

Liebe Leser!

Obwohl die Kommunikation mit dem Patienten ein wesentliches Element der medizinischen Behandlung darstellt, wird ihr auf Grund von zunehmenden Kosten- und Zeitdruck in der medizinischen Versorgungspraxis immer weniger Beachtung geschenkt. Dabei bedarf es der Kommunikation, um die Beschwerden des Patienten ermitteln und in ihrer tatsächlichen Relevanz für den Patienten zu erfassen. Die Bedeutung von Kommunikation als ein erweiterendes Element der Behandlung ist in einer Labor- und auch sonst technisch ausgerichteten Medizin in den Hintergrund getreten. Doch während der Anamnese wie in der weiterführenden Behandlung ist Kommunikation unverzichtbar.

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient stellt sich dabei grundsätzlich als asymmetrisch dar, was insbesondere für den Arzt die Herausforderung in sich birgt, bestehende Informationsdefizite zu berücksichtigen und zu überwinden. Aber nicht nur zwischen Arzt und Patient findet am Krankenbett behandlungsrelevante Kommunikation statt, sondern ebenso zwischen Arzt und Angehörigen sowie Pflegekräften.

In der Seelsorge ist die Kommunikation Mittel, um den Patienten zu stützen und gegebenenfalls zu beraten. In einer Medizin, in der nach der Definition der WHO Gesundheit als ganzheitliches Wohlbefinden, welches körperliche, geistige und sogar soziale Dimensionen umfassen soll, kommt Seelsorge eine zunehmende Bedeutung zu.

Diese Ausgabe des MERKblatt widmet sich im Schwerpunkt der Kommunikation und Seelsorge am Krankenbett als einem der weniger im interdisziplinären Diskurs berücksichtigten Problemfelder, gerade weil beiden in der Praxis eine konstituierende Rolle zukommt.

Wir bedanken uns bei allen Autoren, die auf Anfrage keinen Augenblick zögerten, sich zu beteiligen, für ihre Beiträge sowie beim Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrum Medizin-Ethik-Recht für die Unterstützung bei der Realisierung der Zeitschrift und wünschen Ihnen anregende Gedanken und viel Vergnügen beim Lesen!

Andreas Walker
Sven Wedlich

Redaktionsleitung

	3	Editorial
IM FOKUS	5	Zum Einfluss verbaler Arzt-Patienten-Kommunikation auf den Therapieerfolg
	10	Kommunikation – Terra incognita
	15	Medizin und Mitgefühl – Die empathische Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung
	22	Klinische Ethikberatung – Ein Überblick
	27	Begegnen – Besuchen – Begleiten Seelsorge im Krankenhaus – einige Aspekte
	31	Zeit für Patienten
	33	Das Angehörigengespräch zur Organspende – Eine Betrachtung aus rechtlicher und praktischer Perspektive
Zur Zukunft der Gesundheitsberufe	37	Wer ist der richtige Ansprechpartner für gutes Sehen?
Kommentar	46	Zwangsernährung bei hungerstreikenden Inhaftierten – Der Fall Rappaz
Ethikrat	52	Demenz – Ende der Selbstbestimmung?
MER intern	55	„Grenzfälle in der Pränatalmedizin“ – Ein Rückblick auf eine gelungene interdisziplinäre Diskussion zwischen Ethik, Recht und Realität
Im Porträt	60	Prof. Dr. Winfried Kluth
	61	Impressum

Zum Einfluss verbaler Arzt-Patienten-Kommunikation auf den Therapieerfolg

von Romy Petzold, M.mel.

Praxen niedergelassener Ärzte haben keine Öffnungszeiten, sondern „Sprechstunden“. Das Sprechen ist demnach bei Begegnungen von Ärzten und Patienten von besonderer Bedeutung. Auch im klinischen Bereich werden neu Eingewiesene nicht wahllos untersucht, sondern, wo möglich, diagnostiziert man unter Orientierung an verbalen Angaben. 70 Prozent aller Diagnosen werden allein durch die Anamnese, ein ärztliches Gespräch mit dem Patienten (und/oder dessen Angehörigen), gestellt. Doch nicht nur für das Stellen von Diagnosen spielt Sprechen zwischen Ärzten und Patienten eine Rolle. Auch für den sich anschließenden Weg zum Therapieerfolg ist verbale Arzt-Patienten-Kommunikation von enormer Wichtigkeit. Im Folgenden soll auf der Grundlage einiger hier zum Teil stark vereinfacht dargestellter sprach- und kommunikationswissenschaftlicher Grundlagen zu verbaler Kommunikation und Besonderheiten bei der Begegnung von Arzt und Patient für diese Problematik sensibilisiert werden.

Verbale Kommunikation

Jede verbale Äußerung hat, sprachwissenschaftlich betrachtet, eine Denotation, d. h. eine nur den begrifflichen Inhalt betreffende Bedeutung, und Konnotationen. Übertragen auf

die Kommunikationswissenschaft, in deren Betrachtung diese verbale Äußerung zur Nachricht eines Senders (ich) an einen Empfänger (du) wird, hat sie entsprechend dem Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun vier Seiten: Mit der erwähnten Denotation kann davon der objektive „Sachinhalt (oder: Worüber ich informiere)“ verglichen werden. Auf den konnotativen Bereich entfallen dann subjektiv die „Selbstoffenbarung (oder: Was ich von mir selbst kundgebe)“,¹ die „Beziehung (oder: Was ich von dir halte)“² und der „Appell (oder: Wozu ich dich veranlassen möchte)“.³ Jeder Nachricht wohnen alle diese vier Seiten inne. Mit der Bilateralität, die die zunächst einfache verbale Äußerung durch die Einbeziehung eines Empfängers erhält, muss auch berücksichtigt werden, dass sie nun eine Richtung – vom Sender zum Empfänger – hat, die innerhalb eines Gesprächs wechselt.

Betrachtet man nach der sprach- und kommunikationswissenschaftlichen Perspektive die verbale Äußerung aus Sicht der Transferwissenschaft, so sei festgehalten, dass sich „sprachlich basierte Wissensvermittlung [...] im Hinblick auf die gesellschaftliche Gliederung in eine horizontale (Ingroup-Kommunikation) und eine vertikale (Ingroup-Outgroup-Kommunikation bzw. Experten-Laien-Kommunikation) unterteilen“⁴ lässt. Innerhalb der ver-

tikalen Kommunikation unterscheidet Gerd Antos eine top-down-Form, bei der Wissen von Experten (Ingroup) auf Laien (Outgroup) transferiert wird, und eine bottom-up-Form mit Wissensvermittlung durch Laien an Experten.

Für Sprache, Kommunikation und Wissenstransfer spielen schließlich auch soziale Faktoren eine nicht zu unterschätzende Rolle. So bedienen sich unterschiedliche soziale Gruppen, z. B. ältere und jüngere Menschen (Alterssprachen), Frauen und Männer (Genderlekte), Menschen mit räumlich-geographisch unterschiedlicher sprachlicher Verwurzelung (areale Varietäten), mit Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Bildungsschichten (Soziolekte) und mit Bezug zu unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen oder beruflichen Sparten (Fachsprachen), jeweils eigener spezifischer sprachlicher Varianten.⁵

Besonderheiten bei der Begegnung von Arzt und Patient

In der verbalen Kommunikation zwischen Ärzten und ihren Patienten gibt es über diese Merkmale jeder zwischenmenschlichen Kommunikation hinaus weitere spezifische Charakteristika. Beide, Ärzte und Patienten, agieren jeder in seiner Rolle. Die Rolle des Arztes wird dabei von gesellschaftlichen Erwartungen beeinflusst. Von Ärzten wird gefordert, dass sie sich affektiv neutral verhalten und die Qualität ihrer Behandlung nicht von Sympathie oder Antipathie gegenüber den Patienten abhängig machen. Weiter-

hin sollen Ärzte, entsprechend ihrem Berufsbild, Orientierungssicherheit bieten. Dazu gehört, dass sie fachlich kompetent handeln. Schließlich dürfen Ärzte nicht primär Eigeninteressen verfolgen.⁶

Ärzte sind innerhalb des Arzt-Patienten-Gefüges Experten. Für sie steht das Arztsein zum einen auf der Basis einer fundierten Ausbildung, zum anderen verfügen sie durch die alltägliche Ausübung des Arztberufes über Routine. Anders der Patient: Er ist nur, während er an einer Erkrankung bzw. an Krankheitssymptomen leidet und medizinisch behandelt wird, Patient. Er ist im Gefüge der Laie, weil er nicht über die medizinischen Fachkenntnisse verfügt wie der Arzt und weil das Patientsein für ihn eine Ausnahmesituation ist.

Sowohl die ärztlichen Experten als auch die Patienten als Laien verfügen über ein für den Therapieerfolg unbedingt auszutauschendes Wissen. Hinsichtlich der Möglichkeiten, die es insgesamt an Diagnosen und sich daraus ergebenden Therapien gibt, verfügt der Arzt über Fachwissen. Er kann dem Patienten die für dessen Situation bestehenden Alternativen aufzeigen. Hier findet sich die bereits erwähnte top-down-Form des Experten-Laien-Wissenstransfers wieder. Auf der anderen Seite kennt der Patient seine eigene Krankengeschichte wie kein anderer. Vornehmlich er weiß, welche Beschwerden er hat, wie sie sich äußern, wie er sich ein erfolgreiches Therapieergebnis für sich vorstellt. „Der Arzt muss durch die Schilderungen der Patienten jene Informationen

erhalten, die für Diagnose, Therapie und/oder weiteres Prozedere notwendig sind“;⁷ bedarf also zwingend der bottom-up-Form des Experten-Laien-Wissenstransfers.

Auch das Verhältnis zwischen Arzt und Patient muss berücksichtigt werden: Im aktuellen Diskurs unterscheidet man drei Möglichkeiten, wie sie sich gestalten kann: Nach dem Muster des autoritären Paternalismus teilen Ärzte mit, verordnen und kontrollieren, Patienten rezipieren, fügen sich und dulden. Dem gegenüber liegt das Muster der ärztlichen Dienstleistung. Der vorinformierte Patient, der bereits vor der ersten Begegnung mit dem Arzt selbst entschieden hat, welche Therapie er wünscht, lässt diese vom Arzt lediglich umsetzen. Die gemäßigte dritte Möglichkeit zwischen diesen beiden Extremen bildet die Arzt-Patienten-Beziehung, in der der Arzt Lösungen vorschlägt und bewertet und der Patient Präferenzen für ein bestimmtes Prozedere äußert.⁸

Therapieerfolg und verbale Arzt-Patienten-Kommunikation

Ziel jeder Therapie insgesamt ist es, Symptome zu lindern und/oder Krankheiten zu beseitigen. Wird dieses Ziel erreicht, sind also die richtigen Maßnahmen anberaumt und umgesetzt worden. Die Therapie war dann erfolgreich. Diese Auswahl der therapeutischen Maßnahmen wird wiederum oft direkt in oder wenigstens stark beeinflusst durch Arzt-Patienten-Gespräche getroffen. Gelingende Kommunikation

kann zwischen erster Begegnung vom Patienten mit dem Arzt bis zum Therapieende beispielsweise wie folgt in den therapeutischen Gesamtprozess eingebettet sein:

Der Patient bringt 1. seine Beschwerden dem Arzt vor, welcher auf dieser und auf der Grundlage seines Fachwissens eine Diagnose stellt und 2. dem Patienten Therapievorschlüsse unterbreitet (Selbstbestimmungsaufklärung). Der Patient wählt aus diesen oft in 3. weiterführender Beratung mit dem Arzt einen aus und teilt seine Entscheidung dem Arzt dann 4. mit bzw. stimmt einem von dessen Vorschlägen zu, woraufhin der Arzt die vereinbarte Therapie umsetzt. Im Anschluss folgt 5. eine gemeinsame Rekapitulation des Therapieverlaufs sowie ein Vergleichen der geplanten mit den erreichten Therapiezielen und Empfehlungen des Arztes für das weitere Verhalten des Patienten (therapeutische Aufklärung). Nur wenn alle aufgezählten kommunikativen Schritte auf dem Weg vom Hilfesuchenden Kranken zum Therapierten gelingen, kann auch die Auswahl der therapeutischen Maßnahmen sich zu einem stimmigen Ganzen zusammenfügen und zum gewünschten Erfolg führen.

Dem Rechnung tragend, sei auf diese Schritte etwas näher eingegangen:

1. *Vorbringen der eigenen Beschwerden durch den Patienten:* Dabei überwiegt innerhalb des vertikalen Wissenstransfers die bottom-up-Form, vom Patienten zum Arzt. Der Arzt muss den Äußerungen des Patienten, ggf. durch ein Lenken des Gespräches, Sachin-

halte zum Stellen einer Diagnose entnehmen, ebenso auch eine eventuelle Selbstoffenbarung, d. h. wie der Patient zu seinen eigenen Symptomen steht, ob er sie vielleicht übertrieben oder herabspielend schildert, möglicherweise auch bereits eine Beziehung, beispielsweise ob der Patient dem Arzt zu vertrauen scheint, und einen Appell, was der Patient im Rahmen der bereits erwarteten Therapie ausdrücklich vom Arzt wünscht oder aber von vornherein ablehnt. Je nachdem, inwieweit die sozialen Gruppenzugehörigkeiten von Patient und Arzt übereinstimmen, sollte der Patient sich nach Möglichkeit klar ausdrücken und sich auf sachliche Aussagen beschränken. Der Arzt sollte sein Verständnis der Äußerungen des Patienten ggf. unterstützen, indem er rückfragt.

2. Therapievorschläge von Seiten des Arztes: In diesem kommunikativen Schritt scheint es geboten, dem Patienten top-down, ungeachtet persönlicher Sympathien, sehr sachlich die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten und deren Vor- und Nachteile aufzuzeigen. Wenn sich dabei Konnotationen nicht ganz vermeiden lassen, was regelmäßig der Fall sein wird, so sollten dies unbedingt positive sein.

Da eine zu stark von den sozial verbalen Gruppeneigenschaften des Patienten abweichende Ausdrucksweise des Arztes und eine für den Patienten möglicherweise unverständliche Fachsprache ebenfalls unerwünschte Assoziationen für Letzteren bedeuten können, sollte auf beides so weit wie

möglich verzichtet werden. Die spezifisch ärztlichen Soziolekte sind innerhalb der ärztlichen Expertengruppe, wo man sie zu deuten weiß, besser aufgehoben. Als optimales Arzt-Patienten-Verhältnis gilt aktuell das gemäßigte, nach dem der Arzt Lösungen vorschlägt und der Patient Präferenzen äußert; die ärztlichen Vorschläge müssen unbedingt auch als solche, als gleichberechtigte Vorschläge geäußert werden und dürfen keinerlei Suggestionen enthalten.

3. Beratung zwischen Patient und Arzt: Auch hierbei soll der Arzt den Patienten nicht durch seine (fachsprachliche) Wortwahl verunsichern, durch seinen Ausdruck beeinflussen oder durch einen befremdlichen Soziolekt ängstigen, sondern mit ihm gemeinsam abwägen, welches das vom Patienten angestrebte Therapieergebnis ist und wie es zu erreichen sein kann, und den zu Behandelnden mit Worten in der Richtigkeit seiner Entscheidung bestärken.

4. Ausdruck der Zustimmung des Patienten: Hier liegt, ähnlich wie beim Vorbringen der eigenen Beschwerden durch den Patienten, wieder die reine bottom-up-Form vor. Dem Arzt kommt im Gegensatz zum ersten Schritt lediglich eine rezipierende Rolle zu. Die Zustimmung des Patienten erfolgt in der Regel schriftlich.

5. gemeinsame Rekapitulation und Empfehlungen des Arztes: Nach Abschluss der eigentlichen Therapie sollten Arzt und Patient das Vergangene noch einmal in einem Gespräch Revue passieren lassen und daraus

Maßnahmen für den zukünftigen Umgang des Patienten mit verbleibenden Symptomen ableiten. Dem Patienten sei hierbei ein besonders großes Maß an Subjektivität, am Ausdruck seines Befindens, seines Eindrucks, seiner Gefühle zugestanden, um sich diesbezüglich abschließend zu erleichtern. Insbesondere auch aus subjektiven Patientenauerungen kann der Arzt ableiten, welche „therapeutischen Hausaufgaben“⁹ er seinem Patienten mit auf den Weg geben muss. Durch ein verbal ausgedrücktes wohlwollendes, partnerschaftliches Arzt-Patienten-Verhältnis kann er die Wahrscheinlichkeit steigern, dass der Patient sich daran auch hält.

Zusätzlich zur Eigenschaft verbaler Arzt-Patienten-Kommunikation als Stütze der eigentlichen therapeutischen Maßnahmen sind oft auch therapeutische Maßnahmen selbst rein verbaler Natur. Besonders deutlich zeigt sich das in der Gesprachpsychotherapie. Freud bezeichnet „Worte“ als „die wichtigsten Vermittler für den Einfluss, den ein Mensch auf den anderen ausüben will“ und fügt hinzu, es klinge nicht länger „rätselhaft, wenn behauptet wird, dass der Zauber der Worte Krankheiterscheinungen beseitigen kann“.¹⁰ Doch nicht nur in der Psychotherapie, sondern auch bei anderen Formen sind bei ganzheitlicher Betrachtung der Therapie die Grenzen zwischen Worten als therapeutischer Stütze und als eigentlicher Maßnahme fließend. Immer spielen für den Therapieerfolg beispielsweise auch das Abbauen von Ängsten, das Sichver-

standenfuhlen, Vertrauen, Hoffnung auf einen guten Therapieausgang, Lob, Zuspruch und Würdigung der Ausdauer bzw. Compliance des Patienten, Möglichkeiten zu ehrlichem Feedback an den Arzt u. v. m. eine Rolle. Verbale Arzt-Patienten-Kommunikation kann dann am besten zum Therapieerfolg beitragen, wenn beide Beteiligten nach bestem Bestreben Eigenheiten ihres Gegenübers erkennen, akzeptieren und darauf auch unter Berücksichtigung der Situation eingehen.

¹ Friedemann Schulz von Thun, *Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen, allgemeine Psychologie der Kommunikation*, Reinbek bei Hamburg ⁴⁸2010, S. 26 f.

² Ebd., S. 27 ff.

³ Ebd., S. 29 f.

⁴ Gerd Antos, *Transferwissenschaft. Chancen und Barrieren des Zugangs zu Wissen in Zeiten der Informationsflut und der Wissensexplosion*, in: Antos, Gerd/Wichter, Sigurd (Hrsg.), *Wissensstransfer zwischen Experten und Laien*, Frankfurt am Main 2001, 3-33, S. 19.

⁵ Vgl. Heinrich Löffler, *Germanistische Soziolinguistik*, Berlin ³2005.

⁶ Vgl. Menz/Lalouschek/Gstetter, *Effiziente ärztliche Gesprächsführung*, Wien 2008, S. 8.

⁷ Ebd., S. 11.

⁸ Ebd., S. 16. Vgl. dazu auch Sven Wedlich, *Konflikt oder Synthese zwischen dem medizinisch ethischen Selbstverständnis des Arztes und den rechtlich ethischen Aspekten der Patientenverfügung*, Prof. Dr. Hans Lilie (Hrsg.), *Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht*, Band 17, Halle 2010, S. 31 ff.

⁹ Vgl. Wolfgang Wendlandt, *Therapeutische Hausaufgaben*, Stuttgart 2001.

¹⁰ Sigmund Freud, *Psychische Behandlung*, in: Mitscherlich et al. (Hrsg.), *Schriften zur Behandlungstechnik*, Sigmund Freud Studienausgabe, Ergänzungsband, Frankfurt ³1989, S. 26.

Kommunikation – Terra incognita?

von Dr. med. Udo Gottschaldt

Ein zentraler Bestandteil des Lebens ist Kommunikation. Zur besonderen Herausforderung kann sie im Rahmen ärztlicher Tätigkeit, im Fall des Autors der Arbeit als Intensivmediziner, werden. Obwohl zahlreiche Untersuchungen zur Kommunikationstheorie vorliegen, werden medizinische Fragestellungen meist unter den Überschriften „Vermitteln schwerer Diagnosen“, „Kommunikation in der Onkologie“ oder „Entscheidungen am Lebensende“ betrachtet. Dabei findet Kommunikation auf verschiedenen Ebenen, zu unterschiedlichen Zeitpunkten und vor allem zwischen verschiedenen Partnern statt, die die gleiche Fragestellung völlig unterschiedlich betrachten.

Kommunikationstheorie

Vereinfacht dargestellt, soll im Rahmen von Kommunikation die Botschaft eines Senders einem Empfänger vermittelt werden.¹ Diese Vorstellung betrachtet Kommunizieren aus mathematisch-technischer Sicht und vernachlässigt Einstellungen oder Erwartungen der Kommunizierenden. Als Hilfsmittel, sich dem Thema Kommunikation zu nähern, ist dieses Modell trotz Einschränkungen hilfreich.

Die Vermittlung einer Botschaft erfolgt verbal – Worte und Lautstärke, Tonfall etc. – sowie nonverbal – Körperhaltung, Mimik, Gestik etc. Sowohl Senden als auch Empfangen einer Botschaft werden durch sogenannte Modulatoren wie Gefühle, Gedanken und Vorstellungen von Sender und Empfänger beeinflusst. Diese Modulatoren können die Wahrnehmung einer Botschaft nachhaltig beeinflussen, stören und zum Teil unmöglich machen.

