

Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“  
in der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.

# **Ethik-Theorie im Pflegeunterricht**

„Mein Wille geschehe ...!?“

Die Pflege im Spannungsfeld von  
Autonomie und Fürsorge

Göttingen, Oktober 2002

Herausgeber:  
Akademie für Ethik in der Medizin e.V.  
Humboldtallee 36, D-37073 Göttingen  
Tel.: 0551 / 39-9680, Fax: 0551 / 39-3996

Verantwortlich:  
Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“

Redaktionelle Bearbeitung:  
Irmgard Hofmann

Schutzgebühr: € 4,-  
Bankverbindung: Volksbank Göttingen  
Kto.Nr. 370 512 900  
BLZ: 260 900 50

Oktober 2002

# **Ethik-Unterricht in der Krankenpflegeschule**

METHODEN – THEORIEN – PRAXIS

(Ethik-Seminar vom 19. – 21. April 2002 in Arnoldshain)

## **Inhalt**

Theorie und Praxis eines Wochenend-Ethik-Seminars (Irmgard Hofmann)

### *Freitag abend:*

Einführung zum Seminarverlauf (Marianne Rabe)

„Eintauchen“: Inselbildung (Theda Rehbock, Helen Kohlen, Fred Salomon,  
Ulrike Krupp)

### *Samstag vormittag:*

Fachvorträge zu Autonomie (Constanze Giese) und Fürsorge (Theda Rehbock)

### *Samstag nachmittag:*

Falldiskussion in moderierten Kleingruppen

- Gruppe 1: Fred Salomon (Moderation), Constanze Giese (Protokoll)
- Gruppe 2: Irmgard Hofmann (Moderation), Christel Häse (Protokoll)
- Gruppe 3: Ulrike Krupp (Moderation), Theda Rehbock (Protokoll)

Fachvortrag zum Thema Verantwortung (Friedrich Heubel)

### *Samstag abend:*

Filmeinsatz im Unterricht (Kurt Schmidt)

### *Sonntag vormittag:*

Sammlung von Themen, die im Ethik-Unterricht als wichtig erachtet werden  
(Marianne Rabe, Irmgard Hofmann)

Fachvortrag: Lernziel moralische Kompetenz? Vermittlung von Ethik in der Pflege  
(Marianne Rabe)

„Auftauchen“: Szenisches Spiel im Unterricht (Marianne Rabe)

Rückmeldungen der Teilnehmer/innen zum Seminarverlauf  
(Kurt Schmidt, Irmgard Hofmann)

Überlegungen am Ende (Irmgard Hofmann)

Veranstalter und mitwirkende Mitglieder der AG „Pflege und Ethik“

# Theorie und Praxis eines Wochenend-Ethik-Seminars

Irmgard Hofmann

Im April 2002 veranstaltete die Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.<sup>1</sup> ein Seminar zum Thema „Ethik-Unterricht in der Krankenpflegeschule“.

Dieses Heft dokumentiert die Beiträge und Methoden des Seminars.

Die Arbeitsgruppe Pflege und Ethik besteht seit 1995 und ist interdisziplinär besetzt. Unsere Ziele sind:

- Das Bewusstsein der ethischen Grundlagen von Pflege zu fördern
- Wege einer stärkeren Mitbestimmung der Pflege in ethischen Fragen zu suchen
- Möglichkeiten der Vermittlung von ethischer Reflexion in der Pflegepraxis zu entwickeln
- Den interdisziplinären Dialog zu fördern

Letzteres geschieht schon implizit durch die multiprofessionelle Zusammensetzung der Gruppe, in der neben Pflegenden auch Ärzte, Philosophinnen, Theolog(inn)en und Sozialwissenschaftler/innen vertreten sind.

Neben der theoretischen Arbeit sowie regelmäßigen Falldiskussionen planen und führen wir immer wieder Veranstaltungen entsprechend unseren Zielen durch. Dabei erarbeitet sich die Gruppe gemeinsam sowohl die inhaltliche wie die didaktische Konzeption einer Veranstaltung; die einzelnen Mitglieder bringen sich durch Vorträge, Moderation, Berichterstattung etc. auch selbst ein. Durch das Miteinander, die oft intensiven Diskussionen darüber, warum wir welche Vorgehensweise wählen (oder auch nicht), sind wir immer zugleich Lehrende und Lernende.

Vor zwei Jahren führten wir bereits einen Workshop zum Thema „Ethik lehren und lernen“ durch. Der Schwerpunkt lag auf Methoden im Ethik-Unterricht und die Teilnehmenden waren eingeladen, eigene Konzepte in Kleingruppen vorzustellen.<sup>2</sup> Bei der damaligen Auswertung wurde von vielen der Wunsch geäußert, eine Veranstaltung über theoretische Grundlagen von Ethik durchzuführen, weil es hier Defizite gäbe.

Entsprechend planten wir die jetzige Tagung: Klärung wichtiger ethischer Begriffe, Erläuterung theoretischer Hintergründe, theoretische Aspekte der Unterrichtsgestaltung. Bei der Konzeption von Veranstaltungen ist es unser Bestreben, verschiedene didaktische Möglichkeiten auszuprobieren und die Seminarteilnehmer/innen soviel wie mög-

---

<sup>1</sup> Die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) e.V. ist eine bundesweit arbeitende Vereinigung mit Sitz in Göttingen. Ihr Ziel ist es, den interdisziplinären ethischen Diskurs in Gesundheitsfragen zu fördern. Entsprechend viele Berufsgruppen sind vertreten, die Mitglieder stammen aus den Bereichen der Medizin, Philosophie, Theologie, Pflege, Juristen, Sozialwissenschaften und anderen. Viele Mitglieder arbeiten in einer der verschiedenen Arbeitsgruppen mit. Die AEM gibt die Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ heraus, in der Fachbeiträge zu gesundheitsethischen Fragen veröffentlicht werden. Neben der Organisation und Durchführung von Fachtagungen und Seminaren findet einmal im Jahr die Jahrestagung statt, die sich jeweils einem speziellen Themengebiet widmet. Auch Nichtmitglieder können an den Tagungen teilnehmen. Weitere Informationen sind unter [www.aem-online.de](http://www.aem-online.de) zu finden.

<sup>2</sup> Einige der Beiträge und Lehrmethoden wurden im „PFLEGE- MAGAZIN“, Ausgabe 6/2000, Juventa-Verlag, veröffentlicht.

lich in Selbstaktivitäten einzubinden. Hier zeigten sich allerdings auch die Grenzen: Eine fundierte Begriffserläuterung ist eigentlich nur über den Fachvortrag möglich; die Zuhörenden können viel erfahren, doch die Umsetzung des Gehörten bedarf der weitergehenden Rezeption und Reflexion sowie viel eigener Übung. Grundsätzlich wissen die meisten Menschen durchaus einiges über ethische Grundprinzipien, und es war unser Anliegen, an diese Erfahrungen anzudocken – was im Rahmen der „Inselbildung“ gut gelang.

Dennoch zeigte sich am Ende des Seminars, dass der Brückenbau zwischen Gehörtem und der Umsetzung für die eigene Arbeit nicht an einem Wochenende allein zu leisten ist. Daher entschlossen wir uns nach Rücksprache mit den Teilnehmer/innen, die Vorträge sowie die didaktischen Methoden in einer Dokumentation zusammen zu fassen und anzubieten.

Die Reihenfolge der Beiträge sowie deren Erläuterung orientiert sich am Verlauf des Seminars – da nach unseren Überlegungen die Seminargestaltung selbst Teil des Konzeptes ist. So beginnt die Dokumentation mit den einleitenden Worten von Marianne Rabe.

Wir wünschen den Leser/innen viel Interesse und Freude beim Verarbeiten möglicher neu gewonnener Erkenntnisse.

## **Einführung am ersten Abend zum Seminarverlauf**

Marianne Rabe

Vor zwei Jahren haben wir eine Veranstaltung mit ähnlicher Thematik hier in Arnolds-hain angeboten. Damals hatte sie den Charakter eines Workshops. Bei der Auswertung dieser Veranstaltung wurde von vielen der Wunsch geäußert, einmal eine Veranstaltung über theoretische Grundlagen von Ethik durchzuführen.

Es entspricht der Auffassung von Ethik und von Didaktik in unserer Gruppe, dass wir kein herkömmliches Theorieseminar machen. Wir möchten immer gerne etwas ausprobieren und auf eine Weise lehren, wie wir auch gerne lernen wollen – diese beiden Dimensionen vermischen sich auch, wenn es gut ist.

Wir haben ein Bild für unser Vorhaben hier gefunden: wir wollen eintauchen in das Meer der Theorie und am Sonntag wieder auftauchen. Zwischendurch wollen wir uns frei schwimmen und darauf achten, dass wir auch immer gut Luft kriegen.

Folgende Elemente haben wir vorgesehen: Das Eintauchen am ersten Abend verbindet ein Kennenlernen mit einer ersten Klärung und Diskussion ethischer Begriffsinseln. Am Samstag vormittag folgen Vorträge zu zwei zentralen ethischen Prinzipien, die vor allem für die Pflege von Bedeutung sind und überdies miteinander manchmal in Konflikt kommen können: Constanze Giese spricht über Autonomie und Theda Rehbock über Fürsorge.

Nachmittags wird dazu eine Falldiskussion in kleineren Gruppen angeboten – zum einen, um aus der praktischen Perspektive die theoretisch diskutierten Prinzipien noch einmal in den Blick zu nehmen und zum anderen, um die Falldiskussion als Vermittlungsmethode kennen zu lernen. Deshalb gibt es am Ende dieser Falldiskussionen eine Meta-Diskussion mit dem/r jeweiligen Moderator/in über sein/ihr Moderationskonzept.

Dem folgt ein weiterer Vortrag mit Diskussion, diesmal zum Thema Verantwortung zwischen Recht und Ethik von Friedrich Heubel, womit wir unsere beiden Prinzipien (Autonomie und Fürsorge) in einen größeren institutionellen bzw. gesellschaftlichen Kontext stellen.

Am Abend wird es unterhaltsam: wir werden Szenen aus Fernsehserien sehen. Aber auch hier gibt es einen Bezug zu unserem Seminarthema: Filme werden im Ethik-Unterricht gerne eingesetzt; hier geht es auch darum, wie dies sinnvoll geschehen kann – unser Spezialist für Filme ist Kurt Schmidt.

Am Sonntag vormittag geht es an das Auftauchen: wir wenden uns wieder unserer Arbeit zu, nämlich dem Unterricht. Die Teilnehmer/innen werden vorab nach den Themen gefragt, die sie momentan im Ethikunterricht behandeln. Weiter gibt es einen Vortrag von Marianne Rabe über didaktische Fragen und im Anschluss die Möglichkeit, die Methode des Szenischen Spiels am Thema Fürsorge praktisch auszuprobieren.

Der erste Abend ist dem Eintauchen in das Meer der ethischen Fragen und Begriffe gewidmet. Dieses ist so unübersichtlich, dass wir uns darin verlieren könnten, deshalb haben wir von vornherein schon einige Inseln angelegt. Die Inseln entsprechen ethischen Orientierungen oder Prinzipien. Wir bewegen uns also jetzt in unbekanntem Gewässer mit einigen unbekanntem Menschen. Unsere Inseltour soll auch dazu dienen, miteinander bekannt zu werden und sich dabei gleich dem Thema anzunähern.

Wie geht dieses Eintauchen nun konkret vor sich?

Alle werden gebeten, sich auf eine der Inseln zu begeben, die sich hier gleich bilden werden und die jeweils mit dem ethischen Begriff beschildert sind, um den es auf dieser Insel gehen soll. Würde – Autonomie – Fürsorge – Gerechtigkeit – Verantwortung – Wahrheit. Jede/r wählt den Begriff, der sie/ihn spontan anspricht – sei es, weil sich damit ein aktuelles Erlebnis verbindet oder man hier grundsätzliche ethische Fragen der Pflege ausgedrückt sieht. Die einsamen Inseln werden jetzt zu Gesprächsinseln, indem die Besucher miteinander darüber ins Gespräch kommen, was sie mit dem jeweiligen Insel-Begriff verbinden und weshalb ihnen dieser wichtig ist. Auf jeder Insel befindet sich ein Mitglied unserer Gruppe, das später über die Diskussion auf der Insel berichten wird.

Die Berichterstatter/innen helfen bei der anschließenden Plenumsdiskussion mit, Brücken über das unübersichtliche Meer und zwischen den Inseln zu bauen. Natürlich geht es hier noch nicht um Ergebnisse, eher darum, Fragen deutlich zu machen.

## „Eintauchen“: Inselbildung

Erläuterung:

Es waren zum Eintauchen in die Theorie sechs mit Begriffen gekennzeichnete Inseln vorbereitet worden, deren Berichterstatter/innen ihren Begriff und sich selbst kurz vorstellten: „Würde“ (T. Rehbock); „Autonomie“ (H. Kohlen); „Verantwortung“ (F. Salomon); „Gerechtigkeit“ (F. Heubel); „Fürsorge“ (U. Krupp); „Wahrheit“ (I. Hofmann).

Die Teilnehmer/innen gruppierten sich nach ihrem Gefühl jeweils zu. Dabei zeigte sich, dass zu den Inseln „Gerechtigkeit“ und „Wahrheit“ sich nur jeweils ein/e Teilnehmer/in gesellte. So wurden diese zwei Inseln entfernt und die beiden ordneten sich anderen Inseln zu. Die daraus entstandenen Gesprächsgruppen hatten etwa eine Stunde Zeit, sich kennen zu lernen und ihre Einfälle zu den Begriffen zu äußern. Die zusammengefassten Ergebnisse wurden anschließend von den Berichterstatter/innen im Plenum vorgetragen:

### Insel „Würde“

Berichterstatterin: Theda Rehbock

Im Zentrum der Diskussion stand die Kluft zwischen dem Ideal der Würde und der Realität der vielfachen kleineren und größeren Verletzungen der Würde des Patienten im medizinischen/pflegerischen Alltag.

Der Begriff der Würde steht gemäß Grundgesetz über allem, ist aber auch ein abstrakt-theoretischer und diffuser Begriff. Wer definiert die Würde? Es gibt viele verschiedene Zugänge zum Begriff. Es sind viele Facetten des Menschseins betroffen.

In der Praxis kommt es darauf an, ganz konkret die Würde des Patienten zu achten und Pflegende zu sensibilisieren für die vielen „Kleinigkeiten“, die aber sehr verletzend sein können. Beispiel: Jemanden aufgedeckt liegen lassen. Die Würde des Patienten ist besonders verletzlich, weil er „das schwächste Glied in der Kette“ ist: Pflegende sind nicht zwangsweise Pflegende, der Patient aber ist zwangsweise Patient.

In diesem Zusammenhang wurde auf die Bedeutung der „Goldenen Regel“ hingewiesen: Man soll sich vorstellen, wie es für einen selbst wäre, so daliegen zu müssen. Allgemeiner formuliert: Arbeite ich so, wie ich selbst will, dass mit mir gearbeitet wird? Die Würde des Patienten ist besonders dadurch zu achten, dass nicht ohne sein Einverständnis gehandelt wird.

Im Wechsel zwischen Schule und Praxis erleben Schüler und Schülerinnen viele Frustrationen. Von dem, was ethisch gesehen wünschenswert wäre, lässt sich vieles nicht realisieren: Zeitmangel, Stress, "Drecksarbeit" machen müssen, Abstumpfen, Konflikte zwischen Pflegenden und Ärzten usw. Dagegen wird aber auch eingewandt, dass nicht für alle Missstände äußere Bedingungen verantwortlich zu machen sind. Manche, auch schwerwiegende Formen der Würdeverletzung, lassen sich mit vergleichsweise geringem Aufwand und durch „Gewohnheiten, die keine Zeit kosten“, vermeiden: z.B. Anklopfen und Zudecken; bei Zeitmangel wenigstens zu erkennen geben, dass man die Notlage wahrnimmt (ich würde gerne, kann jetzt aber nicht). In dieser Hinsicht ist vieles eine Frage der Erziehung und Ausbildung durch „Vorbilder“.

Es ist auch die Würde der Pflegenden betroffen, wenn sie dazu neigen, den Patienten vor allem schützen zu wollen, sich selbst zu überfordern und auszubeuten, im Grunde

aber selbst hilflos sind (Helfersyndrom). Es ist wichtig, die Sorge für sich selbst nicht zu vernachlässigen und Verantwortung auch abzugeben, zum Beispiel auch an andere Berufsgruppen (Ärzte, Seelsorger, Psychologen usw.).

In besonderer Weise ist die Sensibilität für mögliche Würdeverletzungen gefordert im Umgang mit Säuglingen und „Frühchen“ oder im Umgang mit Hirntoten. Es ist unter anderem wichtig, die eigenen ethischen und religiösen Überzeugungen zu reflektieren. Angesichts der Kluft zwischen Ideal und Realität formuliert eine Inselbesucherin als „Lernziel“ für Pflegende: Konflikte und Missstände sensibel wahrnehmen und sie aushalten, ohne abzustumpfen, zu resignieren und handlungsunfähig zu werden.

## **Insel „Autonomie“**

BERICHTERSTATTERIN: HELEN KOHLEN

Die Mehrzahl der Teilnehmenden arbeiten in ihrer Alltagspraxis als Klinikseelsorger/innen. Autonomie wurde als ein Recht diskutiert, auf dass alle Patienten und darüber hinaus auch die Mitarbeiter/innen einer Einrichtung im Gesundheitswesen einen Anspruch haben. Die Patienten sind meist in der Rolle der Schwächeren, der Hilfesuchenden. Ihre Wünsche, ihre Bedürfnisse brauchen offene, sensible Antennen bei Ärzten und Pflegenden. Auf der einen Seite agieren Professionelle aus der Position der Macht. Während sie handeln, sehen sie ihre professionelle Autonomie jedoch mehr und mehr durch institutionelle Zwänge und ein notwendiges organisatorisches Regelsystem eingeschränkt.

Der reiche Erfahrungsschatz der Teilnehmenden hatte die Fragen geprägt:

- Warum ist es so schwer möglich, auch nur ein geringes Maß an Selbstbestimmung im Klinikalltag zu verwirklichen?
- Wie können wir damit umgehen, wenn ein Patient ein Stück Autonomie einfordert und klar ist, dass damit das Organisationskonzept des Pflegepersonals in Frage gestellt wird? Inwiefern wird damit die Autonomie der Pflegenden beschnitten?

## **Insel „Verantwortung“**

Berichterstatter: Fred Salomon

Zum Stichwort Verantwortung nannten die Teilnehmer/innen auf dieser „Insel“ die im folgenden aufgelisteten Assoziationen und Hinweise auf erfahrene Situationen aus der eigenen Praxis.

### *1. Verantwortung für den Patienten*

- für Leib und Leben
- größte Verantwortung, die ein Mensch übernehmen kann
- für die sozialen Bezüge
- ethische Verantwortung für die Beachtung seiner Wertvorstellungen

### *2. Verantwortung für Angehörige*

- er soll sich nicht allein fühlen
- Unterstützung im Dialog / Konflikt mit dem Arzt
- Zeit nehmen zur Begleitung



### 3. *Verantwortung im Team*

- Einsetzen für Teamgefühl (corporate identity) ist wichtig
- Hierarchien behindern Eigenverantwortlichkeit
- Delegation von Verantwortung
- Verantwortung wird gern an andere Berufsgruppen abgegeben (Problem)
- Manchmal ist es gut, Verantwortung abgeben zu können (Entlastung)
- Einbringen in die klinische Diskussion (Ethikkommission, Ethikkomitee, bei Entscheidungen über Leben und Tod)
- Einbringen in Gespräche zwischen Arzt und Pflege

### 4. *Verantwortung für Auszubildende*

- Auszubildende müssen Verantwortung entwickeln, dazu brauchen sie Hilfe
- Ausbildungsverantwortung an den Schulen und auf den Stationen
- Auszubildende müssen berufsgruppenübergreifend denken lernen
- frühzeitige Vermittlung von Ethik nötig

### 5. *Verantwortung als Seelsorger*

- Begleitung von Patienten und Angehörigen
- Gespräche ermöglichen
- Moderation von Gesprächen
- seelsorgerliche Kompetenz in die Klinik einbringen
- manchmal Probleme als Seelsorger im Haus der anderen Konfession

### 6. *Verantwortung beim Umgang mit Fehlern*

- Wie geht man mit eigenen Fehlern um?
- Wie geht man mit Fehlern anderer um?

### 7. *gesellschaftliche Verantwortung*

- Problem der Abgrenzung: Wie weit reicht die Verantwortung?
- Welche gesellschaftlichen Dimensionen sind im klinischen Alltag zu beachten?
- Kostenverantwortung
- Verantwortung braucht Zeit

### 8. *Verantwortung kann überfordern*

- Oft ist der eigene Anspruch sehr hoch
- Leitbilder können einen hohen Anspruch formulieren

### ***Berührungspunkte zu anderen ethischen Begriffen, die in der Gruppe genannt wurden:***

- bei 1: Fürsorge, Autonomie
- bei 2: Fürsorge
- bei 3: Macht, Autonomie, Kommunikation
- bei 4: Fürsorge
- bei 5: Kommunikation
- bei 6: Wahrheit
- bei 7: Gerechtigkeit

### **Insel „Fürsorge“**

BERICHTERSTATTERIN: ULRIKE KRUPP

Fürsorge wurde von den Teilnehmer/innen der Gruppe als wichtige Dimension des pflegerischen Handelns benannt. Für viele Gruppenmitglieder ist dieser Begriff jedoch ambivalent oder nicht positiv besetzt. Dies gründet auf zwei Erfahrungen der Pflegenden:

Zum einen wird die praktizierte Fürsorge in der Klinik oftmals als Übergriff und „Überbehütung“ erlebt. Die Autonomie der Patient/innen wird eingeschränkt und ihre vorhandenen Fähigkeiten werden nicht wahrgenommen und somit nicht in die Pflege einbezogen. Dadurch wird die Selbständigkeit der Patient/innen verhindert. Zum anderen erleben gerade Krankenpflegeschüler/innen die elterliche Fürsorge häufig als Einschränkung ihrer Autonomie, für deren Wahrung sie sich stark engagieren. Auf Grund ihrer eigenen einengenden Erfahrungen verbinden sie mit Fürsorge wenig Positives. Daher wird die Dimension der Fürsorge als Teil beruflichen Handelns in der Pflege von ihnen nicht selten abgelehnt.

Am Beispiel der Essenszubereitung wurde falsche Fürsorge konkretisiert:

Eine Patientin benötigt Hilfestellung beim Buttern und Belegen ihrer Brötchen. Anstatt sie jedoch nach ihren Wünschen zu befragen und sie beim Schmieren der Brötchen zu unterstützen, wird häufig weniger zeitaufwendig verfahren. Das heißt, man bringt ihr bereits fertig belegte Brötchen. An dieser alltäglichen Handlung wird deutlich, wie durch falsch praktizierte Fürsorge die Wünsche der Patientin nicht berücksichtigt und ihre Fähigkeiten nicht in den pflegerischen Arbeitsablauf integriert werden.

Die Gruppenmitglieder benannten die Gefahr, dass durch steigenden Kostendruck und Arbeitsbelastung diese Tendenzen zunehmen könnten. Um jedoch fürsorglich handeln zu können, ohne die Autonomie der Patient/innen zu beschränken, sind gut ausgebildete kommunikative Fähigkeiten notwendig.

Abschließend wurde deutlich, dass die Fürsorge der Pflegenden die Autonomie der Patient/innen respektieren muss, damit die Würde des Menschen nicht Schaden nimmt.

*Mit diesen Berichten, die mehr im Stil einer Podiumsdiskussion - unter Moderation von Marianne Rabe - vorgetragen wurden, fand das abendliche „Eintauchen“ seine Fortsetzung im „Treffpunkt Ethik“, dem Entspannungsraum der Gruppe.*

## **Fachvorträge zu Autonomie und Fürsorge**

Erläuterung:

Die ersten beiden Vorträge dienen der theoretischen Grundlegung der Begriffe und auch als Vorbereitung auf die Falldiskussion, die für den Nachmittag vorgesehen ist. Im Anschluss an jeden Vortrag gab es eine Diskussion im Plenum, die allerdings nicht dokumentiert ist.

### **Autonomie: moderner Begriff – mit welchem Inhalt?**

Constanze Giese

**Inhalt:** Vorüberlegungen

1. Begriffsklärung und ideengeschichtliche Annäherung
2. Interpretationen und Bedeutungszusammenhänge
3. Autonomie der Patienten

4. Aktuelle Situation in der Pflege
5. Veränderungen im pflegerischen Selbstverständnis:  
Wenn die Pflege ein autonomer Beruf wäre...

### **Vorüberlegungen:**

Der Begriff der Autonomie ist derzeit in aller Munde. Patient(inn)en sind autonom, Bürger/innen sind autonom, überhaupt jede menschliche Person sollte autonom sein. Autonomie scheint zu einem Synonym für das Gute und Richtige an sich geworden zu sein. Das gilt selbstverständlich auch für den Bereich der Pflege. Hier gilt es sogar in zweierlei Hinsicht:

Erstens weil Pflegende und Patient(inn)en Bürger und Bürgerinnen mit Bürgerrechten sind und zweitens weil der Respekt vor der Patientenautonomie als besonders wichtiges Prinzip der medizinischen Ethik gilt – der Respekt vor der Autonomie der menschlichen Person ist in unserer sogenannten pluralen Gesellschaft möglicherweise noch *das* wirklich konsensfähige ethische Prinzip. Folgerichtig ist in den meisten Fachbüchern zur Ethik in der Pflege ein Schwerpunkt der Autonomie der *Patienten* gewidmet sowie dem notwendigen Respekt, den Pflegende dieser Autonomie zu erweisen haben.<sup>3</sup> Neuere Werke verweisen in diesem Zusammenhang, teilweise auch kritisch, auf die ebenfalls zu respektierende - aber doch noch unzureichend ausgeprägte - Autonomie der Pflege.<sup>4</sup> Auf diesen Zusammenhang möchte ich im weiteren Verlauf noch zu sprechen kommen.

Zunächst erfolgt ein kleiner historischer Rückblick über die Verwendung des Autonomiebegriffs und daran anschließend eine ebenfalls kurze Einführung in die wichtigsten Interpretationsmöglichkeiten, die heute im Rahmen der ethischen Theorie diskutiert werden. Beide Themenbereiche können nur kurz skizziert werden und müssen damit immer auch unvollständig bleiben.

