Ansprechstellen im
Land NRW zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung

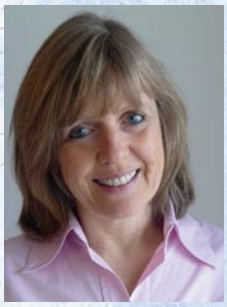
Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Juli 2016 Ausgabe 68

Schwerpunkt:

ETHISCHE FRAGEN AM LEBENSENDE

Editorial



Liebe Leserinnen und Leser,

medizinische Entscheidungen werden im Grunde immer von ethischen Fragen begleitet, nicht nur am Lebensende, dann jedoch ganz besonders. Dies machen Begriffe wie ‚Therapiezieländerung' oder ‚Therapiebegrenzung', deutlich … Entscheidungen ‚über Leben und Tod' stehen im Raum. In Gesellschaft und Politik sowie in der Versorgung erfährt dieses Thema aktuell eine besondere Aufmerksamkeit. Das ist einerseits gut, denn ethische Fragen haben viel mit Fragen zu Menschenwürde oder Willensfreiheit zu tun – unabhängig von der Lebensphase. Sie stehen aber auch in einem direkten Zusammenhang mit Haltung, Nähe, Fürsorge und vor allem aufmerksamer Kommunikation. Analog zu dem, was unsere Autoren in Teilen deutlich machen, geht es nicht immer um die großen Dilemmata und um hochkomplexe Entscheidungen. Hierfür ist es zwar gut, angemessene Rahmenbedingungen zu schaffen, die relevanten Akteure zusammenzuholen und eine Gesprächskultur zu entwickeln, die nicht nur gegenüber den Betroffenen, sondern auch unter den Professionen von Wertschätzung und Achtsamkeit geprägt ist. Aber ebenso sollten wir alle, die wir im Kontakt mit Menschen arbeiten, schon weit vor der Notwendigkeit solcher Entscheidungsprozesse unsere Aufmerksamkeit auf deren Wünsche und Bedürfnisse richten. Um dies innerhalb von Institutionen, wie z. B. der stationären Altenhilfe, zu gewährleisten, bedarf es sicherlich verbesserter Ressourcen. Aber die Basis ist eine redliche und offene Auseinandersetzung, die jeder Mensch in seinem Lebenszusammenhang führen sollte.
Ich wünsche Ihnen eine gute Lektüre und interessante Anregungen für Ihre Arbeit.

Ihre

G. Dingerkus

Gerlinde Dingerkus

INFORMATION

10 Jahre Ambulante Palliativpflege in NRW
Gerlinde Dingerkus, Felix Grützner, Thomas Montag, Christiane Ohl 4

Spirituelle Begleitung in der Hospizarbeit – Werkstattbericht
Hubert Edin 5

Die Nacht in deutschen Pflegeheimen
Jörg große Schlarmann, Christel Bienstein 8

Modellprojekt „Alevitische Seelsorge in Baden-Württemberg“
Basri Askin 11

SCHWERPUNKT
ETHISCHE FRAGEN AM LEBENSENDE

Mobile Ethikberatung in Lippe (MELIP)
Fred Salomon, Birgit Bleibaum 13

Netzwerk ambulante Ethikberatung Göttingen (NEG)
Friedemann Nauck, Ildikó Gágyor, Alfred Simon 16

„Wie kann ich das denn entscheiden?!“ Umgang der Deutschen Alzheimer Gesellschaft mit ethischen Fragestellungen
Susanna Saxl 18

Ethik und Interkulturalität
Michael Coors 20

Medizinische Entscheidung zwischen ethischer Theorie und klinischer Praxis
Interview mit Georg Bosshard 23

Veranstaltungen 27

IMPRESSUM

Herausgeber
ALPHA - Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Redaktion
Ansprechstelle im
Land Nordrhein-Westfalen zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung
im Landesteil Westfalen-Lippe
Sigrid Kießling
Friedrich-Ebert-Straße 157-159, 48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48, Fax: 02 51 - 23 65 76
alpha@muenster.de, www.alpha-nrw.de

Layout
Art Applied, Hafenweg 26, 48155Münster

Druck
Buschmann, Münster

Auflage
2500

Die im Hospiz-Dialog-NRW veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen.

10 JAHRE AMBULANTE PALLIATIVPFLEGE IN NRW

GERLINDE DINGERKUS, FELIX GRÜTZNER, THOMAS MONTAG, CHRISTIANE OHL

Immer schon war es Aufgabe von ambulanten Pflegediensten, schwerstkranke und sterbende Menschen zu Haus zu versorgen. Diese Versorgung ist, will man der besonderen Situation und den Betroffenen gerecht werden, mit einem besonderen Aufwand verbunden und bedarf spezifischer Kenntnisse und Erfahrungen. Es gab immer wieder Ansätze, diesem Aufwand Rechnung zu tragen, wie beispielsweise die sogenannte Finalpflege als abrechenbare Leistung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Die Anforderungen an diese Leistungen waren jedoch unzureichend sowohl hinsichtlich der qualitativen als auch der finanziellen Voraussetzungen, was in Nordrhein-Westfalen kritisch wahrgenommen wurde. Denn hier waren die Hospiz- und Palliativversorgung weit fortgeschritten, gute Standards und adäquate Strukturen notwendige Bedingungen.

Am 9. Juni 2016 trafen sich die ambulanten Palliativpflegedienste Nordrhein-Westfalens in Köln

Mehr als zehn Jahre ist es her, dass hier daher die ersten Schritte zu einer qualitativ hochwertigen eigenständigen ambulanten palliativpflegerischen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege eingeleitet wurden. Zahlreiche Gespräche in verschiedenen Konstellationen, unterstützt vom Landesgesundheitsministerium, in denen notwendige Inhalte und Voraussetzungen diskutiert wurden, mündeten im Jahr 2006 in einen eigenständigen, landesweiten und kassenübergreifenden Palliativpflegevertrag, nachdem vorher in einem etwa zweijährigen Modellprojekt mit etwa 16 teilnehmenden Pflegediensten die Wirksamkeit sowie notwendige Rahmenbedingungen erprobt und entwickelt wurden.

Seitdem hat sich die Hospiz- und Palliativlandschaft besonders im ambulanten Bereich weiterentwickelt. Die hospizlichen und palliativpflegerischen Angebote wurden um palliativmedizinische Komponenten erweitert und deren Vernetzung vorangetrieben. Die bestehenden Strukturen und mit ihr die Qualität und Professionalität haben weiterhin an Profil gewonnen. Viele Palliativpflegedienste sind inzwischen zu verlässlichen Partnern geworden und bilden eine wesentliche Säule in den regionalen Netzwerken.

Jährliche Treffen der am Vertrag teilnehmenden Palliativpflegedienste dienen dem Erfahrungsaustausch, der fachlichen Fortbildung und der qualitativen Weiterentwicklung. Die aktuelle Veranstaltung in diesem Juni in Köln stand unter dem Eindruck des neuen Hospiz- und Palliativgesetzes. Dies macht Aussagen zu vielen Bestandteilen der Versorgung und Begleitung. Aber gerade für die ambulante Palliativpflege in NRW stellt sich die Frage danach, welche Auswirkungen dies auf den inzwischen bewährten und in ganz NRW fast flächendeckend umgesetzten Palliativpflegevertrag haben kann. Für die Dienste ist klar: Die im Hospiz- und Palliativgesetz vorgesehene Integration palliativpflegerischer Leistungen in die allgemeine häusliche Krankenpflege darf keine Abstriche für ihr spezifisches Angebot mit sich bringen. Sie stehen für die hohe Qualität der Versorgung und möchten nicht, dass es zu ‚Mogelpackungen' kommt: Wo gute Palliativpflege draufsteht, muss diese auch drin sein! Und dies geht nur mit Qualifikationsanforderungen, wie sie in diesem Bundesland bestehen, verbunden mit einer auskömmlichen Finanzierung.

Die Veranstaltung – organisiert von HPV NRW, DGP Landesvertretung und den ALPHA-Stellen - war daher geprägt von einer intensiven Diskussion darüber, was jetzt notwendig ist und welche Wünsche

es von Seiten der Dienste gibt. Die (virtuellen) Adressaten waren dabei nicht nur Verbände, Politik oder Kostenträger, sondern auch sie selber, ihre Träger und ihre Kooperationspartner.

Das Fazit für die Organisatoren: Die Erkenntnisse dieses Tages, die auf den Erfahrungen und der Kompetenz der Teilnehmenden basieren, müssen in Worte gefasst und an die Öffentlichkeit gebracht und insbesondere in die Gremien getragen werden, die jetzt Entscheidungen darüber treffen, wie sich langfristig ambulante Palliativpflege gestalten sollte. Nach dem Motto: „Never change a running system!“ sind wir in NRW der Überzeugung, dass die Strukturen hier in bewährter Weise weiterentwickelt werden müssen und Vorbild sein können für andere.

Felix Grützner, Gerlinde Dingerkus
www.alpha-nrw.de

Christiane Ohl
www.hospiz-nrw.de

Thomas Montag
www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/landesvertretung-nordrhein-westfalen.html

SPIRITUELLE BEGLEITUNG IN DER HOSPIZARBEIT – WERKSTATTBERICHT

HUBERT EDIN

Spirituelle Begleitung ist nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation die vierte Säule von Palliative Care.

Doch was heißt das? Was ist Spiritualität? Was heißt spirituelle Begleitung? Was ist Seelsorge? Wer ist dafür zuständig? Was muss man wissen, was muss man können, um andere Menschen ‚spirituell‘ begleiten zu können? Braucht man dafür ein Diplom in Theologie, eine kirchliche Beauftragung als Seelsorgerin oder Seelsorger, eine eigene spirituelle Praxis, was immer das auch ist …?

Das Anliegen des AK Seelsorge ist es, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in hospizlichen Feldern zu befähigen, andere Menschen, Sterbende und deren Angehörige und Freunde auch dann zu begleiten, wenn spirituelle, religiöse oder, allgemeiner gesprochen, Sinnfragen auftauchen. Und dies eben nicht in der Haltung eines Expertentums: hier der spirituelle Fachmann als Caregiver und da der spirituell Bedürftige als Empfänger spiritueller Zuwendung, sondern mehr im Sinne dessen, was Walt Whitman im „Gesang meiner selbst“ allen zumutet und zusagt:

„Weder ich noch irgend ein anderer kann diesen Weg für dich gehen,
Du musst ihn ganz für dich selbst gehen.

Er ist nicht fern, er ist in greifbarer Nähe,
vielleicht befindest du dich auf ihm, seit du geboren wurdest, ohne es zu wissen …

Auch du stellst mir Fragen und ich höre dich,
ich antworte, dass ich nicht antworten kann, Du musst es selbst herausfinden.“

Das Team in Vorbereitung der berufsbegleitenden Fortbildung: v .l. Dr. Sabine Federmann, Hans Overkämping, Hubert Edin (nicht im Bild: Prof. Hermann Steinkamp)

» Den Arbeitskreis Seelsorge NRW gibt es seit 2003. Auf die Initiative eines Hospizseelsorgers treffen sich hier regelmäßig Männer und Frauen deren Anliegen es ist, den Themen Seelsorge und Spiritualität in der Hospiz- und Palliativversorgung den ihnen angemessenen Stellenwert zu geben. Dazu veranstaltet der AK Fachtagungen, Workshops und Fortbildungen.

Aus diesem Grund hatte der Arbeitskreis im Januar 2016 zu einem Workshop eingeladen, um das Thema „Spirituelle Begleitung“ in den Blick zu nehmen und an einer möglichen längerfristigen Fortbildung zu dem Thema zu arbeiten.

Die Resonanz auf die Einladung hat die Vorbereitungsgruppe überrascht. Fast 50 Anmeldungen: Ehrenamtliche Hospizmitarbeiterinnen und Hospizmitarbeiter, Vorstände, Koordinatorinnen und Koordinatoren, Seelsorgerinnen und Seelsorger.

