin nicht erreichbar wäre.

Die Gruppe der Menschen, die am Entscheidungsprozess beteiligt sein sollen, müssen nun bestimmen, ob sie die vorgetragene Wahrnehmung teilen und die Bereitschaft zum Selbsteinsatz bei der Problembearbeitung aufbringen. Der behandelnde Arzt hat mit der entstandenen Situation zunächst kein ethisches Problem, da die Patientin seinem Therapievorschlag nicht widersprochen hat. Erst wenn die Pflegenden aufgrund ihrer zusätzlichen Informationen deutlich machen können, dass der autonome Wille der Patientin zum weiteren Behandlungsablauf möglicher Weise anders aussieht als vom Arzt angenommen, kann ein ethisches Gespräch innerhalb der Gruppe der Beteiligten beginnen. Wenn es der gesundheitliche Zustand der Patientin erlaubt, sollte sie direkt in

das Gespräch miteinbezogen oder zumindest befragt werden.

## Situationsanalyse

Die komplexen Zusammenhänge einer Situation werden in einem zweiten Schritt erfasst (z.B. über Daten, Fakten, Rahmenbedingungen der Einrichtung und soziales Umfeld der Patientin, Rollen- und Interaktionsmuster, Bewusstseinslagen etc.). Was hat die Patientin konkret gesagt und was hat sie eigentlich gemeint? Wie sehen die Erfolgsaussichten der vorgeschlagenen Therapie aus und auf welche Befunde stützen sie sich? Lassen sie sich auf die Situation der Patientin Frau O. anwenden? Welche Möglichkeiten der ambulanten Versorgung gäbe es für Frau O., wenn sie tatsächlich zum Sterben nach Hause zurückkehren wollte? Wäre sie ausreichend betreut? Trauen sich ihre Angehörigen die Betreuung und Begleitung zu? Die Informationen werden vereinfacht und in ihren Grundzügen systematisiert, z.B. durch ein Informationsschema. Aus dem Schema wird die ethische Problematik ermittelt sowie Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten formuliert.

Die Situationsanalyse trägt dazu bei, das ethische Problem differenzierter zu betrachten. Es kann sich durch die Situationsanalyse z.B. herausstellen, dass Frau O. gerne zum Sterben nach Hause möchte, in den Therapievorschlag des Arztes jedoch einwilligt, weil sie die Reaktionen ihrer Angehörigen auf ihre Entscheidung fürchtet und ihnen in der Sterbephase nicht zur Last fallen will. Für den weiteren Verlauf der Entscheidungsfindung sind dann Lösungsansätze zu favorisieren, die den Wunsch der Patientin auf Therapiebeendigung berücksichtigen, die Angehörigen in das Geschehen stärker einbeziehen und Defizite in der ambulanten Versorgung ausgleichen. Es kann jedoch auch sein, dass Frau O. deshalb in den Therapievorschlag des Arztes einwilligt, weil die Erfolgswahrscheinlichkeit der Therapie überzeugend ist und sie durch einige Monate zusätzlicher Lebenszeit die Möglichkeit sieht, ein bestimmtes, ihr wichtiges Ereignis noch miterleben zu können. Das könnte das Praxisbeispiel gibt darüber keine Auskunft - der „runde“ Geburtstag ihres Ehemannes oder der Studienabschluss der Tochter sein. In diesem Fall besteht die Verpflichtung und die Verantwortung darin, die vorgeschlagene Therapie zu beginnen. Den beteiligten Pflegekräften wäre die Situation verständlicher, so dass sich das ethische Problem für sie auflöst.

Die Situationsanalyse wirft mit ihren zusätzlichen Informationen ein neues Bild auf die ethische Problemsituation und bereitet die Frage nach den Handlungsoptionen in Schritt drei vor (vgl. Tödt 1988, S.31 ff.).