Gleichzeitig nehmen nonverbale Anteile der Kommunikation großen Ein-

fluss auf das Senden und die Verarbeitung der Botschaft. Für den Sender ist es somit wichtig, dass Inhalt der Botschaft und Art der Vermittlung übereinstimmen.² Um aus dem Versuch einer Kommunikation ein Gespräch werden zu lassen, müssen mindestens zwei Teilnehmer in einer gemeinsamen Sprache und auf einer Frequenz Informationen austauschen. Im Idealfall entsteht eine symmetrische Kommunikation zwischen gleichwertigen, gleichberechtigten Teilnehmern. Im medizinischen Umfeld sind Kommunikationen zwischen Behandelndem und Behandeltem jedoch asymmetrisch, da ein Informationsvorteil auf Seiten des Behandelnden liegt. Während dieser Einfluss auf den Zeitpunkt, den Inhalt, die Richtung und die Dauer des Gesprächs hat, gibt der Behandelte, der Empfänger, im Idealfall die Sprache, die Frequenz und das Ausmaß der Information vor. Ob vor dem Hintergrund moderner Informationsmedien diese Unterscheidung so aufrecht zu erhalten ist, scheint fraglich. Der Behandel-

te kommt nun nicht nur mit der allgemeinen Erwartung „Es wird geholfen“, sondern entwickelt mit Hilfe dieser, oft wenig sortierten Informationen eigene Vorstellungen und Erklärungen über die Krankheit oder die notwendige Behandlung. Diese werden in die Kommunikation eingebracht und zwingen den Behandelnden zum Hinterfragen der eigenen Vorstellungen, Erwartungen und Ziele.

Wahrnehmung von Kommunikation

Obwohl sich zahlreiche Untersuchungen und Veröffentlichungen mit der Patienten-Arzt-Kommunikation auseinandersetzen, scheinen diese Erkenntnisse nur zögerlich im klinischen Alltag anzukommen. In Untersuchungen zur Qualität von Kommunikation innerhalb von Familienkonferenzen wurden in ca. 30 Prozent „missed opportunities“, also verpasste Möglichkeiten, z. B. Empfindungen oder Überzeugungen des Patienten zu erfragen oder Behandlungsinhalte und -ziel entsprechend zu vermitteln, festgestellt. Die Schwerpunkte, die Patienten und Angehörige für Gespräche auf der Intensivstation setzen, können in sechs Kategorien zusammengefasst werden: ehrliche und vollständige Information; feste Ansprechpartner und -zeiten; Abstimmung der Kommunikationspartner, vor allem auf ärztlicher Seite über Art und Umfang schon mitgeteilter Informationen; Vermittlung von emotionaler Anteilnahme durch das betreuende medizinische Personal; Versuch der Berücksichtigung von Privatsphäre

und Beziehungen des Patienten und seiner Angehörigen; Rücksicht auf religiöse Überzeugungen des Patienten.³ Ein Satz aus dem Artikel von Elaine C. Meyer et al. fasst das treffend zusammen: „Hört zu. Beantwortet alle Fragen. Gebt alle Informationen – Eltern können damit umgehen. Womit wir nicht umgehen können, ist, nicht zu wissen was vorgeht. Wenn etwas nicht stimmt, teilt es uns mit.“⁴

Auf Intensivstationen finden trotz aller Erkenntnisse Gespräche und damit Informationsvermittlung oft ungeplant, am Bett oder auf dem Gang statt, ohne dass die Beteiligten, Sender und Empfänger, darauf vorbereitet sind. Diese fehlende Vorbereitung kann Einfluss auf die Qualität der Betreuung und noch mehr auf die Wahrnehmung der Behandlung durch die Betroffenen und deren Angehörige haben. Oft konzentrieren sich „medizinische Sender“ auf Laborwerte, physiologische Daten oder spezielle Behandlungskonzepte, ohne das Empfangen und das Verstehen der Information durch Nachfragen zu kontrollieren. Als Ursachen dafür können fehlende Kommunikationsschulung, fehlende Wahrnehmung der Bedürfnisse des Empfängers oder auch das Bedürfnis nach Selbstschutz und das Verständnis der eigenen Rolle und Aufgaben durch den Sender angesehen werden. Ein Beispiel dafür ist das chirurgische Behandlungsverständnis, das sich im Umgang mit Patientenverfügungen niederschlägt.⁵ Da ein Akzeptieren von Patientenverfügungen und im schlimmsten Fall das damit verbundene Versterben von Patienten häufig

als persönliches Versagen wahrgenommen wird, werden die Kommunikation und die Auseinandersetzung mit Patientenverfügungen auch im Vorfeld komplexer, riskanter Operationen wie zum Beispiel Lebertransplantationen vermieden.⁶

Neben der Arzt-Patienten-Kommunikation rückten die interdisziplinäre Kommunikation und die damit verbundenen Probleme aber auch die Einflüsse auf die Patientenversorgung in den vergangenen Jahren in den Fokus des Interesses. Die verschiedenen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen nehmen Art, Inhalt sowie Qualität von Kommunikation sehr unterschiedlich wahr. Pflegepersonal empfindet Kommunikation oft weniger offen, fühlt sich nicht ausreichend in Kommunikationsprozesse einbezogen und erkennt mehr Konflikte und Missverständnisse zwischen den Beteiligten. Ärzte hingegen nehmen mit steigender Seniorität Kommunikation als offener und positiver wahr.⁷ Betrachtet man die Wahrnehmung von Kommunikation über Krankheitsverlauf und Prognose eines Patienten zwischen Chirurgen, Intensivmediziner sowie intensivmedizinischem Pflegepersonal, so verstärken sich diese Unterschiede noch.⁸ Chirurgen empfinden die Kommunikation meist als gut, mit zahlreichen Möglichkeiten, sich mit der Prognose des Patienten auseinanderzusetzen. Gleichzeitig fühlen sie ihre Meinung durch Intensivmediziner und Pflegepersonal geschätzt. Intensivmediziner und Pflegepersonal empfinden die Kommunikation zwischen ihren

beiden Berufsgruppen und die Wertschätzung der geäußerten Meinung als gut und innerhalb der eigenen Berufsgruppe als noch besser. Die Möglichkeit zur Kommunikation mit Chirurgen und die Wertschätzung durch diese werden durch die Intensivmediziner und noch mehr durch intensivmedizinisches Pflegepersonal als kritisch angesehen.⁸ Die Ursachen für diese sehr verschiedenen Wahrnehmungen sind bisher unklar und scheinen vielfältig zu sein. Häufig finden Gespräche zwischen Patienten und Chirurgen bereits außerhalb der Intensivstation statt, sodass das intensivmedizinische Personal nicht in diese Kommunikation einbezogen ist. Der Inhalt dieser Gespräche wird meist nur unzureichend oder nicht dokumentiert. Gleichzeitig scheinen die verschiedenen Berufsgruppen ein unterschiedliches Verständnis von Prognose zu haben. Während für Chirurgen meist das Abwenden des Todes im Mittelpunkt steht, scheint für Pflegepersonal und Ärzte auf Intensivstationen das Vermeiden von Leiden Hauptaufgabe im Rahmen einer Prognoseabschätzung zu sein.

Wie kann Kommunikation gelernt werden?

Das Erkennen der zentralen Stellung, die Kommunikation im medizinischen Alltag einnimmt, und der damit verbundenen Herausforderungen und Probleme ist ein erster Schritt und spiegelt sich sowohl in der aktuellen Literatur als auch in der Verankerung von Kommunikationskursen in der

studentischen Ausbildung wider. So scheinen schon der bewusste Versuch eines Perspektivwechsels – der Arzt versucht sich in die Rolle des Patienten zu versetzen und typische Rollenverhalten zu durchbrechen –, aber auch die Auseinandersetzung mit nichtmedizinischen, künstlerischen oder philosophischen Welten zu einem besseren Kommunikationsverhalten zu führen.⁹ Gleichzeitig fördert eine proaktive Kommunikation durch medizinisches Personal die Bereitschaft zur als auch die Qualität von Arzt-Patienten-Kommunikation.

Im Rahmen von Kommunikationskursen steht die Vermittlung von Schlüsselfähigkeiten im Vordergrund: das Erkennen von Problemen und dem Umfang, in dem der Betroffene in Entscheidungen einbezogen werden möchte; das Anpassen der Information an die Bedürfnisse des Betroffenen; das Erfragen, ob und inwieweit der Betroffene die Information versteht; den Betroffenen zu Reaktion und Rückfragen ermutigen und die Diskussion von Therapieoptionen, sodass der Betroffene die daraus erwachsenden Konsequenzen versteht. In der englischen Literatur wird dieses Konzept unter dem Mnemonik „VALUE“ zusammengefasst.¹⁰

Tabelle 1: Mnemonik VALUE

Value	Wertschätzen, was die Betroffenen sagen
Acknowledge	Anerkennen von Emotionen der Betroffenen
Listen and ask	Zuhören und gezieltes Nachfragen
Understand	die Betroffenen als Person verstehen
Elicit	die Betroffenen zu Nachfragen ermutigen

Die Kurse sollten im Idealfall auf interaktivem Weg Art und Ursachen der Kommunikationsdefizite zeigen. Mit audiovisuellen Hilfsmitteln oder noch besser mit Schauspielern sollten Kommunikationsmodelle entwickelt und die Schlüsselfähigkeiten trainiert werden. Sinnvoll scheint es, das Training und auch das damit verbundene Feedback in kleineren Gruppen (4-6 Personen) durchzuführen.¹¹ Außer Ausbildung in und Training von Kommunikation sollten auch die räumlichen Möglichkeiten geschaffen werden, Patientengespräche in ungestörtem und die Privatsphäre schützendem Umfeld zu führen. Um die Kontinuität der Kommunikation zu erhalten und Informationsverluste zu vermeiden, sollten Inhalt und Umfang in Abstimmung mit den Betroffenen dokumentiert werden.

Für die interdisziplinäre Kommunikation scheinen Kommunikationsstrategien aus der Luftfahrtindustrie hilfreich.¹² Die Untersuchung von Flugunfällen zeigt, dass Kommunikationsprobleme eine Hauptursache für Abstürze sind. Deshalb versuchen Airlines unter der Überschrift „Crew Resource Management“ Flugzeugbesatzungen entsprechend zu trainieren. Als „Crisis Resource Management“ setzt sich dieses Bewusstsein auch in der Medizin durch. Die dabei vermittelten Konzep-

te versuchen Kommunikation einfacher und klarer zu strukturieren, um so Informationen gezielt weiterzugeben, Verantwortung zu adressieren und den Umgang mit Ablenkung zu trainieren. Einige wichtige Konzepte sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Fachrichtungen als auch für die Qualität der Versorgung bewusst sein und sich bewusst dem Training von Kommunikation stellen. Hilfreich können dabei eine proaktive Kommunikation mit dem Versuch eines Perspektivwechsels, eine mit Hilfe von Checklisten vorstrukturierte Gesprächsführung

„Schweigen ist nicht immer Gold“	<ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksamkeit suchen - Bedenken äußern - Problem darstellen - Lösung anbieten - Zustimmung suchen
SBAR	<ul style="list-style-type: none"> - Situation - Background - Assessment - Recommendation
3 K der Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Klare Anweisung - Klare Aufgabenverteilung - Klare Rückmeldung

Tabelle 2: Konzepte aus Crisis Resource Management

Zwischen den an der Patientenbetreuung Beteiligten sollte eine Kommunikationskultur angestrebt werden, die die freie Meinungsäußerung über Hierarchiegrenzen hinweg ermöglicht. Schritte dazu sind flache Hierarchien, eine gelebte Wertschätzung gegenüber anderen Berufsgruppen und jüngeren Mitarbeitern und die Bereitschaft zum Zuhören. Dazu gehört jedoch auch das Wissen um Grenzen und Probleme interdisziplinärer Kommunikation.

Alle im Gesundheitswesen Tätigen sollten sich der Bedeutung von Kommunikation sowohl dem Umgang mit dem Patienten, mit Vertretern anderer

(„VALUE“) oder die Berücksichtigung von Kommunikationsstrategien zum Beispiel aus der Luftfahrt sein. Die räumlichen Möglichkeiten sollten eine ungestörte, die Privatsphäre schützende Kommunikation ermöglichen. Eine Dokumentation von Umfang und Inhalt kann die Kontinuität wahren und Informationsverlust vermeiden. Außerdem sollte eine Kommunikationskultur angestrebt werden, die die offene, angstfreie und über Hierarchiegrenzen ehrliche Kommunikation ermöglicht.

¹ Shannon C.E., A Mathematical Theory of Communication. The Bell System Technical Journal (1948), Vol 27, 379-423, 623-656.

² Bucka E., Das schwere Gespräch, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2005.

³ Curtis R.J. et al., Missed Opportunities during

Family Conferences about End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. Am J Respir Crit Care Med (2005), 171, 844-849.

⁴ Meyer E.C. et al., Improving the Quality of End-of-Life Care in the Pediatric Intensive Care Unit: Parents' Priorities and Recommendations. Pediatrics (2006), 117, 649-657.

⁵ Schwarze M.L. et al., Surgical „buy-in“: The contractual relationship between surgeons and patients that influences decisions regarding life-supporting therapy. Crit Care Med (2010), 38, 843-848.

⁶ Cassell J., Life and Death in Intensive Care. Temple University Press, Philadelphia 2005.

⁷ Reader T.W. et al., Interdisciplinary communication in the intensive care unit. Br J Anaesth (2007), 98, 347-352.

⁸ Aslakson R.A. et al., Surgical intensive care unit clinician estimates of the adequacy of communication regarding patient prognosis. Crit Care (2010), 14(6), R 218.

⁹ Kutscher P., Den Perspektivwechsel trainieren. Dtsch Arztebl (2008), 105 (26), 1269-70.

¹⁰ Lautrette A. et al., A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. N Engl J Med (2007), 356, 469-478.

¹¹ Maguire P., Pitceathly C., Key communication skills and how to acquire them. BMJ (2002), 325, 697-700.

¹² Brindley P.G., Communication in Crisis: The Importance of 'Verbal Dexterity'. in: Vincent J.-L. (Hsg.), Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine, Springer Verlag, Berlin 2010.

Dr. med. Udo Gottschaldt ist Facharzt für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Leipzig Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie

Medizin und Mitgefühl – Die empathische Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung

von Univ.-Prof. Dr. Maximilian Gottschlich

Kommunikation und Heilen bilden eine untrennbare Einheit. Warum das so ist und wie heilsame Kommunikation gelingen kann, dem sollen die folgenden Überlegungen nachgehen.

Mitgefühl als Kultur des Heilens

Unsere moderne Hochleistungsmedizin ist weithin stumme Medizin – eine stumme Medizin, die kaum Rücksicht nimmt auf die emotionalen und seelischen Bedürfnisse derer, die sich ihr anvertrauen. Der Wunsch der Patienten nach einem Maximum an Information ist wesentlich größer als die Informationsbereitschaft der Ärzte.

Patienten erwarten aber nicht nur ein Höchstmaß an Informationen über Krankheitszustand, Diagnose und Therapieverfahren, sondern sie verlangen auch und vor allem nach emotionaler Zuwendung. Diese emotionale Zuwendung wird ihnen aber häufig verwehrt und dies wirkt sich nachweisbar negativ auf den Krankheitsverlauf und den Heilungserfolg aus. Ärzte sind zwar bereit auf medizinische Fragen zu re-

agieren – wenn diese Fragen seitens der Patienten auch gestellt werden; Ärzte sind aber nicht gewohnt, erstens von sich selbst aus, also ungefragt, ausreichend verstehbare Antworten zu geben, und zweitens mit den gesamten psychischen und sozial-psychischen Begleiterscheinungen eines Krankheitsverlaufs zurechtzukommen. Was wir heute mehr denn je brauchen, ist eine kommunikative Medizin. Grundlage einer solchen kommunikativen Medizin ist das Mitgefühl. Ohne Mitgefühl kann es zwar eine effizienzorientierte Gesundheitsindustrie und medizinische Spitzenforschung geben, nicht jedoch eine Kultur des Heilens. Kommunikative Medizin ist mitfühlende Medizin – also eine Medizin, die besondere Sensibilität für die seelischen und emotionalen Bedürfnisse der Menschen entwickelt.

Die Würde des Kranken

Eine kommunikative Medizin begnügt sich nicht damit, einfach Informationsströme in Richtung des Patienten freizusetzen um damit der rechtlichen Verpflichtung zur Aufklärung Genüge zu tun. Die eigentliche Verantwortung und Chance einer kommunikativen Medizin geht viel weiter: Sie sichert die Würde des Kranken – und damit auch die Würde des Arztes oder Pflegers. Wollte man fragen, worin denn der elementare Anspruch menschlicher Würde zuallererst zum Ausdruck kommt, dann müsste man sagen: im Wort, in der Rede von Angesicht zu Angesicht. Aber nicht in irgendeinem

beiläufigen Wort, nicht in einer Rede, die sich besonderer psychologischer Geschicklichkeit bedient und auch in keiner pädagogischen Rede, die den Anderen beschämt oder in die Pflicht nimmt, schon gar nicht in einer im medizinischen Alltag so beliebten Rede, die den Anderen sich gefügig macht, ihn sich unterwirft, ihn seine Hilflosigkeit spüren lässt, – all dieses Reden macht ja den Anderen zum Objekt, versagt ihm insofern die Achtung und entkleidet ihn damit seiner Würde.

Das wahre Wort nämlich – und hier folge ich dem französischen Philosophen Emmanuel Levinas – das wahre Wort macht den Anderen nicht zum Objekt, sondern löst ihn gerade aus seiner Objektivität und bringt so das verborgene Sein des Anderen – sein Subjektsein – zum Durchschein. Selbst wenn man den Anderen auch nur zum Thema machte, reicht es nicht aus. „Es bedarf der sprachlichen Beziehung, um ihn ‚sein zu lassen‘, dazu achtet ihn die bloße ‚Enthüllung‘, in der er sich als Thema darstellt, nicht genug.“¹ Da ist der andere zwar enthüllt, aber nicht erkannt und schon gar nicht in seinem Patient-Sein anerkannt. Die wahrhaft kommunikative Beziehung verhilft dem anderen also, sich nicht nur nach außen hin als „Thema“, als „medizinisches Thema“ darzustellen, sondern das Sein dahinter, das Selbst des Patienten, das Selbst des Leidenden, ja des Sterbenden erkennbar werden zu lassen.

In dieser sprachlichen Beziehung, der Rede von Angesicht zu Angesicht – nicht von Rolle zu Rolle, sondern von

Existenz zu Existenz – wird Achtung erfahrbar und Würde möglich. Das gilt selbst dort, wo das gesprochene Wort den Kranken nicht mehr erreicht, die Rede verstummt. Denn dann geht es nicht mehr um das Gesagte, dann wird der Eine für den Anderen selbst zum Zeichen, ist er selbst Sagen – wie dies Emmanuel Levinas zutreffend formuliert. Die Aufrichtigkeit, das Wohlwollen, die Achtung – all diese sind nämlich keine Attribute des Sagens – das Sagen vollendet lediglich die Aufrichtigkeit, das Wohlwollen, die Achtung, die sich mit dem Geben vereinen muss. In der Aufrichtigkeit, im Wohlwollen, in der Achtung und Anerkennung, die der Arzt, der Pfleger, die Pflegerin noch vor allem Gesagten selbst sind, geben sie sich dem bedürftigen Anderen hin, verströmen sie sich an ihn. Da bedarf es dann keiner Worte mehr, keines Gesagten. Mit-Teilung wird dann zu einem Mit-Sein in umhüllender Liebe.

Wer so die Würde des anderen zum Motiv seines Handelns macht, der nimmt den Anderen in seinen kommunikativen, in seinen emotionalen und schließlich auch seinen spirituellen Bedürfnissen ernst. Das ist ein moralischer Anspruch für jede unserer Begegnungen miteinander. Das gilt im Besonderen aber für die Begegnung mit leidenden, hilfsbedürftigen Menschen, deren Möglichkeiten der Selbstbestimmung durch Krankheit und Alter beschränkt sind. Sie sind existenziell auf Kommunikation angewiesen. Im Zustand der Ohnmacht, des Kontrollverlustes, des Bewußtseins der Endlichkeit des Seins ist das einzige, das bleibt

das Gehalten–Werden in Kommunikation, die Begegnung im Wort. Denn der Mensch, so brachte es der Psychologe Max Picard auf den Punkt, wird mehr durch das Wort als durch alles andere bestimmt, er hängt mehr mit dem Wort zusammen als mit seiner Gestalt. „Hat der Mensch das Wort nicht mehr, in welchem die Wahrheit ist und welches das Da-sein erzeugt, so wird die Gestalt zur bloßen Erscheinung“ (Max Picard) Indem ich den Anderen anerkenne, kann er sich als da-seiend empfinden.

Folgt man den Ergebnissen der noch recht jungen Fachdisziplin der Psycho-Neuro-Immunologie wird deutlich: Psychische Zustände, wie Stress, Trauer, Einsamkeit, Enttäuschungen, seelische Spannungen und Depressionen schwächen die körpereigenen Abwehrkräfte, während Freude, Zufriedenheit, Entspannung, das Gefühl der Sinnerfüllung eigenen Tuns, das Gefühl aber auch geliebt und geachtet zu werden, diese Abwehrkräfte stärken. Man könnte sagen: Kommunikation ist gleichsam der emotionale und seelische „Treibsatz“ für die Aktivierung der T-Lymphozyten und der Antigene.

Das belegt auch die neuere Gehirnforschung: Sie hat festgestellt, dass es neuronale Systeme gibt, so genannte Spiegelneuronen, die es uns ermöglichen spontan und unwillkürlich in uns jene Gefühle zu rekonstruieren, die wir beim Mitmenschen wahrnehmen. Solche Spiegelneurone sind die neurophysiologische Basis dafür, dass wir den Gefühlszustand eines anderen intuitiv verstehen können.

Umgekehrt brauchen der Mensch und insbesondere der Kranke die Erfahrung verstehender Resonanz. Der Mensch und insbesondere der kranke Mensch muss sich in seiner emotionalen Befindlichkeit im Anderen widergespiegelt finden. Das ist nicht nur ein fundamentales soziales Bedürfnis, sondern auch – wie die Gehirnforschung zeigen konnte – ein elementares biologisches Bedürfnis, ohne das wir letztlich gar nicht leben könnten. Wenn ein Mensch auf Dauer keinerlei Resonanz der Mitwelt auf die eigenen Gefühle erhält, dann wird er krank. Wir alle brauchen diese Resonanz der Mitwelt auf unsere eigenen Gefühle. Der Mensch bedarf der spiegelnden Wahrnehmung durch die Umwelt, um sich orientieren zu können. Fehlt dieses Orientierungssystem, führt dies zu krankmachendem Stress, und chronischer Stress ist ein Krankheits- und Selbsterstörungsprogramm.