Bevor die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich in Kleingruppen mit Aspekten der je eigenen Spiritualität beschäftigten, gab Hermann Steinkamp (bis 2004 Professor für Pastoralsoziologie und Religionspädagogik in Münster) in einem einleitenden Vortrag (als Download unter http://www.hospiz-nrw.de/downloads) wichtige Impulse.

Selbstsorge und Compassio

In seinem Vortrag stellte Hermann Steinkamp zwei ‚Spiritualitäten‘ vor, die für die hospizliche Arbeit fruchtbar sein können.

Der Begriff der Selbstsorge hat seine Wurzeln in eher philosophischen Denk- und Lebensschulen: in der griechisch-römischen Antike, der Stoa und in humanistischen Traditionen. Der Begriff tönt vertraut und doch fremd zugleich.

Selbstsorge – „sich um sich selbst sorgen“ – lässt sich genauer beschreiben als eine „Praxis der Freiheit“, in der es darum geht, das eigene Leben wirklich selbst, wirklich verantwortlich zu leben, und so die Wahrheit des Lebens in der eigenen Lebensführung darzustellen. Das ist leicht hingeschrieben … aber:

Die antike Lebenskunst wusste, dass diese „Praxis der Freiheit“ Arbeit an sich selbst bedeutet. Wesentliche Aspekte davon sind:

- Die Sorge um die eigene Gesundheit;
- die „Meisterung der Begierden“, insofern sie die Freiheit einschränken;
- Techniken der Meditation;
- Praktiken der Gewissensprüfung und Selbstreflexion;
- richtige Beziehungen zu den Mitmenschen (von den privatesten, erotischen bis hin zu politischen Beziehungen) und darin eben auch die Sorge um die anderen.

Mit Selbstsorge ist jedoch nicht das ängstliche „sich um sich Sorgen machen“ gemeint oder die Einladung zum grenzenlosen Egoismus; die „Meisterung der Begierden“ meint keine ablehnende Einstellung zu den Genüssen und Lüsten des Lebens; Praxis der Gewissensprüfung keine skrupulösen Selbstanklagen. Es geht tatsächlich darum, „mit sich selbst befreundet zu sein“, sich „ein gutes Leben zu machen“ (mit allen ethischen Implikationen). Ob und wie das gelingt, zeigt sich genau dann, wenn das Leben nicht so verläuft, wie wir es gerne hätten: Wenn Schmerzen, Leiden, Abschiede, Niederlagen, Tod … unsere Konzepte zerbrechen.

Der zweite Typus von Spiritualität lässt sich kennzeichnen durch den Begriff Compassio (Mitleiden, Mitgefühl) oder ‚Berührbarkeit‘. Der Begriff und was er bezeichnet, ist tief verwurzelt in den religiösen Traditionen des Judentums, des Christentums, des Islam, des Buddhismus … in all diesen Traditionen ist Mitgefühl und Berührbarkeit ein Name für das Göttliche. In der Erzählung vom „barmherzigen Samariter“ ist dieser Weg der „Gottesbegegnung/-erkenntnis“ vielen noch vom Hören vertraut.

Das Praxisfeld Hospiz wird immer multireligiöser und konfessionell bunter. Die beiden Ansätze „Selbstsorge“ und „Compassio/Berührbarkeit“ bieten mit ihrer Herkunft aus eher philosophischen und dezidiert religiösen Wurzeln einen Rahmen, in dem gute Formen für spirituelle Begleitung entwickelt werden können. Wichtige Kriterien (Gussone; Schiepeck, 2000) für diejenigen, die andere begleiten wollen, sind dabei:

- Nur wer eine eigene Praxis der Freiheit (Selbstsorge) hat, ist glaubwürdig und kompetent, andere in ihrer Selbstsorge zu begleiten.
- Wichtig bleibt, nicht um das eigene Ego zu kreisen, sondern den Kontakt zu Personen zu su-

chen (Meistern, Freunden, Ratgebern …), die einem „freimütig Wahres“ sagen, die einen durch ihre Rückmeldungen und Wahrnehmungen fördern und herausfordern.

- Die eigene Praxis der Selbstsorge ist notwendig, um andere begleiten zu können. Gleichzeitig stellt sie einen Wert an sich dar.
- Selbstsorge braucht Zeit und Freiräume und Formen.

Die Idee für eine Fortbildung
Nach der Diskussion des Vortrags, nach verschiedenen Runden in Kleingruppen und auch kontroversen Diskussionen im Plenum diskutierten die Anwesenden die Ideen des AK Seelsorge zu einer Fortbildung für den Bereich Spiritual Care.

» ***Termine für die Fortbildung ‚Spirituelle Begleitung in der Hospiz- und Palliativarbeit‘ in Schwerte***
17.-19.01.2017
25.-27.04.2017
27.-29.06.2017
14.-16.11.2017

Termin für die nächste Fachtagung in Essen
26.10.2016

Weitere Informationen und die Ausschreibung erfolgen im Sommer 2016.

Ziel der Fortbildung ist es, die Teilnehmenden zu befähigen, aus einer eigenen reflektierten Praxis der Selbstsorge andere Menschen zu begleiten oder ihnen zu begegnen. Und diese Kultur in der eigenen Einrichtung zu befördern.

Um dies zu lernen oder weiter zu entwickeln, braucht es verschiedene Lernformen:

So wird es zwei selbsterfahrungsorientierte Einheiten zu den Themenfeldern „Selbstsorge“ und „Berührbarkeit“ geben und zwei Workshops zu den Themen „Lebensrückblick“ bzw. „Symbole, Rituale, liturgische Formen“. Die Fortbildung zielt in erster Linie auf Koordinatorinnen und Koordinatoren in den Hospizdiensten und anderen Einrichtungen. Die Ausschreibung der Fortbildung wird im Sommer erscheinen.

Im Verlauf des Workshops entstanden Pinnwände mit den Überschriften ‚Was ist klar geworden?‘ und ‚Was ist noch offen?‘. Auf beiden stand einiges: Thesen, Formeln, Fragen.

Vielleicht ist es ja für das Thema ‚spirituelle Begleitung‘ eine gute Übung, mit offenen Fragen das Namenlose zu leben. Noch einmal Walt Whitman:

„Da ist etwas in mir – ich weiß nicht, was es ist – ich weiß nur, es ist in mir.

Verrenkt und verschwitzt – still und kalt wird dann mein Leib,
ich schlafe – ich schlafe lange.

Ich kenne es nicht – es ist namenlos – es ist ein ungesagtes Wort,
es ist in keinem Wörterbuch, keinem Satz, keinem Symbol.

Es kreist auf etwas, das mehr ist als die Erde, auf der ich kreise,
ihm ist die Schöpfung der Freund, dessen Umarmung mich auferweckt.

Vielleicht könnte ich mehr sagen. Umrisse! Ich spreche zu Gunsten meiner Brüder und Schwestern.

Seht ihr, meine Brüder und Schwestern?
Es ist nicht Chaos oder Tod – es ist Form, Einheit, Plan – es ist ewiges Leben – es ist Glückseligkeit.“

Hans Overkämping
HPV NRW
Tel.: 0 23 63 - 8 07 16 44

Hubert Edin
ALPHA
Tel.: 02 51 - 23 08 48

Literatur

Gussone, B.; Schiepek, G. (2000). Die *„Sorge um sich“: Burnout-Prävention und Lebenskunst in helfenden Berufen,* Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Heiner Keupp. dgvt-Verlag, Tübingen. S.140

DIE NACHT IN DEUTSCHEN PFLEGEHEIMEN

JÖRG GROSSE SCHLARMANN, CHRISTEL BIENSTEIN

Dr. Jörg Große-Schlarmann

Prof. Dr. Christel Bienstein

Hintergrund

Die Situation während der Nachtdienste in den Pflegeberufen ist bislang nur zu einem geringen Teil Gegenstand von Forschungsprojekten. Sie müsste es aber sein, da die Bewohnerinnen und Bewohner 42% ihrer Zeit allein mit einer Pflegeperson verbringen. Die verfügbaren Studien beleuchten jedoch ausschließlich die Situation während der Nächte in Krankenhäusern. Daten über die Situation in Pflegeheimen liegen bislang nicht vor.
Die Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Nachtschichten mit einer höheren Arbeitsbelastung assoziiert sind, wie beispielsweise Entscheidungsprozesse unter Müdigkeit, permanente Alarmbereitschaft, volle Verantwortung als einzige Pflegeperson im Dienst und leises Arbeiten bei gedämmtem Licht. Nachtpflegende haben geringere Möglichkeiten, an Fortbildungen teilzunehmen als Pflegende im Tagdienst. Auch fühlen sie sich durch Leitung und Mitarbeitende weniger wertgeschätzt als Pflegepersonen des Tagdienstes. Dies kann so weit gehen, dass Tätigkeiten des Frühdienstes gegen besseren Wissens bereits während der Nacht erbracht werden (z. B. Ganzkörperpflege), um die Erwartungshaltung der Kolleginnen und Kollegen zu befriedigen. Als besonders belastend erleben die Pflegenden in der Nacht den Mangel an Zeit, Sterbende begleiten zu können.

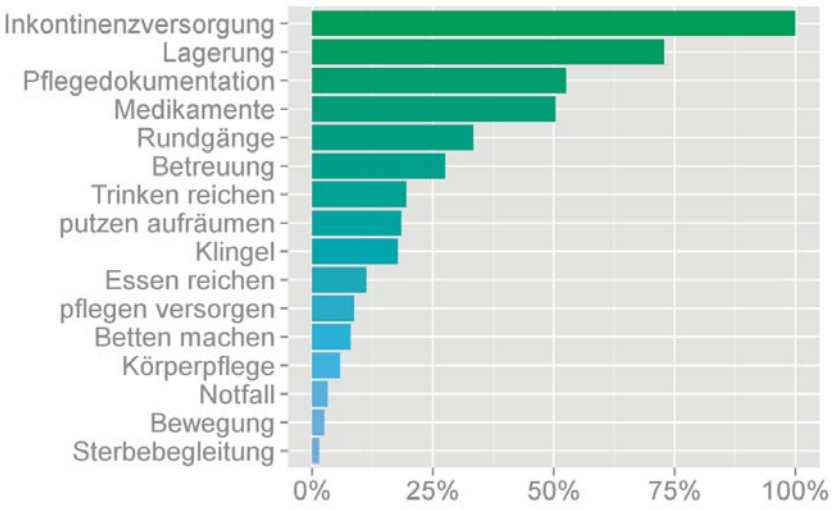
Ziel des Forschungsprojektes war es daher, Erkenntnisse über die Situation von Mitarbeitenden des Nachtdienstes in deutschen Pflegeheimen zu gewinnen, um so einen eigenständigen Beitrag zur Diskussion zu leisten.

Ergebnisse

Der Fragebogen wurde von 1.307 Personen aufgerufen. Von diesen haben insgesamt 276 Personen den Fragebogen vollständig ausgefüllt: Die Probanden arbeiten hauptsächlich in Häusern mit 50 bis 150 Betten, in denen 75 bis 150 Bewohner leben. Durchschnittlich sind die Probanden für 51.6 Bewohnerinnen und Bewohner verantwortlich, von denen sie 40.3 versorgen müssen. 8.7 % der Probanden sind für mehr als 100 Bewohnerinnen und Bewohner verantwortlich. Im Kommentarfeld zu dieser Frage haben einige Probanden angegeben, für mehrere Häuser verantwortlich zu sein und während der Nacht zwischen diesen Häusern zu pendeln. Durchschnittlich arbeiten zwei Nachtpflegende im gesamten Haus. Auf den Wohnbereichen (bzw. Verantwortlichkeitsbereichen) arbeiten die Probanden hauptsächlich alleine. Etwas mehr als die Hälfte der Probanden kann in Notfällen nicht auf einen Hintergrunddienst zurückgreifen.

Mit welchen Tätigkeiten sind Sie während des Nachtdienstes besonders beschäftigt?