### **1 . Begriffsklärung und ideengeschichtliche Annäherung**

Der Begriff Autonomie wird aus dem Griechischen abgeleitet von *autos* (selbst) und *nomos* (Gesetz). Ursprünglich kennzeichnete Autonomie im Kontext der politischen Ordnung einen (griechischen Stadt-) Staat, der sich seine Gesetze selbst gab, also keiner fremden Gewaltherrschaft ausgesetzt war. Der Gegenbegriff zur Autonomie ist deshalb ursprünglich in der Tyrannis, der Fremdherrschaft, zu sehen. Damit ist noch nichts darüber gesagt, ob es den Bürgern gestattet ist, in diesem Stadt-Staat selbst autonom zu leben. Es geht nicht um individuelle Bürgerrechte oder persönliche Freiheitsrechte, wie sie heute mit dem Autonomiebegriff assoziiert werden. Die Rezeption in der Ethik in individualmoralischer Perspektive erfolgte erst wesentlich später.

Bis die Idee der Autonomie in der philosophischen (und theologischen) Ethik auch als Prinzip für den Umgang der Individuen miteinander explizit formuliert wurde, verging noch eine lange Zeit. Trotzdem sollte nicht der Eindruck entstehen, erst mit Immanuel Kant sei – gleichsam wie ein Blitz aus heiterem Himmel – der Begriff eines autonomen Subjekts sittlichen Handelns entstanden. Der Begriff der Autonomie wird zwar in der Tat in diesem Zusammenhang erst von Kant in dieser Weise in der philosophisch-

---

<sup>3</sup> Genannt seien hier nur exemplarisch die weitverbreiteten Ethikbücher von v.d.Arend, Gastmans, 1996; Fry 1995; Arndt 1996.

<sup>4</sup> Vgl. Wettreck 2001 vor allem S.249 ff.

ethischen Debatte verwendet, es lassen sich aber in den Jahrhunderten zuvor *ähnliche Fragestellungen* unter *anderer Begrifflichkeit* feststellen.

Ethik befasst sich vornehmlich mit der Frage nach dem guten und richtigen Handeln; dabei lässt sich auch hinsichtlich der Bedeutung autonomen Handelns und Entscheidens ein langer Diskussionsprozess feststellen. Unter Verwendung verschiedener Begrifflichkeiten wurde zu ergründen versucht, wann und unter welchen Umständen eine Handlung oder Entscheidung als gut und richtig anzusehen sei.

Eine grundsätzliche Option in dieser Frage bindet die ethische Richtigkeit einer Handlung an die Erfüllung bestimmter inhaltlicher Gebote oder Verbote. Gut und richtig ist eine Handlung dann, wenn sich der Handelnde zum Beispiel an die 10 Gebote gehalten hat oder an den Katechismus, das Naturgesetz, das natürliche Sittengesetz, also kurz gesagt: Wenn ein als objektiv richtig anzusehendes Gebot erfüllt wurde oder ein Verbot eingehalten wurde. Eine andere Option bindet die sittliche Richtigkeit einer Handlung daran, dass das handelnde Subjekt in autonomer Weise gehandelt hat, das heißt selbst gut handeln wollte, um der guten Handlung willen. Nicht Gebots- oder Pflichterfüllung, nicht der Gehorsam gegenüber einer Autorität sind hierbei ausschlaggebend für die Richtigkeit einer Tat, sondern der Versuch, nach bestem Wissen und Gewissen eigenverantwortlich *das Gute* zu tun.

Die Frage lässt sich kurz fassen: *Gehören Selbstbestimmung und Moral zusammen?*

Schon früh in unserer Geistesgeschichte lassen sich Anhaltspunkte für diese Fragestellung finden. Biblisch-theologisch lässt sich eine schöpfungsgeschichtliche Tradition herausarbeiten, nach der Gott den Menschen nach seinem Abbild schuf<sup>5</sup>: Abbild Gottes bedeutet in dieser Auslegung gerade die Zuschreibung von Eigenverantwortung, von Unterscheidungsfähigkeit hinsichtlich Gut und Böse. Damit sind wesentliche Grundlagen oder Bestandteile sittlicher Autonomie beschrieben. Diese Interpretation der menschlichen Rolle in der Schöpfung zieht sich durch die alttestamentliche Überlieferung und lässt sich an verschiedenen Traditionslinien und Schichten dieser Überlieferung immer wieder festmachen.<sup>6</sup>

Auch im Neuen Testament wird das Thema verschiedentlich unter der Frage nach dem Verhältnis von menschlichem Handeln und Gesetz (Thora) aufgegriffen. Paulus greift diese Fragestellung wiederholt auf, als Beispiel seien nur seine bekannten Ausführungen im Römerbrief genannt.<sup>7</sup> Sie sollen hier nicht weiter vertieft werden, gehören jedoch zum Verständnishorizont, auf dem Kant seinen Autonomiebegriff entwickelt. Die christliche Tradition in ihrer pietistischen Auslegung bildet unter anderem den geistesgeschichtlichen Hintergrund für Kants Interpretation der Autonomie.

Eine weitere traditionsreiche philosophische und theologische Diskussion, in der meines Erachtens die Frage nach dem sittlichen Wert der Autonomie schon ansatzweise thematisiert wird, ist die Frage nach dem Stellenwert der Gewissensentscheidung. Sie wurde schon in der Philosophie des oftmals als dunkel angesehenen Mittelalters kontrovers diskutiert. Dabei konnte es durchaus nicht als ausgemacht gelten, dass alles, was in Gehorsam gegen Kirche und Katechismus geschieht, ausschließlich deshalb gut und richtig sein musste. Der vielzitierte Kirchenlehrer Thomas von Aquin schreibt im 13. Jahrhundert: „Wer das Böse nur deshalb unterlässt, weil es Gott so geboten hat, nicht aber weil es böse ist, der ist nicht in vollem Sinne frei.“<sup>8</sup> Damit wird deutlich, dass

---

<sup>5</sup> Vgl. Genesis 1,27 ff.

<sup>6</sup> Vgl. u.a. Zenger 1983, S.84 ff.

<sup>7</sup> Römer 2,14, Römer 14,23.

<sup>8</sup> Zitiert nach Korff 1985, S.80.

die Frage nach der Autonomie als Prinzip ethischen Handelns die philosophisch-ethische Debatte nicht völlig unvorbereitet getroffen hat.

## **2. Interpretationen und Bedeutungszusammenhänge**

Heute lassen sich verschiedene Interpretationen des Autonomiebegriffs feststellen, die für die Ethik im Gesundheitswesen relevant sind. Die deutschsprachige Ethik und ihre Tradition berufen sich vor allem auf Immanuel Kants Deutung des Autonomiebegriffs. In aller Kürze soll hier eine Annäherung an diese hochkomplexe Thematik versucht werden.

Nach Kant wird der Mensch selbst zu seinem Gesetzgeber in moralischer Perspektive. Er ist als Vernunftwesen der Freiheit fähig und hat damit die Möglichkeit und Pflicht, sein eigener Gesetzgeber zu sein. Diese Autonomie des *Willens* bedeutet nicht, dass jeder tun und lassen soll, was er gerade möchte, sie hat nichts mit bloßer *Willkür* zu tun. Gemeint ist vielmehr ein sogenannter *freier Selbstzwang*, eine freie Selbstbeschränkung, der zufolge sich der Mensch zu sittlichem Handeln verpflichtet. Nicht weil ihn irgendeine Größe außerhalb seiner selbst dazu zwingen würde, sondern weil er seinem sittlich guten Willen folgt. Diese Selbstbindung ist Zeichen seiner Freiheit und Würde. Der Mensch unterwirft sich nur einem Gesetz, das er sich zuvor durch seine eigene Vernunft selbst gegeben hat.

Das zu befolgende moralische Gesetz wurde bis zu diesem Zeitpunkt zumeist als ein absolutes, der Erkenntnis äußerlich zugängliches Gesetz angesehen. Es wird bei Kant in das Subjekt der Handlung selbst hinein verlegt: Der Mensch ist sein eigener Gesetzgeber, weil er ein vernünftiges Wesen ist. In anderen Worten: Der Mensch handelt sittlich gut, weil das moralische Gesetz in ihm ist und nur dann, wenn er diesem Gesetz in sich Folge leistet. Autonomie ist bei Kant noch nicht unbeschränkte Subjektivität. Die *eine (!) richtige Lösung* einer ethischen Frage, die *eine(!) unbedingte ethische Sollensforderung* oder Verpflichtung ist für Kant noch denkbar. Eine gültige moralische Forderung kann zwar auch als allgemein gültiges göttliches Gesetz aufgefasst werden, grundsätzlich kommt ihr jedoch unabhängig von der Religion Gültigkeit zu. Die Selbstachtung des Menschen verpflichtet ihn, moralisch zu handeln. Achtet der Mensch die Stimme seiner Vernunft und seine Freiheit, so muss er sich selbst auf seinen sittlich guten Willen verpflichten.

Hier ergibt sich der Zusammenhang zwischen Selbstgesetzlichkeit und Achtung der Autonomie und Würde der eigenen wie der anderen Person, wie er in die aktuelle Debatte zu Fragen der Bioethik eingebracht wird. *Würde* wird der menschlichen Person zugeschrieben aufgrund ihrer Autonomie, die eine unbedingte Selbstverpflichtung beinhaltet, eine Verpflichtung auf die Vernunft und den guten Willen auch entgegen anderen „Strebungen und Leidenschaften.“ - Freiheit kann somit als *Unterwerfung unter das moralische Gesetz* bezeichnet werden.

Die Auseinandersetzung mit der Deutung des Autonomiebegriffs bei Kant lässt ahnen, dass er weit über unsere herkömmliche umgangssprachliche Verwendung des Begriffes „Autonomie“ hinausgeht. Es ist deshalb höchste Vorsicht geboten, wenn bei Fragen der angewandten Ethik zur Begründung des Rechts auf Selbstbestimmung vorschnell auf Kant als Gewährsmann verwiesen wird.

Es gibt noch andere tragfähige Ansätze zur Interpretation des Autonomiebegriffes, die für die ethische Diskussion vor allem in den Bereichen der Gesundheitsversorgung und der Krankenpflege hilfreich sein könnten.

In der angewandten Ethik im Gesundheitswesen – um in diesem Kontext nicht von Medizinethik oder Pflegeethik zu sprechen, dazu ist die Autonomieproblematik zu allgemein – bietet sich ein pragmatischer Zugang zum Begriff der Autonomie an, wie er zum Beispiel von Tom L. Beauchamp und James Childress in ihren *Principles of Biomedical Ethics* vorgestellt wird. Beauchamp und Childress haben einen weithin rezipierten Ansatz zur Ethik im Gesundheitswesen vorgelegt, auch Vier-Prinzipien-Ethik genannt, die inzwischen in der fünften Auflage erschienen ist.<sup>9</sup> Eines der vier genannten Prinzipien ist das Autonomieprinzip, das sie im Sinne eines grundsätzlich bestehenden Selbstbestimmungsrechts interpretieren. Es gilt so lange, wie kein Dritter Schaden durch diese autonomen Entscheidungen erleidet. Eine weitere Einschränkung führt direkt in den Kern der Problematik, wie sie sich in der ethischen Reflexion auf die Beziehung von Patienten zu professionellen Helfern heute darstellt. Diese Einschränkung betrifft die sogenannte Kompetenz autonomer Personen und leitet über zur Frage nach der Autonomie der Patienten.

### **3. Autonomie der Patienten**

Beauchamp und Childress gehen davon aus, dass all jene Patienten als autonom anzusehen sind, die kompetent - also fähig - sind eine eigene Entscheidung für sich zu fällen, die ihr Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen können. Für sie gilt, dass keine Maßnahme pflegerischer oder medizinischer Art mit oder an ihnen durchgeführt werden darf, der sie nicht aus freien Stücken und ausreichend informiert zugestimmt haben (Modell des Informed Consent).

Es soll hier nicht im Einzelnen auf all die praktischen, kommunikativen, organisatorischen und strukturellen Hindernisse eingegangen werden, die der ausreichenden Information der Patienten heute im Alltag unserer Gesundheitsversorgung im Wege stehen. Zahllose Episoden über unzureichend aufgeklärte Patienten ließen sich berichten, die allesamt darauf hinauslaufen, dass mangelnde Information die Patientenautonomie untergräbt. Stattdessen soll eine grundsätzliche Problematik angesprochen werden, die meines Erachtens dazu führt, dass sich die Situation auch in absehbarer Zeit nicht grundlegend verändern wird. Weder ethisch-moralische Appelle an das Aufklärungsverhalten der Ärzte, noch mehr oder weniger zögerliche Versuche der Pflege, die angespannte Kommunikationssituation im Rahmen medizinischer Behandlungen zu entschärfen haben, bisher zu einer grundsätzlichen Veränderung der Situation beigetragen.

Ein Teilnehmer auf dem Bundesärztag 1998 hat die Problematik folgendermaßen auf den Punkt gebracht: „*Der Patient ist nicht mündig, der Patient ist krank.*“<sup>10</sup> Dies mag zunächst anmaßend und oberflächlich erscheinen. Der namenlose Vertreter der Ärzteschaft knüpft hier aber direkt an eine Fragestellung der medizinischen Ethik an, die traditionell als Frage der „Wahrheit am Krankenbett“<sup>11</sup> erörtert wurde. Es wird diskutiert, ob kranke Menschen in der Lage sind, ihre Situation realistisch einzuschätzen und auch angesichts komplexer medizinischer Fragestellungen und bedrohlicher Perspektiven noch eine autonome Entscheidung zu fällen. Die Verknüpfung von Krankheit und Autonomieverlust im Sinne einer krankheitsbedingten Kompetenzbeeinträchtigung ist letztlich ein klassischer Topos der medizinischen Ethik. Dieser Zusammenhang ist von großer Relevanz für die Denkmöglichkeit der Patientenautonomie und den Umgang mit ihr. Hier zeigt sich in aller Schärfe die Ungebrochenheit der Paternalismusproblematik.

---

<sup>9</sup> Beauchamp, Childress 2001.

<sup>10</sup> Zitiert nach Albrecht 2000, S.37.

<sup>11</sup> Vgl. Lutterotti v., Sporken 1989.

Zum Begriff des Paternalismus sei angemerkt, dass die traditionelle hippokratische Ethik des Ärztestandes als paternalistisch bezeichnet wird. Dem Arzt wurde die Rolle eines wohlmeinenden Familienvaters im Sinne des Familienoberhauptes, des *pater familias*, zugeschrieben. Vergleichbar dem Idealbild eines pater familias früherer Zeiten, der stets nur das Beste im Sinn hat, nimmt er seine Verantwortung für die anderen Familienmitglieder wahr. Als unangefochtene Autorität, ausgestattet mit Entscheidungsvollmacht aber auch mit dem Vertrauen seiner Angehörigen, muss er stets wissen, was zu tun ist.

Für die aktuelle Ethik im Gesundheitswesen wird gerne auf einen Paradigmenwechsel verwiesen, der stattgefunden haben soll, weg von der paternalistisch verstandenen Verpflichtung auf das Wohl der Patienten hin zu der Verpflichtung auf ihren Willen oder zumindest auf den Respekt vor ihrem Selbstbestimmungsrecht. Die schon zitierte Äußerung über die mangelnde Mündigkeit der Patienten ist meines Erachtens jedoch kein paternalistischer Ausreißer, sondern zeigt eine Grundtendenz in der Wahrnehmung von Ärzten und Pflegepersonal: Unabhängig davon, was Ethiker und Juristen fordern und wie sie argumentieren, werden kranke Menschen als nicht in gleicher Weise autonom erlebt wie Gesunde und deshalb auch faktisch nicht so behandelt. Es gibt nicht den mündigen Patienten, wie er von rechts wegen, oft auch contrafaktisch, postuliert wird. Aber *es gibt viele mündige Patienten*, in manchen Bereichen mehr, in anderen weniger, in wieder anderen wohl gar keine. Und es gibt Patienten, die *ein bisschen mündig* und *ein bisschen autonom* sind. Im Sinne ganzheitlicher Pflege müsste es ein Ziel sein, die noch vorhandene Autonomie zu fördern, statt in *Ganz-oder-gar-nicht*-Muster zu verfallen und diese Kranken mit eingeschränkter Autonomie als inkompetent von Entscheidungsprozessen auszuschließen. Autonomie kann durchaus in abgestufter Weise vorhanden sein und wahrgenommen werden.

Zur Erläuterung soll folgende Darstellung (Fig.1.) von Beauchamp und Faden dienen; die „gray area“ veranschaulicht die mögliche Bandbreite hinreichender Autonomie für eine kompetente Entscheidung im Rahmen medizinischer Behandlung.

### THE CONCEPT OF AUTONOMY

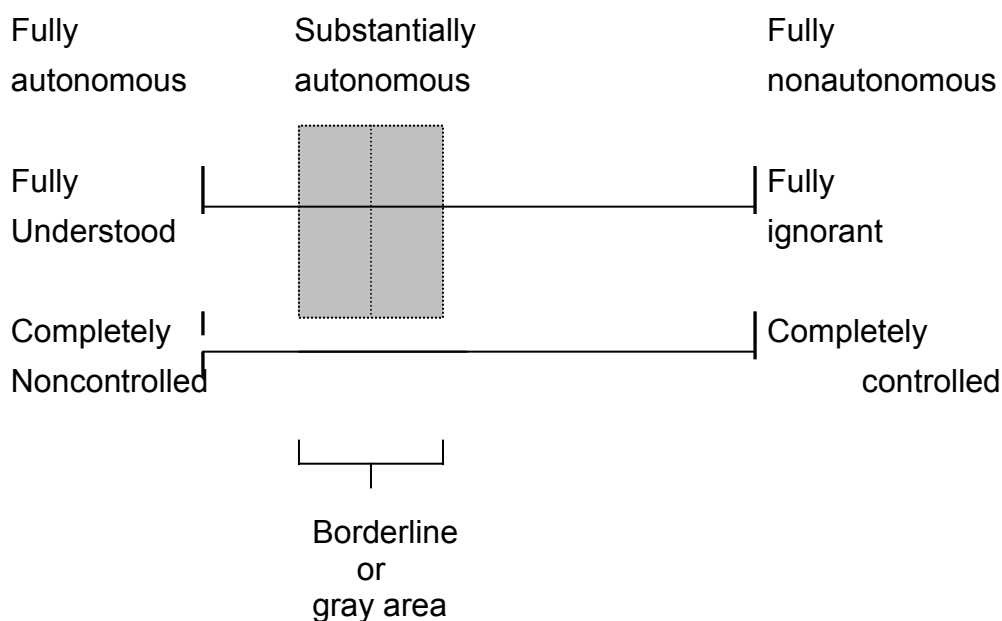


Fig.1. Degrees of autonomy of intentional actions<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Beauchamp, Faden, 1986, S.239.

#### **4. Die aktuelle Situation in der Pflege**

Das Problem in Hinsicht auf die Pflege scheint zu sein, dass wir nicht wirklich gelernt haben, mit mündigen Patienten umzugehen und krankheitsbedingten Verlusten von Selbstbestimmungsfähigkeit mit kreativen, ganzheitlichen Lösungen zu begegnen. Wir wollen die Autonomie der Person, ihr Selbstbestimmungsrecht respektieren. Wenn wir jedoch mit Kranken konfrontiert werden, die aufgrund ihres Leidenszustandes Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung ihres Rechts auf Selbstbestimmung haben, verfallen wir ohne zu zögern in altbewährte paternalistische Verhaltensmuster nach dem Motto „doctor knows best“.

Nach Gesprächen mit qualifizierten und hochmotivierten Pflegekräften kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, dass der aktuelle und notwendige Professionalisierungsprozess der Pflege zugleich mit der Gefahr verbunden ist, dass diese hochqualifizierten Pflegeprofis dem ärztlichen Paternalismus im Sinne eines „*nurse knows best*“ bald in nichts mehr nachstehen werden.

Das zunehmende Interesse an ethischen Fragen in der Pflege und die ebenfalls zunehmende Sensibilität für die Notwendigkeit, jeden Patienten erst einmal in seiner einmaligen, biografischen Situation wahrzunehmen, um ihm gerecht werden zu können, weisen glücklicherweise in eine andere Richtung. Wenn professionelle Pflege sich dadurch auszeichnet, dass sie ihr Handeln zielgerichtet plant, durchführt und selbstkritisch evaluiert und wenn sie zugleich anerkennt, dass Pflegeziele niemals pauschal festzulegen sind, sondern *individuell nicht nur als Ziele für* den Patienten, sondern *als Ziele des* Patienten zu formulieren sind, dann liegt hier ein sinnvoller Ansatzpunkt, um die Patientenautonomie als praxisrelevante Größe im Pflegeprozess zu verankern.

Ich möchte meinen Vortrag mit einem kurzen Ausblick auf die Chancen der aktuellen Umbruchsituation in der Pflege beenden, die meines Erachtens auch hinsichtlich des Umgangs mit dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten ein großes Potential bietet, ein Veränderungspotential, das die Pflege sowohl im eigenen Interesse als auch im Interesse der Patienten nutzen könnte.

#### **5. Veränderungen im pflegerischen Selbstverständnis:**

Wenn die Pflege ein autonomer Beruf wäre...

Der Pflegeberuf befindet sich derzeit in einem spannenden Veränderungsprozess hinsichtlich der Qualifizierung und Professionalisierung der Pflegenden und damit auch hinsichtlich ihres Selbstverständnisses. Die Gefahr eines selbstbewussten Speziesentums im Sinne eines *nurse knows best*, das sich möglicherweise entwickelt, wurde bereits genannt. Die Chancen, die sich für eine Sensibilisierung hinsichtlich der Autonomiefrage aus dem veränderten Selbstverständnis der Pflegenden ergeben, sollen nun zum Schluss betrachtet werden.

Gerade in der heutigen Umbruchsituation erleben qualifizierte und motivierte Pflegenden eine starke Begrenzung, wenn sie ihren Beruf in selbstbestimmter Weise ausüben wollen. Die eigenen Hierarchien und die Kooperation mit anderen Berufen im Gesundheitswesen sind noch nicht auf das sich verändernde Selbstverständnis der Pflegenden eingerichtet. Besonders die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Bereich ist häufig konfliktträchtig und es entstehen Gefühle der Ohnmacht gegenüber der weitaus größeren beruflichen Autonomie der Ärzteschaft. Hier besteht offensichtlich von Seiten der Pflege Veränderungs- und Klärungsbedarf. Ethische und rechtliche Fragen hinsichtlich der Übernahme und Zuschreibung von Verantwortung sind neu zu beantworten. Eingefahrene Kommunikationsweisen werden zunehmend in Frage gestellt, es werden Pflege-



theorien und Modelle entwickelt, welche die Vielschichtigkeit menschlicher Bedürfnisse in der Pflege berücksichtigen. In der systematischen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung der Pflegenden mit ihrer Tätigkeit ist ein großes Potential auch für einen sensibleren Umgang mit der Patientenautonomie zu sehen.

Ich möchte mit der These schließen, dass die Pflege ihr Verhältnis zur Autonomie der Patienten erst dann in zufriedenstellender Weise klären kann, wenn sie einen Grad an beruflicher Autonomie erreicht hat, der den eigenen Ansprüchen auch an Qualität und Professionalität in Ausbildung und Ausübung des Pflegeberufes entspricht. Solange die Pflegenden selbst noch um berufliche Autonomie ringen, wird der Umgang mit dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten problematisch bleiben.

Wer selbst nicht autonom ist, kann auch anderen nur schwer Autonomie *zugestehen!*

## **Literatur**

Albrecht H., Die Minute zählt, in: Die Zeit, 19.04.00, S.37

Arndt M., Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege, Stuttgart 1996

Arend v.d. A., Gastmans C., Ethik für Pflegenden, Bern u.a. 1996

Beauchamp T., Childress J., Principles of Biomedical Ethics, Oxford <sup>4</sup>1994, <sup>5</sup>2001

Beauchamp T., Faden R., A History and Theory of Informed Consent, Oxford 1986

Fry S.T., Ethik in der Pflegepraxis, Eschborn 1995

Kant I., Einleitung in die Metaphysik der Sitten, Köln 1995, Nachdruck der Ausgabe von Kants gesammelten Schriften, herausgegeben von der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften, Berlin 1902/1910, Seitenzahlen beziehen sich auf die Akademieausgabe

Korff W., Wie kann der Mensch glücken, München 1985

Lutterotti v. M., Sporken P., Wahrheit am Krankenbett, in: Eser A., Lutterotti v. M., Sporken P. (Hrsg.), Lexikon Medizin, Ethik, Recht, Freiburg u.a. 1989, S.1235-1242

Wetreck R., „Am Bett ist alles anders“ – Perspektiven professioneller Pflegeethik, Münster 2001

Zenger E., Gottes Bogen über den Wolken, Stuttgart 1983

## **Fürsorge: verstaubter Begriff oder zeitgemäßes Prinzip?**

Theda Rehbock

**Inhalt:** Einleitung: Fürsorge oder Autonomie?

1. Sorge - Selbstsorge - Fürsorge
2. Fürsorge - Menschenwürde - Autonomie
3. Eine klassische Fallgeschichte
4. Fürsorge ohne Paternalismus
5. Fürsorge ohne Selbstaufopferung

## ***Einleitung: Fürsorge oder Autonomie?***

Fürsorge hat einen eher schlechten Ruf. Kaum jemand möchte auf Grund von Armut, Krankheit oder Behinderung von der Fürsorge des Staates oder anderer Menschen abhängig werden. Das hat, so scheint es, etwas Demütigendes. Wir fürchten, dabei unsere Würde und Freiheit zu verlieren. Manche möchten sogar lieber vorher sterben, als in diese Lage zu geraten.