Deswegen brauchen wir eine kommunikative, mitfühlende Medizin – eine Medizin, die auch auf die Kraft des anteilnehmenden, mitfühlenden Wortes setzt. Deswegen muss alles dazu getan werden, die Patienten aus dem Zustand krankmachenden Schweigens, aus dem Zustand der Orientierungsnot und der Hilflosigkeit in den Krankenhäusern zu „erlösen“. Das kann nur mit dem mitfühlenden Wort gelingen. Denn Worte sind eben nicht nur flüchtige Lautbildungen ohne weitere Folgen beim Hörenden, sondern Worte aktivieren im Hörer Handlungsideen und aktivieren Körpergefühle. Auch das hat mit den Spiegelneuronen

zu tun: Worte können über den Spiegelmechanismus im Hörenden Handlungs- und Empfindungsvorstellungen erzeugen, sodass das, was wir einem Menschen sagen, eine massive suggestive Wirkung entfalten und sein Befinden – positiv oder negativ – beeinflussen kann.

Zwei Drittel aller einschlägigen Studien, die sich in den vergangenen vierzig Jahren mit der Frage eines heilsamen Effekts positiver Kommunikation auseinandersetzten, konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen Kommunikationsqualität und Gesundheitszustand nachweisen. Sowohl besonders intensive Kommunikation über das Krankheitsbild als auch über den Behandlungsplan beeinflussen deutlich und nachhaltig die jeweiligen Symptome, wie Blutdruck, Blutzucker und Schmerzen.

Im Vergleich verschiedener Betreuungsmethoden bei Brustkrebspatientinnen zeigte sich: Jene Gruppen mit einer guten kommunikativen Betreuung wiesen über einen Beobachtungszeitraum von 12 Monaten einen wesentlich besseren psychischen und physischen Gesundheitszustand auf als die anderen Gruppen. Jene Patientinnen, die kommunikativ nicht gut betreut wurden, litten unter Depressionen, Angstzuständen und hatten noch ein Jahr nach der Operation diesen Eingriff nicht verkraftet.

David Spiegel von der medizinischen Fakultät der Universität Stanford konnte Ende der 1980er Jahre zeigen, dass Patientinnen mit metastierendem Brustkrebs, die sich ein Jahr lang ein-

mal pro Woche für neunzig Minuten zum Gedankenaustausch trafen und füreinander Fürsorge und gegenseitiges Verständnis entwickeln konnten, im Durchschnitt doppelt so lange überlebten wie Frauen in der Kontrollgruppe, die nicht auf diese Erfahrungen einer Selbsthilfegruppe zurückgreifen konnten. Keine der Frauen der Vergleichsgruppe lebte noch nach fünf Jahren, hingegen alle Frauen, die an den Gruppentreffen teilgenommen hatten.²

Ähnlich beeindruckende Ergebnisse erbrachten Studien an der medizinischen Fakultät der Universität von Los Angeles. Melanompatientinnen, die an einer nur sechswöchigen psychologischen Gruppentherapie teilnahmen, wiesen sowohl eine verbesserte emotionale Befindlichkeit auf als auch eine, im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne psychotherapeutische Begleitung erhöhte Zahl und Aktivität der natürlichen Killerzellen. Diejenigen Melanompatientinnen, die an der Gruppentherapie teilgenommen hatten, erlitten – so konnten die Autoren in einer Nachfolgestudie 5-6 Jahre nach der Intervention zeigen – mit höherer Wahrscheinlichkeit kein Rezidiv und überlebten ihre Krebskrankheit länger.³ Ein bewusstes Eingehen auf die extreme Stresssituation von Krebspatienten reduziert deren psychologisch mitbedingte Morbidität.

Umgekehrt deutet alles darauf hin, dass psychische Stressfaktoren wie Depression, Angst, Verzweiflung und soziale Isolation zu einem schnelleren Auftreten eines Tumorrezidivs beitragen.

„Vermehrte Verdrängung negativer Emotionen und ausgeprägte Hilf- und Hoffnungslosigkeit angesichts einer Krebserkrankung erweisen sich in den meisten der hierzu durchgeführten Studien in signifikantem Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko, an Krebs zu sterben“ stellen die beiden Innsbrucker Psychoneuroimmunologen Schubert und Schüssler fest.

Eine amerikanische Forschergruppe an der Johns Hopkins Universität in Baltimore führte ein Video-Experiment durch, bei dem unterschiedliche ärztliche Kommunikationsstile von Brustkrebspatientinnen bewertet werden mussten. Und es zeigte sich, dass ein Arzt dann als mitfühlend wahrgenommen wird, wenn er deutlich merkbar auf den emotionalen Zustand der Patientin verbal eingeht. Dazu reichen, wie in diesem Experiment gezeigt werden konnte, schon vierzig Sekunden!

Ein mitfühlender Kommunikationsstil des Arztes senkt also deutlich das Angstniveau der Patientinnen. „Angst“ ist daher auch eine Funktion des empathischen Kommunikationsvermögens des Arztes: Mitgefühl reduziert Angst.

Existenzielle Kommunikation

Was verstehe ich unter existenzieller Kommunikation? In der existenziellen Kommunikation geht es primär um das Selbst des Patienten. Das sanative Potential ärztlicher Kommunikation bemisst sich an der Fähigkeit des Arztes das Selbst des Patienten zu verstehen. Das Selbst ist die Quelle und Grundla-

ge der psychischen Individualität eines Menschen, sein So-Sein, in dem seine Erfahrungen, Erwartungen, Wünsche, Sehnsüchte und Ängste aufgehoben sind. Das Selbstkonzept ist gleichsam ein verborgener Plan, der zu Rate gezogen wird, um sich in der Situation der Krise und existenziellen Entscheidung selbst zu verstehen. Es bestimmt das Verhalten des Menschen, organisiert seine Wahrnehmung und sein Erleben. Deswegen ist es so wichtig, das Selbst des anderen, das Selbst des Patienten zu verstehen.

Carl R. Rogers, der Begründer der klientenzentrierten Gesprächstherapie, hat klar gemacht, dass es nicht darum geht dass *wir* den Anderen verstehen, sondern, dass es zunächst darauf ankommt, den Anderen von *seinem* Standpunkt aus zu verstehen, also zu verstehen, was dem Anderen die Aussage bedeutet. Das setzt zweierlei voraus: erstens den Verzicht auf sofortige Klassifizierung und Bewertung des Anderen; und zweitens die Bereitschaft, sich durch die Aussage des Anderen verändern zu lassen. Das ist der entscheidende Schlüssel zur mitfühlenden Kommunikation. Wer einen Anderen wirklich zu verstehen sucht, geht bewusst das Risiko ein, vom Anderen verändert zu werden. In der Situation existenzieller Kommunikation fallen die Masken und werden alle imageerhaltenden Rituale obsolet.

Den Anderen wirklich zu verstehen, heißt also ihn nicht von unserem eigenen Standpunkt aus verstehen zu wollen – sondern den Anderen von seinem Standpunkt aus zu verstehen,

hinter seinen Worten, öfter noch hinter seinem Schweigen, den seelischen Zustand, der sich hinter dem Schweigen verbirgt, zu erschließen.

Darin steht der empathische Arzt zum Patienten in einer Beziehung der Diakonie – man könnte auch sagen: in einer Beziehung der Solidarität. Diese Solidarität zwischen Arzt und Patient speist sich aus der tiefen Einsicht in die existenzielle Bedürftigkeit und Verwundbarkeit des Menschen. Sie speist sich aus der Einsicht, dass auch der Arzt Krankheit und Leiden in sich trägt und darin dem äußeren Patienten ähnlich ist.

Ich als Arzt bin genauso verwundbar, wie du als Patient. Wir beide, du und ich, sind Leidende im Leben wie im Sterben. Aus dieser Einsicht existenzieller Ähnlichkeit zwischen Arzt und Patient entsteht jene besondere Solidarität – eine Solidarität der Verletzten und der Verletzbaren. Der Arzt erkennt sich wieder im Patienten und der Patient sieht sich im mitfühlenden Antlitz des Arztes erkannt, anerkannt und verstanden. Aus diesem tiefen Gefühl der Solidarität schöpft der Arzt – schöpfen wir alle – die Kraft zum Mitgefühl, die Kraft zur empathischen Kommunikation.

Und dann, wenn dies gelingt, vermag auch das Wort des Arztes für den Patienten eine neue Wirklichkeit hervorzubringen: eine Wirklichkeit, in der die lähmende Sprachlosigkeit, in der das lähmende Gefühl der Sinnlosigkeit und der Hoffnungslosigkeit überwunden ist – und Heil und Heilung möglich werden können. Diese, das Leid

transzendierende Kraft empathischer Kommunikation eröffnet also einen neuen Raum des Selbst-Sein-Könnens. Dieses kommunikative Klima mitfühlender Solidarität verhilft dazu, die existenziellen Ängste zu vermindern, jene existenziellen Ängste, die dem für die Selbsterkenntnis und Sinnfindung notwendigen Prozess des Wahrhaftig-Werdens-Könnens entgegenstehen. Das ist eine genuin kommunikative Aufgabe, denn die Wahrheit hat dialogischen Charakter: Die eigene Wahrheit lässt sich nur im Dialog mit der durch den Anderen vermittelten Wahrheit finden.

Vor dem Hintergrund der Sinnproblematik menschlicher Existenz eröffnet sich für das ärztliche Begleiten – oftmals das Begleiten bis zum Ende – nochmals eine neue Dimension solidarischer Beziehung zwischen Arzt und Patient, zwischen Betreuer und Betreutem. Aus dieser doppelten Solidarität, der Solidarität der um Sinnfindung Ringenden und der Solidarität der Verletzten und Verletzbaren, bezieht das Wort von Angesicht zu Angesicht, das Wort, das der Arzt, das die betreuende Person selbst sind, seine Heil stiftende, seine therapeutische Kraft. Diese Kraft des Wortes ist es, die Schmerz und Leid, qualvolle Angst und dunkle Verzweiflung trotz ihrer Unerbittlichkeit zu verwandeln vermag. Und dann kann es geschehen, dass etwas von dem Heil zum Durchschein kommt, nach dem sich alle, Gesunde wie Kranke, Zeit ihres Lebens sehnen.

¹ Emanuel Levinas, Totalität und Unendlichkeit, Albert Karl ²2002, S. 95.

² David Spiegel et al., Effects of Psychological Treatment on Survival Patients with Metastatic Breasts Cancer, in: Lancet, Vol. 334, Okt. 1989, S. 889-891.

³ Vgl. Christian Schubert und Gerhard Schüssler, Empirische Befunde der Psychoimmunologie, in: Thure von Uexhüll und R. Adler (Hrsg.), Psychosomatische Medizin, Münschen 2003, S. 145-160.

Dieser Text wurde uns freundlicherweise von Herrn Prof. Gottschlich zur Verfügung gestellt. Er ist eine von uns für das MERKblatt gekürzte Version des Textes, der in dem Buch Medizin und Mitgefühl, Hrsg. Dr. Klaus-Dieter Platsch, Norderstedt 2010, erschienen ist. Eine ausführliche Darstellung der Gedanken mit zahlreichen Forschungsbeispielen zur Arzt-Patienten-Kommunikation sowie Vorschläge zur Entwicklung einer neuen medizinischen Kommunikationskultur gibt der Autor in seinem Buch: Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation, Böhlau Verlag Wien – Köln – Weimar 2007. Ferner finden sich unter www.forumgottschlich.blogspot.com weitere Informationen zu dieser Thematik.

Univ.-Prof. Dr. Maximilian Gottschlich ist Professor für Publizistik- und Kommunikationswissenschaften an der Universität Wien. Zuletzt ist von ihm erschienen: Versöhnung. Spiritualität im Zeichen von Thora und Kreuz. Spurensuche eines Grenzgängers, Böhlau Wien-Köln-Weimar 2008.

Klinische Ethikberatung – Ein Überblick

von Dr. med. Andreas Linsa, M.Mel.

Geschichte

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges empfahl die Catholic Hospital Organization in den USA in „Ethical and Religious Directives“ die Einrichtung ethischer Beratungsgremien, um auf diese Weise vor dem Hintergrund eines zunehmenden Wertepluralismus religiös begründeten Moralauffassungen stärkeres Gehör zu verschaffen und zugleich eine Möglichkeit der Reflexion der sich erweiternden medizinischen Handlungsmöglichkeiten zu bieten. Zentrale Anliegen der katholischen Kirche waren dabei sowohl die Diskussion problematischer Situationen des Lebensanfangs (Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation) als auch des Lebensendes (Sterbehilfe). In der Folge kam es in den USA der 1950er Jahre zur Bildung erster Klinischer Ethikkomitees (KEK) durch konfessionelle Krankenhausträger. Probleme der Verteilungsgerechtigkeit knapper Behandlungsressourcen trieben diese Entwicklung in der Folge voran. So wurde Anfang der 1960er Jahre in Seattle ein Gremium gegründet, welches Entscheidungen zur Patientenauswahl für die Nierenersatztherapie zu treffen hatte. Dieses Gremium wurde seinerzeit bezeichnenderweise „Life and Death Committee“ oder gar „God Committee“ genannt – Titel, welche die Tragweite und Konfliktrichtigkeit der hier zu treffenden Entscheidungen ein-

drucksvoll erhellten.¹ Ein besonderer Impuls zur Institutionalisierung Klinischer Ethikberatung ging vom Rechtsstreit über die Behandlung der Karen Ann Quinlan aus. Das angerufene Gericht empfahl die Einschaltung eines Ethikkomitees. In der Folge schlossen sich in anderen Fällen weitere Gerichte dieser Empfehlung an, sodass ab Ende der 1970er Jahre eine Verbreitung Klinischer Ethikkomitees in den USA einsetzte. Seit 1992 ist eine Struktur zur Handhabung ethischer Konflikte für alle amerikanischen Krankenhäuser Voraussetzung ihrer Akkreditierung.

In Deutschland und Europa verlief die Einrichtung Klinischer Ethikkomitees im Vergleich dazu deutlich verzögert. Der entscheidende Anstoß ging auch in Deutschland von den Kirchen aus: Im Jahre 1997 gaben der Deutsche Evangelische Krankenhausverband und der Katholische Krankenhausverband Deutschland e. V. gemeinsam den Bericht „Ethik-Komitee im Krankenhaus“ heraus, in dem die Einrichtung derartiger Gremien zur Besprechung von Einzelfällen angeregt wird, um „nach bestem Wissen und Gewissen im gemeinsamen Diskurs die relativ beste Lösung zu finden“². Einen weiteren Anstoß erhielt die Einrichtung klinischer Beratungsstrukturen in Deutschland vom seit dem Jahr 2000 gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsmanagement der Krankenhäuser, in dessen Rahmen mehr und mehr Kliniken Qualitäts-

siegel externer Zertifizierungsstellen anstreben. In diesem Zusammenhang werden Maßnahmen zur „Berücksichtigung ethischer Problemstellungen im Krankenhaus“ gefordert. Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer veröffentlichte im Jahre 2006 eine Stellungnahme „zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten“ und forderte darin zur Implementierung Klinischer Ethikkomitees „und anderer klinischer Ethikberatungsstrukturen ... als praxisrelevanten Beitrag zur besseren Versorgung von Patienten“ auf.³

Argumente für die Implementierung Klinischer Ethikberatung in der Gegenwart

Aktuelle wissenschaftliche, (medizinisch-)technische, gesellschaftliche oder wirtschaftliche Entwicklungen haben dazu geführt, dass traditionelle Formen der Zusammenarbeit im Krankenhaus und des Verhältnisses zum Patienten als zunehmend weniger tragfähig erlebt werden. Von neuen Konfliktlösungsstrategien der medizinischen Ethik werden Lösungsansätze der aktuellen Probleme erwartet:

1. Der medizinische Fortschritt konfrontiert mit der Notwendigkeit auch unter ethischen Gesichtspunkten immer komplexer werdender Entscheidungen. Hierbei spielen etwa Fragen der Therapiebegrenzung bei unheilbar kranken Menschen oder der gerechten Allokation knapper Heilmittel eine Rolle.

2. Im Spannungsfeld zwischen medizinischer Fürsorge und wachsender Aufmerksamkeit für die Patientenautonomie kommt es, etwa im Zusammenhang mit der Notwendigkeit stellvertretender Entscheidungen oder der Ermittlung des mutmaßlichen Willens, zu juristischen und ethischen Problemen, die einer Lösung bedürfen, die ohne multidisziplinäre Kompetenzen nicht denkbar erscheint.

3. Der wachsende Wertepluralismus sowohl bei Behandelnden als auch bei Patienten führt zu unterschiedlichen Wahrnehmungen und Urteilen, die ein Forum benötigen, in dem sie kommuniziert werden können.⁴

In den aufgezeigten Problemfeldern gegenwärtiger klinischer Tätigkeit kann eine geregelte ethische Reflexion die Erarbeitung von Konfliktlösungsstrategien ermöglichen und die Behandler damit entlasten. Die entscheidende Neuerung gegenüber herkömmlichen Mustern der Entscheidungsfindung auf den Stationen besteht dabei in der strukturierten Diskussion, d. h. dem moderierten Gespräch, über ethische Argumente und Handlungsalternativen.⁵

Praxis ethischen Entscheidens in der Klinischen Ethikberatung

Klinische Ethikkomitees werden moralische Urteile gewichten und auf den Einzelfall beziehen. Das sollte aus multiprofessioneller und interdisziplinärer Sicht erfolgen.⁶ KEK werden also (ca. 7-20) Mitglieder unterschiedlicher Berufsgruppen und Fachgebiete an-

gehören: Sie kommen aus dem ärztlichen, dem pflegerischen und Verwaltungsbereich, dem Sozialdienst, ferner sollte ein Jurist, ein Seelsorger und ein aufgeschlossener Laie mitwirken, der nicht Fachwissen, sondern „gesunden Menschenverstand“ einbringt. Wesentliches Merkmal ihrer Arbeitsweise sind konsensorientierte Verfahren, mit denen in Dilemmasituationen Entscheidungen der Entscheidungsträger vorbereitet werden. Die zu treffende Entscheidung verbleibt bei den für die Behandlung Verantwortlichen, wird diesen nicht abgenommen, sie wird im günstigsten Fall aber eine möglichst qualifizierte und von allen Beteiligten getragene.⁷ In der Praxis sollte bei der Mitteilung eines Votums großer Wert auf die ausdrückliche Betonung der Freiwilligkeit seiner Befolgung gelegt werden.⁸ Weiterhin sollte in der Leitung eines KEK Professionalität sichergestellt sein. Der Vorsitzende sollte also eine im Fachbereich Ethik kompetente Persönlichkeit sein, die die nötigen Instrumente einer professionellen Moderation beherrscht und für die medizinischen, pflegerischen und ökonomischen Fragestellungen offen ist.

Die Beachtung der Gleichheit der Gesprächspartner ist eine vorrangige Aufgabe des Moderators der KEK, ihr kommt angesichts des hierarchisch strukturierten Krankenhauses eine besondere Bedeutung zu.⁹ Dazu ist es hilfreich, wenn innerhalb der einzelnen Berufsgruppen unterschiedliche Hierarchieebenen vertreten sind. Es war eine der wesentlichen Erkenntnisse des DFG-Projektes „Ethik und

Organisation“, dass Hierarchien für die Thematisierung ethischer Problemlagen untauglich sind, sodass das Anerkennen dieses Umstandes als eine „Eintrittsbedingung der Komitees“ gelten muss. Die Bedingung eines als erfolgreich erlebten ethischen Diskurses ist insofern „eben nicht das engagierte Vertreten eines für richtig erachteten Arguments ..., sondern umgekehrt gerade der Verzicht darauf. Sich als irritierbar, als von der Situation beeinflussbar zu präsentieren, kennzeichnet den idealen Teilnehmer an einer Sitzung des Ethikkomitees.“¹⁰

Aufgaben

Als Aufgaben Klinischer Ethikberatung gelten:

- „1. Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Sensibilisierung der Mitarbeiter für Fragen der Ethik,
2. individuelle ethische Fallbesprechungen und
3. die Erarbeitung von Ethikleitlinien für die Institution.“³

Für die Fortbildung bieten sich dabei eine Vielzahl von Themen an, die im Rahmen fachspezifischer Fortbildungen kaum angesprochen werden, zu denen jedoch ein erheblicher Informationsbedarf besteht. Dazu gehören Fragen der Sterbehilfe und ihrer moralischen und juristischen Bewertung, Sterbebegleitung, Umgang mit Patientenverfügungen, Therapiebegrenzung auf Wunsch des Patienten oder gegen den Wunsch von Angehörigen, Fortführung oder Begrenzung von künstlicher Ernährung u. a. m.

Individuelle ethische Fallbesprechungen stellen die zentrale Aufgabe Klinischer Ethikberatung dar. Sie kann prospektiv während des noch bestehenden Konflikts erfolgen und dann zur Lösungsfindung im konkreten Fall dienen. Retrospektive Falldiskussionen sollen den stattgehabten Behandlungs- und Entscheidungsverlauf rekonstruieren, hinterfragen und ggf. Handlungsalternativen erarbeiten. Sie dienen so dem Lernen für künftige vergleichbare Fälle. *Ethikleitlinien* können als Orientierungshilfe insbesondere in häufig wiederkehrenden Konfliktsituationen dienen und werden insbesondere dann erstellt werden, wenn wiederholt Voten zu ähnlichen Fragestellungen abgegeben wurden. Zahlreiche Krankenhäuser haben derartige Leitlinien inzwischen etabliert.