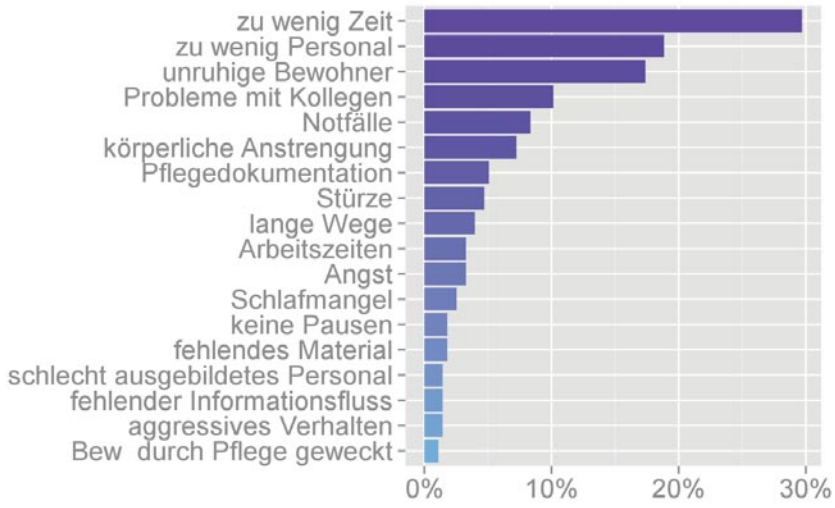
Auf diese Frage konnten die Probanden bis zu fünf Tätigkeiten benennen. Alle Probanden (100%) antworteten mit Inkontinenzversorgung. Dies schließt Antworten wie beispielsweise „Toilettengänge", „Intimpflege" oder „Vorlagenwechsel" mit ein. Es folgen Antworten der Kategorie Lagerung (72.83%) wie etwa „Positionswechsel", „Bewohnerinnen und Bewohner lagern" und "betten und lagern". Ant-



worten der Kategorie Pflegedokumentation werden von 52.54% der Probanden genannt. Die Kategorie Medikamente (50.36%) umfasst sowohl das Richten und Bestellen von Medikamenten wie auch deren Verabreichung in Form von Tabletten, Tropfen, Suppositorien, Injektionen und Infusionsbeigaben. Antworten der Kategorie Betreuung (27.54%) waren beispielsweise „Bewohnerinnen und Bewohner beruhigen", „Demenzkranke betreuen", „um Bewohnerinnen und Bewohner kümmern, die nachts umherirren" und „auf Schlafstörung eingehen". 5.8% der Probanden geben an, während der Nacht Körperpflege wie beispielsweise „Ganzkörperwäsche im Bett", „Grundpflege" oder „Waschen" durchzuführen.

Was belastet Sie im Dienst besonders?

Auf diese Frage antworteten 29.71% der Probanden in der Kategorie zu wenig Zeit. Dies schließt Antworten wie beispielsweise „Wenn ich Bewohnerinnen und Bewohner alleine lassen muss", „muss oft hetzen, wenn es klingelt" oder „nicht ausreichend Zeit für Bewohnerinnen und Bewohner zu haben" mit ein. 65% der Probanden gaben Antworten wie „Sterbebegleitung" und „Palliativversorgung" kommt zu kurz. 18.84% der Probanden gaben Antworten der Kategorie zu wenig Personal wie beispielsweise „dass ich alleine bin", „fehlendes Personal", „bin allein bei Notfällen", „ich muss so oft einspringen" oder „keine Hilfe ist da". In der Kategorie unruhige Bewohnerinnen und Bewohner (17.39%) finden sich Antworten wie „häufiges Klingeln", „umherirrende Alzheimerbewohnerinnen und -bewohner" und „rufende Bewohnerinnen und Bewohner". Die Kategorie Probleme mit Kollegen (10.14%) enthält Antworten wie „schlechte Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner durch Spätdienst", „mangelnde Anerkennung durch Tagdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter" und „Druck vom Tagdienst (waschen)". In der Kategorie Notfälle antworten 8.33% der Probanden. 7.25% der Probanden gaben an, dass sie körperliche Anstrengungen belasten, wie etwa „dass ich so viele schwere Bewohnerinnen und Bewohner allein versorgen muss", „alleine lagern" oder „schwere körperliche Tätigkeit". 3.26% der Probanden gaben an, im Dienst Angst zu haben, etwa „alleine im Haus macht mir Angst", und „Angst, dass es brennen könnte und ich alleine bin" und „Angst vor Stürzen".



Diskussion

Während im Krankenhaus im Durchschnitt 28 Patientinnen und Patienten in der Nacht von einer Pflegefachperson versorgt werden, versorgen Pflegende im Nachtdienst in Alteneinrichtungen 51,6 Bewohnerinnen und Bewohner. Erschreckend ist, dass 8,7% der Pflegenden für über 100 Personen die Verantwortung tragen. Hier stellt sich die Frage, was unter ‚Versorgung' bei dieser Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern überhaupt noch verstanden werden kann. Selbst bei 60 Bewohnerinnen und Bewohnern sehen sich die Pflegenden mehr als 30 Türen gegenüber, hinter denen sie jederzeit vermuten müssen, dass etwas passiert, ohne dass sie es sofort bemerken. Dieses ist umso kritischer, da der Anteil von Menschen mit Demenz deutlich zugenommen hat. Mehr als 60% der zu Betreuenden verfügen über die Pflegestufen I bis III.

Mehr als 65% der Kolleginnen und Kollegen im Nachtdienst beklagen, dass sie sich nicht ausreichend um Sterbende kümmern können. Besonders in den frühen Morgenstunden nimmt die Anzahl der Verstorbenen zu. Ebenfalls fürchten die Pflegenden, dass Personen in der Nacht stürzen können, zudem bekannt ist, dass besonders die Sturzgefahr in der Nacht deutlich ansteigt. Nicht zu wissen, ob in einem Zimmer bereits eine Person gestürzt ist und nicht sofort aufgefunden wird, stellt hierbei eine hohe psychische Belastung dar.

Besonders müssen sich die Pflegenden in der Nacht um Menschen kümmern, die herumirren

(häufig/sehr oft bis zu 60%) und Zwischenfälle abfangen (häufig/sehr oft bis zu 37%).
Deutlich haben die nächtlichen Tätigkeiten bezogen auf die Körperpflege abgenommen (5,8%), dafür steht die Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln mit 100 % an der vordersten Stelle. Besonders problematisch erscheint es, dass immer noch in der Nacht Medikamente gestellt werden, obwohl bereits eindeutig belegt ist, dass durch den Konzentrationsverlust (Unterbrechungen, Müdigkeit) eine erhöhte Gefahr besteht, Medikamente fehlerhaft zuzuordnen.

Während die Anzahl der Teilzeitarbeitenden im Tagdienst geringer ist, arbeiten ca. 50% der im Nachtdienst Arbeitenden in einer Vollzeitstelle. Pflegende wählen häufig den Nachtdienst, weil ihnen dieser besser kompatibel mit den eigenen und familiären Anforderungen erscheint (33,3%). Vermutlich entsteht die recht positive Bewertung des Nachtdienstes durch diese Gruppe – trotz objektiv sehr herausfordernder und belastender Aspekte – aus dem Vergleich zum Tagdienst. Ihnen passen die Arbeitszeiten zu ihrem persönlichen Lebensentwurf. Aber auch die finanziellen Gründe bilden ein wichtiges Kriterium, sich für die Nachtarbeit zu entscheiden. Weiterhin wird die Möglichkeit geschätzt, alleine Entscheidung zu treffen und einen dichteren Kontakt zu Bewohnerinnen und Bewohnern zu haben im Vergleich zum Tagdienst. Weiterhin ist es für viele nicht möglich, eine ungestörte Pause zu verbringen. Dieses ist jedoch dringend erforderlich, da sich besonders in der Nacht die Konzentrationsfähigkeit verringert. Wissenschaftlich empfohlen werden sogar Kurzschlafmöglichkeiten von 10-15 Minuten. Dieses setzt jedoch voraus, dass eine Vertretung vorhanden ist.

Empfehlungen

- Die Anzahl der in der Nacht verantwortlich zu betreuenden Bewohnerinnen und Bewohnern ist eindeutig zu hoch. Es muss gewährleistet sein, dass mindestens 2-3 Pflegende für 60 Bewohnerinnen und Bewohner in der Nacht anwesend sind.
- Verantwortliche Pflegefachpersonen müssen über die beste Qualifikation verfügen, da sie schnell und alleine Situationen einschätzen und passgenaue Versorgungsmaßnahmen einleiten können müssen.
- Jede Einrichtung muss es möglich machen, dass ein hochqualifizierter Hintergrunddienst in der Nacht anwesend ist und jederzeit beratend und unterstützend eingreifen kann.
- Notfallleitlinien, ein erreichbarer ärztlicher Hintergrunddienst und eine stetig lieferbereite Apotheke stellen eine erforderliche Grundlage dar.
- Es muss gewährleistet sein, dass Nachtpflegende mindestens pro Nacht eine 30 minütige Pause haben, die sie ohne Störungen verbringen können.
- Mehr als vier Nächte hintereinander sollten Pflegende nicht die Verantwortung für die Bewohnerinnen und Bewohner übernehmen, da ab diesem Zeitpunkt die Aufmerksamkeit nachlässt und gesundheitliche Risiken für die im Nachtdienst Tätigen ansteigen.
- Es muss sichergestellt werden, dass Pflegende des Nachtdienstes an den Fortbildungen teilnehmen können, ohne ihre Schlafzeit reduzieren zu müssen.
- Die Wertschätzung der Kolleginnen und Kollegen im Nachtdienst muss deutlich spürbar sein, da sie mehr als 42 % der Versorgungzeit für die Bewohnerinnen und Bewohner verantwortlich sind. Hierzu bedarf es gezielter Maßnahmen, die von allen sichtbar wahrgenommen werden können, z. B. durch eine gezielte Begrüßung/Besuch der Nachdiensttätigen in der Woche durch die Leitung des Hauses.

Der gesamte Abschlussbericht ist einzusehen unter: http://www.uni-wh.de/gesundheit/pflegewissenschaft/department-pflegewissenschaft/forschung/nacht-in-deutschen-pflegeheimen/

Prof. Christel Bienstein
Leitung Department für Pflegewissenschaft
Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit
Stockumer Straße 12
58453 Witten
Tel.: 0 23 02 - 9 26-3 01
Fax: 0 23 02 - 9 26-3 18
sabine.reschke@uni-wh.de

Literatur

Bartholomeyczik, S. et al (1993). *Die Nacht im Krankenhaus aus der Sicht der Pflegenden.* Eschborn: Verlag Krankenpflege.

Bienstein, C., & Mayer, H. (2014). Nachts im Krankenhaus. *Die Schwester Der Pfleger*, 53(5), 428–433.

Isfort, M., Klostermann, J., Gehlen, D., & Siegling, B. (2014). *Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus.* Köln. http://www.dip.de

MODELLPROJEKT „ALEVITISCHE SEELSORGE IN BADEN-WÜRTTEMBERG“

BASRI ASKIN

Mit dem Älterwerden der ehemaligen Gastarbeitergeneration rücken die Themen Sterben und Tod immer stärker in den Vordergrund. Durch die veränderten familiären Strukturen wird Sterben nur noch selten unmittelbar erlebt. Seit einigen Jahren zeichnet sich auch innerhalb der alevitischen Community in Deutschland ein zunehmender Bedarf nach religiösem Beistand durch alevitische Geistliche und erfahrene Laien bei der Krankheitsbewältigung, der rituellen Totenwaschung, der Verlustverarbeitung sowie der Unterstützung bei der Vermittlung von weiterführenden Hilfen ab.

Aleviten bilden eine eigenständige Glaubensgemeinschaft im Islam mit vorwiegend türkischer wie auch kurdischer Herkunft. In der Hoffnung auf ein besseres Leben sind auch viele Aleviten im Zuge der Gastarbeitermigration (1960er Jahre) und der politisch-religiösen Fluchtbewegung (1970er-1990er) aus der Türkei in viele Länder Europas, vor allem nach Deutschland, ausgewandert. Ihr kulturelles und religiöses ‚Gepäck‘ war durch eine Vielzahl von Diskriminierungserfahrungen in der Heimat gekennzeichnet. Die Zahl der in Deutschland lebenden Aleviten wird auf ca. 600.000 bis 700.000 geschätzt. Sie sind als Religionsgemeinschaft hierzulande anerkannt und bieten alevitischen Religionsunterricht an ordentlichen Schulen an.