## Beurteilung von Verhaltensoptionen

Probleme fordern zu Lösungen heraus: Bei Schritt drei geht es um „tastende Vorstellungen“ von Handlungsalternativen (vgl. Tödt 1988, S. 34 ff.). Orientiert am Ergebnis der Situationsanalyse können nun alle



Möglichkeiten der Fürsorge aufgelistet werden, die dem Willen der Patientin entsprechen. Im gemeinsamen Gespräch aller Beteiligten öffnet sich der Blick für Wege und Perspektiven, die ein Einzelner nicht übersieht. Im Vordergrund stehen dabei nicht kurzfristige oder pragmatische Lösungen, sondern Möglichkeiten, die sittliche Bedeutsamkeit haben im Blick auf folgende Kriterien:

- Handeln, d.h. die Wahl des Ziels muss begründet werden, mit dem Selbst- und Wirklichkeitsverständnis der Urteilenden übereinstimmen und die Wahl der Mittel zur Zielerreichung sollte angemessen sein.
- Erleiden und Erfahren, d.h. es sollte die Bereitschaft dazu vorhanden sein, das Leid der Beteiligten (z.B. der Patientin) in Problemsituationen an sich heran zu lassen.
- Identität, d.h. der Umgang mit dem eigenen Gewissen sollte bedacht und mit möglicherweise entstehender Schuld gerechnet werden.

Für das Praxisbeispiel um die Patientin Frau O. bedeutet dies bei der Suche nach Handlungsmöglichkeiten, dass z.B. Lösungen, die die Patientin ohne nähere Prüfung ihres Willens und der Versorgungsmöglichkeiten im häuslichen Umfeld nach Hause entlassen, nicht sittlich angemessen sind. Sie „entledigen“ sich der Patientin und lösen nicht das zugrundeliegende ethische Problem.

### **Prüfung von Normen, Gütern und Perspektiven**

Im vierten Schritt werden die Werte, Normen und Güter herausgestellt, die in der thematisierten Situation Vorrang verdienen (vgl. Tödt 1988, 37 ff.). Es geht nicht mehr um das Gut der Gesundheit, denn die Patientin ist bereits sterbenskrank und ihr Lebensende ist absehbar. Lebensqualität und Abschiednehmen stehen im Vordergrund. Das ethische Prinzip der Patientenautonomie erhält deshalb in der Situation des Praxisbeispiels eine besondere Bedeutung. Im dritten Schritt der Entscheidungsfindung haben die Handlungen, die aus der breiten Palette von Möglichkeiten entwickelt werden Vorrang, die den Willen der Patientin konkreter zu ermitteln und umsetzen helfen. Das ethische Prinzip der Fürsorge als Berufspflicht in Medizin und Pflege ist zwar wichtig, muss aber situationsangemessen erfolgen. Fürsorge steht stets in der Gefahr, den Schwächeren in einer Beziehung zu bevormunden. Eine „übergreifende“ Fürsorge kann sowohl durch die Pflegenden erfolgen, wenn sie therapeutische Möglichkeiten für die Patientin vorzeitig ablehnen, als auch durch den Arzt, der eine lebensverlängernde Therapie vorschlägt und den nahenden Tod damit hinauszögert. Nur die Patientin allein kann bestimmen, was das für sie Angemessene ist.

Die Normenprüfung bringt nichts Neues hervor, da sie in der Situationsanalyse und der Diskussion der Handlungsmöglichkeiten implizit erfolgt ist, sie klärt und sichert jedoch den bisherigen Urteilsverlauf.

### **Sittlich-kommunikative Verbindlichkeit**

Es erfolgt im fünften Schritt die Überprüfung der Verbindlichkeit der angedachten Lösung nach dem Kriterium: Jeder Mensch sollte in einer vergleichbaren Situation unter gleichen lebensgeschichtlichen Voraussetzungen so handeln (vgl. Tödt 1988, 39 ff.). Immanuel Kant sieht die Sittlichkeit in einer Entscheidung nur dann gewährleistet, wenn das darin deutlich werdende Prinzip für alle vernünftigen Wesen gelten kann. Die Lösung sollte verallgemeinbar und nicht eine kompliziert konstruierte „Spezialvariante“ mit vielen möglichen Komplikationen sein.