Organisationsformen

In der Vergangenheit haben sich unterschiedlich strukturierte Formen Klinischer Ethikberatung herausgebildet.¹¹ Das in Deutschland am häufigsten anzutreffende Klinische Ethikkomitee kann dabei sowohl nach dem Expertenmodell separat beraten und „unter sich“ bleiben, es kann dem Delegationsmodell folgen, sodass ein Rat suchender Delegierter des Stationsteams in die KEK-Sitzung eingeladen wird und sich dort an der Lösungsfindung beteiligt als auch im Sinne des Prozessmodells auf der Station beraten und dort mit den Beteiligten und Betroffenen einen gemeinsamen Beratungsprozess durchlaufen. Andere Prozessmodel-

le sind Ethik-Fallbesprechungen auf den Stationen durch geschulte Moderatoren, die selbst nicht dem KEK angehören, mit diesem aber in enger Verbindung stehen sowie der Ethik-Liaisondienst oder Ethik-Konsile, bei denen klinische Ethiker entweder an den regelmäßigen Visiten teilnehmen oder im Bedarfsfall auf die Station gerufen werden. Schließlich gibt es eine Reihe offener und flexibler Institutionalierungsformen, die sich vor allem für Weiterbildung, Sensibilisierung und retrospektive Fallbesprechungen, weniger die prospektive Kasuistik, eignen und ggf. auch neben einem KEK bestehen können. Insgesamt lässt sich in jüngster Zeit hinsichtlich der verschiedenen Strukturformen ein Trend hin zur mobilen Ethikberatung „vor Ort“, d. h. im Behandlungsteam, feststellen.¹²

Gefahren

Klinische Ethikberatung kann auch mit Gefahren verbunden sein.¹³ Wenn sie etwa als Ersatz ärztlicher Entscheidungen fungiert, kann sie Arzt und Patient schaden: dem Arzt, weil seine Kompetenz beschnitten wird, vor allem aber dem Patienten, weil über ihn hinweg etwas empfohlen wird, wozu dem Empfehlenden der Sachverstand fehlt. Klinische Ethikberatung darf sich also nicht als Korrektiv verstehen, sondern muss versuchen, „dem Kliniker durch ein entsprechendes Informationsangebot und Systematisierung der Argumente nicht mehr als eine Entscheidungshilfe anzubieten, die es

dem Behandlungsteam erleichtert, in eigener Verantwortung eine Konsensentscheidung zu fällen.“ Weiterhin darf Ethikberatung sich nicht als Moderation missverstehen, „weil Moderation grundsätzlich auch ohne Ethik, ja im Grunde auch ohne Beratung erfolgen kann.“ Ethikberatung ist nicht mit Psychotherapie zu verwechseln, zumal moralische Konflikte sich nicht auf Kommunikations- oder interpersonelle Konflikte reduzieren lassen. Der Tübinger Philosoph Paulus Liening hat hierfür den Ausdruck der „Wohlfühlethik“ geprägt. Schließlich wird vor der Vermittlung „moralischer Feiertage“ durch die Existenz von Ethikkomitees gewarnt, die dann drohe, wenn all das, „womit man selbst sich als peinigendes moralisches Problem ... nicht mehr beschäftigen will“ auf das Ethikkomitee abgeschoben werde. Dieses dürfe also nicht auf sich ziehen, was „in einer Institution ... nur in Mitverantwortung gelöst werden“ könne.¹⁴

¹ Andreas Frewer, Ethikkomitees zur Beratung in der Medizin. Entwicklung und Probleme der Institutionalisierung. In: Frewer, Andreas/Fahr, Uwe/Rascher, Wolfgang (Hrsg.), Klinische Ethikkomitees. Chancen, Risiken und Nebenwirkungen., Würzburg 2008, S. 47-74.

² Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V., Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (Hrsg.): Ethik-Komitee im Krankenhaus. Freiburg, 1997.

³ Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer, Ethikberatung in der klinischen Medizin. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten, in: Deutsches Ärzteblatt 103 (2006), S. A1703-A1707.

⁴ Wolfgang Heinemann, Klinisches Ethikkomitee. Ein Beratungsinstrument für wertorientierte Unternehmen im Gesundheitswesen, Köln

2007, S. 4-14.

⁵ Andrea Dörries, Ethik im Krankenhaus, in: Dörries, Andre/Neitzke, Gerald/Simon, Alfred/Vollmann, Jochen (Hrsg.), Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch, Stuttgart 2008, S. 13-23.

⁶ Christof Müller-Busch, Zur Behandlung von ethischen Problemen und Konflikten in der Palliativmedizin, in: Zeitschrift für Palliativmedizin 3 (2002), S. 70-76.

⁷ Thomas Klie, Gesetzliches Vertretungsrecht für Angehörige. Betreuungsrechtliche Praxis 11 (2002), S. 91-96.

⁸ Jochen Vollmann, Implementierung einer klinischen Ethikberatung, in: Dörries et al. (Hrsg.), a.a.O., S. 116-144.

⁹ Arnd T. May, Ethische Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis. Die Rolle des klinischen Ethikkomitees, in: Ethik in der Medizin 16 (2004), S. 242-252.

¹⁰ Reiner Anselm, Common-Sense und anwendungsorientierte Ethik. Zur ethischen Funktion klinischer Ethikkomitees, in: Frewer et al. (Hrsg.), a.a.O., S. 29-46.

¹¹ Gerald Neitzke, Aufgaben und Modelle von klinischer Ethikberatung, in: Dörries et al. (Hrsg.), a.a.O., S. 58-75.

¹² Jochen Vollmann, Klinische Ethikkomitees und Ethikberatung in Deutschland: Bisherige Entwicklung und zukünftige Perspektiven, in: Bioethica Forum 1 (2008), S. 33-39.

¹³ Giovanni Maio, Braucht die Medizin klinische Ethikberater?, Deutsche Medizinische Wochenschrift 127 (2002), S. 2285-2288.

¹⁴ Matthias Kettner, Klinische Ethikkomitees: Chancen, Risiken und Nebenwirkungen. Perspektiven der Erlanger Podiumsdiskussion, in: Frewer et al. (Hrsg.), a.a.O., S. 181-201

Dr. Andreas Linsa ist Facharzt für Neurologie am Carl-Thiem-Klinikum gGmbH Klinik für Neurologie.

Begegnen – Besuchen – Begleiten Seelsorge im Krankenhaus – einige Aspekte

von Diakon Reinhard Feuersträter

Welchen Auftrag die Krankenhauseelsorge hat und was sie leisten kann und soll, unterliegt einer ständigen Veränderung: sowohl im sich wandelnden Anforderungsprofil des Gesundheitswesens, als auch im sich daraus ergebenden Selbstverständnis der Krankenhauseelsorge selbst. Demzufolge hat sich gerade in den letzten Jahrzehnten das Erwartungs- und Anforderungsprofil erheblich verändert. Auch heute kommen der Seelsorge im Krankenhaus neue Aufgaben zu, die – und das nicht nur in kirchlichen Krankenhäusern – einen erheblichen Einfluss auf Arbeitsweise und Aufgabenstellungen haben. Einige Aspekte, und das auch nur in Ausschnitten, sollen hier benannt sein.

Wandel im Selbstverständnis der Krankenhauseelsorge

Während über viele Jahrzehnte hinweg Seelsorge im Krankenhaus zunächst eher allein die Seelsorge an den Kranken im Blick hatte und dabei von katholischer Seite die Sakramentspendung und von Seiten der Evangelischen Kirche der Verkündigungsdienst dominierte, veränderte sich dies in den 1970er Jahren, indem Gedanken- gut der humanistischen Psychologie in ihr Wirken aufgenommen wurde. Ein wichtiger Wegweiser dafür ist die sich in diesen Jahren etablierende klinische Seelsorgeausbildung für die Krankenhauseelsorge in Deutschland. Aus der Sicht der Krankenhauseelsorge heute steht nun das Stichwort „Begleiten“ als Schlüsselwort für die Arbeit.

Neue Handlungsfelder

Zudem erwachsen und erwachsen der Seelsorge immer weitere Aufgaben-

stellungen, sodass aus der ursprünglichen Krankenseelsorge eine Krankenhauseelsorge wurde. Gegenwärtig kann die Herausforderung zur Profilierung der Krankenhauseelsorge an drei Säulen festgemacht werden die zu neuen Handlungsfeldern führen:

Menschen in Krankheit, Sterben und Trauer begleiten

Die persönliche Begleitung von Patientinnen und Patienten ist und bleibt für die Seelsorge im Krankenhaus fundamentale Aufgabe. Krankenhauseelsorge begegnet Menschen in Grenzsituationen ihres Lebens. Krankheit ist in der subjektiven Sichtweise des Betroffenen immer eine Krisensituation, durchbricht sie doch den bisher „geordneten“ eigenen Lebensentwurf. Die Auseinandersetzung mit Leiden, Schmerzen, Verlust der eigenen Kräfte, bis hin zu Sterben und Tod, stellen Einschnitte dar, die den bisherigen Lebensweg ins Wanken oder sogar zu

Fall bringen. Auch wenn sich unter den veränderten Bedingungen von immer kürzeren Verweildauern die Begleitung im Krankenhaus auf wenige und manchmal sogar nur eine einzige Begegnung reduziert, so hat sie dennoch nicht an Notwendigkeit verloren. Oftmals setzen sich heute Begleitungen auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus fort, worin eine neue Herausforderung für die Seelsorge liegt. Bedingt auch durch unsere älter werdende Gesellschaft, kommen zudem neue Fragestellungen hinzu. Beispielhaft sei genannt, dass immer mehr Menschen keine Angehörigen mehr haben oder diese selbst bereits so alt und auch krank sind, dass sie durch die eigene Familie nicht versorgt werden könnten und direkt vom Krankenhaus in Kurzzeit- und Pflegeeinrichtungen verlegt würden. Welche hohe emotionale Belastung dies darstellt, wird sich jeder vorstellen können. Eine persönliche Begleitung brauchen aber nicht nur die Patientinnen und Patienten, sondern oft auch die Angehörigen. Angesichts lebensbedrohlicher Krankheiten leiden verständlicherweise auch die Angehörigen und Freunde unter einer großen, oft nicht zu bewältigenden Belastung. Ängste, Ohnmacht, Überforderung, der Wunsch nach gegenseitiger Schonung und unerledigte Konflikte können die Beziehung und den Kontakt erschweren. Oft können Angehörige schwerer mit der Situation umgehen als der Kranke selbst. Die Kommunikation zwischen Ihnen wird erschwert, bleibt in alltäglichen „Belanglosigkeiten“ stecken oder bricht sogar ganz ab.

Seelsorge lässt die Menschen nicht allein, sondern ist in diesen Situationen da und bietet ihnen menschliche und spirituelle Zuwendung, Begleitung und Stärkung an. Das geschieht hauptsächlich durch Besuche (aufsuchend in den Stationen oder nach einem Ruf durch ärztliches und pflegerisches Personal) und dem Angebot von Gesprächen und – wo das Gespräch nicht möglich ist – auch im Angebot „einfach da zu sein“, Nähe zu bringen. Die Gespräche unterliegen der Schweigepflicht, wenn Betroffene nicht selbst diese Schweigepflicht auflösen, sind frei und werden nicht diagnostisch verwertet. Seelsorgerinnen und Seelsorger sind, so könnte man etwas überzogen sagen, die einzigen Mitarbeiter im Krankenhaus, die ein Patient ohne Konsequenzen abwehren und verweigern kann. Darin liegt auch eine große Chance für beide, denn sie gibt der Begegnung die nötige Freiheit der Entscheidung. Seelsorge geschieht im Zwischenraum all dessen, was zwischen Einweisung, Diagnosestellung, Behandlung und Entlassung vorkommt in Bezug auf die persönlichen Befindlichkeiten des Patienten und der Angehörigen. So beziehen sich die seelsorglichen Gespräche nicht immer nur auf die Krankheit, sondern sind oft biographisch orientiert. Auffallend häufige Themenbereiche sind Verlusterlebnisse und Trauerverarbeitung, aber auch Familien- und Partnerschaftsprobleme, finanzielle Fragen und in wenigen Fällen auch Einstellungen in Bezug auf spezifisch kirchliche oder theologische Themen. Häufig kreisen Gespräche aber auch

um Sinnfragen und Spiritualität. Wobei Spiritualität nicht mit Religiosität zu verwechseln ist. Spiritualität könnte dabei umschrieben werden als die lebendige Beziehung eines Menschen zu dem, was sein Leben trägt, kräftigt, erfreut, was für ihn Sinn schafft. Ein spirituelles Wesen zu sein bedeutet demnach: selbst in Beziehung sein mit sich, seinem Leben und vor allem auch mit den inneren Kraftquellen. In der Glaubensvorstellung der Christen wäre das auch über die eigene Beziehung zu uns selbst hinaus die Beziehung zu Gott, zu jener Kraft, die uns Menschen Leben in einem umfassenden Sinne schenkt. In einer Institution, wie es das Krankenhaus ist, in der es notwendigerweise für fast alles standardisierte Abläufe gibt, ist es manchmal gut, einfach den Faktor „Zeit“ zur Verfügung stellen zu können. Übrigens etwas, was auch andere Berufsgruppen im Krankenhaus schmerzlich vermissen und immer wieder einklagen. Das Angebot der Krankenseelsorge ist offen angelegt und verlangt die Konzentration auf das „Hier und Jetzt“. Es meint das Eingehen auf die Befindlichkeit von Patienten und Angehörigen in der augenblicklichen Situation, wobei oftmals das Entscheidende nicht in den verbalisierten, sondern zwischen den Zeilen in den nicht-ausgesprochenen Worten liegt. Das „Werkzeug“ der Krankenseelsorge ist die Seelsorgerin, ist der Seelsorger selbst. Daher ist es in der Ausbildung und Qualifizierung notwendig dieses „Werkzeug“ selbst kennenzulernen, d. h. sich selbst zu erkennen. Ein wesentlicher Baustein dafür ist die kli-

nische Seelsorgeausbildung (KSA) und eine regelmäßige Supervision.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus, egal welcher Berufsgruppe, stehen unter einem enormen Druck und viele auch unter großer emotionaler Belastung. Das Wissen darum, dass auch kleinste Fehler weitreichende Folgen haben können, der ständige Kostendruck, fehlende Zeit für die Patienten und auch damit verbundene Schuldgefühle sind nur einige Stichworte dazu. Die ständige Begegnung mit Krankheit, Leiden, Schmerzen, Sterben, Tod und Trauer werfen auch ganz persönliche Lebensfragen auf. Oft ist aber dafür in den festgelegten Arbeitsabläufen kaum Platz und Verdrängung scheint der einzige Weg des Umgangs damit zu sein. Auch hier kann die Krankenseelsorge den nötigen Raum und Ansprechpartner zur Verfügung stellen, damit diese Fragen ausgesprochen werden können und so „Abflüsse“ bieten. Dies geschieht in persönlichen „Vier-Augen-Gesprächen“, die der Schweigepflicht unterliegen, über die Teilnahme der Seelsorge an Stations- und Teamgesprächen, Fortbildungen und auch dem Angebot von pastoraler Supervision. Die Erfahrung zeigt, dass dort, wo Krankenseelsorgerinnen und Seelsorger in der Einrichtung etabliert sind, zunehmend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieses Angebot wahrnehmen.

Die Organisation Krankenhaus

Die Seelsorge im Krankenhaus findet nicht außerhalb der Organisation Krankenhaus statt. Sie ist Teil des Systems Krankenhaus, auch wenn sie durch die sie beauftragenden Kirchen gleichzeitig von außen in dieses System hineinkommt. Sie ist eingebunden in die Ziele, Aufgaben und Tätigkeiten des Krankenhauses. Gerade hier sind in den letzten Jahren viele interessante Aufgaben entstanden, in die Seelsorge ihre spezifische Kompetenz einbringen kann. Hier seien exemplarisch zwei benannt:

Ethikberatung: Zunehmend werden ethische Diskurse in Krankenhäusern institutionalisiert. Zu nennen sind beispielsweise Ethikkomitees und ethische Fallbesprechungen. Sie sind sowohl für eine menschenwürdige Betreuung, medizinischen Versorgung und Pflege der Patientinnen und Patienten als auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ethischen Konfliktsituationen äußerst hilfreich und bieten Entlastung. Hier muss sich Seelsorge engagieren und sich fragen, wie sie mit ihrer spezifischen Kompetenz zur Förderung der ethischen Kompetenz im Krankenhaus beitragen kann. Verstärkt wird dieses Anliegen auch von Krankenhausleitungen an die Seelsorge herangetragen und das nicht nur in kirchlichen Einrichtungen, sondern ebenso auch in kommunalen und privaten.

Qualitätsmanagement: Im Hinblick auf die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern wird besonders deutlich,

in welchem Maß die Krankenhausseelsorge gefordert ist, ihren Beitrag für das Ganze zu leisten. Dazu gehören eine Reihe von Aufgabenfeldern, die bisher nicht zu den klassischen Aufgaben der Seelsorge gehörten. Hierbei geht es nicht nur darum, die eigene Seelsorgetätigkeit auf den Qualitätsprüfstand zu stellen. Allein dies ist für die Seelsorge eine neue Herausforderung, die ungewohnt ist und durchaus von einigen Seelsorgern sehr kritisch gesehen wird. Es geht jedoch auch um die Frage, in welchem Maße sich Seelsorge in dem Qualitätsmanagementprozess engagiert, bei dem es um die zentralen Werte, um Kommunikationsfähigkeit im Unternehmen Krankenhaus und die Qualität einer Einrichtung bei der medizinischen Versorgung und Pflege der sich dem Krankenhaus anvertrauenden Menschen geht. Seelsorge kann hier zum Beispiel ihre eigene Sichtweise der Ganzheitlichkeit des Menschen einbringen und so mit dazu beitragen im Patienten nicht nur den Fall zu sehen. Mit zunehmendem Maß – und das ist besonders ein Verdienst der Palliativmedizin – erkennen Medizin und Pflege die Bedeutung eines ganzheitlichen Ansatzes. Es wird dabei auch gefragt, welche Bedeutung die Spiritualität als Dimension der medizinischen und pflegerischen Versorgung hat. Ausdrücklich wird die Verbindung zwischen Heil und Heilung gesucht. Krankenhausseelsorge kann hier mit der ihr eigenen Kompetenz die Diskussion und die Form der Anerkennung dieses Zusammenhangs einbringen und fördern.

Schlussbemerkung

Das hier Aufgeführte ist nur eine kurze und keineswegs vollständige Darstellung der Aufgabenstellung und Arbeitsweise der Krankenhausseelsorge. Letztlich geschieht Seelsorge immer in der Begegnung mit dem Menschen, der nach Sinn sucht in einer scheinbar sinnlosen Situation und bietet Deutungsmuster an. Ob sie angenommen werden können, bestimmt allein der Suchende und nicht die Seelsorgerin oder der Seelsorger. Um eine Sinndeutung geht es auch in der Mitarbeit im System Krankenhaus. Dass darin eine Chance liegt, zeigt sich schon daran, dass immer mehr nicht-kirchliche Häuser Krankenhausseelsorge wünschen und auch durchaus dazu bereit sind dafür Eigenmittel zur Verfügung zu stellen. Seelsorge im Krankenhaus ist so nicht mehr etwas Fremdes, eine Besonderheit der Kirchen, sondern wird anerkannt als ein im Bemühen um Hei-

Zeit für die Patienten?

von Dr. med. Ernst Fukala

Eine nahe Verwandte, zeitlebens offen und kontaktfreudig, bekam im Alter ein neues Hüftgelenk. Auf der ITS waren ständig Schwestern um sie, dann auf der Station erschienen sie noch mehrmals während der Schicht, in der Reha-Klinik jedoch nur noch selten. Die alte Frau wurde ein Mal am Tag zur Gangschulung abgeholt, alleine konnte

lung und Heil notwendiges Angebot. Im Interesse betroffener Menschen ist zu hoffen, dass sich diese Einsicht weiter verbreitet und zur Selbstverständlichkeit wird.

Literatur

Karl Federschmidt et al. (Hrsg.), Handbuch für interkulturelle Seelsorge, Neukirchen 2002.
Dorothee Haart, Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus, Würzburg 2007.
Uta Pahl-Patalong, Seelsorge im Plural, Hamburg 1999.
Christoph Schneider-Harpprecht, Zukunftsperspektiven für Seelsorge und Beratung, Neukirchen 2000.
Hamdorf-Ruddies, Hildegard/ Feuersträter, Reinhard, Zwischen System und Auftrag. Das moderne Krankenhaus als Herausforderung an die Krankenhausseelsorge, in: Wege zum Menschen 6/2009.

Diakon Reinhard Feuersträter ist Krankenhausseelsorger, Sozialpädagoge, Supervisor DGfP/KSA, Bistumsbeauftragter für Krankenhausseelsorge und Palliativmedizin im Bistum Magdeburg.

schaftliche Leben, konnte nicht gelingen. Was gefehlt hat, war die menschliche Zuwendung, war ein Gespräch, die verbale Kommunikation.

Mein Mund stand schon lange offen und der Kiefer schmerzte, als mir ein Zahn gezogen werden sollte. Welche Wohltat ist es gewesen, als sich völlig unerwartet von hinten zwei Hände um mein Gesicht legten! Die Schwester war es, gleich fühlte ich mich besser, ein Beispiel für nonverbale Kommunikation. Sie hatte daran gedacht und sich die Zeit genommen. Sicher hätte sie in dem Moment auch ein Formular ausfüllen können, für die Praxis wäre das ökonomischer gewesen.

In einer Kinderklinik brachte mich ein etwa Siebenjähriger ins Nachdenken: Ich, selbst im weißen Kittel und so als Arzt erkennbar, musste warten. Wir waren allein im Raum und ich beschäftigte mich mit ihm, als er mich plötzlich ansah und fragte: „Warum spielen Sie mit mir?“ Ich war sprachlos, der Junge hatte es erfasst! Er wusste, dass nicht einmal ein Kinderarzt normalerweise Zeit hat, mit Kindern zu spielen, und ich wusste es nun auch.

Nichts ist im medizinischen Alltag wichtiger, notwendiger und für beide Seiten wohlthuender als die Zeit, die man dem Patienten unmittelbar widmet. Schwestern, Ärzte und Therapeuten müssen mit dem Patienten sprechen (nicht mit der Schwester) und sie müssen ihm zuhören (nicht dem Anrufer am Telefon). Sie müssen sich mit ihm befassen (wörtlich: berühren, abtasten, fühlen), sich ihm zuwenden (nicht dem Bildschirm) und dürfen

sich nicht unterbrechen lassen (Handy, Besucher). Befolgen sie diese Regeln, dann versteht man sich, dann entsteht eine Verbindung untereinander, dann gelingt die Kommunikation.