Das Modellprojekt *Alevitische Seelsorge in Baden-Württemberg* wurde im Rahmen des Förderprogramms „Palliative Praxis – Projekte für alte Menschen“ der Robert Bosch Stiftung im Zeitraum April 2013 bis September 2015 realisiert. Initiiert und umgesetzt wurde das Projekt von der Alevitischen Akademie e.V. in Kooperation mit dem Geistlichen Rat der Alevitischen Gemeinden in Baden-Württemberg. Die Konzeptentwicklung wurde begleitet durch Vertreterinnen und Vertreter des Hospiz St. Martin in Stuttgart und der Alpen-Adria Universität Wien/Klagenfurt. Ein fünfköpfiger Beirat, bestehend aus alevitischen Geistlichen (Dedes), Wissenschaftlern und Praktikern, begleitete das Projekt. Während der zweieinhalbjährigen Projektlaufzeit wurden 25 ehrenamtlich engagierte Männer und Frauen für die seelsorgliche Begleitung von älteren sterbenden Menschen im gemeindlichen, hospizlichen und häuslichen Kontext qualifiziert und in diesem Prozess begleitet. Herzstück des Projekts bildete die Konzipierung und Umsetzung eines Seelsorgecurriculums (Lehrplan) für die alevitische Sterbe- und Trauerbegleitung. Das Seelsorgecurriculum umfasst sieben Themenmodule mit einem zeitlichen Gesamtumfang von 160 Stunden Theorie sowie dreißig Stunden Praxis. Der Vorbereitungskurs wurde als pragmatisch-erfahrungsbezogene Fortbildung konzipiert und umgesetzt. Die Themenauswahl wurde durch bereits bestehende Seelsorge-Curricula (z. B. Klinische Seelsorge Ausbildung, KSA) inspiriert und sukzessiv um spezifisch alevitische Themeninhalte erweitert. Folgende Module waren Gegenstand des Vorbereitungskurses:

Basri Askin

Modul 1: Der sterbende Mensch

Modul 2: Strukturen und Besonderheiten der Hospiz- und Palliativversorgung

Modul 3: Spiritualität und Seelsorge

Modul 4: Trauerbegleitung und -arbeit

Modul 5: Rechtliche Aspekte der Vorsorge

Modul 6: Krisenintervention in der Telefonseelsorge

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die über einen alevitischen Glaubenshintergrund verfügten, kamen aus ganz Baden-Württemberg. Bei der Bewerberauswahl spielte die Betrachtung der persönlichen Lebenssituation im Hinblick auf die Anforderungen, die der Vorbereitungskurs an alle Beteiligten stellt, eine wichtige Rolle. Dies waren:

- *eine stabile Lebenssituation und Lebensführung*
- *psychische Belastbarkeit*
- *frei verfügbare Zeit*
- *die Bereitschaft zur Verbindlichkeit*

Die zweimonatige Praxisphase zielte innerhalb der Vorbereitungszeit Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung zum ersten Mal auf konkrete Erfahrungen in der Begleitungspraxis. Drei Elemente bestimmten die Praxisphase:

- Die Begleitung hilfs- und pflegebedürftiger (älterer) Menschen
- Die Reflexion dieser Erfahrungen in der Kursgruppe unter fachlicher Begleitung
- Fortbildungsangebote zu praxisrelevanten Themen

Im Zuge des Modellprojekts ‚Alevitische Seelsorge in Baden-Württemberg' entwickelte sich erstmals ein Bewusstsein für die Notwendigkeit und Bedeutung der Seelsorgethematik. Die Aleviten betraten mit dem Projekt Neuland. Durch die Förderung der Robert-Bosch-Stiftung war es erstmals möglich, Ehrenamtliche für die Begleitung sterbender Menschen zu gewinnen, zu qualifizieren und auch zu begleiten. Dass dieser Impuls dabei von den Aleviten selbst ausging, war und ist von unschätzbarem Wert für das Selbstverständnis der alevitischen Community. Insbesondere ist es aber vor dem Hintergrund der in einigen Bundesländern ausgehandelten Staatsverträge mit muslimischen Verbänden von besonderer Bedeutung, da es die formalen Rechte von Aleviten als Glaubensgemeinschaft in Deutschland mit Substanz füllt. Die zahlreichen positiven Rückmeldungen zum Modellprojekt machen Hoffnung und geben Mut, den eingeschlagenen Weg – auch mit wissenschaftlicher Begleitung – fortzuführen. So fließen bereits die Erfahrungen aus dem Modellprojekt unmittelbar zur Entwicklung eines eigenständigen Moduls ‚Alevitische Seelsorge' am neuen und weltweit bislang einzigen Lehrstuhl für alevitische Theologie an der Akademie der Weltreligionen der Universität Hamburg ein. Die alevitische Sterbe- und Trauerbegleitung ist orientiert an den individuellen Bedürfnissen der Begleiteten und steht allen Menschen offen, unabhängig von ihrer eigenen Weltanschauung oder Glaubensauffassung. Um eine Nachhaltigkeit der neu entstandenen Alevitischen Seelsorge sicherzustellen, sollen neue ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgebildet sowie die bereits ausgebildeten kontinuierlich fortgebildet werden. Als Projektpartner konnte dafür die Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie® für Bildung und Forschung des Hospiz Stuttgart gewonnen werden. Des Weiteren ist eine Implementierung des Projektes in bestehende Hospiz- und Palliative-Care-Strukturen geplant mit dem Ziel eines Austauschs und einer guten Vernetzung der alevitischen Seelsorgerinnen und Seelsorger mit den Akteurinnen und Akteuren der Hospizarbeit in Baden-Württemberg.

Die ausführliche Projektbroschüre finden Sie online unter:
http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/ABAlevitischeSeelsorgeBaWue.pdf

Basri Askin
Alevitische Akademie e.V.
Mannheimerstr. 105a
68535 Edingen-Neckarhausen
info@aleviakademisi.org
www.aleviakademisi.org

MOBILE ETHIKBERATUNG IN LIPPE (MELIP)

FRED SALOMON, BIRGIT BLEIBAUM

Was tun? – Eine Frage als Impuls

„Sollen wir den 54-jährigen Bewohner des Pflegeheims in die Klinik schicken? Seine neurologische Erkrankung schreitet unaufhaltsam fort. Jetzt isst er nicht mehr." Mit dieser Frage wandte sich der Hausarzt an das Ethikkomitee am Klinikum Lippe. Es kann zu ethischen Entscheidungskonflikten bei stationären Patienten angefragt werden. Da es aber um die Entscheidung über eine Klinikaufnahme ging, fand die ethische Beratung auch für einen Heimbewohner statt, mit Hausarzt, Vertretern des Pflegeheims und Betreuern. Sie ergab, auch in außerklinischen Entscheidungskonflikten kann eine professionelle Ethikberatung helfen.

KEK als Vorbild

Nach Ende der Tätigkeit als Chefarzt, in der der Autor das klinische Ethikkomitee aufgebaut und geleitet hatte, äußerte er in einem Vortrag die Idee, eine vergleichbare Struktur für den pflegestationären und ambulanten Bereich im Kreis Lippe aufzubauen. Das etablierte Palliativnetz in Lippe mit dem rund 20 Jahre bestehenden Ambulanten Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst (AHPB), dem Palliativärztlichen Konsiliardienst (PKD), dem Intensiv- und Palliativ-Pflegedienst Lippe (IPPL) und dem stationären Hospiz griff diese Idee auf und stellte seine Strukturen zur Verfügung. Die geplante Ethikberatung sollte als ergänzendes Angebot integriert werden.

Viele örtliche Pflegeeinrichtungen und Personen unterschiedlicher Profession begrüßten die Pläne und unterstützen den Aufbau, so dass in knapp zwei Jahren der Rahmen geschaffen und die Ethikberatung am 1. Januar 2016 offiziell unter dem Dach des AHPB aufgenommen werden konnte. Schon während des zweiten Planungsjahres kamen fünf Anfragen, zu denen Orientierungshilfen gegeben wurden.

Konkrete Fälle motivieren

Die Vorarbeiten erfolgten zweigleisig. Anhand von realen, aber schon abgeschlossenen Fallbeispielen wurden mit einem Kreis von Interessierten Ethikberatungen simuliert. Die Übungen mit anschließender Methodendiskussion über den abgelaufenen Prozess (AG Pflege und Ethik, 2009; Lindau, Salomon, 2002) zeigten, was Ethikberatung ist, wie sie abläuft und was sie leisten kann. Das motivierte die Teilnehmenden, diese Möglichkeit für die Region nutzbar zu machen und sich selbst in ethischer Fallberatung zu qualifizieren.

Prof. Dr. Fred Salomon

Birgit Bleibaum

Eine Gruppe mit Vertretern aller im Palliativnetz Lippe zusammengeschlossenen Partner erarbeitete Organisationsform und Aufgaben der ambulanten Ethikberatung und entwickelte den Namen mit Regionalbezug MELIP (Mobile Ethikberatung in Lippe) sowie Logo, (s. S. 15) Flyer und Internetseite (www.melip.de).

Parallel dazu erfolgte die Schulung zu Ethik und Ethikberatungen nach den curricularen Vorgaben und den Richtlinien für die Qualifizierung zum/r Ethikberater/in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). Der Teilnehmendenkreis spiegelte die Vielfalt der Professionen für das angestrebte Arbeitsfeld wieder: Ärztinnen und Ärzte, oft mit Palliativkompetenz, Pflegende unterschiedlicher Hierarchie-

> *» In diesem Arbeitsfeld ist die Vielfalt der Professionen ein wichtiges Element.*

stufen aus stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten, Juristinnen und Juristen, Berufsbetreuerinnen/-betreuer, Mitarbeitende aus Hospiz- und Palliativdiensten und Seelsorgerinnen und Seelsorger.

Aufgaben und Ziele von MELIP

MELIP soll zur Kultur des Umgangs mit Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen, mit Versorgungs-/Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich sowie mit palliativmedizinisch versorgten Menschen beitragen. Sie dient der Information, Orientierung und Beratung der verschiedenen an der Versorgung beteiligten und davon betroffenen Personen in ethischen Fragen. Die Schwerpunkte der Arbeit entsprechen denen in klinischen Ethikkomitees: Ethikfallberatung, Erarbeiten von Orientierungshilfen für wiederkehrende Fragen sowie Fortbildung von Mitarbeitenden und Öffentlichkeit zu ethischen Themen.

» Ethikberatungen können in komplexen Entscheidungs-, Behandlungs-, Pflege- und Versorgungssituationen hilfreich sein.

Ethikfallberatung

Ethikberatungen können helfen, wenn es in schwierigen Entscheidungs-, Behandlungs-, Pflege- und Versorgungssituationen Konflikte in der Beachtung und Umsetzung des Patientenwillens gibt, wenn eine Therapiemaßnahme, die nicht dem Willen des Patienten entspricht, beendet werden soll oder wenn auf eine Behandlung verzichtet werden soll, die nur zur Verlängerung des Sterbens führt. Sie können von allen Beteiligten beantragt werden, von den Betroffenen, die zuhause oder in Pflegeeinrichtungen leben, von Angehörigen und Freunden, Betreuenden, Bevollmächtigten, behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden der beteiligten Dienste.

Die Anfrage wird an das Büro des AHPB gerichtet und anhand eines Fragebogens von der Autorin als zuständiger Koordinatorin vorstrukturiert. Die vierköpfige MELIP-Leitung entscheidet, ob das Problem zur Beratung geeignet ist, und plant Zeit, Ort und Teilnehmerkreis des Gesprächs. Der Betroffene oder sein gesetzlicher Vertreter sollte teilnehmen. Es wird dort beraten, wo die betroffene Person lebt und versorgt wird. Ein dreiköpfiges Team von MELIP moderiert, berät und protokolliert die Ergebnisse. Wenn kein Konsens erzielt wird, werden auch die unterschiedlichen Meinungen protokolliert und bei Bedarf weitere Termine vereinbart.