Die Gruppe von Menschen, die eine Handlungsweise als Lösung für ein ethisches Problem erarbeitet hat, vertritt und verantwortet das darin sichtbar werdende Urteil als ein gemeinsames. Dies sollte auch das Ziel in der beschriebenen Praxissituation sein. Selbst wenn im Verlauf der Entscheidungsfindung eine Möglichkeit begründet gewählt wird, die von einem der Beteiligten von vorneherein als Option in die Diskussion hineingebracht wurde (z.B. der Wunsch der Patientin nach häuslicher Verlegung, die Vorstellungen der Pflegekräfte von Sterbebegleitung oder der Therapievorschlag des Arztes), können die anderen Beteiligten nach dem Gesprächsverlauf die Lösung mittragen und mitverantworten. Durch das Gespräch ist der Hintergrund für die Handlungsentscheidung ein anderer geworden. Es gilt allerdings sicherzustellen, dass sich nicht eine Werthaltung oder ein Wirklichkeitsverständnis manipulierend durchgesetzt hat.

### **Urteilsentscheid und Adäquanzkontrolle**

Der Akt des Urteilsentscheids führt zu einem verhaltensbestimmenden Entschluss. Es wird bestimmt, was konkret gemacht werden soll und wer dabei welche Funktionen übernimmt. Die an einer Entscheidung Beteiligten müssen auch angesichts der Unvorhersehbarkeit der Handlungsfolgen bereit sein, für ihre Entscheidung einzustehen bzw. diese verantwortlich umzusetzen. Ein Urteilsentscheid ist nicht die logische Verknüpfung von Sachmomenten, obwohl er kognitive Elemente mit einbezieht. In einem letzten Schritt wird deshalb überprüft, ob die Verknüpfung des im Entscheidungsprozess Erkannten der gewählten bzw. empfohlenen Handlung zur Lösung des ethischen Problems angemessen ist (vgl. Tödt 1988, S. 41 f.).

### **3. Orte der ethischen Fallbesprechung und Schwierigkeiten in der Umsetzung**

Die beiden dargestellten Möglichkeiten einer ethischen Fallbesprechung über die zurückblickende, hermeneutische und über die vorausschauende, problemlösende Zugangsweise können interdisziplinär auf einer Station oder in einer Einrichtung durchgeführt werden. Ein Ort für die Besprechung und eine festgelegte Zeit (ca. 1 ½ Stunden) sollten sichergestellt sein. Ethische Fallbesprechungen werden von einem Moderator bzw. einer Moderatorin geleitet, die nicht selbst in den behandelten Fall involviert und in die Stationshierarchie eingebunden ist, aber dennoch

Kenntnisse über die spezifischen Besonderheiten der Einrichtung besitzt.

Die zurückblickende, hermeneutische Methode dient der Ermöglichung impliziten ethischen Lernens. Bei dieser Form des Lernens steht das gemeinsame Entdecken von latent vorhandenen Deutungsmustern im Mittelpunkt; es geht weniger um die explizite Vermittlung von ethischem Wissen durch Methoden wie Belehrung oder Vortrag. Orte hierfür sind Ethikzirkel und Ethikberatung. An zurückblickenden Fällen wird diskutiert, welche zeitstabilen stereotypen Sichtweisen und Interpretationen die alltäglichen Handlungsbereiche der Teilnehmenden bestimmen. Es erfolgt ein Abgleich von Deutungsmustern und normativen Wertvorstellungen in informellen Arrangements sowie eine Reflexion und Weiterentwicklung von ethischen Grundhaltungen. Fahr (2008) macht darauf aufmerksam, dass unterschiedliche Deutungsmuster bei Ärzten und Pflegekräften zu beobachten sind. Die starke Orientierung auf den individuellen Patienten sowie die persönliche Nähe zu diesem führt in der Pflege zu einer anderen Selbst-, Fremd- und Situationsdeutung als bei Ärztinnen und Ärzten, die sich stärker an medizinischen Sachverhalten orientieren und die oftmals um die rechtlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen fürchten. Auch sind Ärztinnen und Ärzte in interdisziplinären Diskussionskontexten statusbewusster als Pflegende. Die In-Fragestellung von tiefverankerten Werthaltungen führt deshalb auf beiden Seiten zu nicht erwünschten emotionalen Verunsicherungen, die in den ethischen Fallbesprechungen aufgefangen werden müssen. Die mit Werthaltungen verbundenen Emotionen der Beteiligten können in einem Maße Ausdruck finden, dass gemeinsame Besprechungen zu einer Fallgeschichte „ausufern“ und dysfunktional werden. Hier ist es die Aufgabe einer/ eines geschulten Moderatorin bzw. Moderators, durch gut gestaltete Lernarrangements emotionales Lernen und die Weiterentwicklung von Werthaltungen zu ermöglichen (vgl. Fahr 2008, S. 28 f.).