Ein wichtiger Grund für diese Befürchtung ist sicher das moderne Ideal individueller Selbstbestimmung. Gegenüber der traditionellen Fürsorgeorientierung hat daher in den Heilberufen die Autonomie des Patienten erheblich an Bedeutung gewonnen. Für noch wichtiger aber halte ich die moderne Medizin, die auf eine Entmündigung des Patienten ausgerichtet ist. Besonders prägnant kommt das in der Äußerung des Schweizer Rechtswissenschaftlers Peter Noll zum Ausdruck, der sich gegen eine operative Behandlung seines Blasenkrebses entschied und das mit folgenden Worten begründete:

„Ich will nicht in die chirurgisch-urologisch-radiologische Maschine hineinkommen, weil ich dann Stück um Stück meiner Freiheit verliere. Mit Hoffnungen, die zusehends kleiner werden, wird mein Wille gebrochen, und am Schluss lande ich dann doch in dem bekannten Sterbezimmer, um welches alle einen großen Bogen machen.“ (Noll 1984: 11)

Man könnte allerdings sagen: Was Noll zu Recht befürchtet, ist nicht nur der Verlust an Freiheit, es ist auch der Mangel an wünschenswerter persönlicher Fürsorge in modernen Kranken- und Sterbezimmern. Es ist daher darüber nachzudenken, wie Achtung der Autonomie und Fürsorge hier zusammenwirken müssen.

Einen schlechten Ruf hat die Fürsorge auch aus der Sicht der Pflege: Hier identifiziert man sich nicht mehr so gern mit einer Pflegeideologie, in der sich das Ideal der Nächstenliebe mit dem bürgerlichen Frauenideal des 19. Jahrhunderts verbindet. Kennzeichen dieser Pflegeideologie sind: altruistische (unentgeltliche!) Selbstaufopferung, Unterordnung unter die Autorität des Arztes und eine bevormundende "Bemutterung" des Patienten. (Vgl. Bischoff 1984)

Es gibt aber auch Gegenbewegungen, die die Fürsorgeorientierung wieder aufwerten, da sie aus einer Reihe von Gründen für die Heilberufe, einschließlich des Arztberufes, unabdingbar zu sein scheint. (Vgl. Sporken 1977, Pellegrino 1989, Haas 2000) In der Pflegeethik wird mit einer eigenen Fürsorgeethik zudem eine Abgrenzung der spezifischen Eigenart der Pflege und des Pflegeethos gegenüber einer ärztlich dominierten Medizin und Medizinethik angestrebt. (Vgl. Arndt 1996b) Statt des alten Ausdrucks der Fürsorge bevorzugt man hier den englischen Ausdruck „care“ und orientiert sich an philosophischen Konzeptionen einer „Ethics of Care“. (Vgl. Conradi 2001)

Es würde zu weit führen, hier diese umstrittenen Fragen zu diskutieren. Ich konzentriere meine Ausführungen auf zwei Leitfragen:

\* Ist *Fürsorge ohne Paternalismus* möglich?

\* Ist *Fürsorge ohne Selbstaufopferung* möglich?

Ich möchte deutlich machen: Die Fürsorgeorientierung ist nicht nur in Medizin und Pflege, sondern für menschliche Beziehungen überhaupt grundlegend. Ebenso ist die Kritik am Paternalismus und Altruismus ernst zu nehmen. Diese Kritik nötigt zunächst zu einer Klärung der Begriffe.

## 1. Sorge - Selbstsorge - Fürsorge

Unter Sorge verstehen wir gewöhnlich *Kummer, Besorgnis um etwas*: „Trübsinn und Beklemmung und verquälte Bekümmernis um dies und jenes“ (Heidegger, zit.n. Kranz 1995: 1087). Heidegger macht in *Sein und Zeit* auf einen anthropologisch grundlegenden Sinn des Begriffs als praktische *Sorge für etwas* aufmerksam. So verstanden prägt die Sorge das gesamte menschliche Tun. Wir sind tagaus, tagein damit beschäftigt, etwas zu besorgen, uns um etwas zu kümmern, für etwas Sorge zu tragen. Zu diesem Sinn des Begriffs gehört auch die Sorgfalt und Achtsamkeit, mit der wir für etwas sorgen.

Das praktische *Sorgen-für* ist in zwei Hinsichten als *Selbstsorge* zu verstehen.

\* *Selbstsorge* ist *Sorge für uns selbst*. Indem wir *für etwas* sorgen, geht es uns *um uns selbst*, um unser je eigenes gutes und gelingendes Leben.

\* Jeder muss es *selbst tun*. Es ist nicht einfach von Natur aus für uns gesorgt. Wir können die Sorge für uns selbst im Normalfall auch nicht an andere delegieren. Jeder muss selbst für sich sorgen, und so sein Leben *selbst bestimmen, es führen*.

In beiden Hinsichten aber kann *Selbstsorge* auch *individualistisch* missverstanden werden, so als bilde jeder Einzelne eine autarke Insel. Dagegen ist einzuwenden: Dass wir *selbst* leben und für uns Sorge tragen müssen, heißt nicht, dass wir es *alleine* tun können.

\* Wir sind auf die Fürsorge anderer für uns angewiesen.

Das gilt keineswegs erst in Notlagen. Denken Sie nur an die lange Phase der Abhängigkeit jedes Menschen von elterlicher Fürsorge in der Kindheit. Aber auch im Erwachsenenleben sind wir auf Partner, Freunde und eine Gemeinschaft sowie auf funktionierende soziale und staatliche Institutionen angewiesen, um ohne Hunger und sicher leben, etwas lernen, sinnvoll tätig sein und das Leben genießen zu können. In Notlagen wird uns diese Angewiesenheit auf andere nur besonders bewusst.

Gegen den Individualismus ist außerdem einzuwenden:

\* *Selbstsorge* und *Fürsorge* bedingen sich gegenseitig.

Das bedeutet *zum einen*: Die Sorge für sich selbst ist nicht gleichzusetzen mit *Egoismus*. Sie ist von der Sorge für andere nicht zu trennen. Für menschliche Beziehungen wie eine Freundschaft, eine Ehe oder eine Familie ist das besonders deutlich. Aber auch wer z.B. die Pflege, das Brötchenbacken oder Philosophie *nur für sich* - etwa zum Geldverdienen - betreibt, missversteht den Sinn dieser Tätigkeiten, der darin besteht, für ein *gemeinsames* gutes Leben, also zugleich für sich selbst *und* für andere, tätig zu sein.

*Zum anderen* können wir kaum für andere sorgen, wenn wir nicht auch für uns selbst sorgen. Sowohl egoistischer Eigennutz wie altruistische Selbstaufopferung missverstehen im Grunde, was ein gelingendes menschliches Leben ausmacht, das – noch mal mit Heidegger gesprochen - sowohl je eigenes *Selbst-Sein* ist, wie zugleich *Mit-Sein* mit anderen.

Zwischen Sorge, Selbstsorge und Fürsorge besteht also ein enger Zusammenhang, in dem auch die enge Beziehung zwischen Fürsorge und Autonomie enthalten ist. Diese Beziehung wird in ethischer Hinsicht noch deutlicher, wenn wir den Begriff der Würde einbeziehen.

## 2. Fürsorge - Menschenwürde - Autonomie

Der Begriff der Menschenwürde hat einen hohen Stellenwert im Grundgesetz, in Menschenrechtserklärungen sowie in Sozialgesetzen und beruflichen Ethikkodizes, auch der Pflege. Zudem hat dieser Begriff seinen Ursprung in der antiken, christlichen und kantischen Ethik. Im gewöhnlichen Sprachgebrauch schreiben wir einem Menschen oder einer Sache Würde nur unter bestimmten Bedingungen zu, etwa auf Grund einer würdevollen Erscheinung oder eines besonderen Amtes. Diese Würde ist also *bedingt* und *verlierbar*. Die Würde des Menschen im *moralischen* Sinne dagegen gilt als *unverlierbar* und „*unantastbar*“ (Grundgesetz, Art.1). Sie wird dem Menschen *unbedingt*, allein auf Grund seines Menschseins, zugeschrieben. Sie kann nach diesem Verständnis dem Menschen nicht genommen werden. Sie wird aber oft genug *verletzt* und *missachtet*, und zwar in zwei Hinsichten:

*Zum einen* sprechen wir von einer Missachtung der Würde, wenn Menschen ohne Grund eingesperrt, ihrer politischen Rechte beraubt, diskriminiert und zum Objekt der Willkür des Staates oder anderer Menschen werden, wenn also ihre *Freiheit und Autonomie* missachtet werden. Im Hinblick auf Unrechtserfahrungen dieser Art - etwa im Nationalsozialismus - gilt die Menschenwürde als Grundlage der so genannten *Freiheitsrechte*.

Freiheitsrechte aber nützen uns wenig, wenn wir nicht über die notwendigen Bedingungen für ein freies und autonomes Leben verfügen. Wer einem Menschen in elenden Verhältnissen und körperlicher Not sagt: „Du bist ein freier Mensch! Hilf dir selbst!“, der achtet nicht die Würde, sondern verhält sich nur zynisch. Er verkennt, dass jeder Mensch - auch er selbst - auf die Fürsorge anderer angewiesen ist. Von einer *Missachtung* der Würde sprechen wir daher auch, wenn notleidenden Menschen die notwendige Fürsorge vorenthalten wird, die ihnen ein freies und autonomes Leben ermöglicht. In dieser Hinsicht ist die Menschenwürde auch Grundlage der *sozialen Menschenrechte* geworden.

Fürsorge für andere kann allerdings so betrieben werden, dass sie ihr eigentliches Ziel - die Ermöglichung eines autonomen Lebens - aus den Augen verliert und zu einer Bedrohung der Freiheit wird. Menschen werden oft von anderen Menschen oder von sozialen und staatlichen Institutionen auf Grund ihrer Fürsorgebedürftigkeit abhängig gemacht, beherrscht, gedemütigt oder bevormundet. Mit Bezug auf die erste Leitfrage können wir als *erstes Fazit* festhalten:

\* *Fürsorge* ohne Achtung der Autonomie - paternalistische Fürsorge also - verletzt die Würde des Menschen.

Fürsorgliches Handeln muss daher immer beide Grundaspekte der Würde im Auge behalten, die Autonomie *und* die Fürsorgebedürftigkeit, die beide zusammen die menschliche Existenz prägen und - vor allem in christlicher Tradition - die Idee der Menschenwürde bestimmen. Diese Idee beinhaltet zudem die Forderung, ja *Pflicht*, wie Kant sagt, auch die eigene Würde zu achten, d.h. auch für das eigene Wohl zu sorgen und sich selbst nicht freiwillig von anderen beherrschen oder bevormunden zu lassen. Die Achtung der menschlichen Würde schließt daher ein *altruistisches Missverständnis* der Fürsorge als Selbstaufopferung aus. In bezug auf unsere zweite Leitfrage lautet ein erstes Fazit:

\* Wer sich - rücksichtslos gegen sich selbst - für andere aufopfert und nicht für sich selbst sorgt, missachtet die eigene Würde.

Was folgt aus diesen Überlegungen für das praktische Verständnis einer *nicht-paternalistisch* und *nicht-altruistisch* missverstandenen Fürsorge? Das will ich verdeut-

lichen anhand einer klassischen Fallgeschichte: dem Gleichnis vom barmherzigen Samariter. (Lukas 10, 25-37; vgl. dazu Theißen 1990)

### 3. Eine klassische Fallgeschichte

Zunächst zur Rahmengeschichte: Ein jüdischer Gesetzeslehrer stellt Jesus die ethische Grundfrage: Was soll ich tun, um richtig zu leben? (Das ist freilich meine *ethische* Deutung der tatsächlichen Frage, die wörtlich lautet: Was soll ich tun, um das ewige Leben zu erlangen?) Jesus lässt den Gesetzeslehrer die ihm die altbekannte Norm zitieren: „Du sollst Gott [...] lieben [...] und deinen Nächsten wie dich selbst.“ Damit ist der Schriftgelehrte nicht zufrieden. Er fragt nach der praktischen Anwendung: „Wer ist denn mein Nächster?“ Jesus antwortet mit einer Geschichte. Dadurch wird deutlich: Mit moralischen Normen können wir nur etwas anfangen, wenn wir uns ihren praktischen Sitz im Leben klarmachen.

Vergegenwärtigen wir uns die Kerngeschichte. Sie zeigt: Fürsorge hat mit *Wahrnehmung* zu tun. Drei Personen *sehen* auf ihrem Weg von Jerusalem nach Jericho einen Menschen halbtot liegen, der offensichtlich überfallen wurde. Sie sehen also jemanden, der *wie sie selbst* auf Reisen ist, dessen Reiseziel durch den Überfall gewaltsam durchkreuzt wurde und der so sehr leidet, dass er Hilfe benötigt. Zwei der drei Vorbeireisenden *sehen* ihn, gehen aber vorüber - so, als ob er ein nicht weiter beachtenswertes Objekt am Wegrand wäre.

Vom dritten, dem Samariter, dagegen heißt es bei Luther: „als er ihn sah, jammerte er ihn.“ Im griechischen Urtext steht hier ein kräftiges Wort, das wörtlich die körperlichen Eingeweide und die Leidenschaften bedeutet. Es wird damit nicht ein oberflächliches Mitgefühl, sondern eine tiefreichende Betroffenheit des ganzen Menschen durch die Notlage des Anderen bezeichnet. Diese Betroffenheit veranlasst den Samariter direkt zum Handeln:

„Er ging zu ihm, goss Öl und Wein auf seine Wunden und verband sie ihm, hob ihn auf sein Tier und brachte ihn in eine Herberge und pflegte ihn. Am nächsten Tag zog er zwei Silbergroschen heraus, gab sie dem Wirt und sprach: Pflege ihn; und wenn du mehr aus gibst, will ich es dir bezahlen, wenn ich wiederkomme.“

Es kommt damit zum Ausdruck: Der Samariter lässt sich durch seine Betroffenheit nicht lähmen. Er bleibt nüchtern und besonnen, so dass er in der Lage ist, wirksam zu helfen und *das Notwendige* zu tun. Er tut aber auch *nicht mehr* und delegiert einen Teil des Notwendigen an einen anderen, den Wirt. Er fühlt sich nicht allein verantwortlich. Das hat zwei Vorteile:

*Zum einen* verhilft er, soweit es in seiner Macht steht, dem Anderen dazu, seine Reise fortzusetzen, ohne ihn von sich abhängig zu machen, zu Dank zu verpflichten, seine Unterlegenheit spüren zu lassen, zu sehr in seine Privatsphäre einzudringen, Schamgrenzen zu überschreiten, kurz: ohne ihn zu demütigen und seinen Willen zu missachten. *Zum anderen* verliert er auch *sich selbst* und das Ziel seiner *eigenen* Reise nicht aus den Augen. So praktiziert er die Kunst der Fürsorge, die die notwendige Sorge *für den Anderen* mit der notwendigen Sorge *für sich selbst* verbindet, die also weder paternalistisch noch selbstaufopfernd ist. Ich möchte nun diese beiden Aspekte der Fürsorge in *praktischer* Hinsicht noch etwas konkretisieren.

#### 4. Fürsorge ohne Paternalismus

Mit dem Ausdruck „Paternalismus“ wurde ursprünglich das Verhalten des Staates bezeichnet, das Kant folgendermaßen beschreibt:

„Eine väterliche Regierung (*imperium paternale*), wo [...] die Untertanen als unmündige Kinder, die nicht unterscheiden können, was ihnen [...] nützlich oder schädlich ist, sich bloß passiv zu verhalten genötigt sind, um wie sie glücklich sein *sollen*, bloß von dem Urteile des Staatsoberhauptes, und [...] bloß von seiner Gütigkeit zu erwarten: ist der größte denkbare *Despotismus* (Verfassung, die alle Freiheit der Untertanen aufhebt).“ (Kant 1964: 145f.)

Mit fast den gleichen Worten lässt sich paternalistisches Verhalten in sozialen Beziehungen, etwa zwischen Ärzten bzw. Pflegenden und Patienten beschreiben. Paternalismus wird in der Medizin- und Pflegeethik verstanden als: Fürsorge für das Wohl einer Person *ohne* ihre Zustimmung oder *gegen* ihren Willen in der Meinung, besser zu wissen als sie selbst, was für sie gut ist. Fürsorge *ohne Paternalismus* zeichnet sich durch folgende Aspekte aus:

\* Fürsorge ist Sorge *für jemanden*, für den Anderen als *personales* und *moralisches* Gegenüber.

Das gilt unabhängig davon, in welchem Zustand sich der Mensch am Straßenrand oder im Krankenbett gerade befindet, also auch für den dementen oder bewusstlosen, ja selbst für den toten Menschen. In jedem Fall ist der Andere *als Mensch* jemand *wie ich selbst* - ebenso bedürftig, verletzlich, sterblich und auf Fürsorge angewiesen, und ebenso mit einem eigenen Willen und einer eigenen Lebensgeschichte auf Achtung seiner Autonomie angewiesen. Wir können uns daher in die Lage des Anderen versetzen, ohne ihn zu kennen. Auch wenn wir nicht mit ihm sprechen können, also etwa im Fall des Komas oder des Todes, können und müssen wir - gemäß der Goldenen Regel - fragen, was *wir wollen* würden, dass Andere *für uns* tun, wenn wir uns in einer ähnlichen Lage befänden.

\* Fürsorge ist Sorge *für die Autonomie* des Anderen.

Fürsorge für das Leben, das Wohlbefinden oder die Gesundheit des Anderen zielt letztlich darauf, ihm die *Selbstsorge*, seine *freie und autonome Existenz* wieder zu ermöglichen.

\* Fürsorge wird durch die Autonomie des Anderen begrenzt.

Die Goldene Regel enthält eine paternalistische Falle. Wir meinen allzu leicht, der Andere müsse doch all das gut und richtig finden, was wir *für uns* als gut und richtig ansehen. Wir neigen dazu, all unsere *eigenen* Wünsche und Ansichten in ihn hineinzu projizieren. Die Formel „Was du nicht willst, das man dir tu, das füge auch keinem anderen zu“ ist daher zu ergänzen durch: „wenn Du *der Andere*, mit einem *ganz anderen* Leben und Wollen, in einer *ganz anderen* Lebenslage wärest“. Nicht-paternalistische Fürsorge erfordert - vor allem zupackenden Handeln - ein aufmerksames *Wahrnehmen* des Anderen in seinem Anders-Sein, ein genaues Hinsehen und Hinhören auf das, was er braucht und *selbst* will. Um es noch mal mit Kant auf den Punkt zu bringen:

„Ich kann niemand nach *meinen* Begriffen von Glückseligkeit wohl tun [...], sondern nach *jenes* seinen Begriffen, dem ich eine Wohltat zu erweisen denke.“ (Kant 1990: § 31)

Diese Gefahr paternalistischer Fürsorge besteht auch und gerade etwa für eine autonomieorientierte *aktivierende Pflege*, die zur *Selbstpflege* verhelfen möchte. Hier können - aus vermeintlich „professioneller“ Sicht - sehr leicht *normative* Vorstellungen, wie

man sich *richtig* zu verhalten hat, in eine Richtung aktivieren, in die der Betroffene vielleicht gar nicht *will*. „Man *muss* sich doch morgens waschen!“ „Man *sollte* doch nicht rauchen!“ „Man *sollte* sich doch viel bewegen!“ Nicht-paternalistische Fürsorge bedeutet oft auch: den Anderen in seinem Anderssein ertragen, selbst wenn wir sein Verhalten für unverständlich, falsch oder irrational halten.

Nun werden Sie aber vielleicht sagen: Gibt es hier nicht Grenzen? Ich kann doch nicht alles tun, was Patienten wünschen? Was mache ich, wenn Patienten sich schweren Schaden zufügen? Selbstverständlich gibt es hier Grenzen. Ein Verständnis der Medizin und Pflege als Dienstleistung, die *beliebige* Kundenwünsche erfüllt, wäre keine Fürsorge sondern völlige Gleichgültigkeit gegenüber dem Anderen. Nicht nur gerechtfertigt, sondern moralisch geboten ist zum Beispiel das nicht-direktive Bemühen um Information, Beratung und Überzeugung des Patienten, das keineswegs paternalistisch ist. Denn indem man jemanden *mit Gründen* und *ohne Zwang* zu überzeugen versucht, respektiert man doch zugleich seine Autonomie. Außerdem sind für ärztliches und pflegerisches Handeln Kriterien der Entscheidungsfähigkeit des Patienten, der so genannten „Kompetenz“ wichtig, wie sie im Zusammenhang mit der Forderung des *informed consent*, der informierten Zustimmung zu medizinischen Maßnahmen in der Medizinethik diskutiert werden. (Vgl. dazu Giese, 2002, Rehbock 2002) Jedoch rechtfertigen diese Kriterien im Falle mangelnder Kompetenz nicht ohne weiteres ein paternalistisches Handeln. Es gilt vielmehr:

\* Unter Bedingungen der „Nicht-Einwilligungsfähigkeit“ - der geistigen Verwirrtheit, Demenz, Bewusstlosigkeit oder auch des Todes - hat Fürsorge den *mutmaßlichen Willen* zu respektieren. (Vgl. Haemmerli/Wettstein 1991)

Der Begriff des *mutmaßlichen Willens* ist schwierig, aber moralisch wie rechtlich unverzichtbar. Man muss es nur mit den Mutmaßungen im Einzelfall sehr genau nehmen. Angenommen, es ist ein Mensch - bedingt durch Medikamente oder schwere Depression - so verwirrt, dass er sich, ohne sich dessen bewusst zu sein, selbst schwer schadet. Dann ist es nicht nur gerechtfertigt, sondern moralisch geboten, *in seinem eigenen Interesse* vorübergehend Zwang auszuüben, etwa durch körperliche Fixierung, Einweisung in eine Klinik oder andere Maßnahmen. Gleichwohl dürfen solche Zwangsmaßnahmen nicht wirklich *gegen den Willen* des Betroffenen erfolgen. Man muss vielmehr mit guten Gründen (!) damit rechnen können, dass er dieser Maßnahme in absehbarer Zeit nachträglich *selbst zustimmen* wird. Wir alle müssen - gemäß der Goldenen Regel - zudem selber wollen können, dass man mit uns unter vergleichbaren Zuständen ähnlich verfährt. Jeder Einzelfall bedarf hier sehr sorgfältiger Mutmaßungen.

Wichtige Anhaltspunkte dafür bietet der große Bereich des non-verbale Verhaltens, etwa die Mimik und Gestik, hartnäckige Abwehrreaktionen gegen bestimmte Maßnahmen; außerdem die genauere Kenntnis der persönlichen Lebenssituation, Aussagen von Angehörigen, frühere eigene Aussagen, schriftliche Hinweise... Im Fall psychisch oder geistig kranker Menschen ist auch zu bedenken: Ihre Äußerungen, die uns verwirrt und irrational vorkommen, haben sehr wohl ihre eigene Logik. Sie können verständlich werden, wenn man sich auf ihr Denken einlässt und nach ihren Regeln mit ihnen kommuniziert. So lässt sich auch verstehen und respektieren, was sie *wollen*. Zwar ist dies oft nicht möglich. Doch selbst wenn uns das Verhalten des Anderen fremd und unverständlich bleibt, ist er in der Weise als Person mit einem eigenen Willen zu achten, dass man ihn, soweit möglich, in seiner „Verrücktheit“ agieren und gewähren lässt, statt ihn bloß zu verwahren und ruhig zu stellen.

Paternalistische Fürsorge kann somit unter keinen Umständen *an die Stelle* der Achtung der Autonomie treten. Diese ist vielmehr gerade dann notwendig, wenn jemand

seinen Willen *nicht* verständlich artikulieren, sich nicht wehren und nicht merken kann, dass man „hinter seinem Rücken“ etwas gegen oder ohne seinen Willen tut. In Situationen der Schwäche und Unterlegenheit sind die Würde und Autonomie besonders bedroht.

Mit Bezug auf die erste Leitfrage können wir somit festhalten: Fürsorge ohne Paternalismus ist moralisch geboten und praktisch möglich. Sie ist aber immer eine Gratwanderung zwischen der Gefahr der Gleichgültigkeit (Ich mache ja, was der Patient will, was kümmern mich die Folgen?) und der Gefahr des Paternalismus (Ich weiß und mache doch besser als er, was für ihn gut ist.).

Nun werden Sie vielleicht einwenden: Muss ich nicht auch an mich selber denken? Gibt es nicht Grenzen der Zumutbarkeit? Ja, es gibt sie nicht nur, sondern dass wir solche Grenzen ziehen und für uns selber sorgen, ist eine *unabdingbare* Voraussetzung einer gelingenden nicht-paternalistischen Fürsorge.

### **5. Fürsorge ohne Selbstaufopferung**

Ein scharfer Kritiker angeblich selbstloser Nächstenliebe ist Friedrich Nietzsche. Mit tiefenpsychologischem Scharfsinn entlarvt er sie als eine verdrängte *Selbstliebe*, die den Beifall sucht, sich in der Rolle des Überlegenen gefällt und - durch Beschäftigung mit dem Leiden anderer - der Langeweile und sich selbst zu entfliehen sucht. Seinen Zarathustra lässt er sagen:

„Ihr drängt euch um den Nächsten und habt schöne Worte dafür. Aber ich sage euch: eure Nächstenliebe ist eure schlechte Liebe zu euch selber. [...] Ihr haltet es mit euch selber nicht aus und liebt euch nicht genug: nun wollt ihr den Nächsten zur Liebe verführen und euch mit seinem Irrtum vergolden.“ (Nietzsche 1999a: 77)

Eine solche Nächstenliebe beinhaltet genau genommen auch einen Mangel an Selbstachtung und kann naheliegenderweise auch dem Nächsten nicht gut bekommen. Es resultiert daraus ein Mitleid, das, wie Nietzsche sagt, „zudringlich“ ist und „gegen die Scham“ geht. (Nietzsche 1999a: 330) Die so missverstandene Fürsorge ist heute unter dem Namen des *Helpersyndroms* bekannt, das einer uneingestanden eigenen Hilflosigkeit entspringt und sich in psychischer Selbstaubeutung manifestiert. (Vgl. Theißen 1990)

Nietzsche verweist aber auch darauf, dass dieses eher moderne Verständnis der Nächstenliebe nicht dem christlichen Glauben entspricht, der als ein „egoistischer Grundglaube“ primär auf Gott und das persönliche Seelenheil ausgerichtet sei und die Nächstenliebe erst daraus folgen lasse. (Nietzsche 1999b: § 131) Tatsächlich lautet ja das biblische Gebot vollständig: „Du sollst *Gott* lieben [...] und deinen Nächsten *wie dich selbst*.“ Mit der *Gottesliebe* und der *Selbstliebe* sind für unsere Überlegungen zwei zentrale Einsichten verbunden:

\* Wir haben nicht alles in der Hand. Es hängt nicht alles von uns ab. Wir müssen und sollen uns nicht überverantwortlich fühlen. Das bedeutet ganz praktisch auch: die eigene Verantwortung in einem größeren - sozialen, institutionellen und politischen - Zusammenhang zu sehen, sie delegieren zu können, etwa an andere Mitglieder des Pflegeteams, an Ärzte oder an höhere Ebenen der Institution und Politik.