Die Beratungsergebnisse sind Orientierungshilfen und Empfehlungen, die dazu beitragen sollen, eine optimale ethische Begründung für eine Entscheidung zu finden, schränken aber die Entscheidungsfreiheit der Handelnden nicht ein. Sie entbinden diese nicht von ihrer individuellen Verantwortung.

Für die Koordination, die Anfahrt und den Zeitaufwand werden für eine Beratung 180 € berechnet. Stellt dieser Betrag ein Hindernis dar, kann der Förderverein des PKD den Aufwand mittragen. Außerdem hoffen wir, im Laufe der Arbeit auch gezielt Spenden zu bekommen, so dass wir auf die Aufwandsentschädigung verzichten oder sie reduzieren können.

Orientierungshilfen

Entscheidungskonflikte im ambulanten Bereich unterscheiden sich von denen in der Klinik (Coors et al., 2015). Nach ersten Erfahrungen stehen Fragen zur künstlichen Ernährung oder zur Beendigung von Nahrungs- und Flüssigkeitsgabe über liegende Sonden im Vordergrund. Deshalb soll dazu eine Orientierungshilfe erarbeitet werden, die allen Einrichtungen bekannt gemacht wird und so manche Einzelfallberatung überflüssig machen kann.

Fortbildungen

Durch Ethikfortbildungen sollen Mitarbeitende in den Pflegeeinrichtungen des Kreises geschult wer-

» Die Erörterung ethischer Fragen am Lebensende stellt auch einen Beitrag zur Kultur des Umgangs miteinander in einer Region dar.

den, auftauchende Entscheidungskonflikte selbst bearbeiten zu können. Die Öffentlichkeit soll sensibilisiert werden, ethische Fragen am Lebensende besser wahrzunehmen und erörtern zu können. Das ist ein Beitrag zur Kultur des Umgangs miteinander im Kreis Lippe.

Pläne

Obwohl die ersten Reaktionen auf die Angebote den Bedarf bestätigen, wird es nötig sein, Bedenken und Hindernisse wahrzunehmen und auszuräumen. Ethikberatung bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen verschafft immer auch einen Einblick in die Institution. Es muss klar sein, dass die dabei gewonnenen Erkenntnisse nicht missbraucht werden. Viele Fragen berühren auch die Zuständigkeit des Betreuungsgerichts. Es ist ein Treffen mit den im Kreis tätigen Betreuungsrichterinnen und -richtern geplant, um im Austausch miteinander Lösungen bei zukünftigen Anfragen zu finden. Das Angebot der Ethikberatung soll im öffentlichen Bewusstsein zur selbstverständlichen Möglichkeit werden, für die auch Sponsoren gefunden werden, um nicht an finanziellen Grenzen zu scheitern.

Prof. Dr. Fred Salomon
Tulpenweg 21
32657 Lemgo
salomon-jf@t-online.de

Birgit Bleibaum (AHPB)
Kramerstr. 10
32657 Lemgo
b.bleibaum@hospiz-lippe.de

Literatur

AG Pflege und Ethik in der Akademie für Ethik in der Medizin (2005). *„Für alle Fälle …" Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik*. Brigitte Kunz Verlag, Hannover.

Coors, M., Simon, A., Stiemerling, M. (2015). *Ethikberatung in Pflege und ambulanter Versorgung. Modelle und theoretische Grundlagen*. Jacobs Verlag, Lage.

Lindau, S., Salomon, F. (2002). *Ethik im ärztlichen Alltag – Konfrontation mit einem realen Fall. Deutsches Ärzteblatt 99* (6), 346-347.

www.aem-online.de
www.ethikkomitee.de
www.melip.de

NETZWERK AMBULANTE ETHIKBERATUNG GÖTTINGEN (NEG)

FRIEDEMANN NAUCK, ILDIKÓ GÁGYOR, ALFRED SIMON

Prof. Dr. Friedemann Nauck

Dr. Ildikó Gágyor

Prof. Dr. Alfred Simon

Der medizinische Fortschritt wirft immer wieder Fragen nach dem Dürfen und Sollen, aber auch der Sinnhaftigkeit von Behandlungsmaßnahmen insbesondere bei multimorbiden, hochbetagten und schwerkranken Patientinnen und Patienten auf. Nicht alles medizinisch-technisch Mögliche ist auch medizinisch sinnvoll und entspricht dem Wunsch der Patientinnen und Patienten. Zunehmend häufig kommt es dadurch zu ethischen Fragen, die die Themen „Behandeln oder nicht behandeln?“ und „Was ist die richtige Behandlung angesichts der aktuellen Situation?“ und damit auch den Umgang mit Sterben und Tod betreffen. Angesichts dieser Herausforderungen kommt es dazu, dass sich Behandelnde, Patientinnen und Patienten und Angehörige nicht über das Therapieziel und damit die weitere Behandlung von Patientinnen und Patienten einig sind. In solchen Situationen kann eine außenstehende Ethikberatung vermittelnd auftreten und die Betroffenen dabei unterstützen, einen Konsens zu erreichen.

Im klinischen Bereich haben sich in den vergangenen 20 Jahren sogenannte Klinische Ethik Komitees (KEK) zunehmend etabliert und dazu geführt, dass in der Regel qualifizierte Mitglieder den Behandlern, aber auch Patientinnen und Patienten und Angehörigen Unterstützung bei ethisch herausfordernden Situationen im Klinikalltag anbieten. In der ambulanten Versorgung gab es bisher nur wenig vergleichbare Strukturen, sodass Behandler, Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in ähnlichen Situationen meist auf sich gestellt waren. Das Netzwerk ambulante Ethikberatung Göttingen (NEG) wurde gegründet, um auch im ambulanten Bereich Ethikberatung anbieten zu können.

Welches Netzwerk steht hinter der Initiative?
Das Netzwerk ambulante Ethikberatung Göttingen ermöglicht nun, dass sich auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Hausärztinnen und Hausärzte, Mitarbeitende in stationären Pflegeeinrichtungen, ambulant versorgende Pflegekräfte, Selbsthilfegruppen und Angehörige in der Stadt und im Landkreis Göttingen bei medizinethischen Fragestellungen und schwierigen Entscheidungssituationen beraten lassen können. Hervorgegangen ist die Idee zu dieser Initiative aus der jahrelangen (Ethik-)Beratung, die das Team des Palliativzentrums Göttingen für den ambulanten Bereich bei Schwerkranken und Sterbenden für ärztliche Kolleginnen und Kollegen ambulant angeboten hat sowie aus einem gemeinsamen Forschungsprojekt des Göttinger Instituts für Allgemeinmedizin, der Klinik für Palliativmedizin und der Akademie für Ethik in der Medizin. In diesem von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Projekt wurde die Implementierung einer ambulanten Ethikberatung mit bedarfsgerechten Beratungsformen für die hausärztliche Versorgung untersucht.

> *» Ziele:*
> *Sensibilisierung für ethische Fragestellungen*
> *Stärkung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Fragen*
> *Hilfestellung für Ratsuchende in ethischen Konfliktsituationen*

Die handelnden Personen und Institutionen
Gegründet wurde die Beratungsstelle von der Universitätsmedizin Göttingen (UMG), der Akademie

Struktur des Netzwerks ambulante Ethikberatung Göttingen

für Ethik in der Medizin (AEM) und der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN). Prominente Grußworte zur Auftakt-und Informationsveranstaltung am 29. September 2015 sprachen Rolf-Georg Köhler, Oberbürgermeister der Stadt Göttingen und Frau Dr. Martina Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen. Das interdisziplinär tätige Netzwerk vereint Ärztinnen/Ärzte, Pflegekräfte, Patientenvertreterinnen/-vertreter, Sozialarbeiterinnen/-arbeiter, Medizinethikerinnen/-ethiker, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Juristinnen/Juristen, Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten und Tätige aus den Bereichen Seelsorge und Verwaltung.

Die Aufgaben des Netzwerkes

Zu den zentralen Aufgaben des Netzwerkes gehört die Durchführung von ethischen Fallbesprechungen. Diese können bei ethischen Fragen oder Problemen bezüglich der Patientenversorgung sowohl vor Ort, zum Beispiel im häuslichen Bereich, in der Praxis eines Hausarztes oder im Pflegeheim als auch an einem neutralen Ort, wie z. B. in der Bezirksstelle Göttingen der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) stattfinden.

» *Aufgaben:*
Telefonische Beratung
Moderation von ethischen Fallbesprechungen
Durchführung von Ethik-Fortbildungen
Erstellung von Ethik-Leitlinien

Zusätzlich kann eine telefonische Beratung über die Bezirksstelle Göttingen vereinbart werden. Darüber hinaus bietet das Netzwerk retrospektive Fallbesprechungen in Gruppen, Fortbildungen zum Thema Ethik im Gesundheitswesen und Weiterbildungen im Bereich Ethikberatung an. Das Netzwerk hat sich außerdem der Entwicklung von Leitlinien bzw. Handlungsempfehlungen für wiederkehrende ethische Problemstellungen speziell in der ambulanten Versorgung verschrieben. Auch andere Institutionen, die im Bereich Ethikberatung tätig sind, können mit der Unterstützung durch das Netzwerk rechnen.

Wer setzt die Beratungen um?

Zurzeit sind ca. 35 Personen im Rahmen des Netzwerks tätig, von denen ein Großteil bereits eine Basisschulung für Ethikberatung durchlaufen hat und für die Moderation ethischer Fallbesprechungen zur Verfügung steht. Zur internen Qualitätskontrolle arbeiten die Moderatorinnen und Moderatoren in der Regel zu zweit. Weiterbildungsmaßnahmen, quantitative Evaluationen und Untersuchungen der Beratungsanlässe mit Hilfe qualitativer Methoden sollen die langfristige Qualitätssicherung des NEG gewährleisten.

Die Hausärztin und Sprecherin des NEG-Vorstands Dr. Karin Meier-Ahrens formuliert ihre Wünsche für die Zukunft wie folgt: „Uns ist eine niedrigschwellige Beratung wichtig. Ich wünsche mir, dass sich die ambulante Ethikberatung ausbreitet und wir in Deutschland soweit kommen wie die Verbraucherberatung: Dass es normal ist, sich an uns zu wenden, wenn man einschlägige Fragen hat.“

Die Beratung wird ehrenamtlich durchgeführt. Die organisatorischen Kosten sollen durch Spenden gedeckt werden.