Doch dafür braucht man Zeit. Man braucht viel Zeit, die man in Zeiten ökonomischer Richtgrößen, chronischer Unterfinanzierung und enger Budgetgrenzen nicht hat. Ein Universitätsklinikum gab vor einigen Jahren den Ärzten eine durchschnittliche Zeit von 7,5 Minuten pro Patient und Tag vor. In der Sprechstunde teilte jüngst ein Hausarzt wahrheitsgemäß seinem Patienten mit, dass er maximal sechs bis zwölf Minuten Zeit für ihn habe, weil er bei 35 Euro im Quartal nicht auf seine Kosten komme. Das Gespräch mit dem Patienten, dem Leidenden, gilt als die hohe Kunst in der Medizin, Gesprächsleistungen werden nach den geltenden Gebührenordnungen jedoch schlecht honoriert. Das betriebswirtschaftliche Denken führt folglich dazu, dass auf eigenhändig erbrachte Leistungen verzichtet wird zugunsten technischer Untersuchungen (Apparatemedizin), die delegiert werden können und sich gewinnbringend abrechnen lassen. Der schriftliche Befund wird dann zugeschickt, damit ist die Kommunikation gestorben.

Nun ist es nicht so, dass die Ärzte nicht wüssten, dass unser Gesundheitssystem auch bezahlbar bleiben muss, sie also zum Sparen angehalten werden. Sie wehren sich aber dagegen, an der falschen Stelle zu sparen. Sie können dem Druck nicht weichen, den der Nationale Ethikrat „Schraubstock

der Ökonomie“ genannt hat. Nicht das ist gut, was der Ökonomie nutzt, sondern jenes, das dem Wohl des Kranken dient! An diesem Maßstab muss sich auch der derzeitige Kostendruck messen lassen, der dem menschlichen Miteinander in der Medizin, der Kommunikation, im Wege steht.

Dr. Ernst Fukala ist ehemaliger Chefarzt der Kinderklinik am Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale), und Mitglied der Ethikkommission des Landes Sachsen-Anhalt.

Das Angehörigengespräch zur Organspende – Eine Betrachtung aus rechtlicher und praktischer Perspektive

*von Martina Resch, M.mel.
und Stefan Stölting*

Einführung

Mit der Einführung des Transplantationsgesetzes¹ im Jahr 1997 war die Hoffnung verbunden, die Organspendezahlen in Deutschland deutlich zu steigern. Die Bilanz nach 13 Jahren Transplantationsgesetz fällt ernüchternd aus: Die Erwartungen konnten zumindest im Hinblick auf die Steigerung der Spendebereitschaft und das Organspenderaufkommen nicht erfüllt werden. Derzeit befinden sich in Deutschland über 12.000 Menschen auf der Warteliste für ein Organ, doch nur ca. 4.000 Transplantationen im Jahr werden durchgeführt.² Dieses enorme Missverhältnis hat nicht selten den „Tod auf der Warteliste“³ zur Folge. Die Spendebereitschaft nahm im Jahr 2008 mit 1.198 Menschen, die nach dem Tod ihre Organe spendeten, im Vergleich zum Vorjahr sogar um 9 Pro-

zent⁴ ab. Dieser Abwärtstrend konnte gestoppt und ein leichter Anstieg der Spendezahlen für das Jahr 2009 und, wie die vorläufigen Zahlen zeigen, auch für 2010 verzeichnet werden.⁵ Die erhebliche Diskrepanz zwischen zur Verfügung stehenden und benötigten Spenderorganen zeigt dennoch, welche schwierige Aufgabe den an der Organspende beteiligten Institutionen und Personen bei ihrem Bestreben zukommt, die Situation der schwerkranken und auf ein lebensrettendes Organ wartenden Patienten zu verbessern.

Eine enorme Bedeutung kommt dem Angehörigengespräch zu. Im Jahr 2009 sind nur rund 30 Prozent der positiven Entscheidungen zur Organspende auf den schriftlich oder mündlich vom Spender zu Lebzeiten geäußerten Willen und ca. 70 Prozent auf die Zustimmung der Angehörigen zurückzuführen gewesen.⁶

Rahmenbedingungen des TPG

Als Grundvoraussetzungen für die Zulässigkeit einer Organspende bei toten Spendern normiert § 3 Abs. 1 TPG diverse Kriterien. So muss nicht nur der Hirntod⁷ des Spenders festgestellt worden sein und der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen werden, zentrale Voraussetzung der Vorschrift ist das Vorliegen der Einwilligung des Spenders. Liegt eine solche Einwilligung nicht vor und hat der Spender von der Möglichkeit die Entscheidung über die Organspende einer bestimmten Person zu übertragen nicht Gebrauch gemacht, so darf eine Entnahme nur erfolgen, wenn ein nächster Angehöriger nach Maßgabe des § 4 Abs. 2 TPG über die potentielle Spendereigenschaft informiert wurde und der Organentnahme zugestimmt hat (sog. erweiterte Zustimmungslösung).⁸ Hierbei hat der Angehörige gem. § 4 Abs. 1 S. 4 TPG den mutmaßlichen Willen des potentiellen Organspenders zu beachten.⁹ Praktisch ist es jedoch auch trotz stetiger Aufklärungsarbeit der entsprechenden Institutionen und zunehmender medialer Präsenz der Organspende häufig der Fall, dass dem Angehörigen schlicht die nötigen Anhaltspunkte fehlen, aus denen ein mutmaßlicher Wille des Verstorbenen hergeleitet werden könnte. In einer solchen Situation hat der Angehörige eine völlig selbständige Entscheidung nach eigenem, ethisch verantwortbarem Ermessen im Rahmen seines Totensorgerechts¹⁰ zu fällen.¹¹

Liegt also eine schriftliche Einwilligung oder ein schriftlicher Widerspruch des Verstorbenen nicht vor, ist ein Angehörigengespräch zu führen. Hierbei hat ein Arzt den Angehörigen gem. § 4 Abs. 1 S. 2 TPG über die in Frage kommende Organ- und Gewebeentnahme zu unterrichten, wobei das Gesetz zu Inhalt und Intensität der Unterrichtung keine Angaben macht. Es empfehlen sich jedoch in Orientierung an der allgemeinen Aufklärungspflicht bei ärztlichen Eingriffen¹² Ausführungen zu gesellschaftlicher Tragweite ebenso wie zu den Erfolgsaussichten einer Transplantation. Der Hinweis, dass die Zustimmung auch auf bestimmte Organe beschränkt erfolgen kann, hat in Anlehnung an den beachtenswerten und möglicherweise mutmaßlich beschränkten Willen des potentiellen Spenders in jedem Fall zu erfolgen.¹³ Hat der Angehörige sich für eine Freigabe der Organe des Verstorbenen entschieden, sollte er außerdem über die Durchführung der Entnahmeoperation informiert werden. Lehnt der Angehörige die detaillierte Auseinandersetzung mit dem Operationsverlauf ab, ist dies in Anbetracht der Ausnahmesituation freilich zu akzeptieren.

Die zweifelsohne wenigen rechtlichen Vorgaben zur Ausgestaltung eines solchen Angehörigengesprächs machen deutlich, welch großer Ermessensspielraum und welche enorme Verantwortung sich für den Gesprächsführer ergeben.

Das Angehörigengespräch in praxi – Erfahrungsbericht eines DSO-Koordinators

„Es ist die unglücklichste Frage, zum unglücklichsten Zeitpunkt an die unglücklichste Familie in diesem Augenblick“ – das Angehörigengespräch mit der Bitte um eine Organspende

Aufgrund des schon beschriebenen Vorrangs der Organspende (§ 9 TPG) soll nach den Handlungsvorschlägen der Bundesärztekammer zu diesem Angehörigengespräch ein Mitarbeiter der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) hinzugezogen werden. Das Gespräch ist unter Aufzählung der beteiligten Personen sowie dem Ergebnis der Entscheidung zu dokumentieren. Dabei ist die Unterschrift der Angehörigen nicht erforderlich, es empfiehlt sich aber die Benennung eines Zeugen des Gesprächs. Dies kann in der Patientenakte oder der DSO „Leitlinie zum Angehörigengespräch“ erfolgen.

In dieser für die Hinterbliebenen schwierigen emotionalen Situation sollte für das Gespräch eine ruhige Gesprächsatmosphäre geschaffen werden, in der man miteinander reden kann. Dazu empfiehlt sich ein separater Raum in dem man ungestört ist. Idealerweise nehmen an diesem Gespräch der behandelnde Arzt (wenn gewünscht auch die betreuende Pflegekraft) und der DSO-Koordinator teil. Die beteiligten Personen sollten sich den Angehörigen mit Namen und Funktion vorstellen. Den Angehörigen sollte die Feststellung des Hirntodes und der Todeszeitpunkt mitgeteilt werden. Besonders wichtig ist in dieser Situation, dass den Angehörigen der Hirntod umfassend und verständlich erklärt wird.

Hierbei sind klare Formulierungen wie „ihr/ihre Bruder/Vater/Mutter/Schwester ist verstorben/tot“ zur Verdeutlichung hilfreich. Mit dem festgestellten Hirntod ist die Aufrechterhaltung des Herz-Kreislauf-Systems durch die maschinelle Beatmung ethisch und rechtlich nur zu rechtfertigen, um den mündlichen, schriftlichen oder mutmaßlichen Willen des Verstorbenen oder den Willen der Hinterbliebenen nach eigenen Wertvorstellungen zu eruieren. Der Hinweis auf das Schicksal der Wartelistenpatienten verdeutlicht das „Warum“ dieser Frage. Der Verlauf des Gesprächs richtet sich nach den Bedürfnissen der Angehörigen wobei es wichtig ist, dass dabei jede Entscheidung akzeptiert wird. Sind mehrere Angehörige an dem Gespräch beteiligt muss eine stabile Entscheidung, die im Konsens aller Gesprächspartner getroffen wird, herbeigeführt werden. Dabei können Fragen nach der Persönlichkeit und den Charaktereigenschaften des Verstorbenen unterstützend hilfreich sein. Beispielsweise: „War er/sie ein Mensch, der gerne anderen Menschen geholfen hat?“

Im Falle einer Zustimmung werden den Angehörigen auf Wunsch der weiteren Verlauf, die Verteilungskriterien für Organe und der zeitliche Rahmen erläutert. Im weiteren Gesprächsverlauf sollte auch die Bereitschaft zu

einer Gewebespende erfragt werden (Augenhornhäute, Herzklappen, Gefäße etc.). Allerdings sollte diese nur bei einer stabilen Entscheidung zur Organspende gestellt werden und nicht, wenn diese dadurch gefährdet werden könnte. Die oft geäußerte oder unterbewusst vorhandene Angst der Verletzung der Körperintegrität sollte den Hinterbliebenen genommen werden, indem ihnen erklärt wird, dass die Wunden wie bei jeder anderen großen Bauchoperation chirurgisch einwandfrei versorgt werden. Der würdevolle Umgang mit dem Verstorbenen hat für alle höchste Priorität und ermöglicht den Angehörigen auf Wunsch, sich nach der Organentnahme in Ruhe von ihrem Verstorbenen verabschieden zu können. Die DSO Region Ost veranstaltet beispielsweise zweimal jährlich ein Angehörigentreffen, auf denen Hinterbliebene den Verstorbenen gedenken und sich an sie erinnern. Die DSO bekommt auf diesen Veranstaltungen regelmäßig das Feedback, dass es für die Trauerarbeit der Angehörigen sehr wichtig ist, einen „Dankesbrief“ zu erhalten. Dieser Wunsch ist zu erfragen, wenn das Gespräch ohne Beteiligung eines Koordinators geführt wird, und anschließend in der Verlaufskurve oder der Gesprächsleitlinie zu dokumentieren. Der Dankesbrief wird von den Koordinatoren ca. sechs bis acht Wochen nach der realisierten Organspende mit anonymisierten Empfängerinformationen über deren Gesundheitszustand an die Hinterbliebenen versandt. Des Weiteren erhalten sie eine Einladung zu den o. g. Angehörigentreffen.

Verschiedene Umfragen zeigen, dass ca. 80 Prozent der Bevölkerung der Organspende positiv gegenüberstehen. In der Region Ost hatten im Jahr 2009 lediglich 6,2 Prozent einen Organspendeausweis, auf dem ihr Wille zur Organspende dokumentiert war. Diese Zahlen zeigen, dass dem Angehörigengespräch eine wichtige Entscheidungsrolle zukommt. Für dieses wichtige Thema sollten im Sinne der Hinterbliebenen geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden.

¹ BGBl. 1997 I, S. 2631-2639, mit Ausnahme zweier Regelungen zur Lebendspende, welche erst am 1. Dezember 1999 in Kraft traten. Ausführlich zur schwierigen Entstehungsgeschichte des TPG siehe Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler, Transplantationsgesetz. Kommentar mir einer umfassenden Einführung, bzw. zur Besonderheit der Situation nach der Wiedervereinigung siehe Hirsch/Schmidt-Didczuhn, Transplantation und Sektion. Die rechtliche und rechtspolitische Situation nach der Wiedervereinigung, Heidelberg 1992.

² Siehe DSO – Jahresbericht 2008, S. 19.

³ Hierzu ist das gleichnamige Buch von Breyer u.a., Organmangel: Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar? erschienen. Aufgrund des Organmangels sterben in Deutschland jährlich ca. 1000 Menschen, weil ihnen nicht rechtzeitig ein passendes Organ zur Verfügung gestellt werden kann.

⁴ Siehe DSO-Jahresbericht 2008, S. 15.

⁵ Siehe DSO-Jahresbericht 2009, S. 18, sowie für das Jahr 2010 siehe unter www.dso.de. Zu den Gründen des geringen Spendeaufkommens Schmidt, in: MERKblatt 1/2010, 24 f.

⁶ Ebd., S. 16; die endgültigen Zahlen für 2010 lagen den Verfassern bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

⁷ Dieses Kriterium ist auch heute noch anhaltender Kritik ausgesetzt. Hierzu statt vieler Müller, Revival der Hirntoddebatte: Funktionelle Bildung für die Hirntod-Diagnostik, in Eth Med 2010, 5 ff.

⁸ Zu dem noch immerwährenden Streitstand zur erweiterten Zustimmungslösung vs. Widerspruchslösung siehe Vogel, in: MERKblatt 1/2010, 25 ff.

⁹ Höfling/Rixen, TPG, § 4 Rn. 9; Schroth, TPG § 4 Rn. 11; Schreiber, Rechtliche Aspekte der Organtransplantation, in: Organtransplantation. Medizinische, rechtliche und ethische Aspekte, S. 72.

¹⁰ Hierbei handelt es sich um ein absolutes Recht i.S.d. §§ 823, 1004 BGB, siehe LG Kiel, Urt. v. 5.7.1985, Az.: 5 O 97/85; LG Bonn, Urt. v. 25.2.1970, Az.: 7 O 230/69; Maurer spricht in diesem Zusammenhang von einem sog. „Pflichtrecht“, weil es im Sinne des Verstorbenen wahrgenommen werden muss, hierzu genauer siehe Maurer, DÖV 1980, 7 (13).

¹¹ Krüger, in: Miserok/Sasse/Krüger, TPG, § 4 Rn. 58 u. 59; Norba, Rechtsfragen der Transplantationsmedizin aus deutscher und europäischer Sicht, Berlin 2009, S. 153.

¹² Bei der vorliegend thematisierten Leichenspende kann beispielsweise eine Risikoauflärung in Anbetracht der Umstände unterbleiben.

¹³ Krüger, in: Miserok/Sasse/Krüger, TPG, § 4 Rn. 27.

Martina Resch ist Rechtsreferendarin am Landgericht Münster und promoviert bei Prof. Dr. Hans Lilie in Halle zum Thema Organspende.

Stefan Stölting ist Diplom-Pflegewirt (FH) und seit April 2008 Koordinator der DSO in der Region Ost.

ZUR ZUKUNFT DER GESUNDHEITSBERUFE

Wer ist der richtige Ansprechpartner für gutes Sehen?

von Prof. Dr. Stephan Degle

Wenn ein Sehtest ansteht, eine neue Brille benötigt wird oder Probleme mit dem Sehen bzw. mit den Augen auftreten, so stellt sich die Frage: „Wer ist der richtige Ansprechpartner für gutes Sehen?“ Vielfältige Qualifikationen berechtigen in Deutschland zu einer Überprüfung der Augen (Tab. 1). Hinter den Berufsabschlüssen stehen jedoch sehr unterschiedliche Kompetenzen

und Tätigkeitsgebiete. Abhängig von den individuellen Wünschen und Bedürfnissen lohnt es sich deshalb, sich im Vorfeld zu informieren, wenn man einen Experten aufsucht.

Der Beruf des Augenoptikers ist im deutschsprachigen Raum traditionell im Handwerk angesiedelt und basiert auf einer 3-jährigen Berufsausbildung mit anschließendem Gesellenab-

Abschluss	Augenoptiker	Augenoptikermeister	Optometrist (HWK)	Diplom-Ingenieur für Augenoptik (FH)
	Handwerkliche bzw. nicht akademische Ausbildung			
Zeit der Ausbildung	3-jährige duale Ausbildung mit Abschluss als Augenoptikergeselle/in	1 bis 2-jährige Ausbildung an einer Fachschule, aufbauend auf Gesellenabschluss	Zusatzprüfung für Augenoptikermeister in Anlehnung an ECOO-Europadiplom Teil C (keine geregelte Ausbildungsdauer)	4-jähriges Studium an einer Hochschule
Zentrale Tätigkeitsgebiete basierend auf den Ausbildungsinhalten	Beratung und Verkauf, Anfertigung von Brillen	Beratung und Verkauf, Anfertigung von Brillen	Beratung und Verkauf, Anfertigung von Brillen	Ingenieurwissenschaftliche Tätigkeiten
		Augenprüfung Sehschärfeprüfung, Refraktions- und Korrektionsbestimmung	Augenprüfung Sehschärfeprüfung, Refraktions- und Korrektionsbestimmung	Augenprüfung Sehschärfeprüfung, Refraktions- und Korrektionsbestimmung
		Versorgung (Brille, Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen, Sehübungen)	Versorgung (Brille, Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen, Sehübungen)	Versorgung (Brille, Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen)
		Prüfung auf Auffälligkeiten und Beurteilung des Binokularsehens und Sehleistungsminderung	Prüfung auf Auffälligkeiten und Beurteilung des Binokularsehens und Sehleistungsminderung	Prüfung auf Auffälligkeiten und Beurteilung des Binokularsehens und Sehleistungsminderung

Bachelor of Science im Fachgebiet Augenoptik/Optometrie (B.Sc.)	Master of Science im Fachgebiet Augenoptik/Optometrie (M.sc.)	Optometrist international	Augenarzt bzw. Ophthalmologe (Facharzt für Augenheilkunde)
Hochschul- bzw. akademische Ausbildung			
3 ½-jähriges Studium an einer Hochschule (erster berufsqualifizierender Abschluss)	1 ½-jähriges Studium an einer Hochschule als Aufbaustudium zum Bachelorstudium	4- bis 5-jähriges Studium an einer Hochschule mit Abschluss als Bachelor of Science (UK) bzw. Doctor of Optometry (USA)	6-jähriges Studium mit zusätzlicher 5-jähriger Facharzttausbildung
Primary Eye Care Provider	Primary Eye Care Provider und wissenschaftliche Tätigkeit	Primary Eye Care Provider und wissenschaftliche Tätigkeit	Heilkundliche und wissenschaftliche Tätigkeit
Augenprüfung Sehschärfeprüfung, Refraktions- und Korrektionsbestimmung	Augenprüfung Sehschärfeprüfung, Refraktions- und Korrektionsbestimmung	Augenprüfung Sehschärfeprüfung, Refraktions- und Korrektionsbestimmung	Augenprüfung Sehschärfeprüfung und Refraktionsbestimmung
Versorgung (Brille, Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen, Vision Therapy)	Versorgung (Brille, Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen, Vision Therapy)	Versorgung (Brille, Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen, Vision Therapy)	Versorgung (therapeutische Kontaktlinsen, Sehschule, Laser-Chirurgie)
Prüfung auf Auffälligkeiten und Befundung von Binokularstörungen und Augenerkrankungen	Prüfung und Befundung von Binokularstörungen und Augenerkrankungen	Klinisch-optometrische Diagnostik von Binokularstörungen und Augenerkrankungen; Klinisch-optometrische Therapie	Klinisch-medizinische Diagnostik von Binokularstörungen und Augenerkrankungen; Klinisch-medizinische Therapie und Chirurgie

Tab. 1: Übersicht über Abschlüsse der Augenoptik/Optometrie und Ophthalmologie mit deren Ausbildungszeiten sowie Tätigkeitsgebieten

schluss. Diese duale Ausbildung erfolgt im Augenoptikfachgeschäft und an einer Berufsschule, in der theoretische und praktische Kenntnisse zu Sehhilfen vermittelt werden sowie das Anfertigen von Brillen erlernt wird. Die ausgebildeten *Augenoptiker(-gesellen)* sind damit schwerpunktmäßig in Beratung und Verkauf sowie in der Anpassung und Anfertigung von Sehhilfen tätig.

Um aktuellen Entwicklungen des Marktes zu begegnen, wird zusätzlich zur Ausbildung zum Augenoptiker auch eine Ausbildung zum *Fachverkäufer für Augenoptik* angeboten. Die Inhalte der Ausbildung sind vor allem auf den Verkauf und die kompetente Beratung ausgelegt, nicht auf die Anfertigung von Sehhilfen. Sowohl Augenoptiker-gesellen als auch Fachverkäufer für Augenoptik dürfen nicht eigenständig Überprüfungen der Augen durchführen.