Die vorausschauende, problemlösende Methode der ethischen Fallbesprechung hat demgegenüber ihren Ort dort, wo es um explizites ethisches Lernen im Problemlösungsprozess geht: in Ethikworkshops, Ethikkonsilien und in Ethikomitees. Hier findet zielorientiertes Reflektieren in formellen Arrangements mit Handlungsregeln statt, es wird ergänzt durch Informationsinput des Moderators bzw. der Moderatorin (z.B. zu ethischen Sachthemen oder Methoden). Moderation – so Fahr (2008, S. 30 f.) – geht einher mit Referieren. Bei dieser Form der ethischen Fallbesprechung muss dafür Sorge getragen werden, dass Verfahrensregeln (z.B. die Schritte eines gewählten Entscheidungsfindungsmodells) eingehalten werden und dass die Teilnehmenden ihre eigenen Lernprozesse organisieren können (z.B. durch zusätzlichen Informationsinput oder Interpretationshilfen). Auch bei dieser Form der Fallbesprechung kann der Umgang mit entstehenden Emotionen zum Problem werden. Insbesondere Themen wie Therapiebegrenzung, Tod und Sterben, der Umgang mit Schuld und Scham oder die Angst vor Kompetenzverlust durch mehrdeutige Entscheidungssituationen führen zu Schwierigkeiten (ebd., S. 36 f.).

Ethische Fallbesprechungen sind der Versuch eines strukturierten Gesprächs, bei dem ein interdisziplinäres Team einen reflektierten Blick auf eine geschehene Situation wirft oder eine ethische Argumentation für die anstehende Entscheidung entwickelt. Sie stellen keine Supervision dar und ersetzen diese auch nicht, denn im Mittelpunkt der ethischen Fallbesprechungen steht die Auseinandersetzung mit Werten und Normen. Auch wenn Emotionen bei der ethischen Argumentation mit im Spiel sind und deshalb aufgegriffen werden müssen, gilt es vorrangig, Ethik als Bestandteil eines möglicherweise problematischen Berufsalltags zu thematisieren.

**(Literatur bei der Redaktion)**

## Information

### **Versprechen mit Ehrenwort: 21.000 zusätzliche Stellen für die Pflege**

(kma) Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt bestätigte gegenüber der Presse, dass sie ihr im Rahmen des Hauptstadtkongresses am 4. Juni 2008 angekündigtes Versprechen einhält und sie dafür sorgt, dass mehr Geld für zusätzliche Stellen dem Pflegedienst in den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt wird. Marie-Luise Müller, Präsidentin des Deutschen Pflegerates (DPR), blickt auf eine positive Zusammenarbeit: „Mit dieser proaktiven Reaktion seitens der Gesundheitspolitik wird jetzt endlich sichtbar, dass die Antworten auf die beharrlichen Forderungen des DPR keine bloßen Lippenbekenntnisse bleiben. Die Bedingungen für eine sichere Patientenversorgung und ausreichend professionelle Pflege können somit künftig nachhaltig verbessert werden“. Im Krankenhaus werden die Maßnahmen zur Erreichung der wirtschaftlichen Ziele seit Jahren über einen quantitativen Leistungsdruck, insbesondere durch das Pflegepersonal geschultert. Der Abbau von 50.000 Stellen lässt keine Patientensicherheit mehr garantieren, geschweige denn, innovative zukunftsfähige Konzepte initiieren. Das bereits vorbelastete Klima wird dadurch nicht selten verschärft. Darüber hinaus wird erwartet, dass die Mitarbeiter motiviert sind, sich an der Steigerung der Leistungsqualität zu beteiligen. Der DPR begrüßt daher ausdrücklich, dass Ministerin Schmidt die schwierige Situation des Pflegedienstes in den Krankenhäusern erkannt hat und schon erste Vorbereitungen zum zugesagten Pflegegipfel getroffen werden.

Quelle: kma Newsletter - Ausgabe 0118