An wen können sich Interessierte wenden?
Betroffene und Antragsteller können sich über die Bezirksstelle Göttingen der ÄKN telefonisch oder einfach per E-Mail an das Netzwerk wenden. Gerne dürfen auch Interessierte außerhalb Göttingens, die einen Erfahrungsaustausch begrüßen oder womöglich selber ein ähnliches Netzwerk gründen möchten, ihr Anliegen per E-Mail an das Göttinger Netzwerk ambulante Ethikberatung richten:
neg@gwdg.de
Tel.: 05 51 - 30 70 23-20

Prof. Dr. Friedemann Nauck
Direktor Klinik für Palliativmedizin
Georg-August-Universität Göttingen
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen
Tel.: 05 51 - 3 91 05 00
Fax: 05 51 - 3 91 05 02
friedemann.nauck@med.uni-goettingen.de
www.palliativmedizin.uni-goettingen.de

„WIE KANN ICH DAS DENN ENTSCHEIDEN?!“

Umgang der Deutschen Alzheimer Gesellschaft mit ethischen Fragestellungen

SUSANNA SAXL

Susanna Saxl

Seit Januar 2002 bietet die Deutsche Alzheimer Gesellschaft am Alzheimer-Telefon Beratung an für Menschen mit Demenz, für ihre Angehörigen, aber auch für diejenigen, die ehrenamtlich oder beruflich in die Begleitung und Versorgung von Demenzkranken eingebunden sind. Neben Fragen zur Pflegeversicherung, zu konkreten Unterstützungsangeboten oder zu den Behandlungsmöglichkeiten geht es dabei am häufigsten um den Umgang mit Menschen mit Demenz und die damit verbundenen ethischen Fragestellungen:

„Mein Vater ist doch ein erwachsener Mann. Entscheidungen für ihn treffen zu sollen, fällt mir unendlich schwer.“; „Meine Mutter will nicht ins Heim. Doch sie kann einfach nicht mehr alleine zu Hause bleiben und ich bin berufstätig. Ich kann sie doch nicht gegen ihren Willen ins Heim bringen?“; „Mein Mann will die Tabletten nicht nehmen. Er sagt, er sei doch nicht krank. Jetzt überlege ich, ob ich ihm die Medikamente unter das Essen mische.“; „Seit meine Frau einmal weggelaufen ist, traue ich mich nicht mehr, sie zum Einkaufen mitzunehmen. Jetzt schließe ich die Tür ab, wenn ich etwas besorgen muss. Es ist ja nur für eine knappe Stunde.“; „Die Pflegekräfte im Heim haben mir geraten, meinem Mann zu erzählen, dass er nur zur Kur da sei. Das würde ihn vielleicht weniger aufregen, aber darf ich ihn denn belügen?“

» Auf viele Fragen der Angehörigen gibt es keine einfachen Antworten.

Auf all diese Fragen gibt es keine einfachen Antworten, kein „Ja“ oder „Nein“. Um zu einer Entscheidung zu kommen, ist es notwendig, die verschiedenen Seiten gegeneinander abzuwägen. In der Beratung bemühen wir uns, Hilfestellungen dabei zu geben, zu klären, welche Interessen an welcher Stelle eine Rolle spielen, welche Erfahrungen andere mit ähnlichen Entscheidungen gemacht haben, aber auch wo es möglicherweise noch Informationsbedarf gibt, um eine Entscheidung verantwortungsvoll treffen zu können.

Ich möchte dies mit einem Beispiel aus unserer Beratungspraxis veranschaulichen. Eine Tochter rief an und erzählte, dass sie gerade aus dem Heim komme, in dem ihre Mutter wohnt. „Die Pflegekräfte und der Arzt wollen, dass ich meine Zustimmung zu einer Magensonde für meine Mutter gebe. Da sie seit einer Woche nichts mehr isst und kaum noch trinkt, würde sie sonst verhungern und verdursten. Ich glaube nicht, dass sie eine Magensonde wollen würde, aber wie kann ich das denn entscheiden? Ich habe zwar eine Vollmacht von ihr, aber eine Patientenverfügung gibt es nicht.“ Die Tochter stand sehr unter Druck, als sie anrief. Sie hatte das Gefühl, sie müsse diese Entscheidung – und damit die Entscheidung über Tod oder Leben ihrer Mutter – innerhalb der nächsten Stunden treffen. Um sie bei einer Entscheidungsfindung zu unterstützen, war es hier zunächst notwendig, mehr über die genaueren Umstände zu erfahren: Ist die Mutter bereits im schweren Stadium der Demenz? Gibt es bestimmte Ursachen dafür, dass sie keine Nahrung mehr zu sich nimmt? Leidet sie beispielsweise an Schluckstörungen oder vielleicht an Appetitlosigkeit oder Übelkeit als Nebenwirkung eines Medikaments? Hat sie Probleme mit den Zähnen oder eine Entzündung im Mund oder Hals? Oder ist eventuell die Essenssituation zu unruhig und fühlt sie sich zu sehr gedrängt? Was wurde bereits ausprobiert, um die Mutter wieder zum Essen zu bewegen?

Im Gespräch stellte sich heraus, dass die Mutter sich bereits im fortgeschrittenen Stadium der Demenz befand. Die Tochter konnte nicht einschätzen, ob bereits der Sterbeprozess eingesetzt hatte oder ob die Mutter nur durch eine vorangegangene Infektion so stark geschwächt war, dass sie kaum noch ansprechbar war. Für die Tochter war es wichtig zu erfahren, dass eine Magensonde Untersuchungen zufolge die Überlebenszeit der Patienten nicht verlängert, es sich also tatsächlich nicht um eine Entscheidung „über Leben und Tod“ handelt. Ihr war auch nicht klar, dass trotz Magensonde die Nahrungsaufnahme über den Mund weiterhin möglich und meist sogar empfehlenswert ist. Ebenso wenig wusste sie, dass die Magensonde wieder entfernt werden könnte, wenn ihre Mutter sich wieder erholen würde. Nachdem wir auch die möglichen Komplikationen, die mit dem Legen einer Magensonde verbunden sind (u. a. Verstopfen der Sonde, Einwachsen der Halteplatte in die Magenwand, Abriss der Sonde, Entzündungen der Haut an der Austrittsstelle, Undichtigkeit oder Schmerzen und eine ggf. erforderliche Fixierung, wenn die Mutter versuchen würde, die Sonde zu entfernen), besprochen hatten, fühlte sich die Tochter weitgehend gestärkt und informiert. Sie sah sich nun in der Lage, mit dem Arzt und mit dem Pflegeteam im Heim die offenen Fragen zu besprechen und dann mit ausreichender Überlegungszeit eine Entscheidung zu treffen.

» Angehörige benötigen oft einfach nur mehr Sicherheit und Zeit, um Entscheidungen treffen zu können.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz

Unabhängig davon ob Angehörige oder Mitarbeitende in Pflege- und Gesundheitsberufen mit ethischen Fragestellungen im Umgang mit Menschen mit Demenz konfrontiert sind: Wichtig ist immer eine echte Auseinandersetzung mit der Frage und die Einbeziehung von allen, die in Beziehung zu dem betroffenen Menschen stehen. Dabei geht es auch darum, offen zu sein für neue und ganz andere Erklärungen als bisher, um ein bestimmtes Verhalten zu verstehen. Ethische Fallbesprechungen können dazu beitragen, die Achtsamkeit und Sensibilität in (Pflege-)Teams aufrechtzuerhalten, indem Entscheidungsprozesse sichtbar und mitgestaltbar gemacht werden.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat einen Arbeitsausschuss Ethik berufen, der aus neun Mitgliedern unterschiedlicher Professionen sowie Angehörigen besteht. Im Laufe der Jahre hat der Ausschuss eine Reihe von ‚Empfehlungen‘ erarbeitet, um für verschiedene Themen praxisorientierte Anregungen und Entscheidungshilfen aufzuzeigen. Dazu gehören die Empfehlungen zum Umgang mit Diagnose und Aufklärung bei Demenz; Empfehlungen zum Umgang mit Unruhe und Gefährdung bei Demenz (Hinweise zur Vorbeugung und Minderung von Gefahren, die durch Unruhe und Sich-Verlaufen bei Demenzkranken entstehen können); Empfehlungen zum Umgang mit Ernährungsstörungen bei Demenz (u. a. Einsatz einer Magensonde) sowie die Empfehlungen zur Begleitung von Demenzkranken in der Sterbephase.

Empfehlungen, Anregungen und Entscheidungshilfen stehen auf der Internetseite der Deutschen Alzheimer Gesellschaft kostenlos zum Download zur Verfügung unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/angehoerige/ethische-fragestellungen.html

Oberster Maßstab des Handelns sollte immer die Lebensqualität der betroffenen Menschen mit Demenz sein.

Susanna Saxl
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz
Friedrichstr. 236
10969 Berlin
Tel.: 0 30 - 2 59 37 95 - 0 bzw. - 12
susanna.saxl@deutsche-alzheimer.de
www.deutsche-alzheimer.de

Das Alzheimer-Telefon ist erreichbar unter
Tel.: 0 30 - 2 59 37 95 14
montags bis donnerstags von 9-18 Uhr
freitags von 9-15 Uhr

ETHIK UND INTERKULTURALITÄT

MICHAEL COORS

Dr. Michael Coors

Es scheint intuitiv naheliegend, dass ethische Fragen mit der kulturellen Identität von Personen zu tun haben. So sind die Wertvorstellungen eines Menschen sicher durch die Kultur, in der er oder sie lebt, geprägt. Von daher scheint es offensichtlich, dass Menschen aus unterschiedlichen Kulturen aufgrund ihrer unterschiedlichen Wertvorstellungen miteinander in Konflikt geraten können. Diese erste Einschätzung ist in zentralen Punkten richtig, aber sie ist auch an zwei entscheidenden Stellen zu einfach: Zu einfach ist sie im Blick auf das vorausgesetzte Kulturverständnis und im Blick auf das Verständnis von Ethik.

Was ist Kultur?

Was sind eigentlich die in ethischer Hinsicht relevanten kulturellen Unterschiede, an die wir in solchen Fällen denken? Mal sind es nationale oder geographische Unterschiede, z. B. wenn eine deutsche einer türkischen, oder eine europäische einer arabischen Kultur gegenübergestellt wird. Es können aber auch religiöse Grenzen gezogen werden, wenn man z. B. die christliche und islamische Kultur einander gegenüberstellt. Denkbar sind aber auch noch ganz andere interkulturelle Grenzziehungen, die uns aber interessanterweise eher selten als kulturelle Grenzen auffallen, wie z. B. die Unterscheidung von Professionskulturen oder aber regionalen Kulturen innerhalb eines Landes.

So eindeutig es also zu sein scheint, dass zwischen kultureller Identität und ethischen Bewertungen ein Zusammenhang besteht, so unklar ist dabei, was eigentlich mit der kulturellen Identität gemeint ist. Häufig wird dabei ein sogenanntes essentialistisches Kulturverständnis vorausgesetzt, das von einer Kultur als einer historischen gewachsenen, aber ansonsten weitgehend statischen Größe ausgeht (Knipper, Bilgin, 2009, S. 21). Kulturen erscheinen dann als relativ klar umrissene Größen, die man miteinander vergleichen kann. Doch die Frage nach den Grenzen dieser vermeintlich so klar umrissenen Größe ‚Kultur' zeigt, dass solch ein essentialistisches Kulturverständnis zu einfach ist. Wo die

> *» Die Frage danach, was ‚kulturelle Identität' meint, bringt weitere komplexe Fragestellungen mit sich.*

kulturellen Grenzen jeweils gezogen werden, ist nämlich abhängig von den Interessen derer, die diese Grenzen ziehen. In ethischer Hinsicht ist darum die Frage nach der kulturellen Herkunft einer Person weniger interessant als die Frage, warum ein bestimmter kultureller Unterschied in einem ethischen Konflikt überhaupt von Interesse ist!

Die größte Gefahr solch eines essentialistischen Kulturbegriffs liegt darin, dass er zu Stereotypen führt, die dann nicht mehr überprüft werden. Dann meint man schon zu wissen, was der Patient/die Patientin will und braucht, weil er/sie z. B. zu einer bestimmten Religionsgemeinschaft gehört. Der Patient bzw. die Patientin bleibt aber ein Individuum, das nicht einfach über seine kulturellen oder religiösen Bezüge definiert werden kann: Ob ein Mensch, der aus einem mehrheitlich islamisch geprägten Land kommt, auch alle moralischen Überzeugungen des Islams teilt, wissen wir nicht, solange wir nicht mit ihm oder ihr darüber gesprochen haben – zumal auch der Islam eine Fülle unterschiedlicher Schulen und Deutungen kennt.

» Jeder Mensch hat individuelle Vorstellungen von einem ‚guten Leben', die nicht nur ethische, sondern auch rechtliche Fragen aufwerfen können.