\* Fürsorge für andere kann desto eher gelingen, je mehr ich auch *für mich selber* Sorge, *selbst* mit Krankheit und Sterben umzugehen weiß und *selbst* sensibel dafür bin, was *für mich* gut ist, wo *ich* verletzlich bin. Als Teil des Ethikunterrichtes ist daher die Übung der *Selbsterfahrung* besonders wichtig. Wer auf gelingende Weise für Kranke sorgen will, muss sich klar machen, was es heißt, die Welt aus der Perspektive des



Kranken zu erleben. In diesem Zusammenhang ist es für Ärzte oder Pflegende auch wichtig, sich *persönlich* zu vergegenwärtigen, was es heißt, die Erfahrungen zu machen, die Noll befürchtet, wenn er nicht in die chirurgisch-urologisch-radiologische Maschine und ein einsames Sterbezimmer hineingeraten will.

Ich schließe mit einer Bemerkung des philosophischen und christlichen Mystikers Meister Eckhardt:

„Wer sich nicht liebt, haßt seine Seele und kann den Nächsten auch nicht lieben. [...] Wie könntest du also wollen, dass dir ein Nächster, den du lieben solltest wie dich, anvertraut werde, wenn du dich selbst zugrunde richtest. Wenn du dich selbst nämlich so liebst, dass du dich zugrunde richtest, so will ich nicht, dass du irgend jemand im selben Maße wie dich liebst.“ (Zit.n. Mieth 1982: 146; vgl. auch Rehbock 1995: 300f.)

## Literatur

M. Arndt, *Ethik denken - Maßstäbe zum Handeln in der Pflege*, Stuttgart / New York: Georg Thieme, 1996a;

M. Arndt, „Aus Fehlern lernen“, *Pflege* 9.1 (1996b), 12-18;

C. Bischoff, *Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt am Main / New York: Campus Verlag, 1984;

T. L. Beauchamp / James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York / Oxford 1994;

E. Conradi, *Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*, Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag 2001;

L. Haas, *Für kranke Menschen sorgen. Die Bedeutung der "Cura" für ethisches Handeln im Gesundheitswesen*, Münster: LIT 2000;

C. Giese, *Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit. Das Modell des "Informed Consent" in der Diskussion*, Münster: LIT 2002;

U.P. Haemmerli / A. Wettstein, „Humane medizinische Betreuung im Heim: praktische Richtlinien“, *Schweizer Heimwesen* 3 (1991), 158-161;

I. Kant, „Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis“, in: I. Kant, *Werke*, ed. W. Weisschedel, Bd.11, Frankfurt am Main 1964, 125-172;

I. Kant, *Metaphysik der Sitten. Zweiter Teil: Metaphysische Anfangsgründe der Tugendlehre*, Hamburg 1990;

M. Kranz, „Sorge“, *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd.9, ed. J. Ritter / K. Gründer / G. Gabriel, 1086-1090;

D. Mieth, *Gotteserfahrung und Weltverantwortung. Über die christliche Spiritualität des Handelns*, München 1982;

F. Nietzsche, *Also sprach Zarathustra*, München 1999a (Kritische Studienausgabe, ed. G. Colli / M. Montinari, Bd.4);

F. Nietzsche, *Morgenröte*, München 1999b (Kritische Studienausgabe, ed. G. Colli / M. Montinari, Bd.3);

P. Noll, *Diktate über Sterben & Tod*, Zürich 1984;

E.D. Pellegrino, „Der tugendhafte Arzt und die Ethik der Medizin“, in: H.-M. Sass (ed.), *Medizin und Ethik*, Stuttgart: Reclam 1989, 40-68;

Th. Rehbock, „Gelassenheit und Vernunft. Zur Bedeutung der Gelassenheit für die Ethik“, in: Chr. Demmerling / G. Gabriel / Th. Rentsch (eds.), *Vernunft und Lebenspraxis. Philosophische Studien zu den Bedingungen einer rationalen Kultur*, Frankfurt am Main 1995, 271-308;

Th. Rehbock, „Braucht die Pflege eine eigene Ethik?“, *Pflege* 13 (2000), 280-289;

Th. Rehbock, „Autonomie - Fürsorge - Paternalismus. Zur Kritik (medizin-)ethischer Grundbegriffe“, *Zeitschrift für Ethik in der Medizin* 14 (2002); 131 - 150

P. Sporken, *Die Sorge um den kranken Menschen. Grundlagen einer neuen medizinischen Ethik*, Düsseldorf 1988 (niederländ. Orig. Baarn 1977);

G. Theißen, „Die Bibel diakonisch lesen: Die Legitimitätskrise des Helfens und der barmherzige Samariter“, in: G. Schäfer / Th. Strohm (eds.), *Diakonie. Biblische Grundlagen und Orientierungen*, Heidelberg 1990, 376-401.

## **Falldiskussion in moderierten Kleingruppen**

Erläuterung:

Nach den beiden theoretischen Vorträgen zu Autonomie und Fürsorge ging es uns darum, dass sich die Teilnehmer/innen selbst diese Prinzipien möglichst praxisnah erarbeiten können. Wir wählten dazu ein Fallbeispiel, das nach Ansicht unserer Gruppe dafür geeignet ist. Für den Ablauf hatten wir ein gemeinsames Konzept erarbeitet, das die jeweiligen Moderator/innen vorliegen hatten. Ziel war es, nicht nur eine inhaltliche Diskussion zu führen, sondern den Teilnehmer/innen gleichzeitig eine didaktische Möglichkeit anzubieten. Daher wurde im Anschluss an die Falldiskussion selbst (60 Min.) eine Meta-Diskussion (30 Min.) angesetzt, bei der die Möglichkeit bestand, das Konzept der Fallmoderation sowie den tatsächlichen Diskussionsverlauf zu besprechen. Außerdem gab es Protokollantinnen, deren Aufgabe darin bestand, den Diskussionsverlauf zu dokumentieren. An diesen Aufzeichnungen wird deutlich, welche unterschiedlichen Verläufe trotz des gemeinsamen Ausgangspunktes möglich sind. Das ist kein Fehler, sondern ist eher ein Hinweis darauf, dass verschiedene Personen- und Gruppenkonstellationen auch zu verschiedenen Ergebnissen führen.

### ***DER FALL: HERR KOSTING***

Herr Kosting hatte ein gutes Leben. Als 82-jähriger ist er mittlerweile schon fast 20 Jahre pensioniert. Er galt als erfolgreicher Geschäftsmann. In den vergangenen Jahren hat er seine zahlreichen Hobbys und Kontakte genossen. Nun liegt er mit Prostatakrebs in fortgeschrittenem Stadium im Krankenhaus. Metastasen haben sein Knochengewebe befallen und infolge einer Wirbelverschiebung im Rücken sind seine Beine teilweise gelähmt. Von einer Zytostatika-Behandlung ist nichts mehr zu erwarten, die Behandlung ist insbesondere auf Schmerzlinderung und die Prophylaxe von Frakturen und Dekubiti gerichtet. Ärzte und Krankenschwestern gehen davon aus, dass er nicht mehr lange zu leben hat.

Herr Kosting selbst fühlt sich todmüde und leidet unter Übelkeit. Durch die Medikamente ist er darüber hinaus oft schläfrig und verwirrt. Zwischendurch verhält er sich wiederholt „aufsässig“, will raus, lehnt die Nahrungsaufnahme ab und widersetzt sich der Pflege. Kommunikation mit ihm ist kaum möglich.

Er scheint häufig Angst zu haben, schaut dann wild um sich und ruft nach seiner (vor vielen Jahren verstorbenen) Frau.

Während der Besuchszeit entdeckt der einzige Sohn von Herrn Kosting, dass sein Vater ans Bett fixiert wurde. Völlig entrüstet spricht er daraufhin die Krankenschwester an, die ihm erzählt, dass dieses notwendig sei, weil Herr Kosting immer wieder aufstehen will. „Es wäre wirklich unverantwortlich, das zuzulassen. Er weiß nicht mehr, was er tut, er würde sicherlich hinfallen und sich etwas brechen und wir können auch nicht den ganzen Tag bei ihm sein! Nachts sichern wir auch sein Bett, zur Sicherheit, denn er ist so unruhig.“

Der Sohn hat hierfür überhaupt kein Verständnis. „Natürlich ist er unruhig, wenn ihr ihn fesselt! Das könnt ihr einem Menschen, der sein Leben lang aktiv war, doch nicht antun. Bis vor kurzem wohnte er noch selbständig zu Hause. Abgesehen davon hat er Angst in engen Räumen, seitdem er in einem Aufzug eingeschlossen gewesen ist. Ich finde das alles unmenschlich und verlange, dass ihr euch etwas anderes einfallen lasst. Wenn er ab und zu aufstehen darf, wird er bestimmt ruhiger.“

Die Krankenschwester erklärt noch mal, dass der Bewusstseinszustand, die körperliche Schwäche und die Knochenmetastasen des Vaters es erforderlich machen, dass er im Bett bleibt. Schließlich verspricht sie, es noch mal im Pflorgeteam zur Sprache zu bringen.

### **BEARBEITUNGSGRUNDLAGE FÜR DIE MODERATION**

#### 1. Phase:

spontane Wahrnehmung und Reaktionen (ohne Wertung) auf den Fall sammeln

#### 2. Phase:

Aufteilung der Gruppe in drei Untergruppen (etwa 10 Min.), in denen die Sicht von Herrn Kosting selbst, seinem Sohn und der Krankenschwester/Team getrennt Gegenstand sein soll; anschließend sammeln der Ergebnisse in der Gruppe:

Sortieren, welche Wertvorstellungen die jeweiligen Betroffenen haben

#### 3. Phase:

Die ethische Frage, den moralischen Konflikt herausarbeiten, Wertvorstellungen, Prinzipien besprechen und gewichten

#### 4. Phase:

Klären, welches Pflegeziel verfolgt werden kann/soll und dazu möglichst konkrete Handlungsmöglichkeiten erarbeiten

#### 5. Phase:

Entscheidungsfindung, Votum herbeiführen  
Welche Begründungen gibt es für welche gedachte Vorgehensweise?

#### 6. Phase:

Meta-Diskussion

## **GRUPPE 1: MODERATION FRED SALOMON, PROTOKOLL CONSTANZE GIESE**

(Teilnehmerinnen: Lehrkräfte für Krankenpflege, Mitarbeiterinnen der Klinikseelsorge)

Nach einer kurzen Einführung erhalten die Teilnehmerinnen das Fallbeispiel zur Lektüre. Zur Annäherung an die ethische Problematik werden in einem ersten Schritt Untergruppen gebildet. Die Gruppenmitglieder erhalten den Auftrag, sich in die Rolle jeweils einer bestimmten beteiligten Person hinein zu versetzen und deren Standpunkt nachzuvollziehen.

In einem zweiten Schritt findet ein Gespräch in Form eines Rollenspieles statt.

Ein Mitglied der „Sohn-Gruppe“ (diese Gruppe hat die Position des Sohnes von Herrn K. diskutiert) wird von einem Mitglied der „Pfleger-Gruppe“ (sie hat die Position der Pflegenden rekonstruiert) zu einem Gespräch auf der Station empfangen. Es entwickelt sich ein Disput über die Fixierungsmaßnahmen, denen Herr Kosting senior ausgesetzt ist. Der Konflikt wird erstaunlich schnell entschärft und eine Einigung über das künftige Vorgehen erzielt. Demzufolge soll Herr Kosting auf eigene Rechnung eine weitere Pflegerin erhalten, die ihm zeitweise Gesellschaft leisten und damit seine Ängste lindern soll. Wenn er aufstehen möchte, soll sie ihn begleiten und für die nötige Sicherheit sorgen.

Es folgt eine gemeinsame Reflexion dieses Gesprächs, in der die beiden Gesprächsteilnehmer ihren persönlichen Eindruck wiedergeben. Der „Sohn“ fühlt sich von der „Pflegerperson“ überrumpelt. Das Problem scheint ihm nicht ausreichend erörtert, er glaubt, mit seinem Anliegen nicht wirklich gehört worden zu sein. Besonders imponierend ist die Identifikation der „Pflegerkraft“ mit ihrer „Rolle“: für sie verlief das Gespräch insofern günstig, als Herr Kosting junior sich „Gott sei dank schnell wieder beruhigt hat“, der Konflikt entschärft wurde. Es entspinnt sich eine Diskussion über die Aufgabe der Pflegenden in derartigen Situationen. Dabei wird deutlich, dass die pragmatische schnelle Konfliktentschärfung auch in der Realität oft den Vorzug vor einer eingehenden, gemeinsamen Reflexion des Konfliktpotentials erhält. Der Angehörige soll „sich wieder beruhigen“ scheint eine besonders wichtige Maxime pflegerischen Handelns zu sein, sie wirkt fast noch dringlicher als die Verpflichtung gegenüber dem Bewohner Herrn Kosting senior.

Zuletzt wird die ethische Dimension des Falles explizit analysiert. Die Situation der Pflegenden ist geprägt von der Spannung zwischen der Fürsorgeverpflichtung gegenüber Herrn Kosting und dem Respekt vor seiner Autonomie. Diese Problematik wird durch die – angenommene – personelle Enge und die Tendenz zu vorschnellen „Lösungen“ (die Fixierung des verwirrten Patienten) verschärft. Es besteht Konsens darüber, dass es sich hierbei um eine Frage von besonderer Aktualität handelt, mit der Notwendigkeit, Schülerinnen und Schüler der Krankenpflegeschulen dafür zu sensibilisieren.

Zusammenfassend lässt sich die gewählte Vorgehensweise als sehr geeignet für die Gruppendiskussion eines Fallbeispiels bezeichnen. Die Identifikation mit einer Konfliktpartei und die Auseinandersetzung mit der anderen im Rollenspiel erleichtert den Zugang zum dem vielschichtigen Konfliktpotential des Falles. Es wird deutlich, wie stark eine bestimmte „professionelle Brille“ den Blick auf eine ethische Problemsituation bestimmen kann.

## **GRUPPE 2: MODERATION IRMGARD HOFMANN, PROTOKOLL CHRISTEL HÄSE**

(6 Teilnehmer/innen aus Pflege, Unterricht und Seelsorge)

Nach einer kurzen Vorstellungsrunde gibt es 10 Minuten Zeit zur Fallektüre.

### **1. Spontane Wahrnehmungen und Reaktionen**

- eine solche Situation ist nicht außergewöhnlich; Betroffenheit;
- man darf nicht fixieren;
- das ist Realität
- Kommunikation zwischen Sohn und Pflegenden schwierig: Vorwurf und Rechtfertigung
- Wie handelt man richtig zwischen Zwang und Schutz?
- Man muss dem Sohn recht geben, da er seinen Vater am besten kennt; der Patient hat Angst; der Kampf aus dem Bett zu kommen, ist eine hohe körperliche Belastung für den Patienten
- Das ist immer zwiespältig: Schutz vor Verletzung kann heißen, den Bewegungsfreiraum einzuschränken
- Was heißt hier Fürsorge der Pflegenden? H. Kosting reagiert mit Unruhe, Sohn ist empört
- Kommunikation der Beteiligten könnte durch Biographiearbeit verbessert werden

### **2. Perspektiven der Beteiligten einnehmen**

Die Teilnehmer/innen können wählen, welche Perspektive sie einnehmen wollen. Es wurden drei Zweiergruppen gebildet. Sie hatten 10 Min. Zeit, ihre Sichtweisen zu diskutieren:

Herr Kosting: Vergangenheit – aktiver Mensch, gutes Leben, erfülltes Leben  
Gegenwart – Angst, Übelkeit

Die Moderatorin weist darauf hin, dass die Teilnehmer/innen eine Außenperspektive und nicht eine Innenperspektive des Patienten einnehmen.

Weshalb ist der Patient so unruhig? Darüber kann man nur spekulieren. Er ruft nach seiner Frau und nicht nach seiner Mutter.

Weshalb verweigert der Patient die Nahrung? Protest gegen die Situation; Wunsch zu sterben; Wunsch nach Zuwendung

Innenperspektive: Angst bewältigen; körperliche, seelische und psychische Fixierung; emotionaler Käfig; vollständige Fixierung, nicht nur des Körpers

Sohn: verhält sich moderat und konstruktiv;  
macht Vorschläge, wie man sich verhalten könnte;  
argumentiert nicht juristisch;  
der Sohn ist angesichts des Sterbens seines Vaters wenig leidenschaftlich, scheint emotionsarm

*Die Moderatorin weist wieder darauf hin, dass die Teilnehmer/innen versuchen sollten, mehr die Innenperspektive des Sohnes einzunehmen.*

Der Sohn hat recht, wenn er den Pflegenden vorwirft, dass sie den einfachsten Weg wählen würden.

#### Pflege:

*Die TN äußern, dass ihnen ihre Aufgabe, die Innenperspektive der Beteiligten einzunehmen, nicht deutlich geworden sei. Sie würden es jetzt aber versuchen.*

Die Pflegenden stehen in einem Konflikt:

Eine Seite: wir wollen Herrn Kosting nicht schaden; wir möchten einen Unfall verhüten; wir wollen nicht, dass der Patient durch einen Unfall mehr leidet.

Andere Seite: wir fürchten uns vor rechtlichen Konsequenzen; rechtliche Seite: die Erlaubnis zu fixieren erfolgt oft erst im Nachhinein durch den Stationsarzt; hoffentlich geschieht kein Unfall in meinem Dienst; Fixierung des Patienten zum Schutz des Personals.

*Es ist kaum noch Zeit, die Rolle der Pflegenden gegenüber dem Sohn anzusprechen.*

Dem Sohn muss man erst mal recht geben; Frage nach möglicher Eigenleistung; Werbung für die eigene Perspektive, kein Machtspiel; welche Ressourcen sieht der Sohn bei seinem Vater. Die Kritik des Sohnes würde das eigene Gewissen noch mehr belasten; das Bewusstsein, dass Fixierung nicht gut ist, ist sowieso schon da.

### **3. Ethische Frage, Wertvorstellungen, Prinzipien**

Herr Kosting: Würde soll gewahrt werden, mehr Zuwendung

Sohn: Individualität des Vaters soll Raum gegeben werden; mehr Zuwendung; Freiheit lassen

Pflege: Verantwortung für die Sicherheit, Schutz vor körperlicher Verletzung; Rechtssicherheit, Furcht vor Repression, das Juristische bekommt einen Wert an sich, wird handlungsleitend. Die Wertvorstellungen scheinen konträr zu laufen.

*Die Moderatorin fragt mehrmals: was ist der ethische Konflikt?*

Mangelnde Kommunikation, es findet kein Austausch über die verschiedenen Vorstellungen statt.

*Die Moderatorin weist darauf hin, dass ein Kommunikationsproblem kein primär ethisches Problem sei.*

Es ist ein Konflikt zwischen Autonomie und Sicherheit (vor rechtlichen Anfechtungen und vor Verletzung).

Einwand: Es geht nicht nur um das Sicherheitsbedürfnis; dieser Ausdruck trifft das Problem nicht ganz.

Alle drei Parteien haben recht, das scheint das ethische Problem zu sein.

Es ist ein Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge, jedoch nur, wenn man vom alltäglichen Fürsorgebegriff ausgeht. In diesem Beispiel steckt auch Selbstsorge, ist der Patient geschützt, ist auch das Personal geschützt.

*Frage der Moderatorin: sind Autonomie und Fürsorge gleichwertige Prinzipien oder gibt es Abstufungen?*

Einer der Teilnehmerinnen wird diese Diskussion zu abgehoben.

Die Autonomie sei höher anzusiedeln. Erst Autonomie, dann bedarfsgerechte Fürsorge. Wenn wir Autonomie hoch ansiedeln, was gibt es dann für Handlungsmöglichkeiten?

- Sohn einbinden, Angehörige aktivieren
- Sozialdienst anrufen
- Bett nach unten stellen, Matratze vors Bett in Absprache mit dem Sohn
- Evtl. Stützkorsett anfertigen lassen wegen Gefahr der Wirbelfraktur
- Den Patienten mit Rollstuhl in Gang oder Aufenthaltsraum bringen

#### **4. Pflegeziel und 5. Entscheidungsfindung**

*wurden aus Zeitmangel nicht behandelt*

#### **6. Meta-Diskussion:**

*Die Moderatorin fasst kurz zusammen. In der zweiten Phase fehlte die Nennung möglicher Wunschvorstellungen der Betroffenen. Die Teilnehmer/innen werden aufgefordert, Kommentare zu unserer Falldiskussion abzugeben.*

- Es war schwierig, den ethischen Konflikt zu finden
- Gefangenheit in der Handlung, deshalb war die Rückführung auf ethische Prinzipien schwierig
- Die Aufgabe der drei Gruppen, eine „Innenperspektive“ einzunehmen, war nicht deutlich.
- Rückführung auf eine abstrakte Ebene fiel schwer
- Außen- und Innensicht deutlicher vorgeben
- Perspektivenwechsel war sehr schwierig. Die Innenperspektive für die Pflegenden war viel einfacher
- In den Schuhen anderer gehen
- Der Fall ist für eine Diskussion im Unterricht gut geeignet.
- Wie würden Menschen in der Praxis reagieren? Es wäre in der Praxis vermutlich noch schwieriger, den ethischen Konflikt zu finden.
- Sind die Begriffe nicht verzichtbar? In der Praxis fällt es uns sehr schwer, dahin zu steuern.
- Ein anderes Wort für Autonomie wäre Selbstständigkeit
- *Die Moderatorin weist darauf hin, dass gerade die Pflege auf solche Begriffe nicht verzichten kann. Die Pflege braucht eine Sprache, um ihr Tun zu erläutern, deshalb sind diese Begriffe wichtig. Die Grundbegriffe der Ethik müssen im Unterricht geklärt werden, ohne Fallbeispiel sind sie kaum klärbar.*

Was ist das Ergebnis dieser Fallbesprechung?

- Begriffe klären im Unterricht

- Eine Teilnehmerin hat bemerkt, dass für sie die Autonomie hoch rangiert. Sie möchte ihre Schülerinnen dazu motivieren, sich damit auseinander zu setzen und die Reflexionsfähigkeit schulen.
- Fallbeispiel steht für viele Erfahrungen der Schüler/innen
- Die Veränderung der Situation von Herrn Kosting könnte das Befinden der Pflege verändern und ihre Kompetenz erweitern
- Lernziel: Problem erkennen, Problem formulieren (in ethischen Begriffen)
- Fazit: Pflege braucht Sprache
- Was ist schlimmer? Gefahr von Fraktur oder Angst? Pflege darf nicht interpretieren.

### **GRUPPE 3: MODERATION ULRIKE KRUPP, PROTOKOLL THEDA REHBOCK**

#### **Phase 1:**

Verständnisfrage: Warum ist Herr Kosting verwirrt? Wegen der Schmerzbehandlung? Der genaue Grund der Verwirrtheit geht aus dem Text nicht hervor.

Beitrag zur juristischen Seite des Problems: Das Anbringen eines Bettgitters gilt rechtlich gesehen als "Freiheitsberaubung", für die innerhalb von 24 Stunden eine Genehmigung eingeholt werden muss.

#### **Phase 2:**

##### Gruppe Kosting:

Ergebnisse:

- Herr Kostings Wunsch - er "will raus" - wird von den Pflegenden nicht erfüllt bzw. nicht respektiert.
- Warum ist er noch im Krankenhaus?
- Auch die Verweigerung der Nahrungsaufnahme ist eine Form von Kommunikation. In der Auflehnung gegen Pflegemaßnahmen äußert sich ein letzter Rest von Autonomie.
- „Er fühlt sich nicht verstanden.“

Werte: - Autonomie (sich frei bewegen können)  
- Kommunikation (Auflehnung)

##### Gruppe Pflegende:

Ergebnisse: - Sitzwache nicht möglich, der Sohn müsste das machen

Offene Fragen: - rechtliche Situation unklar  
- Ursachen der Verwirrtheit?

Werte: - Fürsorge (Antizipation der Folgen, auf Sicherheit gehen)  
- Autonomie des Patienten



## Gruppe Sohn

Ergebnisse:

- Der Sohn wird nicht ausreichend informiert und einbezogen.
- Er ist aufgebracht.
- Er ist unfähig, mit dem Vater zu kommunizieren.
- Er wird über die Gründe der Verwirrtheit/Unruhe des Vaters nicht aufgeklärt (irrt sich womöglich darüber).
- Der Sohn muss die veränderte Situation des Vaters begreifen können, braucht dazu die Hilfe der Pflegenden.

Werte: - Aufklärung/Information

### **Phase 4**

*Ethische Konflikte:*

Freiheit/Wunsch des Patienten - pflegerisches Verständnis von Sicherheit  
Autonomie - Fürsorge

*Ethische Probleme/Fragen:*

- Die Achtung der Autonomie wird von Pflegenden meist vernachlässigt, weil ihre Wahrnehmung des Patienten nicht genügend differenziert ist.
- Durch die Fixierung sollen Schäden für den Patienten vermieden werden. Durch die Missachtung der Autonomie verursacht die Fürsorge für die Sicherheit / Schadensvermeidung aber einen anderen Schaden (Verlust der Freiheit, psychische Verletzung) als Preis.
- Auch die bloße „Verwahrung“ und Sicherung gegen *somatische* Schäden ist ein Mangel an Fürsorge (zu enger Begriff von Fürsorge).
- Was kann man in dieser letzten Phase des Lebens alles für den Patienten tun?
- Wie gestaltet man Sterben würdevoll? Ist das Krankenhaus dafür der richtige Ort?
- Wie sollten Pflegende mit ihrer Verantwortung und mit Gefühlen der Angst umgehen: Angst, der Patient könnte schwer zu Schaden kommen, im Extremfall sterben; Angst auch vor rechtlichen Folgen; Bedürfnis nach Sicherheit/Absicherung?