Augenoptikermeister haben zusätzliche Qualifikationen erworben, in der Regel durch eine 1 bis 2-jährige Ausbildung an einer Fachschule, und eine Meisterprüfung abgelegt. Diese beruht auf den Richtlinien, die durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit im Meisterprüfungsberufsbild vorgegeben sind (Augenoptikermeisterverordnung vom 29. August 2005). Danach darf der Augenoptikermeister eine Sehschärfeprüfung und eine Refraktions- (Prüfung eines Auges) und Korrektionsbestimmung (Prüfung der Zusammenarbeit beider Augen) vornehmen, also die Vermessung der Augen von Kindern und Erwachsenen zur Bestimmung einer Fehlsichtigkeit.

Im Anschluss an die Refraktions- und Korrektionsbestimmung erfolgt eine Versorgung mit einer Sehhilfe. Dabei passt der Augenoptikermeister Brillen, aber auch Kontaktlinsen und vergrößernde Sehhilfen an. Darüber hinaus berechtigt der Meisterabschluss zur Ausbildertätigkeit im Handwerksberuf. Damit ist der Augenoptikermeister traditionell und im Normalfall der Ansprechpartner für eine Augenprüfung als Grundlage für eine neue Brille oder Kontaktlinsen.

Der *Augenarzt* (Facharzt für Augenheilkunde bzw. Ophthalmologe) ist aufgrund seiner universitären und klinisch-medizinischen Ausbildung Ansprechpartner für Augenerkrankungen: er erstellt Diagnosen, die darauf beruhen, ob etwas physiologisch (also normal) oder pathologisch bzw. krankhaft verändert ist. Gegebenenfalls versucht der Augenarzt, eine vorliegende Krankheit zu behandeln bzw. nimmt einen chirurgischen Eingriff vor. Für eine ärztliche Diagnostik zur Abklärung, ob krankhafte Veränderungen am Auge vorliegen, zur Heilbehandlung und für chirurgische Eingriffe ist somit der Augenarzt der richtige Ansprechpartner. Eine Brillen- oder Kontaktlinsenverordnung kann dabei ein „Nebenprodukt“ sein, denn es ist nicht zentrale Aufgabe eines Augenarztes, Fehlsichtigkeit zu bestimmen und optische Korrektion und Versorgung zu verordnen.

Bekannt und unumstritten ist, dass die häufigste Ursache für Sehprobleme eine Fehlsichtigkeit ist, die in der Regel mit einer Sehhilfe behoben werden kann. Demnach wird in der Mehrzahl

der Fälle häufiger der Augenoptikermeister als der Augenarzt aufgesucht. So lag z. B. der Prozentsatz an ärztlichen Verordnungen 2009 bei 24 Prozent, 76 Prozent der Verordnungen erfolgten durch einen Augenoptikermeister. Zum Vergleich: 1993 lag der Prozentsatz der ärztlichen Verordnungen noch bei 60 Prozent.

Zu einem Rückgang von Augenarztbesuchen für eine Brillenverordnung hat auch die deutsche Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre beigetragen. Ebenso haben sich durch rasante technologische Entwicklungen die diagnostischen, therapeutischen und chirurgischen Potenziale der Augenärzte, z. B. bei grünem Star (Glaukom), bei grauem Star (Katarakt), bei Netzhauterkrankungen oder in der Laser-Chirurgie (z. B. zur Korrektur der Fehlsichtigkeit) in den letzten Jahren so stark erweitert, dass diese modernen Schwerpunkte die Tätigkeitsfelder eines Ophthalmologen dominieren. Würde jeder bei einem Sehproblem eine vollständige augenärztliche Diagnostik durchführen lassen, wäre dies ökonomisch nicht verhältnismäßig, individuell oft nicht problemadäquat und mit erheblichem zeitlichem Aufwand verbunden.

Kann ich also zur Vorsorge auch zum Augenoptikermeister gehen bzw. erkennt er bei einer Augenprüfung auch Augenerkrankungen?

Traditionell sah die Meisterausbildung eine Prüfung auf Auffälligkeiten und Risikofaktoren für Augenerkrankungen

nicht vor. In den vergangenen Jahren wurden aber zunehmend mehr Lehrinhalte integriert, die es dem Augenoptikermeister auf Grundlage des Meisterprüfungsberufsbildes ermöglichen, im Rahmen der Refraktions- und Korrektionsbestimmung auch auf Sehleistungsminderungen zu prüfen, die nicht mit einer Sehhilfe behoben werden können. Damit kann der Augenoptikermeister ggf. zum Augenarzt verweisen, wenn es sich nicht um einen „Normalfall“ bei einer Sehhilfenversorgung handelt. Dies ist auch im Berufsbild für Augenoptikermeister so verankert. Der Augenoptikermeister kann im Rahmen der Sehhilfenbestimmung bei einer reduzierten Sehleistung z. B. Screeningteste (Siebtteste) durchführen, die ihm ermöglichen, andere sehleistungsmindernden Beeinträchtigungen aufzudecken und für die Korrektionsbestimmung zu berücksichtigen.

Auch an der Augenoptik ist die technologische Entwicklung nicht vorbeigegangen und innovative Messtechniken erlauben eine genauere Vermessung der Augen. Damit geht einher, dass sich die Augenoptik in den vergangenen Jahren vom Handwerk hin zur Gesundheitsdienstleistung entwickelt hat. So wurde im deutschsprachigen Raum in den 1970er Jahren mit dem Hochschulstudium zum *Diplom-Ingenieur für Augenoptik* (FH) der technologischen Entwicklung Rechnung getragen und ein adäquater Beruf geschaffen, der auf der Messtechnik in der angewandten Augenoptik beruht. International betrachtet, ist das der Optometrist, der sich mit der „Messung“ der „Optik“

beschäftigt und schon seit den 1920er Jahren an universitären Einrichtungen seine optometrische Ausbildung genießt. Die Ausbildungsinhalte zum Optometristen sind international jedoch weniger technisch-optisch, vielmehr optometrisch und klinisch-medizinisch.

Berufsbild Optometrist in Deutschland und international

Für eine europäische Harmonisierung muss sich Deutschland den europäischen Rahmenbedingungen sowohl in der Ausbildung (Bologna-Prozess) als auch in der Augenoptik/Optometrie anpassen. Klinisch-optometrische Inhalte gewinnen zunehmend an Bedeutung, sowohl in der Ausbildung als auch in der Anwendung.

Die Ausbildung in der Optometrie erfolgt international an Universitäten in Bachelor- und Masterstudiengängen oder OD-Studiengängen (Doctor of Optometry). In Deutschland ist es seit 2005 an fünf Hochschulen möglich, ein 3 ½-jähriges Studium zum *Bachelor of Science* (BSc) und ggf. anschließendes 1 ½-jähriges Studium zum Master of Science (MSc) zu absolvieren. Der Bachelor of Science ist der erste berufsqualifizierende Hochschulabschluss für Augenoptik/Optometrie. Mit diesem Abschluss ist der Absolvent in der Lage, auf wissenschaftlichem Niveau Fehlsichtigkeiten zu erkennen, zu bestimmen und zu korrigieren (Refraktions- und Korrektionsbestimmung). Darüber hinaus beinhaltet seine Tätigkeit die Versorgung mit Sehhilfen, die Abgren-

zung von Augenkrankheiten und die Wiederherstellung normaler Zustände des visuellen Systems. Zusätzliches Wissen besitzt er in angrenzenden Gebieten, zum Beispiel der Lichttechnik, dem Arbeitsschutz, der Technischen Optik und der Betriebswirtschaft, woraus sich weitere Einsatzgebiete über die Optometrie hinaus ergeben (Abb. 1).

In Anlehnung an die aktuellen Entwicklungen auf europäischer Ebene basiert die Ausbildung in der Optometrie heute auf einer fundierten Hochschulausbildung mit klinisch-optometrischen Ausbildungsinhalten. Die wichtigste Kompetenz eines Hochschulabsolventen ist eine qualifizierte und verantwortungsvolle Befundung bei einer optometrischen Untersuchung und eine Entscheidung über „auffällig“ oder „nicht auffällig“, um eine sichere Empfehlung für eine Sehhilfenversorgung durch einen Augenoptiker, eine optometrischen Versorgung oder Überweisung an einen Arzt geben zu können. Dafür ist Wissen in den Bereichen Anatomie und Physiologie, Pathologie und Pharmakologie sowie in Techniken zur Anwendung von Geräten und Untersuchungsmethoden erforderlich. Darüber hinaus ist klinisch-optometrische Erfahrung notwendig, die zum einen durch fallbezogenes Lernen ermöglicht wird und zum anderen durch die optometrische Untersuchung an Patienten bereits während des Studiums.

Die optometrische Untersuchung beinhaltet verschiedene Tests sowie Mess-, Prüf- und Untersuchungsme-

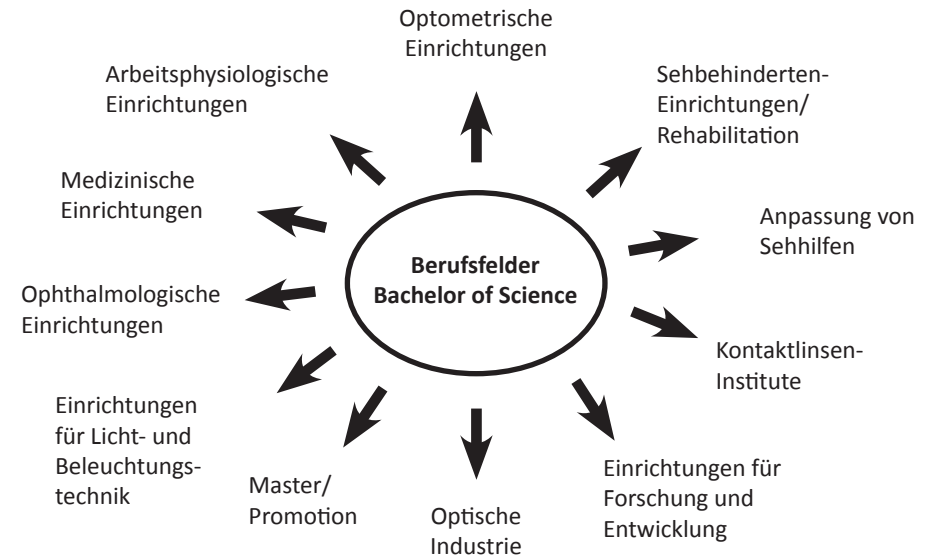


Abb. 1: Mögliche Einsatzgebiete der Absolventen eines Bachelorstudiums im Bereich Augenoptik/Optometrie

thoden, um funktionsbeeinträchtigende Auffälligkeiten des visuellen Systems und Risikofaktoren für häufige Augenerkrankungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung aufzudecken. International basiert das Berufsbild des Optometristen auf einer Hochschulausbildung. In Anlehnung an das Konzept der Optometrie ist nach der Satzung des World Councils of Optometrie das Berufsbild des Optometristen wie folgt definiert:

Optometristen erbringen Gesundheitsdienstleistungen rund um das Auge und das visuelle System. Die Gesundheitsdienstleistungen beinhalten die Refraktions- und Korrektionsbestimmung, die Sehhilfenanpassung und -abgabe, die Abgrenzung von Au-

genkrankheiten und die Wiederherstellung normaler Zustände des visuellen Systems.

International ist der Optometrist der „Primary Eye Care Provider“, d. h. er ist der primäre Dienstleister für den Gesundheitsstatus des Auges und des visuellen Systems. Das Berufsbild des Optometristen basiert international auf einer Hochschulausbildung mit einem praktischen Jahr, in dem optometrische Untersuchungen unter Aufsicht eines Optometristen durchgeführt werden. Erst danach kann sich der Hochschulabsolvent als Optometrist registrieren lassen (engl.: residency) und damit selbstständig in der Praxis tätig sein. Die klinisch-optometrische Ausbildung ermöglicht dem Optome-

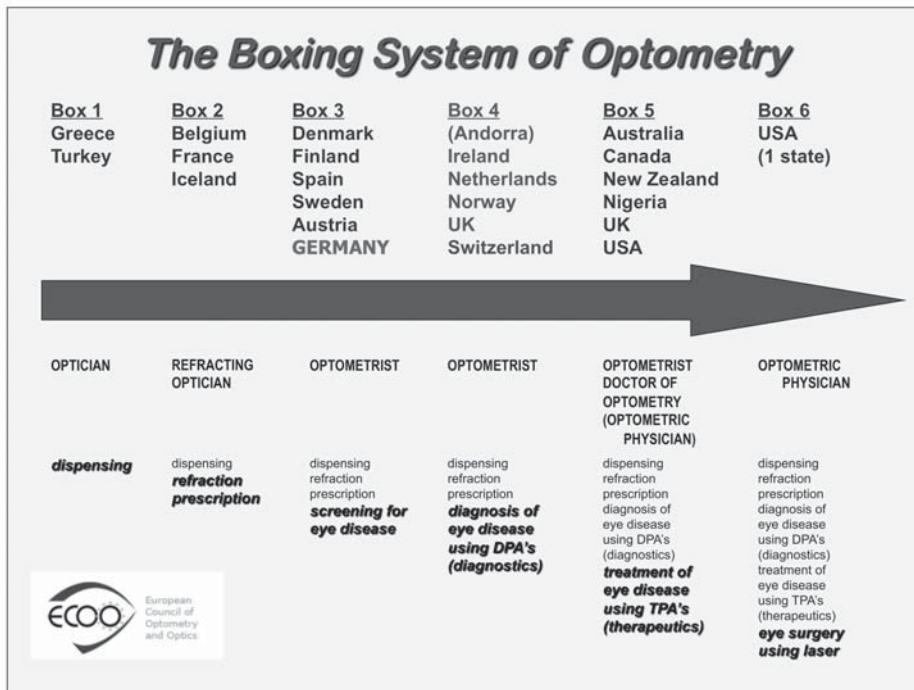


Abb. 2: Länderspezifische Entwicklung der Optometrie nach Feike Grit (Immediate Past Präsident ECOC) im internationalen Vergleich (modifiziert)

tristen, der erste Ansprechpartner für gutes Sehen und Augenerkrankungen zu sein, gewissermaßen der „Gatekeeper“ für das Sehen. Dieser wird regelmäßig bzw. bei Problemen der Augen betreffend aufgesucht, sodass der Optometrist den Gesundheitsstatus der Augen untersucht. Er entscheidet zusammen mit dem Patienten über die weitere Versorgung, z. B. mittels Sehhilfen durch einen Optiker (international: optician), behandelt selbst mit professionellem optometrischem Vision Training oder überweist ggf. zu einem Ophthalmologen.

Der Berufstand der Augenoptik in Deutschland ist zurzeit auf dem Weg

von einem handwerksorientierten zu einem akademischen Beruf. Gerade in den letzten Jahren hat sich das Berufsbild immer weiter vom Handwerk in Richtung eines dienstleistenden Gesundheitsberufes gewandelt. Es stellt sich die Frage einer Neupositionierung der Augenoptik bzw. Optometrie in Deutschland.

In der derzeitigen Situation befindet sich Deutschland in „BOX 3“ der internationalen Klassifizierung der optometrischen Tätigkeit (Abb. 2). Das heißt nach berufspolitischen Vorgaben sind der Verkauf, die Refraktions- und Korrekptionsbestimmung und die Verordnung von Sehhilfen erlaubt, sowie

optometrische Mess- und Prüfmetho- den. Deutschsprachige Länder wie Ös- terreich und die Schweiz haben in der Hochschulausbildung die zusätzlichen Inhalte der „BOX 4“ bereits integriert und teilweise für die berufliche Praxis legalisiert. In den Niederlanden sind diese seit 10 Jahren erfolgreich sowohl in der Hochschulausbildung als auch in der Praxis realisiert.

Der Berufsverband (ZVA) in Deutsch- land hat sich in Anlehnung an inter- nationale Standards eine Höher- bzw. Neupositionierung der Augenoptik zum Ziel gesetzt. Die Grundlage dafür bietet eine Hochschulausbildung. Dies spiegelt sich auch in den Zahlen der Absolventen nieder. Aktuell hat die Mehrzahl der Absolventen einen Hoch- schulabschluss (3:2). Derzeit wurde für Berufspraktiker eine Qualifizierung zum Optometrist (Hwk) geschaffen (Rechtsvorschrift vom 12. Januar 2010 durch das Sächsische Staatsministeri- um für Wirtschaft und Arbeit). Diese ist für Augenoptikermeister konzipiert, die nicht über eine Hochschulaus- bildung mit klinisch-optometrischen bzw. medizinischen Inhalten verfügen, um damit beruflichen Praktikern eine Möglichkeit eines „Updates“ zu geben. Die Fortbildungsmaßnahme ist berufs- begleitend und stark komprimiert, so dass sie nicht mit einem Hochschul- abschluss vergleichbar ist. Diese Qua- lifizierung ist ein Zwischenschritt auf dem Weg zum Hochschulabschluss im Bereich Augenoptik/Optometrie, um kompetent, verantwortungsvoll und marktgerecht als „Primary Eye Care Provider“ tätig zu sein.

Zusammenfassung

Die Qualifikationen in Deutschland, die zur Überprüfung der Augen berechti- gen, sind vielfältig (Tab. 1). Da sich hin- ter den Abschlüssen jedoch bestimmte Kompetenzen und Tätigkeitsgebiete verbergen, sollte in Abhängigkeit des vorliegenden Problems (z. B. Fach- beratung, Sehschärfeproofung, Scree- ning, Gesundheitsvorsorge, Verdacht auf Augenerkrankung) der jeweilige Spezialist ausgewählt werden. Zudem ist sicher auch die Qualität der jewei- ligen Tätigkeit, die Erfahrung und das Verantwortungsbewusstsein entschei- dend und nicht zuletzt die technische Ausstattung des Betriebes, des Ge- schäftes oder der Praxis.

Stephan Degle ist Professor für Oph- thalmologische Optik und Optometrie an der Fachhochschule Jena, Fachbe- reich SciTec im Studiengang Augenop- tik/Optometrie.

Zwangsernährung bei hungerstreikenden Inhaftierten – Der Fall Rappaz

von RA Dr. iur. Julian Mausbach
und RA Philipp Skarupinski, M.mel.

Das schweizerische Bundesgericht hat eine in der Schweiz vielbeachtete Entscheidung zur Zwangsernährung bei hungerstreikenden Inhaftierten getroffen. In dieser stellte es fest, dass die Zwangsernährung von Inhaftierten anzuordnen sei, wenn dies der einzige Weg ist, irreversible Schäden oder den Tod zu vermeiden. Sowohl aus ethischer sowie juristischer Sicht ist das Urteil auch für die deutsche Gesetzeslage außerordentlich bedeutsam.

Der Entscheidung ging eine seit 1993 andauernde Auseinandersetzung¹ zwischen den Behörden des Kantons Wallis und Herrn Rappaz voraus. Diese Gipfelte in Folge einer Beschlagnahme von rund 50 Tonnen Hanf und Haschisch bei Herrn Rappaz in einer Verurteilung wegen schwerer Verstösse gegen das Betäubungsmittelgesetz sowie Geldwäscherei zu fünf Jahren und acht Monaten Freiheitsstrafe. Mit Antritt der Strafe trat Rappaz in Hungerstreik.² In der Folge reichte er Gesuche um Prozess-Revision sowie um Unterbruch des Vollzugs der Strafe ein. Diese wurden abgewiesen. Angesichts des sich aufgrund des Hungerstreikes stetig verschlechternden Gesundheitszustandes versuchte die Kantonsregierung sicherzustellen, dass nötigenfalls eine Zwangsernährung auf einer bewachten Spitalsstation durch-

geführt wird. Dies scheiterte. Bis zur Entscheidung des Bundesgerichts über die Beschwerde gegen die Abweisung des Gesuchs auf Haftunterbruch wurde Rappaz daher gestattet seine Strafe als Hausarrest zu verbüssen, wo er den Hungerstreik unterbrach. Das Bundesgericht wies die Beschwerde ab, was die erneute Inhaftierung von Rappaz nach sich zog. Er trat daraufhin erneut in Hungerstreik, welchen er erst am 24.12.2010 (nach 120 Tagen) auf Anraten des EGMR³ abbrach. Momentan ist Rappaz inhaftiert und verbüßt die gegen ihn ergangene Freiheitsstrafe.

Die unmittelbar mit dem Hungerstreik einhergehenden (medizinischen) Probleme sind damit gegenwärtig zunächst entschärft. Nichts desto trotz bleibt die Entscheidung des Bundesgerichts vom 26. August 2010 kritisch zu beleuchten.

Das Bundesgericht stützt seine Entscheidung wesentlich auf die Feststellung, dass im vorliegenden Fall kein wichtiger Grund nach Art. 92 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB-CH)⁴ vorliegt, der einen Unterbruch des Vollzugs rechtfertigen kann. Betrachtet man Art. 92 StGB-CH zunächst losgelöst von der Entscheidung, so ist festzustellen, dass dieser es gestattet den Vollzug von Strafen und Massnahmen aus wichtigen Gründen

zu unterbrechen. Eine Präzisierung der „wichtigen Gründe“ wird durch das Gesetz nicht vorgenommen. Rechtsprechung und Vollzugspraxis verstehen unter einem solchen Grund, anders als dies nach § 455 StPO-CH der Fall sein kann, nur in der Person des Inhaftierten liegende Gründe.⁵ Der Gesundheitszustand eines Verurteilten kann aber auch nach dieser Interpretation als wichtiger Grund i.S.v. Art. 92 StGB-CH angesehen werden, wenn sich aus einer schwerwiegenden Krankheit oder in Folge eines Gebrechens mangelnde Straferstehungsfähigkeit⁶ ergibt.⁷ Festzuhalten ist dabei, dass bezüglich der verlangten Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung die einen wichtigen Grund begründet, angenommen werden kann, dass der von Art. 92 StGB-CH verlangte Grad sicherlich erreicht ist, wenn die Fortsetzung des Vollzuges das Verbot grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Strafen verletzen,⁸ den Gefangenen in Lebensgefahr versetzen oder zumindest dessen Gesundheit ernsthaft gefährden würde.⁹ Diese muss sich dabei als vollständige Straferstehungsunfähigkeit von unabsehbarer und langer Dauer manifestieren,¹⁰ da grundsätzlich Pflege und Heilung eines Inhaftierten im Rahmen des Vollzugs durchzuführen sind.¹¹ Dabei sind abweichende Vollzugsformen, wie etwa die Unterbringung in einer (bewachten) Spitalsstation umfasst. Wichtige gesundheitliche Gründe lassen sich dabei nicht abstrakt, sondern nur anhand der konkreten Verhältnisse des Einzelfalles bestimmen.¹² Art. 92 StGB-CH bekräf-

tigt damit den nicht explizit normierten Grundsatz, dass strafrechtliche Sanktionen unterbrochungslos zu vollziehen sind und eine Vollzugsunterbruch nur als ausnahmsweise und subsidiär, also als ultima ratio Anwendung finden soll.¹³ Allerdings ist insbesondere der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bei Entscheidungen betreffend Art. 92 StGB-CH zu berücksichtigen.¹⁴

Das Bundesgericht begründet die Ablehnung eines wichtigen Grundes im vorliegenden Fall damit, dass die notwendige medizinische Betreuung in der Gefängnisabteilung eines Spitals erbracht werden kann.¹⁵ Daraus folge weiter, dass sofern eine bleibende Schädigung der Gesundheit oder der Tod nicht anders abzuwenden ist, nötigenfalls eine Zwangsernährung anzuordnen sei.¹⁶ Die Zwangsernährung könne sich dabei auf das kantonale Recht abstützen oder sofern eine entsprechende Bestimmung im kantonalen Recht fehle, dürfe die Vollzugsbehörde auch gestützt auf die polizeiliche Generalklausel¹⁷ eine Zwangsernährung anordnen.¹⁸

Dies ist zumindest insofern überraschend, als der EGMR, noch dazu in einer Entscheidung betreffend die Schweiz, festgestellt hat, dass die polizeiliche Generalklausel nur als Rechtsgrundlage für eine Maßnahme dienen kann, sofern eine nicht voraussehbare, also atypische und nicht wiederholt auftretende Bedrohung für ein fundamentales Rechtsgut gegeben ist.¹⁹ Der Hungerstreik von Inhaftierten stellt allerdings eine mindestens nicht seltene und keinesfalls atypische Situation dar.

Die erkennt auch die Entscheidung des Bundesgerichts an, indem es auf die verschiedenen Regelungen in europäischen Nachbarländern zu dieser Frage verweist. Dennoch sei die polizeiliche Generalklausel anwendbar, da vorliegend nicht von einem qualifizierten Schweigen des Gesetzgebers auszugehen sei, sondern vielmehr bisher schlicht aus dem Grund keine Regelung getroffen worden sei, da übliche Hungerstreikfälle bereits vor einer Gefährdung der Gesundheit auf andere Weise gelöst werden und so die Frage der Zwangsernährung nie ernsthaft gesetzgeberisch zu beantworten gewesen sei.²⁰

Zudem stelle die Zwangsernährung im vorliegenden Fall „keinen unverhältnismässigen Eingriff in die persönliche Freiheit eines Gefangenen dar [und verletze nicht] das Verbot der unmenschlichen oder herabwürdigenden Behandlung, wenn die Zwangsernährung in würdiger Weise und nach den Regeln der medizinischen Fachkunde durchgeführt wird“.²¹

Die staatliche Fürsorgepflicht für Leib und Leben von inhaftierten Personen und der staatliche Strafanspruch gegenüber verurteilten Straftätern begründen dabei das notwendige öffentliche Interesse an der Durchführung einer Zwangsernährung.²² Die mit der Zwangsernährung verbundenen Grundrechtsbeeinträchtigungen nach dieser Entscheidung dahinter zurückzutreten.

Bereits unmittelbar nach der mündlichen Urteilsverkündung regte sich gegen die Entscheidung erheblicher

Widerstand, da sie mit der medizinischen Ethik nicht vereinbar sei. Deutlich bringt dies eine Stellungnahme in der Schweizerischen Ärztezeitung zum Ausdruck: „Dieses Urteil, aus was für Beweggründen es auch immer getroffen wurde, widerspricht völlig den Grundsätzen der medizinischen Ethik, die die Unterzeichnenden wie folgt in Erinnerung rufen möchten: Den Willen des urteilsfähigen Patienten in Bezug auf seine körperliche Integrität zu respektieren, ist absoluter Grundsatz jeder Arzt-Patienten-Beziehung.“²³

Mit Blick auf die Frage der Geeignetheit einer Zwangsernährung erscheint diese Kritik zumindest nicht unberechtigt. Die mit einer Zwangsernährung einhergehenden Gefahren sind nur schwerlich von der Hand zu weisen.²⁴ Darüber hinaus ist in einer Konstellation, in welcher der Inhaftierte sich nicht nur mittels einer Patientenverfügung gegen solche Massnahmen ausgesprochen hat sondern auch die Dauer des Hungerstreikes auf eine grosse Entschlossenheit deutet, zumindest die Vermutung anzustellen, dass die Zwangsernährung höchstens eine vorübergehende Abwendung der Gefahr darstellen kann, da nach Abbruch der Massnahme mit einer Wiederaufnahme des Hungerstreikes zu rechnen ist. Dies wiederum bringt mit sich, dass wenn man die mit einer Zwangsernährung einhergehenden Grundrechtsbeeinträchtigungen²⁵ nicht ohnehin als so schwerwiegend betrachtet, dass die das öffentliche Interesse überwiegen, spätestens die in der Folge nötige wiederholte Zwangsernährung mit dem

Verbot der unmenschlichen oder herabwürdigenden Behandlung nur noch schwerlich vereinbar ist.

Mindestens für die Zukunft ist der Rückgriff auf die polizeiliche Generalklausel zur Rechtfertigung einer Zwangsernährung, mangels Unvorhersehbarkeit der Situation, nicht mehr möglich und „darf aus rechtsstaatlicher Sicht keine langfristige Lösung sein.“²⁶ Die Schaffung einer formalgesetzlichen Rechtsgrundlage ist daher geboten. Der Schweizerische Bundesrat hat dies hinsichtlich einer bundeseinheitlichen Regelung mit Verweis auf die kantonale Praxis und bereits teilweise vorhandenen kantonalen Regelungen allerdings bereits abgelehnt.²⁷ Zieht man zu der geschilderten Problematik allerdings noch die prekäre Situation der Ärzte hinzu, welche gegebenenfalls eine Zwangsernährung durchzuführen hätten und sich dabei in einem kaum lösbaren Zwiespalt zwischen einem Handeln gegen die national und international anerkannten medizinisch-ethischen Richtlinien oder einer möglichen strafrechtlichen Verantwortung (insb. Unterlassung der Nothilfe nach Art. 128 StGB-CH) befinden, ist die Forderung hinsichtlich einem gesetzgeberischen Tätigwerden aber keineswegs zurückzunehmen. Mindestens die Kantone, welche bisher keine Regelung getroffen haben, sind aufgefordert ein Gesetzgebungsverfahren einzuleiten.

Fraglich ist, ob dabei die in Deutschland getroffene Regelung des § 101 StVollzG-D als Vorbild dienen kann. Danach ist die bei einem Hungerstreik eines Gefangenen in Betracht

kommende Zwangsernährung eine zwangsweise medizinische Massnahme, welche insbesondere einerseits angeordnet werden kann, wenn der Gefangene in Lebensgefahr oder schwerwiegender Gesundheitsgefahr schwebt und andererseits durchgeführt werden muss, wenn er seinen Willen nicht mehr frei bestimmen kann oder er in akute Lebensgefahr gerät. Die Regelung ist insbesondere im Hinblick der in Hungerstreik getretenen RAF-Mitglieder in den 1980er Jahren kontrovers diskutiert wurden.²⁸

Der Zwangseingriff ist dabei in jedem Fall nur zulässig, wenn er für die Beteiligten zumutbar und für den Gefangenen nicht gefährlicher ist, als seine Nichtvornahme. Bei Bewusstlosigkeit des Insassen, in der dieser seine vorherig getroffene Entscheidung zu verhungern, nicht mehr ändern könne, zwingt die Regelung den Arzt zum Eingreifen. Ob diese Regelung jedoch noch im Einklang mit der Patientenautonomie eines Gefangenen und vor allem dem im Jahre 2009 erlassenen Patientenverfügungsgesetz²⁹ steht, nach dem der Patientenwille bis zum Lebensende verbindlich zu befolgen ist, erscheint äußerst fragwürdig. Der Gefangene müsse in Anbetracht dessen über sein Leben und seine Gesundheit völlig frei bestimmen dürfen. Solange eine freie Willensbestimmung eines Einwilligungsfähigen Gefangenen vorliegt, welcher Hilfe auch im Falle der Willensbildungsunfähigkeit ablehnt, ist dies regelmäßig zu respektieren. Dem Argument, dem Gefangenen aufgrund der Ausnahmesituation des

Strafvollzuges die generelle Entscheidungsfreiheit abzusprechen, sodass er seine autonome Entscheidungsfähigkeit „mit übertreten der Zellentüre“ verliere, ist vehement entgegen zu treten. Vielmehr sollten Zwangsernährungen bei in Hungerstreik getretenen Gefangenen nur bei deren fehlender freier Willensbildung möglich sein. Eine Zwangsernährung von freiverantwortlichen Gefangenen ist demnach abzulehnen, da eine Behandlung eines Patienten stets dessen Einverständnis voraussetzt. Etwas anderes darf im Falle einer vorherigen ausformulierten Patientenverfügung, worin der tatsächliche Wille des Gefangenen unter keinen Umständen ernährt zu werden, erkennbar zum Ausdruck kommt, auch nicht gelten. Auch dann nicht, wenn dieser damit eine Gefahr für sein Leben durch eigenen Willensentschluss bewusst herbeiführt.

In der Deklaration von Tokio des Weltärztebundes von 1975 ist der Standpunkt der Ärzteschaft hierzu äusserst klar und präzise dargestellt, wonach ein Gefangener der die Nahrungsaufnahme verweigert und ein Arzt ihn aber für fähig hält, sich ein unbeeinflusstes und vernünftiges Urteil über die Folgen einer freiwilligen Nahrungsverweigerung zu bilden, nicht künstlich ernährt werden soll.³⁰ Auch eine Entscheidung des BGH,³¹ wonach sich ein Arzt, der einen lebensgefährlich erkrankten Patienten gegen des Willen operiert selbst dann wegen Körperverletzung strafbar macht, wenn die Operation die einzige Möglichkeit war, den Patienten zur retten, bekräf-

tigt die Beachtung des Willens aus der Patientenverfügung. Selbst das Schulbeispiel der „Zeugen Jehovas“, die eine Bluttransfusion bei einer Operation verweigern, obwohl dies zwangsläufig zum Tode führen würde, spricht für eine derartige Sichtweise. Letztendlich sollten Gefangene die gleichen Rechte haben wie andere Patienten.

Zu der Frage, ob der Arzt eine von der Justiz angeordnete Zwangsernährung einleiten muss, trifft das deutsche Gesetz keine eindeutige Regelung. Vor allem ist umstritten,³² ob der Arzt als Beamter eine Dienstanweisung des Anstaltleiters oder der Aufsichtsbehörde zu befolgen hat. Nach dem Wortlaut der Vorschrift des § 101 Abs. 3 StVollzG-D und der Intention des Gesetzgebers steht jedoch eindeutig dem Arzt die Anordnungsbefugnis zu,³³ sodass er und nicht ein Anderer die Entscheidung über eine medizinische Zwangsmaßnahme treffen muss.

Zusammenfassend ist demnach eine Neugestaltung der Rechtslage im Interesse des Selbstbestimmungsrechtes eines Gefangenen in beiden Ländern mindestens zu überdenken.

¹ Der Verlauf der Auseinandersetzung wird hier aus Platzgründen nur verkürzt dargestellt. Eine ausführliche Chronik lässt sich unter www.tageschau.sf.tv/Nachrichten/Archiv/2010/11/18/Schweiz/Bernard-Rappaz-und-die-Windmuehlen-der-Hanf-Legalisierung abrufen.

² Ergänzend ist anzumerken, dass Herr Rappaz in einer Patientenverfügung festgehalten hatte, dass er im Falle einer Bewusstlosigkeit keine lebenserhaltenden Massnahmen wünsche.

³ Siehe Tages-Anzeiger Online: <http://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Hanfbauer-Rappaz-soll-seinen-Hungerstreik-unterbrechen/>

story/15285861?dossier_id=663.

⁴ Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (SR 311.0), Stand 1. Januar 2011.

⁵ So Baechthold in Basler Kommentar zum Strafgesetzbuch Band 1, 2. Auflage 2007, Basel, Art. 92, Rn. 9.

⁶ Unter Straferstehungsfähigkeit wird dabei die absolute Vollzugsuntauglichkeit verstanden.

⁷ So Baechthold, a.a.O., Art. 92, Rn. 9.

⁸ Vgl. Art. 10 Abs. 3 BV, Art. 3 EMRK, Art. 7 Uno-Pakt II oder das Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe vom 10. Dezember 1984 (SR 0.105).

⁹ So auch das Bundesgericht in der hier zu diskutierenden Entscheidung in den Entscheidungsgründen. Siehe Urteil des Bundesgerichts 6B_599/2010 vom 26. August 2010, E. 4. www.bger.ch/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht.htm. Näheres hierzu auch anschaulich in: Adrian Krähenmann/Andreas Schweizer/Tobias Tschumi, Hungerstreik im Strafvollzug, in: Jusletter 10. Januar 2011, Rn. 12; abrufbar unter www.weblaw.ch.

¹⁰ Siehe BGE 106 IV 321, 324.

¹¹ So Baechthold, a.a.O., Rn. 11.

¹² Ebd., Rn. 13.

¹² Ebd., Rn. 2.

¹³ Krähenmann u. a., a.a.O., Rn. 10.

¹⁴ Siehe Jurius, Rappaz zurück ins Gefängnis – Zwangsernährung erlaubt, in: Jusletter vom 30. August 2010; abrufbar unter www.weblaw.ch.

¹⁵ Ebd.

¹⁷ Art. 36 Abs. 2 der Schweizerischen Bundesverfassung (BV).

¹⁸ Siehe die Mitteilung des Bundesgericht vom 26.10.2010 unter: www.bger.ch/mm_6b_599_2010_d_internet.pdf.

¹⁹ Urteil des EGMR vom 8. Oktober 2009, Gsell c. Suisse, Requête no. 12675/05, §§ 56-58.

²⁰ Siehe Urteil des Bundesgerichts 6B_599/2010 vom 26. August 2010, E. 6.3.2. www.bger.ch/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht.htm. Siehe hierzu auch die Analyse von Krähenmann u. a., a.a.O., Rn. 27 ff.

²¹ Siehe hierzu Bundesgerichtsentscheid 6B_599/2010 (26. August 2010). Abrufbar unter: www.bger.ch/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht.htm. Übersetzung der Autoren.

²² Siehe Jurius, Rappaz zurück ins Gefängnis – Zwangsernährung erlaubt, a.a.O.

²³ Siehe Schweizerische Ärztezeitung 2010, S. 1518 f.; Abrufbar unter: www.saez.ch/pdf_d/2010/2010-39/2010-39-852.PDF.

²⁴ Siehe hierzu Olivier Guillod/Dominique Sprumont, Les contradictions du Tribunal Fédéral face au jeûne de protestation, in: Jusletter 8. November 2010, Rn. 41; abrufbar unter www.weblaw.ch.

²⁵ Siehe hierzu die anschauliche Analyse von Krähenmann u. a., a.a.O., Rn. 24 ff.

²⁶ Ebd., Rn. 63.

²⁷ Siehe Jurius, Keine Bundesregelung für Zwangsernährung, in: Jusletter vom 29.12.2010. Abrufbar unter www.weblaw.ch.

²⁸ Müller-Dietz, Dogmatik und Praxis des Strafverfahrens 1989, S. 323 m.w.N.

²⁹ Gesetz vom 29.07.2009, BGBl. I. S. 2286.

³⁰ Vgl. Leitsatz Nr. 5 der Deklaration der 29. Generalversammlung des Weltärztebundes in Tokio, Japan, Oktober 1975.

³¹ BGHSt 11, 111.

³² Nöldecke/Weichbrodt NSTZ 1981, 285; Weichbrodt NJW 1983, 311; Judis in: Autorenkollektiv 1981.

³³ So auch Brühl in: Feest, Ak-StVollzG Erg., 4. Auflage, § 101 Rn. 17.

Dr. Julian Mausbach ist Geschäftsführer am Kompetenzzentrum MERH, Universität Zürich.

Philipp Skarupinski ist Assistent am Lehrstuhl Prof. Dr. iur. utr. Tag, Universität Zürich.

Demenz – Ende der Selbstbestimmung?

von Heidi Ankermann, M.Mel.

Am 24. November 2010 veranstaltete der Deutsche Ethikrat in der Hamburger Handwerkskammer eine öffentliche Tagung zum Thema „Demenz – Ende der Selbstbestimmung.“

Bei dem medizinischen Terminus Demenz handelt es sich um einen Sammelbegriff für eine Vielzahl von verschiedenen Erkrankungen. Allen etwa 55 Unterformen ist dabei gemeinsam, dass sie zu chronisch fortschreitenden, degenerativen Veränderungen des Gehirns führen, welche mit einem Verlust von kognitiven Fähigkeiten verbunden sind.

Zu den typischen Symptomen einer demenziellen Erkrankung zählen insbesondere Gedächtnisstörungen sowie Verhaltensstörungen und Wesensänderungen. Während sich die Gedächtnisstörung u. a. in einer Verschlechterung der Gedächtnisleistung, des Denkvermögens, der Sprache sowie der Orientierung äußert, geht die Verhaltensstörung und Wesensänderung bspw. mit einem verstärkten Auftreten von Unruhe, Misstrauen, Unsicherheit und Halluzinationen einher.

Die Demenz ist keineswegs eine normale Alterserscheinung, sondern eine Erkrankung, welche typischerweise im Alter auftritt. Je weiter diese Krankheit fortgeschritten ist, umso größere Schwierigkeiten haben die Betroffenen, ihre alltäglichen Aufgaben zu bewältigen.

Laut Angaben des Bundesministerium für Gesundheit leben gegenwärtig

ca. 1 Million von Demenz betroffene Menschen in Deutschland, den Prognosen zu Folge könnten es im Jahr 2030 schon etwa 1,7 Millionen sein.

Um diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen, ist die Auseinandersetzung mit der demenziellen Erkrankung nicht nur seitens der Angehörigen, Pflegenden und Mediziner, sondern auch seitens der Gesellschaft gefragt.

Bezüglich der öffentlichen Demenzdebatte standen in der Vergangenheit vorrangig die mit der Krankheit verbundenen Defizite im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Diese Fokussierung führte dazu, dass sich Betroffene einer von ihnen als unangemessen empfundenen Bevormundung ausgesetzt fühlten. Diesbezüglich ist seit jüngster Zeit jedoch ein Paradigmenwechsel zu verzeichnen, welcher sich auf eine stärkere Orientierung an den noch vorhandenen Fähigkeiten von Betroffenen konzentriert.

Der Deutsche Ethikrat hatte es sich mit seiner Tagung zur Aufgabe gemacht, diesen Perspektivwechsel voranzutreiben und die Erkrankung ins Zentrum der öffentlichen Diskussion zu rücken. Als Konsequenz dessen soll der Blick auf die Möglichkeiten gelenkt werden, den Willen von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung bes-

ser wahrzunehmen sowie sie in ihrer wenngleich eingeschränkten Selbstbestimmung zu unterstützen und zu respektieren.

In einem Einstiegsreferat beschrieb Ursula Lehr, Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen BAGSO e. V., zunächst die Herausforderungen der demenziellen Krankheit für den Einzelnen und die Gesellschaft. Das zunehmende durchschnittliche Lebensalter der Bevölkerung erhöht die Wahrscheinlichkeit des Anstieges von demenziellen Erkrankungen. Auch in der letzten Lebensphase muss die Lebensqualität gesichert werden und Altern auch für Demenz Kranke in Würde möglich sein. Als besonders bedeutsam hob Frau Lehr hierbei die Stärkung der professionellen Pflege, Hilfe und Versorgung sowie der Früherkennung und der Prävention durch körperliche, seelische, geistige und soziale Prävention hervor.

Dem Aspekt der Lebensqualität und Selbstbestimmung bei von Demenz betroffenen Menschen widmete sich Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg, in seinem Referat ausführlicher. Kruse machte darauf aufmerksam, dass selbst Menschen mit fortgeschrittener Demenz über eine Selbstbestimmungsfähigkeit verfügen und bei entsprechender Gestaltung der Umgebung und Kommunikation in verschiedener Hinsicht Verantwortung für ihr Leben übernehmen könnten. Für ein tieferes Verständnis der Begriffe Lebensqualität und Selbstbestimmungsfähigkeit seien drei anth-

ropologische Merkmale bedeutsam: die Mitteilungs-, Handlungs- und Empathiefähigkeit. Dem Referent zufolge sind die emotionalen, sozial-kommunikativen und sozialen Fähigkeiten von demenziell Erkrankten als Ressourcen zu betrachten. Diese Fähigkeiten von Demenz Kranken könne man fördern und nutzen, indem man jede Form der Eigenaktivität und Empathie aufgreife und positiv zu verstärken suche. Mittels der Studien des Instituts für Gerontologie in Heidelberg zeigte Kruse Möglichkeiten der Rehabilitation und pflegerischen Interventionen mit dem Ziel der Förderung der Lebensqualität auf.

Die aktuelle Situation im Bereich der häuslichen und stationären Pflege wurde in dem Vortrag von Margot Lucke, ehemalige Gutachterin des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen, differenziert beleuchtet. In diesem Bereich sind erhebliche Defizite zu verzeichnen. Angehörige seien oftmals den Anforderungen der ambulanten Pflege nicht gewachsen. Den Bereich der stationären Pflege betreffend, seien nur wenige Einrichtungen tatsächlich in der Lage auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz einzugehen. Um dem Mangel an speziell für dieses Krankheitsbild ausgebildetem Fachpersonal entgegenzuwirken, schlug Lucke vor, Hausärzte verstärkt für die Diagnostik, Therapie und Betreuung von Menschen mit Demenz zu qualifizieren und ein entsprechendes Pflegepraktikum in die Mediziner Ausbildung zu integrieren.

Rolf-Dieter Hirsch, Chefarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie der Rheinischen Landeslinik Bonn, stellte neueste Erkenntnisse zum Thema Forschung mit Menschen mit Demenz vor. In diesem Kontext wies Hirsch darauf hin, dass gegenwärtig noch nicht die Möglichkeit besteht, den Verlauf jeder einzelnen Demenz nachhaltig zu beeinflussen. Seinen Ausführungen zufolge müsse sich die Forschung daher verstärkt der Krankheitsentstehung, Behandlung, Rehabilitation und Prävention zuwenden und in einem hohen Maße interdisziplinär arbeiten.

Die anschließende Gesprächsrunde mit Peter Wißmann, Leiter der Demenz Support Stuttgart und Stellvertretendem Vorsitzenden der Aktion Demenz e. V., der ehemaligen Übersetzerin und Demenz-Betroffenen Helga Rohra und dem früheren Unternehmer und Alzheimer-Betroffenen Christian Zimmermann trug den Titel „Wir sprechen für uns!“. Die Teilnehmenden gehören bisher zu den wenigen Menschen, die sich nicht scheuen, ihre Erkrankung in der Öffentlichkeit zu thematisieren. In diesem Zusammenhang sprachen sie sich dafür aus, dass man die Betroffenen neben der professionellen Pflege, den Angehörigen und bürgerschaftlich engagierten Menschen als vierten Akteur in den Umgang mit Demenzerkrankungen integrieren sollte.

Otfried Höffe, Leiter der Forschungsstelle Politische Philosophie an der Universität Tübingen und Präsident der Nationalen Ethikkommission der Schweiz, bot in seinem Vortrag „In Würde altern“ eine kulturhistorische

Betrachtung des Alterns und der Altersforschung an. Als Resümee seiner Ausführungen konstatierte er, dass bereits in der Antike eine vorakademische Altersforschung zu finden sei, deren Inhalte für die zeitgenössische Auseinandersetzung mit diesem Thema durchaus von Relevanz seien. Im Gegensatz zu dem zeitgenössischen Fokus von Gesellschaft und Politik, welcher die Frage „wie man das Altern und die Alten möglichst effektiv zunächst in die Berufswelt und die Sozialwelt, später in die Welt von Alten- und Pflegeheimen integriert“ als zentral betrachte, lege die vorakademische Altersforschung „deutlich mehr Wert auf den Gewinn einer nicht mehr funktionalen Betrachtung“. Aus den Ausführungen über das Altern von Cicero, Voltaire, Jakob Grimm, Ernst Bloch und Herman Hesse gehe hervor, dass man das Altern lernen könne und müsse.

Den Abschluss der Veranstaltung bildete eine Podiumsdiskussion mit Beteiligung des Publikums. Im Zentrum des Interesses standen hierbei die Fragen nach der Einbindung der Expertise der Angehörigen, der Verzahnung der medizinischen Fachdisziplinen, der Qualifikation der Betreuer, der fachärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, der Fortbildung von Hausärzten und alternativen Wohnformen.

Der Ethikrat wird die gewonnenen Anregungen aufgreifen und in seine Stellungnahme zum Thema Demenz einfließen lassen.

„Grenzfälle in der Pränatalmedizin“

– Ein Rückblick auf eine gelungene interdisziplinäre Diskussion zwischen Ethik, Recht und Realität

von Lysann Hennig, M.mel.

Alles begann mit der Idee eines Teilnehmers des Masterstudienganges Medizin-Ethik-Recht: Im Rahmen eines kleinen halbtägigen Seminars sollten die derzeit aktuellen Themen der Pränatalmedizin und der Präimplantationsdiagnostik (PID) sowie die Diskussion über die Spätabbrüche anhand von interdisziplinären Beiträgen und Erfahrungsberichten aus dem Praxisalltag vorgestellt werden, um daraufhin eine medizinethische, philosophische sowie medizinrechtliche Diskussion auszulösen. Tatsächlich mündete diese Idee dann am 21. Januar 2011 in einem großen Zuspruch findenden, zehn Stunden währenden und 114 Teilnehmer umfassenden Symposium. An diesem Tag kamen sowohl Gynäkologen, Reproduktionsmediziner, Kinderärzte, Pränataldiagnostiker, Humangenetiker, Hebammen, Sozialpädagogen, Psychologen, Theologen, Philosophen, Juristen und Vertreter diverser Schwangerenberatungsstellen in Halle an der Saale zusammen, um gemeinsam kritische Fälle aus der Pränatalmedizin zu diskutieren. Die vorgestellten Beispielfälle sollten dazu dienen, dem Publikum die Kernprobleme aufzuzeigen, mit denen Schwangere, Pränatalmediziner, Kinderärzte sowie psychosoziale Berater in ihrem Alltag konfrontiert werden.

Nach der Eröffnung des Symposiums durch den Geschäftsführenden Direktor des Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrums Medizin-Ethik-Recht Herrn Prof. Dr. iur. Hans Lilie und den Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Herrn Prof. Dr. med. Dieter Körholz folgten Impulsreferate sowie weitere Fachbeiträge aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht, die den Anstoß für den weiteren interdisziplinären Diskurs geben sollten.

Das erste Referat von Herrn Dr. med. Adam Gasiorek-Wiens zeigte sofort die „Grenzfälle der Pränatalmedizin“ auf, indem der Pränataldiagnostiker sehr anschaulich und auf eindrucksvolle Weise die neuen Möglichkeiten der vorgeburtlichen Medizin und deren Konsequenzen darstellte. Mittels pränataldiagnostischer Screeningverfahren sowie einer gezielten Fehlbildungsdiagnostik können mittlerweile schon frühzeitig Erkrankungen des Fötus entdeckt werden, die jedoch sowohl die werdenden Eltern als auch die jeweiligen Mediziner vor schwierige Entscheidungen stellen. Überdies wies der Referent darauf hin, dass aufgrund mangelhafter Ersttrimester-Screenings oft unnötige Spätabbrüche erforderlich werden. Diese wären jedoch ver-

meidbar, wenn die Mutterschaftsrichtlinien jeder Schwangeren, unabhängig von ihrem Alter oder der individuellen Risikosituation, eine qualifizierte frühe Fehlbildungsdiagnostik (z. B. bereits mit 13 vollendeten Schwangerschaftswochen) ermöglichen würden. Ferner machte er auch auf den nur schwer nachvollziehbaren Umstand aufmerksam, dass Frauen mit festgestellten Erberkrankungen nach der aktuellen Rechtslage dazu veranlasst werden, gegebenenfalls mehrmals einen Schwangerschaftsabbruch zu riskieren, da eine PID, die die Erkrankung des Embryos schon vor der Einpflanzung erkennen könnte, bisher unzulässig ist. Auch ließen sich Mehrlingsschwangerschaften und die daraus resultierenden Fetozide in der Reproduktionsmedizin vermeiden, wenn ein „elektiver Single Embryo Transfer“ erlaubt würde.

Ärztliche Praxis

Den Erfahrungsbericht aus der ärztlichen Praxis setzte Herr Prof. Dr. med. Rolf Becker in seinem sehr lebendigen Referat über die „Janusköpfigkeit der Pränataldiagnostik“ fort, die sowohl Fluch als auch Segen für die werdenden Eltern bedeute und oftmals einfach nur als „Pränataldiagnostik“ bezeichnet werden müsse. Der Referent präsentierte eine Vielzahl an Fällen aus seiner täglichen Praxis und verwies auf die sich dabei stellenden (ethischen) Probleme. Auch seiner Meinung nach sollten insbesondere Spätabbrüche ab dem Zeitpunkt der Lebensfähigkeit vermieden werden. Mit diesem Refe-

rat wurde jedenfalls klar, dass die Präimplantationsdiagnostik so manches ethische Problem in der Praxis lösen könnte.

Frau Prof. Dr. rer. nat. Heidemarie Neitzel vom Institut für Humangenetik an der Charité Berlin berichtete über die Grenzfälle der Pränataldiagnostik (PND) aus humangenetischer Perspektive. Die Referentin stellte eine Studie an 9.000 schwangeren Frauen vor, in der 8 Prozent der Frauen nach durchgeführter invasiver Pränataldiagnostik tatsächlich einen auffälligen Befund erhielten. Hierbei betonte Neitzel ebenfalls die absolute Notwendigkeit einer ausführlichen interdisziplinären Beratung vor und nach der PND. Die erwähnte Studie ergab zudem, dass je nach Zentrum tatsächlich nur 7 bis 90 Prozent der betroffenen Frauen humangenetisch beraten wurden; eine Beratung durch einen Humangenetiker erfolgte dabei nur in 40 Prozent der Fälle. Nach Meinung Neitzels müssen die beratenden Ärzte ferner ausreichend qualifiziert sowie über das jeweilige Krankheitsbild informiert sein, worüber sie schließlich beraten. Im Ergebnis schätzte die Vortragende die derzeitige Gesetzeslage als eher unbefriedigend ein und betonte, dass die Rechtslage nach Erlass des Gendiagnostikgesetzes im Jahr 2010 schlechter sei als zuvor. Auch sie plädierte insbesondere bei monogen bedingten Erkrankungen für die PID, die ohnehin schon in den allermeisten Ländern Europas erlaubt ist.

Über die Problematik der Mehrlingsschwangerschaften in der Reprodukti-

onsmedizin berichtete Frau Dr. med. Carrie Scheler von der Universitätsklinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Nach einem kurzen, aber anschaulichen Ausflug in die Embryonalentwicklung sowie die Entstehung einer Zwillingsschwangerschaft kam die Referentin auf die immer populärer werdende Kinderwunschbehandlung zu sprechen. Ziel dieser sei auf jeden Fall die Vermeidung höhergradiger Mehrlingsschwangerschaften, um eine unnötige Reduktion zu vermeiden. Nach der Präsentation mehrerer Fallbeispiele aus ihrem klinischen Alltag sowie der Demonstration verschiedener Komplikationen bei Zwillingsschwangerschaften unterstrich Scheler die Vorteile des Single Embryo-Transfers. Im Ergebnis erteilte die Vortragende ihrem Vortragsuntertitel „Fetozid statt PID und Single Embryo-Transfer?“ schließlich eine klare Absage.

Frau Dr. med. Babett Ramsauer von der Abteilung für Geburtsmedizin vom Vivantes Klinikum Neukölln/Berlin referierte schließlich zur Thematik der Spätabbrüche, da sie selbst in einer klinischen Abteilung tätig ist, in der Schwangerschaftsabbrüche häufig durchgeführt werden. Gerade der Spätabbruch, also der Schwangerschaftsabbruch in einem fortgesetzten Stadium der Schwangerschaft, mit der damit einhergehenden potentiellen extrauterinen Lebensfähigkeit des Feten, stellt für alle Beteiligten eine immense Belastung dar. Nach einem Bericht aus ihrem Arbeitsalltag sowie

der Darstellung einiger Fälle aus ihrer Praxis wies die Referentin auch auf einen bestehenden „Fetozid-Tourismus“ hin, der dadurch zustande käme, dass unterschiedliche Moralvorstellungen innerhalb der verschiedenen Kliniken bestünden und daher einige Ärzte die Durchführung eines Fetozides ablehnten.

Werden jedoch kranke Kinder geboren oder sind Frühgeborene schwerstgeschädigt, kommen die Neonatologen zum Einsatz. Über deren Arbeit sowie die palliative Versorgung in der Neonatologie berichtete Prof. Dr. med. Rainer Rossi. Dabei warf er die Frage auf, wo der Therapieauftrag beginne und an welcher Stelle die Therapiepflicht ende. Man müsse zu jeder Zeit mit der Intensivmedizin beginnen, sie aber auch beenden können, da die Intensivstation für die Neugeborenen nicht zum „Folterbett“ werden dürfe. Rossi präsentierte im Laufe seines Vortrages einige Fallbeispiele aus seiner täglichen Arbeit und endete folgerichtig mit der Aufforderung: „Wir müssen reden, Leute.“, die zum Schlagwort des Symposiums wurde.

Psychosoziale Beratung

Renate Brünig und Anne Achtenhagen lieferten dem Publikum schließlich einen Einblick in die begleitende psychosoziale Beratung zur Pränataldiagnostik. Beide arbeiten in der Schwangerenkonfliktberatungsstelle *donum vitae*, einer Berliner Beratungsstelle, die ihren Schwerpunkt auf die Beratung und Begleitung vor, während und

nach der PND legt. Beide Referentinnen gaben einen Überblick über ihren Arbeitsalltag und bezeichneten die begleitende Beratung als eine Art Netz, welches die betroffenen Schwangeren in ihrer schwierigen Lage auffangen könne.

Philosophische Überlegungen

Die vielen medizinischen Erfahrungsberichte ergänzte Herr Prof. Dr. phil. Matthias Kaufmann mit einigen ethisch-philosophischen Überlegungen. Sein Referat erlaubte einen kleinen Einblick in die ethische Debatte zu dieser Thematik sowie in die Ansichten des australischen Philosophen und Ethikers Peter Singer. So stellte der Referent zunächst das Kontinuitätsargument vor, welches besagt, dass die Entwicklung eines Embryos zum geborenen Menschen so kontinuierlich verläuft, dass man keine markanten Einschnitte setzen könne, aus denen dann eine Änderung des moralischen Status zu begründen wäre. So wäre jeder Versuch, in der Entwicklung eines Embryos hin bis zu einem geborenen und später erwachsenen Menschen einen Einschnitt zu setzen, willkürlich. Aufgrund der Kontinuität der Entwicklung liege daher von Anfang an, also ab der Vereinigung von Ei- und Samenzelle bis zu Geburt, die volle Schutzwürdigkeit des Embryos/Fetus vor. Nach Auffassung Singers hingegen existiere beim Heranwachsen einer befruchteten Eizelle bis hin zum Säugling kein Zeitpunkt, ab dem das Töten unethisch sei, da dem Ungeborenen noch das nö-

tige Selbstbewusstsein fehle. Daraus schlussfolgerte Kaufmann, dass das Ungeborene kurz vor der Geburt nach Auffassung Singers keinen anderen Status besäße und damit keinem weiteren Schutz unterläge als der Embryo kurz nach Verschmelzung von Ei- und Samenzelle. Dieses Argument Singers lehnte Kaufmann dann überzeugend mit folgender Überlegung ab: „Wer sein Kind schützen wollte, müsste eine Frühgeburt provozieren“. Da sich jeder Embryo auf dem Weg befinde, ein Kind zu werden und damit ein klar identifizierbares Individuum darstelle, sei jedoch nach Kaufmann als Mittelweg zwischen diesen zwei Extrempositionen eine Abstufung des Schutzes nach Entwicklungsstufen von Nöten.

Die Juristen haben das letzte Wort

Da Juristen laut Herrn Prof. Dr. iur. Winfried Kluth gern das letzte Wort behalten möchten, sollen auch deren Fachbeiträge diesen Tagungsbericht abschließen. Dabei konzentrierte sich Kluth speziell auf die verfassungsrechtliche Betrachtung der PID: Zwar sei die PID bisher nicht gesetzlich geregelt, die Verfassung diene aber als Rahmenrecht. Das Verfassungsrecht gäbe damit zwar keine fertige Lösung vor, es enthalte jedoch Anhaltspunkte für eine Gewichtung. So stünden sich das Recht der Eltern auf (gesunden) Nachwuchs sowie der Schutzanspruch des Ungeborenen gegenüber. Weiterhin ging der Referent auch auf das wegweisende Urteil des Bundesgerichtshofes vom 6. Juli 2010 ein, wonach die PID

zur Entdeckung schwerer genetischer Schäden bei außerhalb des Mutterleibes erzeugten Embryonen erlaubt sei.

Auch Herr Prof. Dr. iur. Gunnar Duttge von der Georg-August-Universität Göttingen widmete sich der aktuellen Debatte zur PID. Nachdem er zunächst über die Furchungsstadien sowie den richtigen Zeitpunkt der Zellentnahme sowie das Embryonenschutzgesetz referierte und sich damit insbesondere den medizinischen und rechtlichen Aspekten der PID zuwendete, richtete er dann sein Augenmerk auf die Pro- und Contra-Argumente. Für die Zulassung der PID sprächen beispielsweise das Recht auf Fortpflanzung sowie der zu vermeidende Zwang zur „Schwangerschaft auf Probe“. Als Argumente gegen die PID nannte Duttge Diskriminierungs- als auch Selektionsgesichtspunkte. Zudem stelle sich natürlich, so Duttge, die Frage, ob es tatsächlich lebensunwertes Leben gebe. Zum Schluss stellte Duttge die drei zur PID vorliegenden Gesetzentwürfe vor, wovon zwei die Zulassung der PID in begrenztem Umfang präferieren.

Frau Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag von der Universität Zürich klärte über die allgemeinen juristischen Aspekte bei der PND und dem Spätabbruch auf. Während ihres Vortrages nutzte sie auch die Möglichkeit, einen vergleichenden Blick auf das Schweizer Recht zu werfen, welches ihrer Meinung nach oft pragmatischer sei. Ganz allgemein sei das Recht jedoch immer nur das „ethische Minimum“. Im Verlaufe ihres Vortrages stellte sie die Frage, ob tatsächlich der Arzt oder die Gesellschaft

für die Schwangere das „Richtige“ bestimmen dürften, zumal im Rahmen von vorgeburtlichen Untersuchungen häufig nur Wahrscheinlichkeitsprognosen gestellt werden können. Nach Tag, die eine Schwangerschaft treffend als „Zweiheit in Einheit“ bezeichnete, sei gerade das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren ein sehr wichtiges Recht. Nachdem die Referentin dem Publikum einen guten Überblick über das Gendiagnostikgesetz verschafft hatte, plädierte auch sie letztendlich für die Zulassung der PID.

Nach diesen informativen und anschaulichen Referaten sowie den vielfältigen Diskussionsbeiträgen endete am späten Abend das interdisziplinäre Symposium mit dankenden Worten des Geschäftsführenden Direktors Herrn Prof. Lillie sowie dessen Aufruf, im nächsten Jahr erneut ein Symposium ins Leben zu rufen. Dass dieses Symposium schon am selben Tag die ersten Früchte trug, ließ sich vor allem daran erkennen, dass der Studiendekan der Medizinischen Fakultät Herr Prof. Körholz selbst ankündigte, ein ständiges Ad-hoc-Komitee für derartige Fragestellungen einrichten zu wollen.

Im Porträt

Prof. Dr. iur. Winfried Kluth

Philosoph oder Jurist? Vor dieser Frage stand nach seinem Abitur der schon sehr früh an politischer Philosophie und Ethik interessierte heutige Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht an der MLU und Richter am Landesverfassungsgericht Sachsen-Anhalt.



Foto: Kaltwasser

Die Philosophie hat er neben der Rechtswissenschaft trotzdem studiert. Und Geschichte. Mit interdisziplinärem Denken und Arbeiten ist der Direktor am IWZ Medizin-Ethik-Recht nicht erst vertraut, seit er bei der Gründung des Zentrums mitwirkte. Nach seiner Auffassung reicht es für echte Interdisziplinarität nicht aus, einige Texte aus anderen Fächern zu lesen, vielmehr bedarf es einer Methodenkenntnis. Die Konzeption des MER hält er u. a. in dieser Hinsicht für ausgezeichnet – wir schließen uns dem gern an. Insbesondere der fruchtbare Dialog auch mit nicht juristisch vorgebildeten Teilnehmern und die daraus resultierende intensive universitäre Stimmung begeistern ihn in seinen MER-Veranstaltungen immer wieder.

Nach so viel Interdisziplinärem soll hier als Marginaldisziplin auch seine Liebe zum Motorsport nicht ganz unerwähnt bleiben. Für den Professor mit den wohl am rasantesten eingestellten, fachhaltigsten Skripten und mit dem in seiner Mimik oft kaum merklichen, noch im Abgang unglaublich feinen Humor ist es unverzichtbar, mit Argumenten zu überzeugen, die auch in seiner eigenen Lebenserfahrung verwurzelt sind.

Wäre er Philosophieprofessor (oder Rennfahrer) geworden, hätten viele von uns (wenn nicht wir alle) darauf verzichten müssen.

Redaktionsanschrift:

meris e. V.
Interdisziplinäres Wissenschaftliches
Zentrum Medizin-Ethik-Recht
Juridicum, Raum 0.30
Universitätsplatz 5
06108 Halle (Saale)

meris@jura.uni-halle.de
www.meris.uni-halle.de/merkblatt

Impressum

Redaktionsleitung:

Dr. Andreas Walker
Sven Wedlich

Redaktion:

Heidi Ankermann
Helena Bebert
Dr. Adam Gasiorek-Wiens
Lysann Hennig
Dr. Kerstin Junghans
Romy Petzold
Martina Resch
Stephanie Schmidt
Philipp Skarupinski

Gastautoren dieser Ausgabe:

Prof. Dr. Stephan Degle
Reinhard Feuersträter
Dr. Ernst Fukala
Dr. Udo Gottschaldt
Univ.-Prof. Dr. Maximilian Gottschlich
Dr. Andreas Linsa
Dr. Julian Mausbach
Stefan Stöltzing

Gestaltung:

Andreas Walker
Sven Wedlich

Druck:

Druckerei der Martin-Luther-Universität
Hoher Weg 4
06120 Halle (Saale)

Druck mit freundlicher Unterstützung des IWZ MER

Das MERkblatt erscheint zweimal im Jahr.

Thema des nächsten Heftes

Intersexualität
(Dezember 2011)

Alle in der Zeitschrift verwendeten Texte, Fotos und grafischen Gestaltungen sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Verwendung darf, auch auszugsweise, nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Herausgebers erfolgen. Eine kommerzielle Weitervermarktung des Inhalts dieser Zeitschrift ist untersagt.