Sinnvoller ist es darum, von Kulturen nicht als feststehenden Größen auszugehen, sondern die kulturelle Identität von Personen als ein dynamisches, sich veränderndes Zwischenergebnis von Selbst- und Fremdzuschreibungen zu verstehen: „Kulturell identifizierte Grenzen und Kategorien sind nicht naturgegeben, sondern das stets zeit- und situationsgebundene (Zwischen-) Ergebnis sozialer Beziehungen." (Knipper, 2014, S. 57). Die Zuschreibung einer kulturellen Identität hat immer eine Funktion im Blick auf die zwischenmenschlichen Beziehungen, in denen diese Zuschreibungen vorgenommen werden. Darum ist die relevante Frage diejenige nach den Gründen für die Bedeutsamkeit der jeweils betonten kulturellen Differenz. Statt auf Kulturen zu ach-

ten, geht es darum, auf die Konstruktion von kulturellen Differenzen in zwischenmenschlichen Beziehungen zu achten.

Ethik in einer kulturell pluralistischen Gesellschaft

Das eingangs dargestellte Verständnis von interkulturellen Konflikten ist aber auch noch in einer anderen Hinsicht zu einfach: Wenn interkulturelle ethische Konflikte als Konflikte aufgrund unterschiedlicher Wertvorstellungen verstanden werden, dann unterscheiden sie sich letztlich nicht von anderen ethischen Konflikten in einer modernen pluralistischen Gesellschaft – der Unterschied ist lediglich gradueller Art (Ilkilic, 2010). Denn kennzeichnend für unsere moderne Gesellschaft ist gerade die Akzeptanz unterschiedlicher Wertvorstellungen, sodass die ethische Frage nach verbindlichen normativen Kriterien des richtigen Handelns angesichts der Pluralität von Wertvorstellungen zu der zentralen Frage wird (Habermas, 1983).

Im Kontext von Medizin und Pflege haben sich als solche Prinzipien für ein ethisch vertretbares Handeln der Respekt vor der Selbstbestimmung, die Fürsorgeprinzipien des Wohltuns und des Nichtschadens und das Gerechtigkeitsprinzip etabliert (Beauchamp; Childress, 2009). Diese Prinzipien sind nicht nur Ausdruck einer kulturell geprägten Wertvorstellung, sie beanspruchen vielmehr Gültigkeit gerade angesichts der Vielzahl unterschiedlicher kultureller Prägungen in unseren pluralistischen Gesellschaften.

Gerade dem Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung kommt angesichts der kulturellen Pluralität eine zentrale Rolle zu. Es regelt nämlich unseren Umgang mit unterschiedlichen Vorstellungen des guten Lebens. Weil Menschen unterschiedliche kulturell geprägte Vorstellungen davon haben, was es bedeutet, gut zu leben, dürfen wir anderen diese Entscheidung nicht abnehmen, sondern müssen uns daran orientieren, was sie selbst als ihre je eigene Vorstellung des Guten benennen.

Zu einem wirklich harten ethischen Konflikt kommt es deswegen v. a. dann, wenn das Selbstbestimmungsrecht einzelner Personen durch andere in Frage gestellt wird, wenn z. B. die Familie die Aufklärung eines Angehörigen verweigert oder wenn der Ehemann meint, für seine Frau entscheiden zu können. Ob sich jemand dafür aber auf seine kulturelle Identität beruft oder nicht, ist letztlich für die ethische Entscheidungsfindung in solch einer Situation nicht relevant. Hier sind dem Handeln von Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften in Deutschland zudem enge rechtliche Grenzen gesetzt.

Es geht in interkulturellen ethischen Konflikten häufig um die sehr unterschiedliche Wahrnehmung einer Situation.

Allerdings zeigt sich, dass solche harten ethischen Konflikte eher selten sind. Auch wenn es eine Reihe von Fällen gibt, bei denen derartige Fragen im Vordergrund zu stehen scheinen, zeigt sich doch häufig, dass das eigentliche Problem oft anderer Natur ist. Viel häufiger geht es in interkulturellen ethischen Konflikten um die sehr unterschiedliche Wahrnehmung der jeweiligen Situation.

Eine bestimmte kulturelle Identität zu haben, bedeutet immer auch, die Welt und das eigene Leben auf eine bestimmte Art und Weise wahrzunehmen und sich im Leben und insbesondere in Krisensituationen zu orientieren. Diese Art der Orientierung funktioniert sehr unmittelbar und intuitiv. Je fremder mir nun die Situationswahrnehmung eines anderen Menschen ist, je fremder seine Art und Weise sich intuitiv zu einer kritischen Situation wie z. B. einer tödlichen Erkrankung zu verhalten, desto größer ist das Konfliktpotential.

Fazit: Was hilft in der Praxis?

Für interkulturelle ethische Konflikte hilft zunächst, was für den Umgang mit ethischen Konflikten allgemein hilft: Sensibilität dafür, dass Menschen dieselbe Situation sehr unterschiedlich wahrnehmen können, abhängig davon, was sie in ihrem Leben erlebt haben und wie sie dadurch geprägt wurden. Darum braucht es in ethischen Konflikten immer wieder den Versuch, die Situation auch vom Standpunkt des Anderen aus zu betrachten (Arendt, 2008). Je fremder mir allerdings die Wahrnehmung des Anderen ist, desto schwerer fällt dies und desto mehr Kommunikation und Gespräch braucht es.

Häufig werden ethische Konflikte von den Beteiligten selbst kulturalisiert, d. h. die kulturelle Identität wird z. B. von Angehörigen oder von Patienten als Argument angeführt, oder aber auch von Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften. Insbesondere in die-

sen Fällen gilt es sehr genau darauf zu achten, was mit dem Verweis auf die kulturelle Identität eigentlich begründet werden soll, oder ob damit nicht dem eigentlichen Konflikt ausgewichen wird.

Pastor Dr. Michael Coors
Theologischer Referent
Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG)
an der Evangelischen Akademie Loccum
Knochenhauer Str. 33
30159 Hannover
Tel.: 05 11 - 1 24 16 70
michael.coors@evlka.de

Literatur

Arendt, H. (2008). *Das Urteilen. Texte zu Kants Politischer Philosophie.* 4. Auflage. München: Piper.
Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics Oxford.* 6. Aufl. Oxford, New York: Oxford University Press.
Habermas, J. (1983) *Moralbewutsein und kommunikatives Handeln.* Frankfurt a.M.: Suhr-kamp.
Illikilic, I. (2010). Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses. In: Deutscher Ethikrat (Hrsg.). *Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung.* Berlin: Deutscher Ethikrat, 29–40.
Knipper, M., Bilgin, Y. (2009). *Migration und Gesundheit.* St. Augustin, Berlin: Konrad Adenauer Stiftung.
Knipper, M. (2014). Vorsicht Kultur! Ethnologische Perspektiven auf Medizin, Migration und ethnisch-kulturelle Vielfalt. In: Coors, M., Grützmann, T., Peters, T. (Hrsg.). *Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege.* Göttingen: Edition Ruprecht, 52–69.

MEDIZINISCHE ENTSCHEIDUNG ZWISCHEN ETHISCHER THEORIE UND KLINISCHER PRAXIS

INTERVIEW MIT DR. GEORG BOSSHARD

Dr. Georg Bosshard ist Facharzt für Geriatrie am Universitätsspital Zürich und seit 2006 Privatdozent für Klinische Ethik an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich.

Was ist Ihr persönlicher Bezug zu dem Thema?
Ich habe nach der Klinischen Ausbildung zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin im Jahre 2000 und nach einer Dissertation zum Umgang mit lebensverlängernden Maßnahmen in Stadtzürcher Pflegeheimen mehrere Jahre am Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich primär empirische Forschungsprojekte zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende durchgeführt und geleitet. 2006 habe ich im Bereich der klinischen Ethik an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich habilitiert. Danach habe ich bis 2009 als erster fest angestellter klinischer Ethiker am Universitätsspital Zürich gearbeitet und in jener Zeit auch in der Zentralen Ethikkommission sowie der Subkommission ‚Klinische Ethikberatung' der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften mitgearbeitet. 2009 habe ich der hauptberuflichen Tätigkeit als klinischer Ethiker den Rücken gekehrt und bin in die klinische Tätigkeit am Krankenbett zurückgekehrt. Ich habe die Zusatzausbildung zum Geriater absolviert und arbeite seit 2013 als Leitender Arzt an der Klinik für Geriatrie des Universitätsspitals Zürich. Mit einem geringen Stundenanteil bin ich daneben noch seit mehreren Jahren als Klinischer Ethiker am Waidspital, einem mittelgroßen Zürcher Stadtspital, tätig.

Dr. Georg Bosshard

Welche Schwierigkeiten sehen Sie bzgl. der Verbindung zwischen ethischer Theorie und klinischer Praxis?
Ich würde die grundsätzliche Frage stellen, ob die klinische Ethik das erreichen kann, was die Medizinethik bzw. die Biomedizinische Ethik offensichtlich verpasst hat, nämlich eine echte Brücke zu schlagen zwischen ethischer Theorie und klinischer Praxis, letztlich also zwischen Philosophie und Medizin. Ich persönlich habe Zweifel, ob die klinische Ethik diesem Anspruch an sich selber, eine echte Brückenfunktion zwischen Philosophie und klinischer Medizin bilden zu können, wirklich in dem Maße gerecht werden kann, wie sich das viele erhoffen.

» Ethische Fragen betreffen eine elementare Ebene des Menschseins.

Worin liegen diese Schwierigkeiten im Detail?
Es gibt drei Bereiche, in denen diese Schwierigkeiten ihren Ausdruck finden: 1. in der Methodik der Klinischen Ethik; 2. im Zusammenhang mit der Identität des Klinischen Ethikers und 3. in der Frage der Glaubwürdigkeit.

Beginnen wir mit dem Thema ‚Methodik': Inzwischen gibt es ja für ethische Fallgespräche einige methodische Herangehensweisen. Was sehen Sie hier als problematisch an?
Ein Fachgebiet – auch, aber nicht nur in der Medizin – definiert sich zum einen über ein Kompetenzfeld, in dem es beansprucht, die beste Expertise zur Verfügung zu stellen. Zum anderen muss ein Fachgebiet eine als wirksam nachgewiesene Methode anbieten können, auf der diese Expertise aufbaut. Das Kompetenzfeld, in dem die Klinische Ethik Expertise beansprucht, sind bekanntlich Entscheidungssituationen, in denen Wertfragen resp. Wertekonflikte eine zentrale Rolle spielen. Das tönt zunächst einmal klar und plausibel, jedenfalls in der Theorie. In der Praxis allerdings zeigt sich immer wieder, dass die Grenze zwischen Sach- und Wertfragen fließend ist, oder, präziser gesagt, dass reale klinische Probleme fast immer ein unauflösbares Konglomerat von Sach- und Wertfragen darstellen. Ganz davon zu schweigen, dass in der Realität so manche angeblich ‚ethischen' Probleme in Tat und Wahrheit Kommunikationsprobleme sind.

» Im Kompetenzfeld der klinischen Ethik spielen nicht nur Sach- und Wertfragen, sondern auch Kommunikationsprobleme eine zentrale Rolle.

Selbst wenn es nun aber in einem konkreten Fall durchaus möglich sein kann, eine klare Wertfrage zu isolieren, selbst dann sind Zweifel angebracht, wie hilfreich die von der klinischen Ethik geltend gemachten Methoden – manche sprechen auch von Tools oder gar von der „Werkzeugkiste des Klinischen Ethikers" – wirklich sind. Misstrauisch machen könnte einen hier nur schon die Vielfalt – man könnte auch sagen: Widersprüchlichkeit – an angebotenen Methoden.

Könnte es sein, dass sich hinter dieser Vielfalt eine gewisse methodische Hilflosigkeit verbirgt? Könnte es so sein, dass, wenn man so viele grundverschiedene Methoden in Erwägung ziehen muss, vielleicht keine davon wirklich tragfähig ist, weil vielleicht ethische Fragen eine derart elementare Ebene des Menschseins betreffen, dass sie sich der Abstraktion eines strengen methodologischen Zugangs entziehen? Ebenfalls nicht wirklich vertrauenserweckend ist die Vielfalt bzw. Widersprüchlichkeit der von einzelnen Autoren empfohlenen professionellen Voraussetzungen. Aber dazu kommen wir später.