*Aus Zeitgründen - es standen insgesamt nur 1 1/2 Stunden zur Verfügung, einschließlich Vorstellungsrunde - mussten die Phasen 4 und 5 ausgelassen werden.*

### **Phase 6 "Metadiskussion"**

Der Mangel an Zeit für die Fallbesprechung wurde bedauert

- Durch die klare Anweisung, in die Rollenidentifikation zu gehen, gab es eine sehr hilfreiche Strukturierungs- und Denkhilfe
- Dadurch ist es gelungen, die jeweiligen Sichtweisen pointierter zu formulieren und damit zu mehr Kommunikation untereinander zu gelangen
- Insgesamt hätte mehr Zeit zur Verfügung stehen müssen, auch in den Kleingruppen, um sich intensiver in die Situation der jeweiligen Personen versetzen zu können

- Würde eine solche Falldiskussion in der Schule eingesetzt, müsste auf jeden Fall gewährleistet sein, dass Lösungsvorschläge erarbeitet werden können.

## **Fachvortrag zum Thema Verantwortung**

Erläuterung:

Der alltägliche Zwiespalt zwischen Autonomie und Fürsorge in der Pflege bzw. der Umgang damit ist auch abhängig davon, wofür und wie weit wir uns jeweils verantwortlich fühlen. Besser formuliert wäre wohl zu sagen, wofür die Pflege tatsächlich verantwortlich ist und sie verantwortlich gemacht werden kann. Nicht immer decken sich in der Praxis die empfundene und die tatsächliche Verantwortung. Im folgenden Vortrag werden Verantwortungsbereiche und -grenzen aufgezeigt, die Prinzipien Autonomie und Fürsorge in einen größeren institutionellen und gesamtgesellschaftlichen Kontext gestellt.

## **Verantwortung zwischen Ethik und Recht**

Friedrich Heubel

### ***Eine Fallgeschichte***

Herr Kosting hatte ein gutes Leben. Als 82-jähriger ist er mittlerweile schon fast 20 Jahre pensioniert. Er galt als erfolgreicher Geschäftsmann. In den vergangenen Jahren hat er seine zahlreichen Hobbies und Kontakte genossen. Nun liegt er mit Prostatakrebs in fortgeschrittenem Stadium im Krankenhaus. Metastasen haben sein Knochengewebe befallen und infolge einer Wirbelverschiebung im Rücken sind seine Beine teilweise gelähmt. Von einer Zytostatika-Behandlung ist nichts mehr zu erwarten, die Behandlung ist insbesondere auf Schmerzlinderung und die Prophylaxe von Frakturen und Dekubiti gerichtet. Ärzte und Krankenschwestern gehen davon aus, dass er nicht mehr lange zu leben hat.

Herr Kosting selbst fühlt sich todmüde und leidet unter Übelkeit. Durch die Medikamente ist er darüber hinaus oft schläfrig und verwirrt. Zwischendurch verhält er sich wiederholt „aufsässig“, will raus, lehnt die Nahrungsaufnahme ab und widersetzt sich der Pflege. Kommunikation mit ihm ist kaum möglich. Er scheint häufig Angst zu haben, schaut dann wild um sich und ruft nach seiner (vor vielen Jahren verstorbenen) Frau.

Während der Besuchszeit entdeckt der einzige Sohn von Herrn Kosting, dass sein Vater ans Bett fixiert wurde. Völlig entrüstet spricht er daraufhin die Krankenschwester an, die ihm erzählt, dass dieses notwendig sei, weil Herr Kosting immer wieder aufstehen will. „Es wäre wirklich unverantwortlich, das zuzulassen. Er weiß nicht mehr, was er tut, er würde sicherlich hinfallen und sich etwas brechen und wir können auch nicht den ganzen Tag bei ihm sein! Nachts sichern wir auch sein Bett, zur Sicherheit, denn er ist so unruhig.“

Der Sohn hat hierfür überhaupt kein Verständnis. „Natürlich ist er unruhig, wenn ihr ihn fesselt! Das könnt ihr einem Menschen, der sein Leben lang aktiv war, doch nicht antun. Bis vor kurzem wohnte er noch selbständig zu Hause. Abgesehen davon hat er Angst in engen Räumen, seitdem er in einem Aufzug eingeschlossen gewesen ist. Ich finde das alles unmenschlich und verlange, dass ihr euch etwas anderes einfallen lasst. Wenn er ab und zu aufstehen darf, wird er bestimmt ruhiger.“

Die Krankenschwester erklärt noch mal, dass der Bewusstseinszustand, die körperliche Schwäche und die Knochenmetastasen des Vaters es erforderlich machen, dass er im Bett bleibt. Schließlich verspricht sie, es noch mal im Pflorgeteam zur Sprache zu bringen.

### ***Was meinen wir mit dem Wort Verantwortung?***

In dieser Geschichte gibt es zwei Personen, die „Verantwortung übernehmen“ – allerdings kommen sie zu einander widersprechenden Ergebnissen. Die Schwester sagt ausdrücklich, es sei „wirklich unverantwortlich, das zuzulassen“. Der Sohn benutzt zwar nicht das Wort „Verantwortung“, aber was er tut, würden wir alle so nennen: Er übernimmt Verantwortung für seinen Vater, der selbst die Verantwortung für sich nicht mehr übernehmen kann. Beide, die Schwester und der Sohn, handeln in dem Bewusstsein, das Beste für Herrn Kosting zu wollen, die Schwester aus ihrer professionellen Verantwortung heraus: Pflege hat Patienten zumindest vor weiteren Schädigungen zu bewahren; der Sohn aus der Verantwortung heraus, die Kinder gegenüber ihren hilflosen Eltern empfinden.

Aber wie geht das zu, dass sie sich beide auf ihre „Verantwortung“ berufen können und doch gegeneinander arbeiten? Es können doch nicht zwei Handlungen, die einander widersprechen, beide richtig sein. Moral ist doch - haben wir gelernt - der Maßstab für das gerechtfertigte Handeln, den wir alltäglich benutzen, ohne lange darüber nachzudenken. Ethik ist doch - haben wir gelernt - die Reflexion oder Theorie oder Problematisierung dieses Handlungsmaßstabs. Und „Verantwortung“ ist doch ein moralischer und ethischer Grundbegriff. Wenn aber zwei Handlungen einander zuwiderlaufen, können sie doch nicht beide moralisch gerechtfertigt sein – denken wir jedenfalls. Oder stimmt an unserem Verantwortungsbegriff irgend etwas nicht?

Was also meinen wir mit dem Wort Verantwortung wirklich? Eine gängige Unterscheidung lautet: „Verantwortung für“ versus „Verantwortung vor“. Die Schwester und der Sohn tragen Verantwortung für Herrn Kosting. Eltern tragen Verantwortung für ihre Kinder. Aber auch Kinder tragen Verantwortung für ihre hilflos gewordenen Eltern. Ärzte und Pflegekräfte tragen Verantwortung für ihre Patienten. Patienten tragen aber auch Verantwortung für sich selbst. „Verantwortung für“ meint also den oder die Menschen, für den oder für die man überzeugt ist, etwas tun zu sollen oder zu müssen, das kann sogar man selbst sein. „Verantwortung vor“ meint etwas anderes. Man muss sich „vor Gericht verantworten“, man spricht von „Verantwortung vor der Geschichte“ oder „vor Gott“ oder auch von „Verantwortung vor sich selbst“. „Verantwortung vor“ meint also nicht die Menschen, für die man etwas tut, sondern die Instanz, vor der man rechtfertigt, was man tut. Gemeint ist eine Instanz, der man ein Urteil darüber zutraut, ob das eigene Handeln richtig ist: Gott, eine ganze Götterwelt (wie im sogenannten Hippokratischen Eid), ein Gericht, das eigene Gewissen.

Beide Arten von Verantwortung haben spezifische Grenzen. Zum Beispiel wird bei der „Verantwortung für“ manchmal gesagt, der Unternehmer trage „Verantwortung für die Arbeitsplätze seiner Belegschaft“. Trägt er sie wirklich? Ich meine das nicht als moralischen Tadel, also in dem Sinne „der ist doch nur ein eiskalter, herzloser Manager“, sondern ich meine es als Frage nach der Umfang oder der Reichweite von Verantwortung. Also: Ist man als Unternehmer überhaupt fähig, eine solche Verantwortung zu tragen, wo man doch in einem gnadenlosen Wettbewerb steht und Profit machen muss, um die Firma zu erhalten? Mit anderen Worten: Kann man dem Unternehmer diese Verantwortung überhaupt zumuten? Ist das nicht eine ungerechtfertigte, überzo-

gene moralische Forderung? Eines ist jedenfalls klar: Wir können nicht wahllos von Verantwortung sprechen. Verantwortlich kann man nur für das sein, was man auch tatsächlich beeinflussen kann, also nur für das, was innerhalb der eigenen, meist ja begrenzten Reichweite liegt. Niemand kann „für Alles“ verantwortlich sein.

Auch die „Verantwortung vor“ hat in gewisser Weise Grenzen. Denn die Instanz, vor der ich mich verantwortlich fühle, deren Fragen an mich ich beantworten muss, ist selbst wiederum an Kriterien gebunden. Ein Strafgericht entscheidet ja nicht aus eigener Machtvollkommenheit über Schuld und Unschuld, sondern prüft, ob die in Rede stehenden Handlungen gesetzlich fixierte Straftatbestände sind, und die Gesetze sind dem Gericht durch den Gesetzgeber vorgegeben. Das eigene Gewissen entscheidet ebenfalls nicht willkürlich. Könnte es das, d. h. fühlte es sich von Gesetz und Regel frei, wer wollte es hindern, je nach Belieben auch das Falsche für richtig und das Schuldhaftes für unschuldig zu erklären? Mit anderen Worten: Ein Gewissen, das eigenes Handeln nicht an Normen prüfen würde, wäre kein Gewissen mehr, sondern nur ein psychologischer Selbstbeschwichtigungsmechanismus

## **RECHTLICHE UND MORALISCHE VERANTWORTUNG**

Anhand der verschiedenen Instanzen, vor denen man verantwortlich ist, lassen sich noch zwei weitere Aspekte von Verantwortung unterscheiden, nämlich die rechtliche und die moralische Verantwortung. Das Gewissen kann mehr von mir fordern als ein Gericht, allerdings kann das Gericht seine Forderung auch durchsetzen, während das Gewissen nur mahnen kann. Zum Beispiel ist Herr Kostung junior rechtlich nicht verantwortlich für die richtige Pflege seines Vaters, moralisch aber fühlt er sich verantwortlich. Niemand ist auch im Rechtssinne verantwortlich für seine körperliche Integrität: Es ist rechtlich nicht verboten, seinen Organismus durch Rauchen, riskantes Skifahren oder Alkohol zu ruinieren, moralisch mag das anders sein. Es ist auch nicht verboten, sich mit einer Lebenslüge durchs Leben zu schwindeln oder unangenehme Wahrheiten zu verdrängen. Aber ich vermute, dass wir alle eine moralische Verantwortung für uns selbst empfinden in dem Sinne, dass man gegen sich selbst ehrlich sein sollte.

Der Unterschied zwischen rechtlicher und moralischer Verantwortung hat noch einen Aspekt, der für die praktische Beurteilung von Handlungen im Alltag hilfreich sein kann. Allgemein gesprochen, gehen Unterlassungspflichten Handlungspflichten vor. Oder, mehr in Fachterminologie: ethisch gerechtfertigte negative Pflichten gehen ethisch gerechtfertigten positiven Pflichten vor – obwohl das im ersten Moment merkwürdig klingt. Aber tatsächlich geht das rechte Lassen dem rechten Tun vor. Zum Beispiel sind Robin Hoods Raubmorde nicht dadurch gerechtfertigt, dass er seine Beute den Armen gab. Das Verbot, zu rauben und zu morden geht den Geboten der Wohltätigkeit vor. Seinem Gastgeber einen Blumenstrauß zu überreichen, ist eine lobenswerte Geste, dennoch geht das Verbot vor, den Blumenstrauß ausgerechnet im Garten des Gastgebers pflücken. Nun sind Rechtspflichten im Grundsatz Unterlassungspflichten. Sie unterscheiden sich von moralischen Pflichten nicht nur dadurch, dass sie durch Zwang durchgesetzt werden dürfen, sondern auch dadurch, dass es im Grundsatz negative Pflichten sind: Ich soll es unterlassen, in die Rechte anderer einzugreifen. Das ist im Prinzip auch bei scheinbar positiven Rechtspflichten so. Ich soll zum Beispiel im Straßenverkehr rechts fahren. Das klingt nach positiver Pflicht: Ich soll etwas Bestimmtes tun. Aber der Sinn der Vorschrift ist, andere Fahrer nicht zu schädigen, zu behindern oder zu belästigen, also deren Handlungsfreiheit nicht einzuengen. Tatsächlich zielt die Vorschrift also auf eine Unterlassung.

Nutzanwendung: Wenn man also eine Handlung – eigene oder fremde, in Vergangenheit oder Zukunft – zu beurteilen hat, kann es zweckmäßig sein, zuallererst zu fragen, ob die Verantwortung, die man in diesem Falle trägt, zu einer Unterlassungs- oder zu einer Handlungspflicht führt. Möglicherweise ist dann die Frage bereits beantwortet, denn die Unterlassungspflicht geht vor. Das allen bekannte Beispiel für diese Konstellation ist der informed consent: Es gibt zwar eine Verantwortung, einem Patienten in gesundheitlicher Not zu helfen. Dennoch muss ich meine mögliche Hilfe unterlassen, wenn ein aufgeklärter und entscheidungsfähiger Patient meine Behandlung ablehnt. Sein Recht auf Selbstbestimmung geht – rechtlich und moralisch - der Hilfspflicht vor.

### **WIE ERLEBEN WIR VERANTWORTUNG?**

Offenbar erleben wir Verantwortung auf gegensätzliche Weise. Man „trägt die Last der Verantwortung“, die „Bürde der Verantwortung“ kann einem zu schwer werden, man scheut die Verantwortung, ist „verantwortungsscheu“, möchte Verantwortung von sich „abwälzen“. Mancher geht auch „leichtfertig mit seiner Verantwortung um“, man nimmt also die Last nicht wahr oder will sie nicht wahr haben. Auf der anderen Seite bedeutet Verantwortung tragen eine Selbstbestätigung. „Er ist bereit, Verantwortung zu übernehmen“, gilt als Lob, ebenso „sie ist ein verantwortungsvoller – oder verantwortungsbewusster – Mensch“. Ich fühle mich aufgewertet, wenn mir Verantwortung zugesprochen wird. Das Ego wächst. Am deutlichsten sieht man diesen Zusammenhang beim Gegenteil, also wenn einem Verantwortung entzogen wird. Wird einem Verantwortung zu Recht entzogen, etwa weil man einen Fehler gemacht hat, so schämt man sich, aber bleibt doch – ich möchte sagen: moralisch gesund. Wird einem aber Verantwortung zu Unrecht entzogen, so fühlt man sich entwertet, „gekränkt“. Dies ist – neben dem ungerechtfertigten Tadel - der Mechanismus des Mobbings.

Ein anderer Fall ist die nur scheinbare Übertragung von Verantwortung: Man wird in eine Position gebracht, in der man für ein bestimmtes Handeln verantwortlich sein soll, aber die Mittel zu dem in dieser Position richtigen Handeln werden einem nicht mitübertragen. Dann fühlt man sich missbraucht. Etwa wenn man als Pflegekraft eine Maßnahme, die man für professionell falsch hält, nicht nur durchziehen muss, sondern sogar dem Patienten gegenüber rechtfertigen soll. Diese beiden Mechanismen – Verantwortungsentzug zu Unrecht und Scheinverantwortung – erzeugen Unzufriedenheit in der Institution, sozusagen ein institutionelles Missvergnügen, und dürften maßgeblich am burnout-Syndrom beteiligt sein. Burnout ist ein Bild: Es brennt ein Feuer in einem zu Ende, das in einer gesunden Institution durch Zuerkennen echter Verantwortung und die damit verbundene Anerkennung immer neue Nahrung erhalten und lebendig bleiben würde.

### **„POLITISCHE“ VERANTWORTUNG**

Bevor ich zu unserer Fallgeschichte zurückkehre, möchte ich eine weitere Art von Verantwortung ansprechen, die in dieser Fallgeschichte ebenfalls eine Rolle spielt. Nämlich die Verantwortung von jemand, der selbst Regeln machen muss, zum Beispiel die eines Abgeordneten in einem Parlament. Als Abgeordneter ist er an der Entstehung von Gesetzen beteiligt. Aber diese Beteiligung ist nicht ein bloßes Zusehen, sondern ein verantwortliches Handeln und man kann fragen, wie es hier mit der „Verantwortung für“, der „Verantwortung vor“, der rechtlichen und der moralischen Verantwortung steht.

(1) Was die rechtliche Verantwortung betrifft, so ist der Abgeordnete außerhalb seiner Abgeordnetenrolle vor dem Gesetz natürlich genauso verantwortlich wie jeder andere

Mensch auch. Wenn er aber als Abgeordneter in einem Ausschuss ein Gesetz mitformuliert oder im Plenum für das Gesetz stimmt, ist er dafür rechtlich nicht verantwortlich. Selbst wenn das Gesetz fehlerhaft ist, sich als unzweckmäßig erweist oder gar vom Verfassungsgericht verworfen wird, ist er für seine Mitwirkung nicht belangbar.

(2) Was die „Verantwortung für“ angeht, so hat man Schwierigkeiten, die Frage zu beantworten: Für wen trägt der Abgeordnete Verantwortung? Sicher nicht für Menschen als einzelne, wie wir es von Pflegekräften, Ärzten, Betreuern gewohnt sind, denn die Gesetze, an deren Erlass der Abgeordnete beteiligt ist, sollen ja für alle vom Gesetz Betroffenen gelten. Das Grundgesetz sagt, die Abgeordneten „sind Vertreter des ganzen Volkes, an Aufträge und Weisungen nicht gebunden und nur ihrem Gewissen unterworfen“<sup>13</sup>. Wenn man also verantwortlich ist für denjenigen, den man vertritt – wie es Eltern für ihre Kinder sind oder ein Betreuer für den Betreuten – dann ist der Abgeordnete verantwortlich für das ganze Volk, allerdings nur in einem moralischen, nicht in einem rechtlichen Sinne.

(3) Und was die „Verantwortung vor“ betrifft, so ist sie womöglich noch unbestimmter. Vor wem oder was ist der Abgeordnete verantwortlich? Nach dem Grundgesetz nur vor seinem Gewissen. Nun haben wir oben gesagt, dass die Instanz, vor der man verantwortlich ist, nicht die reine Willkür praktizieren kann, sondern ihrerseits Normen anwendet, die ihr vorgegeben sind, wie die Gesetze dem Gericht. Der Abgeordnete macht aber selbst die Gesetze – denen er allerdings selbst auch unterworfen ist. An welchen Normen also misst er, an welchem Gesetz er sich wie beteiligen sollte?

So vage also alles klingt, was wir über die Verantwortung des Abgeordneten ausmachen können: Niemand von uns, vermute ich, wird bereit sein, den Abgeordneten angesichts dieser Vagheit „aus seiner Verantwortung zu entlassen“. Nach wie vor würden wir es ihm als unmoralisch anrechnen, wenn er angesichts von Missständen untätig bleibt, wenn er sich von Lobbyisten instrumentalisieren lässt, wenn er den politischen Gegner mit demagogischer Polemik niedermacht. Für diesen Fall behalten wir uns durchaus vor, ihn abzuwählen. Mit anderen Worten: Wir haben also durchaus eine Vorstellung von Moral, an die wir ihn für gebunden halten. Es gibt also in diesem Sinne auch da keinen moralfreien Raum, wo wir die Handelnden nicht „zur Verantwortung ziehen“ können.

## **DIE FALLGESCHICHTE VON HERRN KOSTING**

Wenn wir die so herausgearbeiteten Kriterien an unsere Fallgeschichte anlegen, dann ist die erste Frage: Gibt es in dieser Geschichte Unterlassungspflichten und wenn ja, bei wem? Herrn Kostings Sohn verlangt die Unterlassung der Fixierung. Das Verlangen wäre zwingend, wenn es dem Willen des Patienten entspräche. Der Patient kann aber seinen Willen nicht äußern. Die Geschichte sagt nichts darüber, ob der Sohn zum Betreuer bestellt oder Vorsorgebevollmächtigter ist. Das von ihm ins Gespräch gebrachte biographische Detail – ein prägendes Erlebnis des Eingeschlossenseins – könnte bei der Ermittlung des sogenannten „mutmaßlichen Willens“ eine wesentliche Rolle spielen. Da das Pflorgeteam und die Ärzte aber alles unterlassen müssen, was den Zustand des Patienten zusätzlich verschlechtert, ist es an ihnen zu prüfen, ob die von ihnen für notwendig gehaltenen Maßnahmen dem Willen des Patienten widersprechen. Wir wissen nicht, ob sie das versucht haben. Wenn die Fixierung den Patienten tatsächlich vor einem Schaden bewahren kann, der anders nicht vermeidbar ist, ist sie jedenfalls nicht grundsätzlich verboten.

---

<sup>13</sup> Art. 38 Abs. 1 Satz GG.

Handlungspartner des Sohnes ist „die Krankenschwester“. Wir wissen nicht, ob die Schwester für Herrn Kosting persönlich zuständig oder ob es – möglicherweise – die Stationsleitung war. Berücksichtigt man die rechtlichen Unterordnungsverhältnisse und war die Fixierung angeordnet, dann durfte eine nachgeordnete Schwester der Anordnung nicht zuwider handeln. Sie durfte jedenfalls nicht die Fixierung allein auf die Vorstellungen des Sohnes hin beenden. Tatsächlich tut sie positiv etwas über diese von ihr rechtlich zu verlangende Unterlassung hinaus: Sie verteidigt die Maßnahme als loyales Teammitglied, und zwar mit zwei verschiedenen Argumenten, nämlich dem Wohl des Patienten und den organisatorischen Grenzen auf der Station. Und auch darüber geht sie noch hinaus: Sie verspricht dem Sohn, die Angelegenheit im Pflorgeteam zur Sprache zu bringen (da sie vom Pflorgeteam spricht, ist die Fixierung offenbar nicht eine ärztliche Anordnung). Das ist, denke ich, professionell und moralisch in Ordnung.

Man sieht hier deutlich die Grenze zwischen rechtlicher und moralischer Verantwortung. Die Krankenschwester ist rechtlich nicht verpflichtet, ihr Versprechen, die Angelegenheit im Team zur Sprache zu bringen, zu halten. Moralisch, jedenfalls berufsethisch, würden wir es aber von ihr erwarten. Versprechen sollte man halten, und die Situation des Patienten würde sich verbessern, wenn sie die – offenbar neue – biographische Information an das Team weitergeben und daraufhin im Team nach adäquateren Maßnahmen zur Schadensvermeidung gesucht würde, etwa ein niedriges Bett und/oder Matratzenpolster vor dem Bett. Wenn diese Maßnahmen im Team bekannt sind und im Team daran lediglich nicht gedacht worden ist, würden wir sogar erwarten, dass die Krankenschwester in der Teambesprechung von sich aus diesen Vorschlag macht.

Wir können uns auch ein noch aktiveres Verhalten der Schwester vorstellen. Sie könnte etwa dem Sohn Kosting anbieten, mit ihm zusammen zu ihrer Stationsleitung gehen oder sich sofort mit ihm dorthin auf den Weg machen. Wenn ihre Absicht dabei nicht ist, den Sohn durch eine Autoritätsperson ruhigstellen zu lassen, sondern in diesem Einzelfall eine bessere Lösung zu erreichen oder gar, eine generelle, für alle künftigen Fälle gültige bessere Regelung zu etablieren, dann würde, denke ich, das Handeln der Schwester über das hinausgehen, was wir von ihr erwarten können. Im Falle einer neuen Generalregelung würde ihr Handeln dem entsprechen, was wir oben vom Abgeordneten im Parlament gesagt haben: Sie würde eine Verfahrensregel initiieren, an die sie selbst gebunden ist. Sie würde professionelle Aufgaben nicht nur wahrnehmen, sondern sich auch an der Organisation dieser Aufgaben beteiligen. Solches Handeln ginge vermutlich – jedenfalls in den meisten Krankenhäusern – auch über das professionelle Selbstverständnis der Pflegenden hinaus. Moralisch wäre es jedenfalls zu loben. Man würde sagen „die Schwester hat Verantwortung bewiesen“, wobei „Verantwortung“ in diesem Fall moralische Vorbildlichkeit bedeuten würde.

Freilich wissen wir nicht, ob etwas davon wirklich geschehen ist. Eines ist jedenfalls klar: Bei all dem, was die Schwester über das hinaus tun würde, was wir von ihr erwarten oder aufgrund ihrer Professionalität verlangen können, können wir ihr keine Vorschriften machen. Sie selbst muss wissen, wie weit sie gehen kann ohne taktlos zu sein, ohne die Stimmung im Team zu verderben, ohne ihre Vorgesetzten zu verärgern oder sich wesentlichen persönlichen Nachteilen auszusetzen. Das Gute, was sie tut, wäre zu loben, aber wir dürfen sie nicht für etwas tadeln, was aus unserer Außensicht vielleicht wünschenswert, ihr aber in ihrer Situation nicht möglich oder als Handlungsoption nicht erkennbar war.

## „PFLICHTEN“ STATT „VERANTWORTUNG“?

Das Wort Verantwortung hat, wie wir gesehen haben, viele Bedeutungen. Es kann zum Beispiel im Sinne von „Verantwortlichkeit überhaupt“ gebraucht werden, etwa in der Frage: „Kann dieses Kind, dieser demente Mensch, oder kann ein Tier überhaupt verantwortlich sein? Können sie überhaupt Verantwortung tragen?“ In der Sprache der Ethik ausgedrückt: Handelt es sich hier überhaupt um moralische Subjekte? Darf ihnen Verantwortlichkeit zugemutet werden? In diesem Sinne ist Verantwortung etwas sehr Umfassendes, nämlich eine Grundvoraussetzung für jedes moralische Handeln, Beurteilen, Tadeln, Loben, Freisprechen überhaupt. Auf der anderen Seite kann „Verantwortung“ auch etwas sehr Enges bedeuten, nämlich „Zuständigkeit“, zum Beispiel in der Frage: „Welcher Beamte ist für diese falsche Auskunft verantwortlich?“ Hier ist Verantwortung in einem komplizierten sozialen Prozess von Menschen begrenzt und zugeteilt, sozusagen portioniert worden. Den gleichen Unterschied haben wir beim Wort „verantwortlich“. Der Satz „Du bist doch ein verantwortlicher Mensch“ ist ein Appell an den Anstand, aber der Satz „Für seine Fehler ist jeder selbst verantwortlich“ ist ein nüchterner Haftungsgrundsatz. Wegen der Vieldeutigkeit des Begriffs Verantwortung formuliert der Philosoph Otfried Höffe: „Weil der Ausdruck ‚Verantwortung‘ zur intellektuellen Mode geworden ist, droht eine Unschärfe, die es erlaubt, fast jeden für alles verantwortlich zu machen.“<sup>14</sup> Tatsächlich scheint es so zu sein, dass der Ausdruck „Verantwortung“ viel von dem abdeckt, was früher „Pflicht“ hieß. Zum Beispiel könnte ich statt „Das ist meine Verantwortung als Vater“ auch sagen „Das halte ich für meine Elternpflicht“. Was also macht das Wort Verantwortung denn so attraktiv, attraktiver jedenfalls als das Wort Pflicht?

Es scheint damit zu tun zu haben, dass wir „Pflicht“ für etwas Enges, Einschränkendes, Bevormundendes, ja Entmündigendes, mit Zwang Verbundenes ansehen. Demgegenüber betont „Verantwortung“ meine Eigenständigkeit und Würde. Sozusagen: „Ich bin mein eigener Herr und muss mich niemand beugen; wenn ich mich für jemand engagiere, will ich das aus eigener Einsicht und eigenem Entschluss tun“. Dieses Bewusstsein der eigenen Würde ist zweifellos zu loben – vielleicht ist es sogar die Grundlage aller echten Moral. Dennoch sollte man nüchtern bleiben. Denn wenn wir uns fragen, was im Falle von Herrn Kostig gut gelaufen und was weniger gut gelaufen ist, und daraus etwas lernen wollen, dann fragen wir in Wahrheit nach Handlungen, die hätten getan werden - beziehungsweise unterlassen werden – sollen, mit anderen Worten, wir fragen nach Pflichten. Denn: Eine Handlung, die getan werden soll, ist eine Pflicht. Das ist die Grundbedeutung des Pflichtbegriffs. Wir fragen: Haben der Sohn Kostig und die Krankenschwester getan, was sie hätten tun sollen? Beim Nachdenken darüber finden wir, dass dieses Sollen eine durchaus verschiedene Dringlichkeit haben kann, mit anderen Worten, das bestimmte Pflichtarten vor anderen Pflichtarten Vorrang haben können, und dass wir uns diese Rangordnung zwischen Pflichten bei der Beurteilung zunutze machen können: Unterlassungspflichten gehen Handlungspflichten vor, Rechtspflichten – obwohl ihre Einhaltung auch moralisch geboten ist – gehen den „nur moralischen“ Pflichten vor. So darf die nachgeordnete Schwester nicht ohne Rücksprache mit ihrer Stationsleitung gegen eine Anordnung verstoßen, aber über diese gebotene Unterlassung hinaus erwarten wir moralisch von ihr noch etwas mehr. Diese Rangordnung von Pflichten lässt sich mit dem Verantwortungsbegriff nur schwer nachzeichnen. Für die ethische Arbeit am Einzelfall eignet sich deshalb der Pflichtbegriff besser.

---

<sup>14</sup> O. Höffe, Die Moral als Preis der Moderne. Ein Versuch über Wissenschaft, Technik und Umwelt, Suhrkamp: Frankfurt 1993, S. 20.



## Filmeinsatz im Unterricht

Erläuterung:

Tagsüber wurde überwiegend theoretisch mit den ethischen Begriffen von Autonomie und Fürsorge gearbeitet. So wichtig die theoretische Auseinandersetzung auch ist, so hilfreich ist es manchmal, über andere Medien zu lernen und dabei vielleicht sogar zu entspannen. Im Fernsehen gibt es eine Vielzahl von Serien über Ärzte, Pflegende und Krankenhäuser. Aus fachlicher Sicht scheinen sie manchmal unerträglich, gleichzeitig lässt die Zahl der Serien sowie deren häufige Wiederholungen darauf schließen, dass es durchaus Publikum dafür gibt. Vor allem werden aber in den Serien in der Regel wichtige ethische Themen aufgegriffen, gut verpackt, oft mit subtiler Beeinflussung, aber durchaus aktuell.

### “Und ich hatte endlich mal Zeit zum Nachdenken .....

Über den hilfreichen Einsatz von Filmbeispielen im Ethikunterricht

Kurt W. Schmidt

Es beginnt oftmals mit Unwohlsein. Ein ethischer Konflikt kann den Betroffenen buchstäblich ‚auf den Magen‘ schlagen und innere Unruhe auslösen. Der Körper fungiert als Seismograph, wenn im Stationsalltag eine Spannung entstanden ist. Ein erster Schritt auf dem Weg der lösenden ethischen Reflexion ist, die jeweiligen Gefühle in der Form zu verbalisieren, dass die zugrundeliegenden ethischen Konflikte benannt werden (Leitfrage: Was ist hier das *ethische* Problem?). Dies kann bedeuten, dass miteinander im Widerstreit liegende ethische Prinzipien wie Fürsorge und Autonomie zum Ausdruck gebracht oder Spannungen zwischen verschiedenen ethischen und moralischen Ansprüche benannt werden.

Zum Einüben dieser Reflexion greifen wir im Ethik-Unterricht vielfach auf Fallbeispiele zurück. Diese können vorgelesen, schriftlich verteilt oder im Rollenspiel nachgestellt werden, sie können auf eigenen Erfahrungen beruhen oder der Literatur entnommen sein. In diesem Beitrag soll auf die Möglichkeit verwiesen werden, derartige Fallbeispiele auch aus Spielfilmen und Fernsehsendungen zu entnehmen und als Video-Sequenz im Unterricht einzusetzen. Auch wenn hier Vorurteile und Abwehr gegen allzu klischeehafte Darstellungen des Klinikalltags bestehen und es durchaus verständlichen Ärger gegenüber bestimmten Rollenbildern von Schwestern und Ärzten gibt, so folgen bei weitem nicht alle Serien der Typologie einer *Schwarzwaldklinik* oder von *Schwester Stefanie*. Wer dem Medium Film grundsätzlich positiv gegenübersteht, wird in vielen Inszenierungen treffliches Material für die Aus- und Fortbildung im Gesundheitswesen entdecken können. Welche besonderen Vorteile dies bietet und was es dabei zu beachten gilt, soll im folgenden kurz anhand von zwei Beispielen dargestellt werden:

## Beispiel 1

### CHICAGO HOPE



“Das Team von CHICAGO HOPE”

In der Folge “Gebrochene Herzen” der US-amerikanischen Krankenhausserie CHICAGO HOPE (Staffel 1, Folge 9) wird Rabbi Taubler ins Krankenhaus zur Herztransplantation eingeliefert. Bei der Operation passiert der Op-Schwester Camille, die vor Jahren von Rabbi Taubler getraut wurde, ein Missgeschick: sie lässt die Schale mit dem zu transplantierenden Herz zu Boden fallen. Dieses kann zwar wieder gesäubert und anschließend transplantiert werden, doch Camille ist in höchstem Maße beunruhigt. Mehrfach muss der Chirurg die Op-Schwester dahingehend beruhigen, dass dieses Missgeschick keine negativen Auswirkungen auf den Transplantationserfolg haben werde. Zugleich wird mit allen im Operationssaal Anwesenden vereinbart, über diesen Zwischenfall Stillschweigen zu bewahren.

Kurze Zeit später kommt es auf der Wachstation zu einem Zwischenfall, bei dem der transplantierte Patient verstirbt. Obwohl es keine direkten Anhaltspunkte dafür gibt, dass der Zwischenfall im OP mit dem Tod des Patienten in Verbindung steht und trotz aller beruhigenden Worte des ärztlichen Umfeldes fühlt sich die Op-Schwester schuldig. Sie fragt sich nun, ob sie verpflichtet ist, die Angehörigen über den Zwischenfall zu unterrichten.....

Soll die Schwester die Angehörigen informieren? Gibt es eine ethisch begründete Verpflichtung zu diesem Handeln? Oder spricht das Prinzip des Nicht-Schadens dafür, den Angehörigen nichts mitzuteilen?

## **Realität und Fiction**

Für die Besprechung derartiger Fragen ist es nicht entscheidend, ob sich ein solcher Fall einmal ‚wirklich‘ ereignet hat. Film ist kein Abbild der Realität. Jeder Film ist eine Inszenierung. Selbst ein Dokumentarfilm, der Ereignisse und Entscheidungskonflikte im Krankenhaus so realistisch und ‚objektiv‘ wie möglich abfilmen möchte, schreibt dem Zuschauer eine ausgewählte (Kamera)Perspektive vor, durch die bereits darüber entschieden wurde, wie der Zuschauer den ethischen Konflikt wahrnehmen soll. Beim Fernsehfilm herrscht in der Regel beim Betrachter über den Grad der Inszenierung kein Zweifel: Als Zuschauer wissen wir, dass kein echtes Herz zu Boden fällt und dass der Patient nicht ‚wirklich‘ verstirbt. Trotzdem muss die Geschichte und die schauspielerische Leistung jene Qualität besitzen, dass der Spannungsbogen für den Zuschauer nicht zerbricht, dass er/sie erschrickt, mitfühlt und betroffen ist, - anderenfalls würde sich der Zuschauer vom Geschehen auf der Leinwand distanzieren und die Sequenz wäre als Fallgeschichte nur bedingt tauglich. Bei der Auswahl der Filmbeispiele ist somit darauf zu achten, dass sie uns in die Geschichte mit ‚hineinnimmt‘.

## **Ergiebige Quelle: Krankenhausserien**

Als besonders ergiebig haben sich hier TV-Serien aus den 90er Jahren wie CHICAGO HOPE und EMERGENCY ROOM erwiesen. Zum einen sind die dargestellten Fälle in ihrer *medizinisch-pflegerischen* Thematik und *Intervention* realistisch inszeniert, und es gelingt ihnen in 50 Minuten, selbst komplizierte Krankheitsbilder dem Zuschauer nahe zu bringen; zum anderen werden in beiden Serien zahlreiche ethische Konflikte des Klinikalltags dargestellt. Diese reichen von den Problemen der Schweigepflicht, über den Umgang mit nicht-einwilligungsfähigen Patienten, bis zu Fragen der Zwangsbehandlung und Organtransplantation. Das verbindende Element aller Folgen ist die Kontinuität des Personals. Ihre persönliche Geschichte entwickelt sich fort, während die einzelnen Fälle und aufgeworfenen ethischen Konflikte in jeder Folge neu sind, aber auch ihren Abschluss in der jeweiligen Folge finden.

Für die praktische Verwendung im Unterricht haben beide Serien den Vorteil, dass die zahlreichen Folgen im Fernsehen gezeigt und häufig wiederholt werden.<sup>15</sup> Im Internet informieren zudem verschiedene Episodenführer über die Hauptthemen der einzelnen Folgen und bieten damit eine hilfreich Orientierung. Dabei handelt es sich teilweise um offizielle homepages der Fernsehsender, aber auch um hompages von Fans der jeweiligen Serien.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Die 141 Folgen von CHICAGO HOPE werden seit August 2002 von SAT 1 im Vormittagsprogramm wiederholt (sie liefen in den USA von 1994 bis 2000 bei CBS), die neue Staffel von EMERGENCY ROOM wird im Herbst 2002 wöchentlich beim Fernsehsender pro 7 ausgestrahlt

<sup>16</sup> Für Chicago HOPE ist u.a. zu nennen:

<http://www.chicagohope.de>

<http://www.mcatim.de/chicagoHope/episoden.html>

<http://www-cs-students.stanford.edu/~clee/ch/summaries.html#Summaries>

Für EMERGENCY ROOM:

<http://www.erheadquarters.com/episodes>

<http://www.geocities.com/erfanclub.geo/index.html>

<http://www2.warnerbros.com/ertv.home.html>

<http://www.prosieben.de/er>

### **Fragen der praktischen Umsetzung:<sup>17</sup>**

Jede Folge CHICAGO HOPE und EMERGENCY ROOM beinhaltet mehrere Erzählstränge. Dies macht zum einen die Betrachtung der jeweils ca. 50 minütigen Folgen äußerst kurzweilig, erschwert jedoch die Verwendung im Unterricht. Wenn beispielsweise das ethische Problem der Frage: ›Reanimation Ja oder Nein?‹ in fünf verschiedenen Sequenzen entwickelt wird, die durch verschiedene andere Handlungsstränge jeweils minutenlang unterbrochen sind, dann ist es für die praktische Verwendung des einen ausgewählten Erzählstranges empfehlenswert, die Folge in einem ersten Schritt komplett aufzuzeichnen und anschließend mit einem zweiten Videorekorder die Sequenzen der ausgewählten Fallgeschichte zusammenzuschneiden. Dies erfordert kein allzu großes Geschick und auch die etwas verminderte Bildqualität auf der Kopie stellt in der Regel kein Problem dar.

Soll im Unterricht nun dieser Zusammenschnitt vorgeführt werden, ist darauf zu achten, dass die Schüler/innen zu Beginn ausreichend über die *Vorgeschichte* informiert werden, die eventuell dem Schnitt zum Opfer gefallen ist. Hilfreich ist es z.B. die verschiedenen Figuren, die in den Filmsequenzen auftreten werden, zu Beginn an der Tafel vorzustellen und ihre Rollen und Aufgaben zu beschreiben.

Dies könnte wie folgt aussehen:

#### Beispiel 2

#### **EMERGENCY ROOM** (Episode 134<sup>18</sup>)

Die folgenden Filmausschnitte sind aus einer Folge der US-amerikanischen Krankenhausserie *Emergency Room* entnommen und führen uns einen ethischen Konflikt vor Augen, der sich in der Notaufnahme ereignet. Bevor wir uns diese siebenminütige Sequenz anschauen, möchte ich die Personen vorstellen, die uns im Film begegnen werden:

Von Klinikpersonal sind hier vor allem folgende 3 Personen zu nennen:

- Frau *Dr. Kerry Weaver*, Chefärztin der Notaufnahme.  
(Blonde, kurze Haare; benötigt seit einem Unfall einen Stock)
- Schwester *Carol Hathaway* ist die Leitende Schwester der Notaufnahme. (Schulterlange schwarze Haare)
- Dr. *Luka Kovac* ist Assistenzarzt in der Notaufnahme

Der Filmausschnitt beginnt damit, dass die Rettungssanitäter in schnellem Tempo Mrs. O'Brian auf einer Trage in die Notfallaufnahme der Klinik bringen. Mrs. O'Brian ist blass und trägt eine Sauerstoffmaske und wir werden gleich erfahren, dass der Ehemann die Sanitäter anrief, als seine Frau nur noch schwer Luft bekam. Mr. O'Brian ist ebenfalls mit in die Klinik gekommen, er läuft neben der Trage her und hat auch seine beiden Kinder dabei.

---

<sup>17</sup> Wie bei jedem Medieneinsatz sind auch bei den Filmbeiträgen die Rahmenbedingungen zu beachten: So sollten alle Zuschauer die Filmbeiträge gut sehen können. Der Fernseher sollte deshalb nicht zu klein sein; oft ist auch der Einsatz eines Video-Beamers möglich. Weiter sollte vorher geprüft werden, dass das Bild nicht zu hell ist und der Raum ggf. abgedunkelt werden kann und die Lautstärke ausreichend ist.

<sup>18</sup> 6. Staffel, Originaltitel: ‚Such sweet sorrow‘, Erstaussstrahlung: 11. Mai 2000

Eine Möglichkeit ist nun, Gruppen zu bilden bzw. Rollen zu verteilen: Die Schülerinnen und Schüler sollen die folgenden Spielfilmszenen aus der Perspektive von (1) der Chefärztin, (2) der Stationsschwester, (3) des Assistenzarztes, (4) der Patientin, (5) der Ehemanns, (6) der Kinder wahrnehmen.

#### *Zusammenfassung der Handlung:*

Mrs. O'Brian wird in die Notaufnahme gebracht. Ihr Zustand kann stabilisiert werden. Der Ehemann fordert von den Ärzten, dass ‚alles‘ getan wird. Mrs. O'Brian ist ansprechbar und die Chefärztin spricht mit ihr die Situation offen durch. Dabei erfährt sie, dass Mrs. O'Brian an einem unheilbaren Ovarialcarcinom erkrankt ist und eine Patientenverfügung unterzeichnet hat, in der sie alle intensivmedizinischen Maßnahmen ablehnt. Sie möchte so schnell wie möglich wieder nach Hause, ihr Ehemann war zwar über die Patientenverfügung und den Willen seiner Ehefrau informiert, wusste sich aber bei der plötzlichen Atemnot seiner Frau nicht anders zu helfen als den Notarzt zu rufen. Nun spricht die Chefärztin einführend mit Mr. O'Brian, doch dem Wunsch seiner Ehefrau zu folgen und ihr ein Sterben zu Hause zu ermöglichen. Mr. O'Brian scheint dies auch annehmen zu können und so bespricht die Chefärztin mit der Stationsschwester Carol, dass keine weiteren Maßnahmen unternommen werden sollen. Carol, die im Blick hat, dass die beiden kleinen Kinder ihre Mutter verlieren werden, versucht die Chefärztin zu überreden, doch noch weitere Versorgung anzubieten, aber Dr. Weaver erklärt klipp und klar, dass die Patientin kompetent sei und ihren Willen unmissverständlich geäußert habe. Sie wünscht auch keine weitere Diskussion und verlässt die Notaufnahme.

Als sich der Zustand der Patientin zu stabilisieren scheint, geht eine Schwester mit den Kindern in die Cafeteria. Mr. O'Brian und Schwester Carol sind bei der Patientin. Eindrücklich erzählt Mr. O'Brian, dass er seine Frau vernachlässigt habe, stets habe für ihn die Arbeit im Vordergrund gestanden... – Da meldet der Monitor plötzlich eine bedrohliche Situation, die sofortiges Handeln erforderlich macht, um das Leben der Patientin zu retten. „Die Kinder!“ ruft der verzweifelte Vater, „die Kinder sind nicht da! Sie hatten noch keine Zeit sich zu verabschieden! ... Tun sie alles!“ fleht der Ehemann die Schwester an.

#### **MÖGLICHKEIT 1: STOP**

An dieser Stelle kann der Film unterbrochen werden. An die Schüler/innen wird die Frage gestellt, wie sich die Schwester ihrer Meinung nach verhalten sollte und warum. (Arbeit in Kleingruppen – Zusammentragen der Positionen im Plenum)

In der anschließenden Diskussion wird ein Augenmerk auf der jeweiligen Begründung (z.B. Prinzipien) liegen und der Reflexion der möglichen Folgen.

Anschließend kann der weitere Gang der Handlung angeschaut werden, wobei heraus zu stellen ist, dass diese filmische Erzählung den Gesetzen des Mediums Fernsehserie folgt und es sich weniger um die Darstellung der ethisch ‚richtigen‘ Lösung handelt.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Dabei hat es sich im ethischen Diskurs gezeigt, dass wir weniger hilfreich ist, im Begriffspaar ‚richtig/falsch‘ zu denken als von ‚Bleibend Wichtigem‘ und ‚Jetzt Erforderlichem‘ zu sprechen. Dies ermöglicht etwa bei der Diskussion um die ‚Wahrheitsfrage‘, das es zwar Blei-

Zum weiteren Inhalt:

Trotz der Warnung einer anderen Schwester, dass die Anweisung der Chefärztin lautete, nichts zu unternehmen, ruft die Stationsschwester Carol den jungen Assistenzarzt hinzu und verlangt von ihm einen Eingriff, der Atemwege frei legt. In der wenigen Zeit, die zur Verfügung steht, verschweigt sie ihm bewusst, dass es sich um die Patientin der Chefärztin handelt und dass Anweisungen gegeben wurden, sich passiv zu verhalten.

Als sich nach dem Eingriff der Zustand der Patientin wieder stabilisiert, betritt die Chefärztin die Notaufnahme. Zornig ruft sie die Stationsschwester und den Assistenzarzt in das Nebenzimmer und stellt beide zur Rede. Eindeutig hat sich die Schwester ihren ärztlichen Anordnungen widersetzt, zugleich hat sie den jungen Assistenzarzt in eine schwierige Lage gebracht, da er die Situation auf der Grundlage der gegebenen Information nicht vollständig überblicken und sich somit kein eigenes Bild machen konnte.

## **MÖGLICHKEIT 2:**

Nun wird das Gesehene aus den unterschiedlichen Perspektiven (vgl. Arbeitsaufträge) zusammengetragen. Es können sich hierbei gute Gründe ergeben, warum jede Person so gehandelt hat – oder anders hätte handeln sollen.

Das vorliegende Beispiel eignet sich zudem auch sehr gut, um von der individuellen Ebene der Verantwortung auf die Ebene der Organisationsethik zu wechseln (Wie frei sind die Einzelnen, um innerhalb der ›Organisation Krankenhaus‹ eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen?).

## **Zur Rezeption in der Bevölkerung**

In welcher Weise das Medium Fernsehen und Krankenhausserien auch für die Fernsehzuschauer zu wichtigen Gesprächspartnern in Hinblick auf Patientenautonomie werden, zeigt auf interessante Weise das *Office of Public Affairs* der *Johns Hopkins School of Public Health*. Im Internet wurde eine Seite eingerichtet, in der die Schlüsselsequenzen der jeweils aktuellen Folge von EMERGENCY ROOM kurz vorgestellt und im Sinne der gesundheitlichen Aufklärung für die Bevölkerung kommentiert wurde.<sup>20</sup> In dem Kommentar zu der oben besprochenen Folge vom 11. Mai 2000 wird die weibliche Bevölkerung auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen Krebsuntersuchung hingewiesen und über Ovarialkrebs und Kontaktadressen informiert.<sup>21</sup>

## **Abschließende Bemerkung**

Filme, die im Ausland spielen, stellen eine zusätzliche Herausforderung dar. Auch wenn es sich bei erster Betrachtung um vergleichbare Situationen handelt (etwa: Problem der Schweigepflicht) und das Personal in ihrer Rolle vergleichbar scheint (Ärz-

---

bend wichtig ist, die Wahrheit zu sagen, in einer speziellen Situation aber ethische Gründe dafür sprechen können (z.B. Prinzip des Nicht-Schadens, Prinzip der Fürsorge), den Patienten *in diesem Moment* mit der Wahrheit nicht zu konfrontieren.

<sup>20</sup> Diese Sequenz ist zu allen Folgen im Internet abrufbar unter: <http://er.jhsph.edu/> und <http://er.jhsph.edu/previous.htm>

<sup>21</sup> Early Detection of Ovarian Cancer Can Save Lives: <http://er.jhsph.edu/ERwork/051100.htm>

te/innen, Krankenschwestern, Sozialarbeiter), so sind doch vielfach mit den ethischen Problemen ländertypische gesetzliche Regelungen und berufsethische Normen verbunden, die sich *nicht* direkt übertragen lassen.<sup>22</sup> Dies betrifft u.a. die unterschiedlichen Ausbildungssituationen, Kompetenzen und Positionen von Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus. Zum anderen sind die ländertypischen rechtlichen Rahmenbedingungen und unterschiedlichen moralischen Anschauungen zu berücksichtigen. Gelingt es, dies in den Diskurs mit einzubeziehen, eröffnet es zugleich die Chance zu entdecken, in welchem hohem Maß ethische Konflikte von den jeweiligen Rahmenbedingungen beeinflusst werden.

## Literatur

Hickethier, K. (1996) *Film- und Fernsehanalyse*. Stuttgart. 2.Aufl.

Igersky, S.; Schmacke, N. (2000) ‚Und wo bleiben die Patienten...? Eine Analyse von Arzt- und Krankenhausserien im deutschen Fernsehen‘, in: Jazbinsek, D. (Hrsg.) *Gesundheitskommunikation*. Westdeutscher Verlag: Wiesbaden, S. 129-147.

Maio, G. (2000) ‚Zur fernsehmedialen Konstruktion von Bioethik‘, in: *Ethik in der Medizin*, Heft 3, S. 122-138

Monaco, J. (1999) *Film verstehen*, Reinbek.

Nelson, H.L. (Hrsg.) *Stories and their Limits. Narrative Approaches to Bioethics*. Routledge: New York, London, 1997.

Schmidt, K. W. (2002) ‚Die Macht der Worte im Spiegel der Bilder – Die Aufklärung des Patienten als Ermöglichung von Autonomie und Selbstbestimmung‘, in: Peter Bartmann und Ingolf Hübner (Hrsg.) *Patientenselbstbestimmung. Paradigmenwechsel und Herausforderung im Gesundheitswesen*. Neukirchener Verlagshaus, Neukirchen-Vluyn, S. 210-224.

Schmidt, K. W. (2002) ‚Ich wünschte, ich hätte alles auf einem Film. Das ganze verfluchte Leben...‘ Krebs in Film und Fernsehen‘. *FORUM. Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.*, 17. Jahrgang, Heft 2, S. 18-22. (Überarbeitete und gekürzte Fassung des Beitrags: ‚Harte Prüfung. Krebs im Film‘, in: *Dr. med. Mabuse*, Nr. 131, Mai/Juni 2001, S. 39-44.)

Schmidt, K. W. (2000) ‚Herr Doktor, sagen Sie mir die Wahrheit!‘, in: *Ethik in der Medizin*, Heft 3, S. 139-153

Self, D.J. (1990) ‚Teaching Medical Humanities Through Film Discussions‘, in: *The Journal of Medical Humanities*, No.1, S. 23-29.

---

<sup>22</sup> So fällt auf, dass amerikanische Fernsehärzte häufig vor der Frage stehen, welche Behandlung sie einem Patienten zukommen lassen können, der weder krankenversichert, noch zahlungsfähig ist - eine Situation, die uns in Deutschland (durch unser über 100jähriges Krankenversicherungssystem) in dieser Form bisher kaum vor ernsthafte Konflikte gestellt hat.

## **Ergebnisse einer Themensammlung**

(Marianne Rabe, Irmgard Hofmann)

Vor ihrem Vortrag bat Marianne Rabe die Teilnehmer/innen, sie möchten Vorschläge machen, welche Themen ihrer Meinung nach in den Ethik-Unterricht aufgenommen werden sollten:

- Ethische Grundbegriffe (7)
- Prinzipien (2), Verantwortung, Fürsorge, Würde (je 1), Gerechtigkeit (2)
- Warum ethisch handeln? (3)
- Sensibilisieren für ethische Probleme (4)
- Ethische Entscheidungsfindung, Falldiskussion (4)
- Ethik-Kodizes (2), Gesetzliche Grundlagen (2)
- Wahrheit am Krankenbett (3)
- Patientenverfügung (1)
- Sterbehilfe (5)
- Sterben und Tod (9)
- Therapiebegrenzung (2)
- Suizid (3)
- Transplantation und Hirntod (6)
- § 218 Abtreibung (3)
- Wann beginnt Leben? (2)
- Gentechnik (2), In-vitro-Fertilisation IVF (2), Pränatal-Diagnostik PND (2), Prä-Implantations-Diagnostik PID (1)
- Sinnsuche / Sinnfindung (1)
- Christliche Werte (1), Mitleid, Nächstenliebe (1)
- Umgang mit Straftätern (1), Todesstrafe (1)
- Religionen im Krankenhaus (1), Zeugen Jehovas (2)
- Macht / Ohnmacht (1)
- Menschenbild (4)
- Tabuthemen: Scham und Sexualität (3), Sexuelle Übergriffe (2), Ekel (2), Gewalt (4), Fixierung (1)
- Kommunikation (5)

## **Fachvortrag zur Didaktik**

Erläuterung:

Das Seminar ist darauf ausgelegt, Lehrenden etwas an die Hand zu geben, damit sie selbst ihren Ethik-Unterricht gestalten können. Wie lässt sich Ethik vermitteln? Was ist das Ziel? Hierzu einige didaktische Überlegungen.



# LERNZIEL MORALISCHE KOMPETENZ? ZUR VERMITTLUNG VON ETHIK IN DER PFLEGE

Marianne Rabe

In der Ausbildung von Lehrkräften für Krankenpflege wie auch in den Krankenpflegeschulen selbst hat die Didaktik lange ein Schattendasein geführt. Sie wurde nicht als Unterrichtskunst im weitesten Sinne, sondern eher als bloßes methodisches Hilfsmittel gesehen. Lange war die lernzielorientierte Didaktik vorherrschend, die mit ihrer Idee, Unterrichtsergebnisse an operationalisierbaren Zielen zu messen, komplexen Themen und Lernprozessen nicht gerecht wird. Mit der Professionalisierung der Pflege und der damit einhergehenden Akademisierung in der Pflegelehre stellen sich auch didaktische Fragen neu. Ganz besonders gilt dies für das Fach Ethik, das im Zuge der Professionalisierung neu entdeckt wird. Da die Gleichsetzung von Ethik mit christlicher Orientierung in der Pflegeausbildung nicht mehr akzeptiert wird, gibt es hier keine Gewissheiten, sondern viele neue Fragen.

In diesem Beitrag skizziere ich den Unterrichtsgegenstand Ethik in der Krankenpflege und umreiße grundsätzliche didaktische Fragen. Zuletzt stelle ich ein konkretes Planungsbeispiel vor.

## **1. Zum Unterrichtsgegenstand: Ethik in der Pflege**

Obwohl es in einigen Bundesländern durchaus thematische Vorgaben für den Ethikunterricht gibt<sup>23</sup>, muss doch jede Schule, und damit meist auch die einzelne Lehrkraft, diese Vorgaben mit Inhalt füllen. In einigen Bundesländern existieren überhaupt keine näheren Bestimmungen, weder was die Themen, noch was die Stundenzahlen anbelangt.<sup>24</sup>

Schon 1985 stellte Hildedore Abermeth mit ihren Lehrgangsteilnehmer/innen der Schwesternhochschule der Diakonie in Berlin einen „kleinen Lehrplan für Berufsethik“ zusammen<sup>25</sup>.

„- *Gesundheit und Krankheit*

- *Das Verhalten der Pflegenden zum Patienten*
- *Christlicher Glauben, Nächstenliebe, Mitmenschlichkeit*
- *Offenheit und Ehrlichkeit im Umgang mit anderen Menschen*
- *Selbstdisziplin, Toleranz, Verantwortungsbewusstsein*
- *Beruf, Berufsverständnis, Berufung*
- *Probleme der Intensivpflege (z.B. Euthanasie, Organtransplantation)*
- *Probleme der gynäkologischen Pflege (z.B. § 218)*
- *Probleme in der Pflege alter und verwirrter Menschen (z.B. Macht und Ohnmacht)*
- *Probleme in Pflege und Betreuung z.B.*
  - von Krebskranken (Kinder und Erwachsene), von Dialysepatienten*
  - von ausländischen Patienten*
- *Sterben, Tod, Sterbehilfe*

Diese Themensammlung ist aus meiner Sicht zum einen deshalb zu kritisieren, weil ihr kein klarer Begriff von Ethik zugrunde liegt. Über viele Jahre war die Themenauswahl

---

<sup>23</sup> so z.B. in Bayern, wo ein detaillierter Lehrplan vorgeschrieben ist, der 40 Stunden für Ethik vorsieht

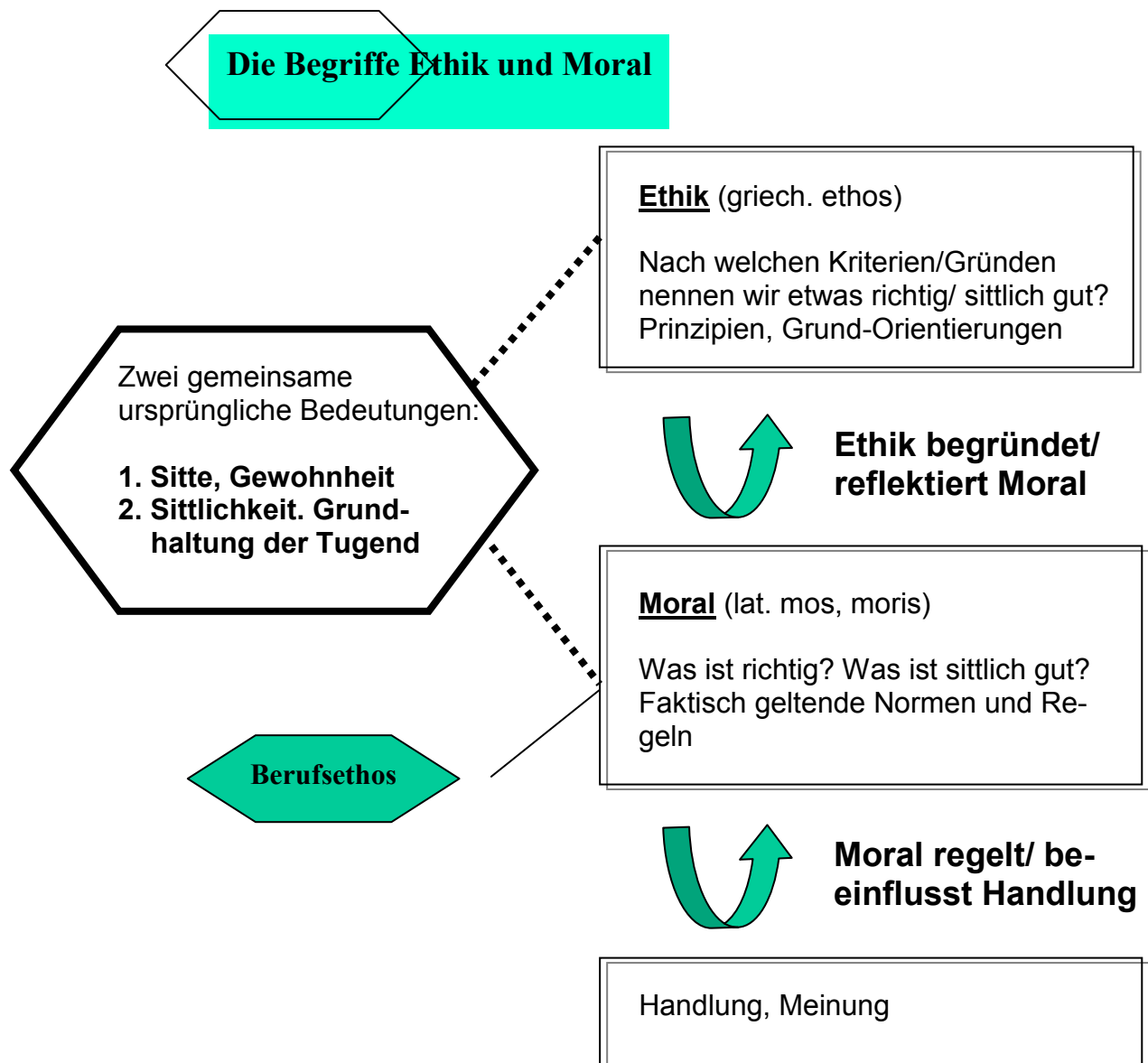
<sup>24</sup> so z.B. in Berlin

<sup>25</sup> Abermeth, S. 34

für den Ethikunterricht von dieser Unklarheit gekennzeichnet, die m.E. zur Folge hat, dass Ethik nicht ernst genommen wird („Lagerfach“) und unter Ethik von der Morgengandacht bis hin zu Problemen auf der Station alles subsumiert wird, was nirgendwo anders hinpasst. Auch wenn viele Themen eine ethische Dimension haben, ist es doch falsch, den Begriff Ethik so auszudehnen, dass undeutlich wird, was Ethik nun eigentlich ist.

In diesem Zusammenhang ist mir vor allem der Unterschied zwischen Ethik und Moral wichtig sowie die verschiedenen Ebenen, die damit verbunden sind: Eine Handlung oder Meinung wird durch die faktisch geltende Moral geleitet. Erst wenn man nach Gründen für die Gültigkeit der moralischen Normen fragt, kommt man in den Bereich der Ethik. Ethik begründet oder beurteilt also nicht die moralische Qualität einer einzelnen Handlung, sondern die Gültigkeit der ihr zugrundeliegenden Norm. Sie muss dafür übergeordnete Beurteilungskriterien erarbeiten.

Dies erkläre ich mit folgender Unterrichtsfolie<sup>26</sup>:



<sup>26</sup> Die begrifflichen Unterscheidungen lehnen sich an Pieper und Höffe an; die Unterscheidung der Ebenen von Meinung, Regel und Prinzip findet sich so auch bei Beauchamp und Childress, S. 15

Dass Ethik von vielen Praktiker/innen in der Pflege und Auszubildenden ablehnend oder misstrauisch betrachtet wird, beruht nach meiner Überzeugung auf einer Verwechslung von Ethik und Moral. Man befürchtet Moralisieren, ein Diktat moralischer Correctness. Moralische Urteile sind allgegenwärtig und sie sind mehr oder weniger gut begründet.

Die Ethik kritisiert oder klärt die Gründe des moralischen Urteils. Die dafür notwendigen übergeordneten Kriterien sind die ethischen Prinzipien. Der Begriff des Prinzips wird in der Literatur auf verschiedene Weise verwendet. In unserem Zusammenhang geht es um die sogenannten „Prinzipien mittlerer Reichweite“. Dieser Begriff dient der Unterscheidung vom einzigen obersten Moralprinzip, an dem sich alle Grundsätze des Handelns und ethischen Prinzipien messen lassen; ein solches ist z.B. der kategorische Imperativ von Kant.<sup>27</sup> Die klassischen vier Prinzipien der Medizinethik haben Beauchamp und Childress formuliert: Autonomie, Nonmalefizien (Schaden vermeiden), Benefizienz (Wohltätigkeit) und Gerechtigkeit.<sup>28</sup>

Diese habe ich erweitert und ergänzt, um die Grundsätze deutlicher zu benennen, die mir für die Ethik im Gesundheitswesen und für die Ethik in der Pflege im Besonderen wichtig sind. Das Ergebnis beinhaltet sechs Prinzipien: Würde, Fürsorge, Verantwortung, Dialog, Autonomie, Gerechtigkeit. Allerdings arbeite ich mit diesen Prinzipien so, dass ich sie möglichst nicht vorgebe. Sie stellen auch nicht die ultimative Liste dar. Die Auszubildenden oder Teilnehmer/innen sollen selbst versuchen, übergeordnete ethische Orientierungen zu benennen. Es kann andere Akzentuierungen geben, z.B. Unantastbarkeit des Lebens statt Würde oder Freiheit statt Autonomie. Die mittleren Prinzipien sind wichtige Orientierungspunkte gerade für den ethischen Diskurs in einer wer-tepluralen Gesellschaft. Allerdings sind sie verschieden interpretierbar und ihre Anwendung kann je nach den Umständen eines Falles unterschiedliches Handeln zur Folge haben.<sup>29</sup>

Die theoretischen Begriffe der Ethik und die Theorieansätze, die in den Lehrbüchern für Ethik in der Pflege benannt und teilweise auch erklärt werden, sind durchaus als Hintergrundwissen für die Lehrer/innen von Interesse. Die Lehrer/innen sollten aber die Lernenden damit verschonen. Sowohl die Begründungsansätze (Deontologie und Teleologie) als auch die Unterscheidung in normative und deskriptive Ethik oder der Begriff Metaethik gehören m. E. nicht in die Grundausbildung, sondern eher in Weiterbildungen oder in die Lehrerausbildung. In der Aus- und Fortbildung, die ja nur Grundlagen vermitteln kann, schaffen sie nach meiner Überzeugung nur eine unnötige Distanzierung. Wenn Schüler/innen diese Begriffe kaum verstehen und noch weniger sinnvoll anwenden können, dann werden sie Ethik als etwas sehen, das mit ihrer Lebenswelt nichts zu tun hat, etwas, wozu sie nichts zu sagen haben und das sie folglich auch nicht interessiert. Allerdings habe ich mit meiner Aussage, welche theoretischen Begriffe gelehrt werden müssen, vorgegriffen: eine Fachdidaktik für Ethik in der Pflege gibt es noch nicht. Sie wird begründen müssen, was mit welchem Ziel und unter welchen Perspektiven gelehrt werden sollte.

---

<sup>27</sup> „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, daß sie ein allgemeines Gesetz werde.“ Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Bd. IV, S. 51

<sup>28</sup> Beauchamp und Childress, S. 38: respect for autonomy, nonmaleficence, beneficence, justice.

<sup>29</sup> vgl. dazu Beauchamp u. Childress, S. 28-38: der Inhalt der Prinzipien muss spezifiziert und ihre Bedeutung für jeden Fall gegeneinander abgewogen werden

Ethik in der Pflege, so wie sie in Ausbildung und Fortbildungen vermittelt werden sollte, ist ein Teil der beruflichen Praxis und nicht in erster Linie Theorie. Jede/r Auszubildende und jede Pflegeperson bringt ihre eigene Moralität mit und trifft laufend moralische Entscheidungen. Ethik ist nur insoweit theoretisch, als sie die Distanzierung vornimmt, die für Reflexion nötig ist, für die Reflexion des eigenen Handelns und Denkens, die Reflexion der faktischen Moral. Diese Reflexion zu schulen und zu üben ist die wichtigste Aufgabe des Ethik-Unterrichts. Tilman Grammes, der eine kommunikative Fachdidaktik für Politik formuliert hat, nennt als oberstes Lernziel die rationale Urteilsbildung.<sup>30</sup>

## **2. Didaktische Fragen**

Ein weiterer Kritikpunkt an der Abermeth'schen Themenauswahl (s. unter 1.) ist das Fehlen von Bildungszielen und das Fehlen einer didaktischen Konzeption über die Auswahl und Begründung von Themen für das Fach Ethik in der Krankenpflegeausbildung.

Im Zuge ihrer Professionalisierung beginnt die Pflege - neben der Ethik - auch die Didaktik neu zu entdecken. Viele Lehrkräfte in der Pflege haben Didaktik nur als Hilfsmittel zur konkreten Unterrichtsplanung gelernt. Bernhard Sutor (Fachdidaktik politische Bildung) definiert (allgemeine) Didaktik darüber hinaus als

*„Unterrichtsphilosophie mit dem Ziel, Fragehorizonte zu öffnen und offen zu halten, um gerade dadurch die vornehmlich analytisch arbeitenden modernen Wissenschaften zu der für Bildung und Erziehung notwendigen Synthese zu bringen“<sup>31</sup>*

Für die Pflege gibt es seit gut zehn Jahren erste fachdidaktische Ansätze, z.B. das Curriculum von Uta Oelke, das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung von Karin Wittneben, ein Strukturmodell der praktischen Anleitung von Barbara Knigge-Demal, sowie das Duisburger und schließlich das Schweizer Modell aus Aarau.

Ein Problem aller Ansätze ist, dass der Gegenstand der Fachdidaktik, nämlich die Pflege, noch nicht klar definiert und umrissen ist. In 2000 erschien das Buch „Fachdidaktik Berufskunde Pflege“ von Birgit Panke-Kochinke. Sie untersucht die Fachdidaktiken von Geschichte und Politik und die bisherigen Ansätze der Fachdidaktik Pflege auf ihre Verwendbarkeit für eine Fachdidaktik der Berufskunde für die Pflege. Diese ist für unser Thema natürlich interessant - zum einen wird die Ethik in der Fächerliste der Ausbildungs- und Prüfungsordnung der Berufskunde zugeordnet, zum anderen ist eine Nähe der Philosophie - deren Teilbereich die Ethik ist - zu Geschichte und Politik durchaus nachvollziehbar.

Bei den bisherigen didaktischen Ansätzen in der Pflege stellt Panke-Kochinke fest, dass sie alle mehr oder weniger auf die kritisch-konstruktive Didaktik von Wolfgang Klafki aufbauen, die heute - nach meinem Eindruck - auch in der Ausbildung von Lehrkräften für die Pflege die lernzielorientierte Didaktik meist abgelöst hat. Klafki hat als übergeordnete Ziele einer politischen Fachdidaktik Mündigkeit, Selbstbestimmungs- und Mitbestimmungsfähigkeit und Fähigkeit zur Solidarität genannt. Seine didaktische Analyse fragt nach dem Bildungsgehalt der möglichen Unterrichtsinhalte in Bezug auf diese Ziele.

---

<sup>30</sup> vgl. Panke-Kochinke, S. 47

<sup>31</sup> zitiert nach Panke-Kochinke, S. 36

Das Bildungsziel, das ich - wiederum im Vorgriff auf eine noch nicht existierende Fachdidaktik - für die ethischen Aspekte der Krankenpflegeausbildung formuliere, ist „moralische Kompetenz“. Unter „moralischer Kompetenz“ verstehe ich

die Bewusstheit über die eigenen moralischen Vorstellungen sowie die Fähigkeit, sie zu formulieren und zu begründen; weiter die Fähigkeit zum Erkennen moralischer Probleme in der eigenen Praxis, die Diskursfähigkeit, eine respektvolle und menschenfreundliche Grundhaltung und schließlich Wachheit und Mut, auch tatsächlich moralisch gut zu handeln.

Lehrende in der Pflege aber auch in anderen menschennahen Berufsausbildungen beschäftigen sich schon lange mit der Frage, wie man sozial-kommunikative und personale Kompetenzen, zu denen die moralische Kompetenz gehört, fördern kann. Es handelt sich um komplexe Eigenschaften und Fähigkeiten, die einen Aspekt von Haltung, aber auch von Können und Vermögen haben. Mit der klassischen Lernzieldidaktik kommt man hier jedenfalls nicht weit. Wer z.B. für die Ethik versucht, konkrete und überprüfbare Lernziele zu formulieren, wird zu der Schlussfolgerung kommen, dass diese Didaktik hier nicht hilfreich ist. Klafkis bildungstheoretischer Ansatz mit den erschließenden Fragen nach Bedeutung, Struktur und Darstellbarkeit der Inhalte erscheint mir dagegen als gut geeignet für ein so komplexes Thema. Klafki selbst weist auf die Grenzen solcher Planungskonzepte hin: sie garantieren nicht die richtigen Unterrichtsentscheidungen, sondern stellen nur ein Problematisierungsraster dar.<sup>32</sup>

Moralische Kompetenz ist kein Lernziel, sondern ein übergeordnetes Bildungsziel, das nicht nur im Ethikunterricht, sondern in der gesamten Ausbildung in Theorie und Praxis verfolgt werden sollte. Für solche Bildungsziele wird in Schule und Ausbildung auch bestenfalls eine Grundlage gebildet; sie lassen sich nicht erzeugen, zumal wir es in der Ausbildung mit jungen Erwachsenen zu tun haben, die schon einen wichtigen Teil ihrer Persönlichkeitsentwicklung hinter sich haben. Persönliche Reifung und Erfahrung lassen die moralische Kompetenz dann im Laufe des Berufslebens wachsen. Aus dem übergeordneten Ziel „moralische Kompetenz“ ergeben sich bereits einige konkretere Anforderungen an Inhalte und Rahmenbedingungen der Ausbildung:

- Um die eigenen moralischen Vorstellungen zu formulieren und zu begründen, ist ständige Ermutigung zum eigenständigen Formulieren, zum Sprechen und Argumentieren nötig. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist ein aktives Umgehen der Lehrkräfte mit Gruppenprozessen, damit auch diejenigen, die glauben, sie hätten nichts zu sagen, zu reden beginnen. Nicht wenige Auszubildende in der Krankenpflege haben es mit diesem Punkt sehr schwer, das kann zum Beispiel an ihrer Schichtzugehörigkeit oder an mangelnder schulischer Vorbildung liegen. Auch stille Schüler/innen können von positiven Diskursen profitieren; der Erfolg zeigt sich nicht unmittelbar.<sup>33</sup>
- Zur Förderung der Diskursfähigkeit braucht es Übung im und Freude am argumentativen Diskurs. Eine Kultur des Dialogs ist aber weder in Schulen noch im öffentlichen Leben noch im Krankenhaus sehr verbreitet. Deshalb ist Phantasie und Geduld nötig, diese Kultur des Dialogs in der Ausbildung immer wieder neu zu praktizieren.

---

<sup>32</sup> Klafki, S. 31

<sup>33</sup> „Wahrscheinlich ist die nichtöffentliche Verarbeitung dessen, was ein Schüler im Philosophieunterricht lernt und erlebt, von größerer Bedeutung für ihn als das, was er im Unterricht mitteilt.“ Refhus, S. 100

- Wachheit und Mut, um moralisch zu handeln, werden solche Menschen aufbringen, die selbstbewusst sind und Vertrauen in die Welt haben. Deshalb muss die ganze Ausbildung darauf gerichtet sein, den Auszubildenden als Person zu stärken; die jungen Menschen müssen gefördert und respektiert werden, damit sie selbst später andere respektieren und vielleicht sogar Zivilcourage zeigen, die im Krankenhaus ja weiß Gott nötig ist, wenn man gegen Missstände vorgehen will.

Es geht hier also um nichts Geringeres als um das Selbstverständnis der Ausbildungsstätte, und das ist nicht nur die Schule sondern zu zwei Dritteln auch die Praxis. Dort vor allem findet die berufliche Sozialisation statt. Fragen der ethischen Ausbildung sind also eng verbunden mit der Frage nach der Ethik in der ausbildenden Institution.

Auch wenn die Ethik als Teil der beruflichen Praxis betrachtet wird, ist sie deshalb nicht theorielos. Jede/r Lehrer/in sollte Grundlagen der philosophischen Ethik kennen und zu den einzelnen Themen eine sorgfältige Sachanalyse erstellen. Lehrende als Vermittler dieses Faches müssen entscheiden, wie und mit welchen Begriffen und Inhalten sie dieses Fach weitergeben wollen, sie sind die Mittler zwischen Theorie und Rezeption.

Allerdings möchte ich aus eigener Erfahrung denen, die das Fach neu übernehmen, Mut machen, in das Fach hinein zu wachsen. Wenn ich an meine ersten Versuche mit diesem Unterricht zurück denke, blicke ich auch auf eine Entwicklung von Versuch und Irrtum zurück. Die Befähigung zum Ethik-Unterricht speist sich entscheidend aus eigenen Lehrerfahrungen, die neue Fragen und Suchbewegungen beim Lehrenden auslösen.<sup>34</sup>

In der Fachdidaktik der Philosophie (für Gymnasien) ist man sich einig, dass es nicht darum geht, die Schüler/innen einen klassischen Kanon der Philosophie zu lehren. Vielmehr werden die Fähigkeit zum logischen Sprechen und Denken, zu Reflexion und Kritik angestrebt. Wie diese Ziele zu erreichen sind, darüber gibt es in der Didaktik der Philosophie einen schon klassischen Streit, zu dem bereits Kant Stellung genommen hat mit seiner Aussage, man solle nicht die Philosophie, sondern das Philosophieren lehren.<sup>35</sup>

Auch in anderen Fachdidaktiken besteht diese Diskussion: Soll man bei der Erfahrung ansetzen oder bei den Begriffen, mit Texten arbeiten oder mit Diskussionen und Fallbeispielen, induktiv oder deduktiv? Zwischen diesen Polen sind inzwischen einige Brücken gebaut worden. Ilse Bürmann stellt in ihrem Buch „Überwindung des Dualismus zwischen Person und Sache“ die These auf, dass gute Lehre Theorie und Lebensnähe verbindet und vor allem Übergänge von der einen zur anderen Seite anbahnt.

Dies ist nach meiner Überzeugung für unser Thema von großer Bedeutung. Pflegende (und übrigens auch Ärzte!) haben sich durch den ständigen Kontakt mit der Praxis angewöhnt, sehr praktisch und fallbezogen zu denken. Reflexion setzt aber ein inneres Abstand-Nehmen zu einer erlebten Situation voraus und im ethischen Diskurs findet bei der Suche nach übergeordneten Prinzipien eine weitere Abstraktion statt. Oft muss zunächst geklärt werden, dass ein Erlebnis kein Argument ist. Ein Erlebnis kann aber Ausgangspunkt für ethische Reflexion sein.

---

<sup>34</sup> Die Diskussion im Anschluss an meinen Vortrag in Arnoldshain hat bei mir die Frage neu geöffnet, ob es z.B. im Kontext mit dem Thema „Menschenbild“ nicht sinnvoll wäre, philosophische und anthropologische Fragen im Rahmen der Ausbildung zu bearbeiten, z.B. die theoretischen Grundlagen unserer Betrachtung von Leben, Krankheit und Tod und dies möglichst noch in Verbindung mit dem Fach Geschichte der Krankenpflege.

<sup>35</sup> Kant, Logik, Band III, S. 448

### **3. Einige Ideen zu Methoden des Ethik-Unterrichts**

*„So steht alles Lehren (...) vor der widersprüchlichen Aufgabe, das Nicht-Machbare zu ermöglichen, das Subjekt zur Eigenaktivität anzuregen, Prozesse zu fördern, die selbstorganisiert ablaufen und deren konkreter Ausgestaltung durch das Subjekt der Lehrende machtlos und letztlich unwissend gegenübersteht.“<sup>36</sup>*

Die Einsicht in die Unverfügbarkeit von Lehr-Lernprozessen zeigt die Grenze dessen auf, was Methoden bewirken können. Die Erkenntnis dieser Unvorhersehbarkeit rechtfertigt jedoch keinen methodischen Nihilismus der Lehrer/innen.

Zur Stärkung der Diskurs- und Argumentationsfähigkeit sind solche Methoden sinnvoll, die Diskurse einüben, ohne dass der Unterricht als lästige oder gar unstrukturierte Diskutiererei wahrgenommen wird. Es gibt viele Arten, die Lernenden zum Formulieren ihrer eigenen Position anzuregen, von Diskussionen mit eingeladenen Experten, z.B. einem Transplantations-Koordinator oder mit Vertretern politischer Parteien, etwa beim Thema Schwangerschaftsabbruch bis hin zu einer Diskussion, bei der Schüler/innen für Positionen argumentieren müssen, die sie selbst ablehnen. Eine besondere Wichtigkeit und Schwierigkeit liegt nach meiner Erfahrung für die Auszubildenden darin, Dissens innerhalb der Gruppe zu ertragen. Hier zeigt sich, welche wichtige Rolle der Lehrkraft als Moderatorin der Diskussion zukommt. Diskussionen im Unterricht können nur zu Lehrsituationen werden, wenn sie gut moderiert werden und das zu Lernende, z.B. Diskussionsregeln, Argumentationsebenen oder ethische Prinzipien, herausgearbeitet wird.

Neben den Methoden, die die Lernenden dazu anregen, selbständig zu formulieren, können und sollten bei entsprechender Erfahrung auch solche Methoden eingesetzt werden, die mehr die Sinne und das Gefühl ansprechen, also eine Art Erfahrung vermitteln. Dazu gehören spielerische Methoden wie Rollenspiel oder Szenisches Spiel. Zu diesem Thema ist von Uta Oelke, Gisela Ruwe und Ingo Scheller in 2000 ein Buch erschienen.<sup>37</sup> Szenisches Spiel arbeitet an der „inneren Haltung“ (Einstellungen, Phantasien) mit Hilfe der „äußeren Haltung“ (körperliche und sprachliche Ausdrucksformen). Ich selbst habe ermutigende Erfahrungen gemacht mit szenischem Spiel zum Thema Macht und Ohnmacht, mit einer Phantasiereise zum Thema schwierige Patienten, mit dem Einsatz eines selbstentworfenen Kartenspiels zum Thema Einführung in die Ethik und mit Musikmeditation (über ein Requiem) zum Thema Sterbehilfe.

### **4. Planungsbeispiel des Faches Ethik für die Krankenpflegeausbildung**

An unserer Schule<sup>38</sup> arbeiten wir mit dem fächerübergreifenden Curriculum von Uta Oelke. Die ethischen Themen werden jeweils zu den entsprechenden Unterrichtseinheiten unterrichtet und verteilen sich daher über die ganze Ausbildung. Die Einführung in die Ethik wird meist schon im Einführungsblock unterrichtet, am Ende der Ausbildung steht z.B. das Thema Berufsethik. Hier sind aber - je nach den verschiedenen Konzepten der Schulen - unterschiedliche Reihenfolgen möglich.<sup>39</sup> Betrachtet man die Ethik als Fach, so lassen sich die Themen der Ethik in der Pflege in drei Hauptgruppen unterteilen: Grundlagen, berufsethische Themen und strittige Fragen. Folgende Planung wird zur Zeit bei uns umgesetzt:

---

<sup>36</sup> Bürmann, S. 17

<sup>37</sup> „Tabuthemen als Gegenstand szenischen Lernens in der Pflege“, s. unter Oelke (2000)

<sup>38</sup> Krankenpflegeschule des Universitätsklinikums Benjamin Franklin der FU Berlin

<sup>39</sup> In Weiterführung der Planung von Oelke habe ich das Fach Ethik ausgebaut; die einzelnen Module werden aber entsprechenden Lerneinheiten angegliedert.

	Thema	Inhalte, Methoden	Stundenzahl à 45 Min.
Grundlagen	Einführung in die Ethik: Ethik und Moral, Werte, Normen,	Prinzipien, Argumentationsebenen; Diskussionsregeln	3
Berufsethik	Pflegerische Beziehung:	Macht und Ohnmacht, Rechte und Pflichten	4
	Ethische Dimensionen der Schweigepflicht	Vertraulichkeit vs Fürsorge	2
	Schwierige Patienten/ Gewalt in der Pflege	mit Phantasiereise	5
	Berufsethik, Ethik-Kodizes	Vergleich; Stellungnahme	3
Strittige Fragen der Ethik im Gesundheitswesen	Schwangerschaftsabbruch	Falldiskussion	5
	Hirntod und Organtransplantation	Filme Pro und Kontra	5
	Euthanasie-Debatte, Sterbehilfe	Kemptener Fall (Falldiskussion, Filme) Richtlinien der Bundesärztekammer	5
	Ethische Fragen bei der klinischen Forschung	anschließend Möglichkeit zur Teilnahme an einer Sitzung der Ethik-Kommission	2
<b>Gesamt</b>			<b>34</b>

Sowohl die Stundenzahl als auch die Themenschwerpunkte und Methoden unterliegen einem ständigen Veränderungsprozess. Deshalb ist dieses Planungsbeispiel nicht mehr als eine Momentaufnahme. Themen wie Sterben und Tod (im Unterschied zu Sterbehilfe!), Kommunikation und transkulturelle Pflege haben nach meiner Überzeugung zwar ethische Dimensionen, können jedoch ebenso gut der Pflege oder den Sozialwissenschaften zugeordnet werden. Deshalb erscheinen sie in dieser Aufstellung nicht.

Das Fach Ethik in der Krankenpflegeausbildung hat, obwohl von eher geringem Umfang, eine grundsätzliche Bedeutung. Zum einen können und sollen ethische Fragestellungen auch in der Krankenpflege, Krankheitslehre, aber ebenso in Fächern wie Krankenhausbetriebslehre, Umwelthygiene, Staatsbürgerkunde identifiziert und bearbeitet werden. Zum anderen ist das Vorhandensein (und die praktische Bedeutung!) einer Berufsethik nicht umsonst ein Professionalisierungsmerkmal. Die Lehrenden in der Pflege sollten sich dieses Faches zumindest teilweise annehmen. Vielerorts wird der Unterricht ganz an Krankenhausseelsorger oder Theologen übertragen. Besser wäre es, wenn die Pflege-Lehrer/innen die Koordination des Faches übernehmen würden, wobei sie ja durchaus einige Themen abgeben könnten.



Zur Förderung moralischer Kompetenz im oben skizzierten Sinn braucht es eine diskursive Grundhaltung der Lehrer/innen. Hier geht es nicht um Faktenwissen, sondern um Erkenntnisprozesse. Das heißt für die Lehrenden, dass sie gewohnte Sicherheiten aufgeben müssen, aber auch, dass sie neue Freiräume gewinnen.

*Sag nicht zu oft, du hast recht, Lehrer!*

*Laß es den Schüler erkennen!*

*Strenge die Wahrheit nicht allzusehr an:*

*Sie verträgt es nicht.*

*Höre beim Reden!*

*Bertolt Brecht<sup>40</sup>*

## LITERATUR

Abermeth, Hilde-Dore (1989): Ethische Grundfragen in der Krankenpflege, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Bals, Thomas (1998): Zur Pflegewissenschaft und ihrer Didaktik. In: Bonz, Bernhard; Ott, Bernhard (eds) Fachdidaktik des beruflichen Lernens, Stuttgart: Franz Steiner Verlag

Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (1994): Principles of Biomedical Ethics, New York, Oxford: University Press

Blauth, Peter (1999): Wege zu einer beruflichen Mündigkeit. Beitrag zur Diskussion „Fachdidaktik Pflege“, PR-Internet 9/99; PflegePädagogik S. 236-251

Brecht, Bertold (1976): Gesammelte Gedichte, Frankfurt: Suhrkamp

Bürmann, Ilse (1997): Überwindung des Dualismus von Person und Sache, Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Fry, Sara T. (1994): Ethik in der Pflegepraxis, Eschborn: Deutscher Berufsverband für Krankenpflege

Höffe, Otfried ed.(1977): Lexikon der Ethik, München: Beck

Hofmann, Irmgard (2000): Ist immer Ethik drin, wo Ethik draufsteht? Typische Probleme in der Vermittlung von Ethik. Pflegemagazin Heft 4/00, Juventus Verlag

Kant, Immanuel (1998): Werke in sechs Bänden, ed. Weischedel, Wiesbaden: Insel

Klafki, Wolfgang (1999): Die bildungstheoretische Didaktik im Rahmen kritisch-konstruktiver Erziehungswissenschaft. In: Gudjons, Herbert; Winkel, Rainer (eds): Didaktische Theorien, Hamburg: Bergmann + Helbig

Martens, Ekkehard (1996): Philosophieunterricht als Problem- und Lerngeschichte. Ein dialogisch-pragmatischer Ansatz, in: Rehfus, Wulff; Becker, Horst (eds) Handbuch des Philosophie-Unterrichts, Düsseldorf: Schwann

Oelke, Uta-Karola (1991): Planen, Lehren und Lernen in der Krankenpflegeausbildung, Basel: Recom

---

<sup>40</sup> Obwohl dieser Text in einem nicht gerade diskursfreundlichen Imperativ formuliert ist – darauf wies mich Kurt Schmidt von unserer AG Pflege und Ethik hin – ist er mir doch als Mahnung an uns Lehrer/innen wichtig, unsere „Hauptsünden“, nämlich die Rechthaberei und die Berufung auf die Wahrheit (bzw. die Moral) wachsam im Auge zu behalten.

Oelke, Uta (1998): Schlüsselqualifikationen als Bildungsziele für Pflegende, PflegePädagogik 2, S. 42- 46

Oelke, Uta; Scheller, Ingo; Ruwe, Gisela (2000): Tabuthemen als Gegenstand szenischen Lernens in der Pflege, Bern: Huber

Panke-Kochinke, Birgit (2000): Fachdidaktik Berufskunde Pflege, Bern: Huber

Pieper, Annemarie (1994): Einführung in die Ethik, Tübingen, Basel: Francke

Rabe, Marianne (2001): Von selbstloser Aufopferung zur Berufsethik: Wertorientierungen der Krankenpflege in ihrer historischen Entwicklung und in ihren Ethik-Kodizes; in: Dietrich v. Engelhardt; Volker v. Loewenich (eds): Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster: Lit

Rabe, Marianne (2002): Einübung ethischer Diskursfähigkeit in Aus- und Fortbildung. Ein Reflexionsmodell für die Krankenpflege; in: Burckhart, Holger; Gronke, Horst (eds): Philosophieren aus dem Diskurs. Beiträge zur Diskurspragmatik. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 702-717.

Rehbock, Theda (2000): Braucht die Pflege eine eigene Ethik? Pflege, Bd. 13, Heft 5

Rehfus, Wulff D. (1986): Methodischer Zweifel und Metaphysik. Der bildungstheoretisch-identitätstheoretische Ansatz in der Philosophiedidaktik. In: Rehfus, Wulff; Becker, Horst (eds) Handbuch des Philosophie-Unterrichts, Düsseldorf: Schwann

Rohbeck, Johannes (1986) Philosophieunterricht als Problem der Vermittlung, in: Rehfus, Wulff; Becker, Horst (eds) Handbuch des Philosophie-Unterrichts, Düsseldorf: Schwann

## **„Auftauchen“**

Erläuterung:

Im didaktischen Fachvortrag wurden verschiedene Möglichkeiten zur Vermittlung von Ethik angesprochen. Entsprechend unserem Seminarkonzept, das mit dem „Eintauchen“ in das Meer der Theorie begann, geht es jetzt ans „Auftauchen“ mit Hilfe eigener Wahrnehmung. Gleichzeitig können durch diese Methode die Teilnehmer/innen am eigenen Leib, mit den eigenen Sinnen spüren, wie es auch „spielerisch“ möglich ist, Theorie praktisch erfahrbar werden zu lassen.

## **Szenisches Spiel im Unterricht**

Ein praktisches Beispiel für den Einsatz der Methode zum Thema „Fürsorge“.

MARIANNE RABE

Szenisches Spiel wurde für den Unterricht in der Krankenpflege von Uta Oelke, Ingo Scheller und Gisela Ruwe weiterentwickelt<sup>41</sup>. Besonders für den Bereich der psychosozialen Fähigkeiten ist die Methode gut einsetzbar. Sie hilft dabei, eigene Gefühle erfahrbar zu machen und sich in andere hineinzusetzen. Dabei arbeitet sie an und mit inneren und äußeren Haltungen – ausgehend von der Überzeugung, dass eine innere

---

<sup>41</sup> Literaturhinweis: Oelke, Uta; Scheller, Ingo; Ruwe, Gisela (2000): Tabuthemen als Gegenstand szenischen Lernens in der Pflege. Theorie und Praxis eines neuen pflegedidaktischen Ansatzes. Huber Verlag, Bern.

Einstellung sich immer auch körperlich ausdrückt, etwa in Gestik, Mimik und Sprachgebrauch.

Von Situationsstandbildern bis zum Nachspielen und Interpretieren von Szenen aus Theaterstücken oder Romanen gibt es vielfältige Möglichkeiten, in der Krankenpflegeausbildung mit Szenischem Spiel zu arbeiten.

Um nach dem theoretischen Vortrag über Vermittlung von Ethik wieder zur Unterrichtspraxis zu kommen, machten wir folgende kleine Übung<sup>42</sup> mit Bezug zum Thema Fürsorge:

Die Anwesenden fanden sich jeweils zu zweit zusammen und bekamen den Auftrag, zunächst zu entscheiden, wer einen Leidenden darstellen will. Diese Person nahm nun eine Haltung und Mimik ein, mit der sie "Leiden" ausgedrückt sah. Die Partner beobachteten dies zunächst nur und bekamen dann den Auftrag, den Leidenden zu "helfen", indem sie sich zu ihnen begeben und eine entsprechende Haltung (und Gesichtsausdruck) einnehmen. Gesprochen wurde bei der Darstellung nicht. Jetzt befanden sich im Raum verschiedene Paare: je ein Leidender und ein Helfer. Nun wurden die Leidenden gebeten, herauszugehen und die Helfer blieben zurück. Somit war eine "Galerie des Helfens" entstanden und wir konnten uns über Gemeinsamkeiten in Mimik und Körperhaltung austauschen. Dabei fiel auf, dass die Helfenden oft den Kopf und Rücken gebeugt und die Arme ausgestreckt hatten – oft eine durchaus unbequeme Haltung!

Im Licht einer solchen Erfahrung kann man dann weiter über das Thema Fürsorge sprechen.

## **Rückmeldungen der Teilnehmer/innen**

(Kurt Schmid, Irmgard Hofmann)

Die Dokumentation unseres Seminarverlaufes geht zu Ende. Wir hatten am Schluss einen Fragebogen verteilt, um für unsere Arbeitsgruppe eine Orientierung zu erhalten, wie Konzept und Inhalte bei den Teilnehmer/innen ankamen.

### **Frage 1: Wie bewerten Sie die Veranstaltung insgesamt?**

- Alle Antworten bewegten sich zwischen gut und sehr gut.

### **Frage 2: Was fanden Sie positiv? Was fanden Sie hilfreich?**

- die (zeitlich und inhaltlich) konsequente Strukturierung, die Organisation
- die erkennbar lange Auseinandersetzung der Gruppe mit dem Thema
- die Vielfalt der Themen
- der Einstieg am Freitag abend (häufig genannt)
- die verschiedenen Methoden
- die Vorträge (hier wurden jeweils verschiedene als gut genannt)
- die Arbeit in kleinen Gruppen und die Pausengespräche
- die Erfahrung, wie vielfältig und umfangreich das Thema ist

---

<sup>42</sup> Die Idee zu dieser Übung stammt von Gisela Ruwe, die ähnliche Übungen im Krankenpflegeunterricht einsetzt

- Bau der Theorie-Praxis-Brücke
- das eigene praktische Erleben von Moderation und Strukturierung
- die verschiedenen Persönlichkeiten im Team
- ergebnisorientiertes Arbeiten

**Frage 3: Was hat Ihnen nicht gefallen? Wo hätten Sie sich mehr erhofft (und was)?**

- „zu geballt“, TN hatten zum Teil keine Chance, in der Expertenrunde mit zu reden; Expertenrunde sollte die TN mehr mit einbeziehen
- zuviel „Expertendiskussion“ am Samstag Vormittag, Vortrag zu theoretisch
- Philosophisch geprägter Einstieg in Begrifflichkeiten teilweise zu weit entfernt vom Themengebiet der Veranstaltung
- Samstag: Vorträge und Diskussionen zu lang und lähmend
- Vorträge waren als Einheiten zu lang (Gefühl von Frontalunterricht!), Bewegung, Achtung auf den Körper kam am Samstag zu kurz
- Etwas weniger dicht gepackte intellektuell zu verarbeitende Inhalte
- Konkrete Verknüpfung zum Unterrichtsgeschehen: Den „Schüler“ mit seinen möglichen Fragen mehr zum Thema machen
- Wie erreiche ich kognitiv schwache Schüler? → Zugangswege finden!
- Der Vortrag zu Verantwortung, zu wenig konkret
- Auswertung der Filmausschnitte bzgl. Verwendung im Unterricht
- Misserfolge war die Runde „Konkrete Übungen in Kleingruppen“
- Fallbeispiel konnte nicht abgeschlossen werden
- Hätte gerne mehr Zeit gehabt, insbesondere für den theoretischen Hintergrund
- Diskussionszeiten zu kurz; kein Script
- Hoffnung nach mehr methodischer Hilfe sowie Arbeitsmaterial
- Mehr konkrete Unterrichtsentwürfe – Fallbeispiele mit Kommentaren sowie verwendbare Literatur (Einführung, Buchbesprechung)
- Noch mehr Umsetzungsmöglichkeiten (Planungsbeispiele, methodischen Vorschläge, offizieller Austausch von „Werkzeug“)
- Kann ich noch nicht sagen, da ich von einem „Theorie-WE“ ausgegangen bin, jetzt fände ich ein praxisorientiertes Anschluss-WE ideal
- Muss die Eindrücke erst noch verarbeiten

**Frage 4: Welche Wünsche und Anregungen hätten Sie für eine weitere Veranstaltung?**

- Einfluss zunehmender Ökonomisierung, die Zwänge des Geldes auf ethische Grundhaltung. Verändern sich Haltungen, wenn der Druck von außen größer wird?
- Tipps der Experten aus der AG: Wie haben sie sich der Thematik genähert? Welche Literatur ist empfehlenswert oder sogar zwingend notwendig? Mehr Schwerpunkt auf bisherige Erfahrungen.
- Mehr Gewichtung auf die praktische Anwendung → didaktisch methodische Umsetzung
- Konzepte der Vorträge in Kopien; klare Hinweise, dass TN nicht mit schreiben müssen und Referate in kopierter Form bereits vorliegen
- Übungen/ Methoden zu ausgewählten Themen
- Diskussion der Vorträge auch in Kleingruppen

- Unterrichtsentwürfe entwickeln zu unverzichtbaren Themen
- Auch für eine weitere Veranstaltung wünsche ich mir konkrete didaktisch-methodische Anregungen für den Unterricht, die ich leicht aufnehmen und umsetzen kann
- Es sollte auf jeden Fall eine oder mehrere Folgeveranstaltung geben

## Überlegungen am Ende

Irmgard Hofmann

Es ist ein eigenartiges Gefühl, den Verlauf eines selbst mit durchgeführten und erlebten Seminars möglichst detailgenau in Inhalt und Ablauf (als Teil des Konzeptes) zu dokumentieren. Die Überlegungen in der Vorbereitung, während der Durchführung sowie die Nachbesprechung rücken wieder ins aktuelle Bewusstsein.

Wir hatten ein sehr Methoden und –praxisnahes Seminar vor zwei Jahren gehalten; entsprechend den damaligen Wünschen nach einem Grundlagenseminar orientierten wir uns jetzt mehr an theoretischen Inhalten. Von den damaligen Teilnehmer/innen hatte dieses Mal niemand teil genommen. Die jetzigen Rückmeldungen zeigen uns erneut, wie schwierig es sein kann, die notwendigen Brücken zwischen Theorie und Praxis zu bauen, auch wenn es uns in Teilen recht gelungen scheint.

Unsere Gruppe ist bereits dabei zu überlegen, wie sich methodisch Theorie und Praxis noch besser verknüpfen lassen. Alle Mitglieder unserer Arbeitsgruppe wissen aus eigener Erfahrung um die eben diese Probleme, allerdings auch um die Freude, wenn etwas gelingt. So war unser Eindruck bei diesem Seminar, dass es bei aller kritischer Fremd- und Selbsteinschätzung im Wesentlichen gelungen ist.

Wir werden weiter machen, müssen uns aber auf Grund begrenzter Kapazitäten darauf beschränken, Seminare dieser Art nur etwa alle zwei Jahre durchzuführen. Unsere Hoffnung ist, dass die Dokumentation dazu beiträgt, die Qualität des Ethik-Unterrichts an Pflegeschulen weiter zu entwickeln.

Ethik ist ein hochkomplexes und spannendes Fach; die Vermittlung geht nicht ohne Sammeln eigener Erfahrungen, bei aller didaktischen Vorbereitung bleibt etwas Sperriges, ein klares Ergebnis im Sinne einer eindeutigen Zielorientierung ist kaum möglich. Allerdings ist genau das das Spannende, die Notwendigkeit des sich offen haltens, des immer wieder neu und weiter lernens ist in meinen Augen geradezu ein Kennzeichen im Umgang mit der Frage nach dem guten und richtigen Handeln.

Wir sind weiter auf der Suche und hoffen, mit dieser Dokumentation auch bei Ihnen – trotz der damit oft verbundenen Mühsal – die Freude an der ethischen Reflexion geweckt bzw. gefördert zu haben.

## Veranstalter der Seminars: Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“

### **Koordination der AG:**

NORDMANN INGO: KRANKENPFLEGER, FACHKRANKENPFLEGER FÜR MITTLERES MANAGEMENT

Email: [ingo.nordmann@med.uni-goettingen.de](mailto:ingo.nordmann@med.uni-goettingen.de)

Heubel Friedrich: Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Medizinethiker (PD Dr. med.)

Email: [HeubelFr@mail.uni-marburg.de](mailto:HeubelFr@mail.uni-marburg.de)

RABE MARIANNE: KRANKENSCHWESTER, LEHRERIN FÜR KRANKENPFLEGE

Email: [m.rabe@ukbf.fu-berlin.de](mailto:m.rabe@ukbf.fu-berlin.de)

### **Mitwirkende Mitglieder der AG „Pflege und Ethik“ am Seminar:**

Giese Constanze: Krankenschwester, Theologin (Prof. Dr. theol.)

Email: [c.giese@ksfh.de](mailto:c.giese@ksfh.de)

Häse Christel: Krankenschwester, Soziologie und Philosophie M. A.

Heubel Friedrich: s. o.

Hofmann Irmgard: Krankenschwester, Philosophin M.A., Supervisorin (DGSv), Pflegeethikerin

Email: [irmgard.hofmann@t-online.de](mailto:irmgard.hofmann@t-online.de)

KOHLN HELEN: KRANKENSCHWESTER, LEHRERIN

Email: [helen.kohlen@stud.uni-hannover.de](mailto:helen.kohlen@stud.uni-hannover.de)

Krupp Ulrike: Diplom-Religionspädagogin, Krankenhausseelsorgerin

Email: [ulrike.krupp@t-online.de](mailto:ulrike.krupp@t-online.de)

Rabe Marianne: s. o.

Rehbock Theda: Philosophin (Dr. phil.)

Email: [ThedaRehbock@compuserve.com](mailto:ThedaRehbock@compuserve.com)

Salomon Fred: Chefarzt für Anästhesie, Theologe, Medizinethiker (PD Dr. med.)

Email: [Salomon-JF@t-online.de](mailto:Salomon-JF@t-online.de)

SCHMIDT KURT: THEOLOGE (DR. THEOL.), MEDIZINETHIKER

Email: [ZEMmarkus@aol.com](mailto:ZEMmarkus@aol.com)

## **Akademie für Ethik in der Medizin e.V.**

Die 1986 gegründete Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) ist ein gemeinnütziger überregionaler Verein mit Geschäftsstelle in Göttingen. Unter ihren Mitgliedern finden sich Ärzte, Pflegekräfte, Philosophen, Theologen, Juristen sowie Angehörige weiterer Professionen.

Die AEM vertritt keinen spezifischen ethischen Standpunkt, sondern versteht sich als unabhängiges Forum für unterschiedliche Standpunkte und Überzeugungen. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, den Diskurs über ethische Fragen in der Medizin, den Heilberufen und im Gesundheitswesen zu fördern. Dazu führt sie u.a. wissenschaftliche Projekte durch, organisiert Tagungen und Symposien, richtet zur Bearbeitung von Spezialthemen Arbeitsgruppen ein, berät einzelne Personen wie Institutionen und gibt die Zeitschrift "Ethik in der Medizin" heraus.

Die **Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“** hat sich 1995 mit dem Ziel konstituiert, das Bewusstsein der ethischen Grundlagen von Pflege sowie den interdisziplinären Dialog zu fördern. Die Gruppe beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Vermittlung von Ethik in der Pflege und führte dazu bereits eine Reihe von Veranstaltungen durch. Die vorliegende Broschüre dokumentiert das zuletzt durchgeführte Seminar in der Evangelischen Akademie Arnoldshain.

### **Kontaktadresse:**

Akademie für Ethik in der Medizin e.V.  
– Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“ –  
Humboldtallee 36  
D-37073 Göttingen  
Tel.: 0551 / 39-9680  
Fax: 0551 / 39-3996

### **Mitglieder der Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“:**

Constanze Giese, München; Christel Häse, Konstanz; Friedrich Heubel, Marburg; Irmgard Hofmann, München; Stefan Kliesch, Osnabrück; Helen Kohlen, Hannover; Ulrike Krupp, Braunschweig; Ingo Nordmann, Göttingen; Monika Podbiel, Neukirchen-Vluyn; Marianne Rabe, Berlin; Theda Rehbock, Dresden; Fred Salomon, Lemgo; Kurt Schmidt, Oberursel/Ts.; Alfred Simon, Göttingen.