Und was bewegt Sie, wenn Sie über die Glaubwürdigkeit nachdenken?
Ich befürchte, dass die Tendenz der letzten Jahre, theoretisch-ethische Qualifizierungen gegenüber klinischen Biografien relativ stark zu gewichten, die klinische Ethik vor ein schwerwiegendes Glaubwürdigkeitsproblem bei den klinisch Tätigen stellt.

In dem Werk ‚Klinische Ethikberatung – Ein Praxisbuch' herausgegeben von Andrea Dörries, Gerald Neitzke, Alfred Simon, Jochen Vollmann, erschienen im Kohlhammer Verlag Stuttgart 2008, werden in verschiedenen Kapiteln folgende professionellen Voraussetzungen für eine gelingende Klinische Ethikberatung nahegelegt: Der Theologe Ralph Charbonnier empfiehlt das ‚Jahrhundertealte Theorie- und Erfahrungspotential der theologischen Anthropologie' und hält ein ‚Plädoyer für eine institutionalisierte theologisch verantwortete Ethikberatung'.

Etwas anders tönt es beim Internisten und Gastroenterologen Gerd Richter: Dieser sieht „Exzellentes klinisches Wissen und medizinische Kennt-

nisse“ als zentral für die klinische Ethikberatung an. Der Ethiker und Psychiater Jochen Vollmann sieht eine Kernkompetenz des klinischen Ethikers – neben der ethischen Fachkompetenz – in der „Kompetenz in Kommunikation und Prozesssteuerung“. Könnte es sein, dass reale ethische Beratungstätigkeit sehr viel mehr situations- und personengebunden ist, als wir es gerne zugeben? Im englischen Sprachraum gibt es zu dieser Erkenntnis den Satz: „90 Percent in ethics is picking the right ethicist“ also: In der Ethik kommt es v. a. darauf an, den richtigen Ethiker für die eigenen Interessen zu erwischen – und nicht so sehr auf die generelle Expertise, die Ethiker anzubieten haben …

Wie steht es um den letzten Punkt, die Identität des Beraters?

Ich glaube, dass die beschriebene methodische Unschärfe und die Unklarheit des Kompetenzfeldes verbunden ist mit einer unsicheren Identität der in der klinischen Ethik tätigen Personen. Was ich damit meine und, viel wichtiger noch, wie sich das anfühlt, möchte ich anhand eines Artikels zeigen, den Rouven Porz, der klinische Ethiker des Universitätsspitals Bern, kürzlich in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert hat. Der Titel des Textes lautet „Das ethische Dilemma“. Hier lesen wir von der Patientengeschichte eines Arztes aus seinem Alltag als Onkologe, wobei er die Situation als Dilemma bezeichnet. Porz weist den Arzt darauf hin, dass philosophisch gesehen gar kein eigentliches Dilemma vorliege, sondern allenfalls eine Problemsituation. Etwas später erzählt dann eine Pflegende eine Geschichte aus ihrem früheren Pflegealltag, die sie als sehr belastend empfunden hat und ebenfalls als ‚Dilemma‘ bezeichnet.

Ab hier zitiere ich wörtlich aus dem Artikel von Porz, der sich nun selber sagen lässt: „Wie meinen Sie das, wenn Sie von Dilemma sprechen? Ich glaube, man könnte die Situation der Frau eher als Grenzsituation charakterisieren. Ich sehe kein Dilemma, auch nicht für Sie als Pflegende. Für Aristoteles hingegen wäre die Situation der Frau wahrscheinlich am ehesten eine Tragödie gewesen.“ Ich rede weiter, dann merke ich, dass ich weit übers Ziel hinausschieße. Der Small Talk ist jetzt ganz offensichtlich vorbei. Der Arzt versucht zu retten: „Ach, Herr Porz, jetzt werden Sie mal nicht so ernst. Tragödien gibt es doch nur im Theater.“ Ich reiße mich zusammen und versuche zu lächeln.

Dieser, wie ich finde, außerordentlich mutige und ehrliche Text zeigt nicht in der Theorie, sondern anhand einer konkreten Begegnung, wie schwierig, ja fast unmöglich es ist, die Expertise eines klinischen Ethikers klinisch tätigen Fachleuten zu vermitteln. Vor allem aber zeigt der Text, wie sich diese Unklarheit auf die Beziehung zu den klinisch tätigen Fachleuten auswirkt, und wie es sich anfühlt, eine so nebulöse und gleichzeitig mit derart hohen Ansprüchen verbundene Position wahrzunehmen.

Vermutlich hängt das von der individuellen Biografie und Persönlichkeit des jeweiligen klinischen Ethikers ab. Vor dem Hintergrund meiner Biografie tendiere ich allerdings dazu, zu denken, dass sich dieses Problem am ehesten so lösen lassen würde, dass von jeder als klinischer Ethiker oder Ethikerin tätigen Person eine abgeschlossene Berufsausbildung, Berufserfahrung bzw. parallele Berufstätigkeit und eine sichere Sozialisation und damit verbundene abgeschlossene Identitätsbildung in einer der im Spital anerkannten Berufsgruppen, welche direkt in die Patientenbetreuung involviert sind, verlangt würde.

Hängt diese Haltung auch mit dem Thema der von Ihnen als drittes Kriterium genannten Glaubwürdigkeit zusammen?
Ja, ich würde sagen, das hängt sehr direkt damit zusammen. Klinische Medizin ist kein Philosophieren im luftleeren Raum, sondern es geht hier elementar ums Handeln, ums Probleme lösen. Im Alltag kommt deshalb derjenigen Fachperson, welche klinische Probleme am besten lösen kann – weil sie die beste Ausbildung hat, weil sie von ihrer Erfahrung und/oder Persönlichkeit dazu besonders geeignet ist, weil sie den entsprechenden Einsatz und die entsprechende Präsenz zu bringen bereit ist – auch bei einer ethischen Entscheidung in der Regel am meisten Gewicht zu. Ich denke, das ist quasi ‚normal', ich kann daran nichts Falsches sehen, auch wenn ich die Forderung der Ethik, dass unsere Wertentscheidungen im klinischen Alltag als solche erkannt werden und über die besten Argumente entschieden werden sollen, nachvollziehen kann.

» Für die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen sind u. a. Berufserfahrungen, eine sichere Sozialisation und eine fortgeschrittene Identitätsbildung förderlich.

Aber es ist eben so, dass die Stärke eines ethischen Argumentes in der Klinik kränkelt, wenn es von einer Person vorgebracht wird, von der man weiß, dass sie im Alltag keine klinischen Probleme lösen muss, und umgekehrt auch ein eigentlich ‚schwaches' Argument Gewicht bekommt, wenn es von einer Person geäußert wird, die tagtäglich unter Zeitdruck, unter limitierten Ressourcen und immer auch unter limitiertem Wissen klinische Probleme löst. Zwar ruft dieser Mangel an Glaubwürdigkeit in einer ersten Phase der Etablierung der klinischen Ethik nur selten offenen verbalen Widerstand hervor. Im Reich der Worte sind die Ethiker den Klinikern oft überlegen, und die Gefahr, in die Ecke desjenigen gedrängt zu werden, der „gegen die Ethik" ist, lauert hier nur zu offensichtlich.

Das heißt, hier liegt – kein ethisches, aber doch – ein fachwissenschaftliches Dilemma vor?
Das könnte man so sagen. Ich höre oft von eher theoretisch geprägten Ethikern die Aussage, dass Kliniker generell wenig Bewusstsein für die ethische Dimension eines Problems hätten. Das mag manchmal so sein. Häufiger ist es aber meiner Erfahrung nach so, dass sich ein Kliniker der ethischen Dimension einer Fragestellung sehr wohl bewusst ist, er befürchtet aber, dass bei einer Etikettierung der Fragestellung als einer explizit ‚ethischen' eine Dynamik losgetreten wird, die er lieber vermeidet, so dass er vielleicht eher ein Label wie ‚interdisziplinär', ‚trouble shooting', ‚Standortgespräch' etc. wählen wird.

Mit der weiteren Verbreitung der Klinischen Ethik finden sich dann aber durchaus Kliniker, die neugierig und selbstbewusst genug sind, um sich auf diesen Prozess einzulassen und ihre persönlichen Erfahrungen mit ethischen Fallbesprechungen zu sammeln. Dabei werden sie aber oftmals realisieren, dass die angeblichen Ethiktools bei weitem nicht – erlauben Sie mir, Begriffe aus der Chirurgie zu verwenden – so scharf schneiden wie ein Skalpell und bei weitem nicht die Klarsicht eines modernen Endoskops bereitstellen.

Was ist Ihr Fazit aus dem hier Besprochenen und Ihren praktischen Erfahrungen?
Ich habe letztlich kein Rezept, wie dieses Problem zu lösen sei. Aber ich hoffe, meine Ausführungen entmutigen die Leserinnen und Leser nicht.

Im Gegenteil: Ich würde mir wünschen, dass sie in ihrem Willen gestärkt werden, das Fachgebiet erst recht und im Wissen um mögliche Widerstände weiterzubringen.

Veranstaltungen

15.07.-16.07.2016 **Engelskirchen**
Trauer nach Suizid – Zusatzmodul für Trauerbegleiter
Malteser Hilfsdienst e. V. Malteser Akademie Ehreshoven
Tel.: 0 22 63 - 9 23 00
Malteser.Akademie@malteser.org
www.malteser.de

05.09.16-07.09.2016 **Köln**
Mit Kindern über Sterben und Tod reden
Einfühlsame Kommunikation in der Begleitung
Dr. Mildred Scheel Akademie
Tel.: 02 21 - 9 44 04 90
msa@krebshilfe.de
www.krebshilfe.de

07.09.-10.09.2016 **Leipzig**
Qualität braucht Miteinander, Mut und Kompetenz
11. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
www.dgp2016.de

12.09.-14.09.2016 **Datteln**
Basale Stimulation in der Pädiatrischen Palliativversorgung
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln
Tel.: 0 23 63 - 97 57 65
S.Kaldirim-Celik@kinderklinik-datteln.de
www.kinderklinik-datteln.de
http://kinderpalliativzentrum.de

16.09.-17.09.2016 **Köln**
Trauer ist Leben – Leben ist (auch) Trauer
Humanistischer Umgang mit Verlusten und Trauerprozessen in Therapie und Beratung – Fortbildung für Psychotherapeut/innen und Berater/innen
GwG-Akademie für Personzentrierte Fort- und Weiterbildung
Tel.: 02 21 - 92 59 08 50
brandt@gwg-ev.org
www.gwg-ev.org

21.09.-25.09.2015 **Bielefeld**
Spiritual Care
Bildung & Beratung
Bethel-Seelsorgeinstitut Bethel
Tel.: 05 21 - 144 33 86
britta.niermeier@bethel.de
www.seelsorgeinstitut-bethel.de

23.09.-24.09.2016 **Bochum**
2. Palliativ Kongress Ruhr
Palliativnetz Bochum e.V.
www.palliativkongress-ruhr.de

26.09.-29.09.2016 **Bonn**
Multiprofessionell (Palliative Care Plus) – Demenz und neurologische Krankheitsbilder
Akademie für Palliativmedizin
Tel.: 02 28 - 6 48 15 39
palliativmedizin.bonn@malteser.org
www.malteser-krankenhaus-bonn.de

Vorankündigung:
Gemeinsam auf dem Weg – Hospizkultur und Palliativversorgung in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung
16.11.2016 Hagen
Veranstalter: ALPHA-NRW

Ab Juli erhalten Sie die Einladung und das Programm. Eine Anmeldung ist ab diesem Zeitpunkt möglich. Eingeladen sind alle, die Berührung mit diesem Thema haben.

ALPHA-Rheinland
Heinrich-Sauer-Straße 15
53111 Bonn
Tel.: 02 28 - 74 65 47
Fax: 02 28 - 64 18 41
rheinland@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

ALPHA-Westfalen
Friedrich-Ebert-Straße 157-159
48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48
Fax: 02 51 - 23 65 76
alpha@muenster.de
www.alpha-nrw.de

gefördert vom: **Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen**