

BIOETHICA

F O R U M

SGBE Schweizerische Gesellschaft für Biomedizinische Ethik
SSEB Société Suisse d'Éthique Biomédicale
Società Svizzera di Etica Biomedica

n. 35/octobre 2001

Editorial

Aujourd'hui, divers éléments nous poussent à reconnaître les soins comme une composante fondamentale de la pratique médicale. En conséquence, l'éthique des soins doit bénéficier d'un statut propre; elle doit être reconnue comme un domaine à part entière de l'éthique biomédicale, et non simplement comme un domaine parfaitement accessoire qui ne devrait intéresser que les infirmières.

Le „Lexikon der Bioethik“ de Wilhelm Korff (3 vol., Gütersloh 1998) ne contient par exemple aucune entrée „Pflege“ ou „Pflegeethik“. Le terme „soin“ n'apparaît que sous l'entrée „Pflegerberufe“. Même constat dans „Les mots de la bioéthique“ de Gilbert Hottos et Marie-Hélène Parizeau (Bruxelles 1993), où l'on ne trouve aucun article intitulé „Soins“ ou „Éthique des soins“, alors que des articles sont consacrés à „Soins palliatifs“ et „Soins adaptés“. Ainsi, les soins en tant que dimension spécifique de l'art médical sont marginalisés sur le plan intellectuel. Souvent, nous parlons sans réfléchir – et cela m'est également arrivé – des „médecins et du personnel soignant“. Alors que les médecins, femmes ou hommes, sont perçus comme des individus, des sujets moraux responsables ayant une place et une fonction spécifiques, les soins sont considérés comme une activité *anonyme* et attribués à un personnel infirmier subalterne.

Il existe cependant désormais plusieurs tendances fortes qui s'opposent à cette conception. Permettez-moi d'en nommer deux. D'une part, on observe une professionnalisation croissante des soins. Des instituts et des formations universitaires ont vu le jour dans le domaine de la „science des soins“. Il est également possible à présent de soutenir une thèse dans ce domaine et de devenir professeur-e. D'autre part, je relève avec des formulations employées dans le projet du Hastings Center, „The Goals of Medicine. Setting New Priorities“, projet qui est également abordé en Suisse par le biais d'une réflexion entamée par l'Académie des sciences médicales. Or, l'une des missions essentielles de la médecine mentionnée par ce projet se trouve être notamment: „The care and cure of those with a malady, and the care of those who cannot be cured“ (Special Supplement, Hastings Center Report, Nov-Dec 1996). Le souci du malade, son suivi et sa prise en charge, en bref, tout ce qui recouvre le domaine des soins („*car-ing*“), est ainsi reconnu comme une valeur fondamentale de la médecine actuelle. Par conséquent – c'est du moins ce qu'on est en droit de conclure –, les soins sont potentiellement eux aussi du ressort des médecins! De là, l'activité qui leur est propre *en tant que médecins* (examiner, prescrire, opérer, etc.) peut être comprise et problématisée à nouveaux frais, en étant désormais analysée dans l'horizon spécifique de l'assistance (physique et morale) aux patientEs que le médecin cherche à aider ou à secourir.

Il est nécessaire, pour cette raison, qu'une attention plus grande soit donnée à qu'à l'*éthique des soins* – et ce, non seulement au nom du seul corps soignant. La question de savoir comment les patients veulent être soignés concerne également ces derniers. Au bout du compte, les médecins, femmes et hommes, peuvent y gagner une conception de l'éthique médicale et de ses problèmes qui soit à la fois plus concrète et plus proche de la vie quotidienne. Ce cahier entend présenter quelques aspects de cette problématique et de ses enjeux, abordés sous des angles méthodologiques différents; sa contribution se veut ainsi ponctuelle, et ouverte aux discussions à venir.

Christoph Rehmann-Sutter

2
Tatmotiv Überforderung

3
Gesundheitswesen: Qualitätssicherung, Kosten und Moral

8
Ethische Standards für die Beratung von vorgeburtlichen Untersuchungen

10
Caring und Pflegeethik am Beispiel der Pflegeassistenz - Ausbildung

14
„Grundlagen der biomedizinischen Ethik“ – Neue Arbeitsgruppe der SGBE

Tatmotiv Überforderung

Die Wochenzeitung WOZ im Gespräch mit dem Soziologen HansUlrich Kneubühler

Serienmord in Zentralschweizer Pflegeheimen

Das Risiko der Tötungsdelikte hätte reduziert werden können. Den Pflegeheimen fehlt es an Professionalität, kritisiert der Soziologe Hans-Ulrich Kneubühler.

Interview: Beat Jung

WOZ: Der Krankenpfleger hat zugegeben, insgesamt 27 ältere Menschen getötet zu haben. Als Tatmotiv gibt er neben Mitleid auch Überforderung an. Ist das Personal in den Pflegeheimen generell überfordert?

Hans-Ulrich Kneubühler: Untersuchungen zeigen, dass im pflegerischen Bereich die Gefahr des Ausbrennens virulent ist. Grundsätzlich möchte ich anmerken, dass ohne jeden Zweifel die Arbeit in Pflegeheimen die anspruchsvollste pflegerische Tätigkeit ist. Trotzdem verfügt ein zu grosser Teil des Personals nur über eine Anlehre in Form einer sechzig Stunden dauernden Theorieausbildung und zwölf Tagen Praktikum. Diese Konstellation von fehlender Professionalität und anspruchsvoller Tätigkeit muss zwangsweise zu einer Überforderung führen.

Wie können Tötungsdelikte, wie sie sich in der Innerschweiz abgespielt haben, künftig vermieden werden?

Ich würde die These wagen, dass mit authentischer Qualitätssicherung das Risiko solcher Vorfälle minimiert werden kann. Die beste Kontrolle ist nicht die von aussen, sondern die durch andere Pflegenden.

Mir scheint es hochsignifikant zu sein, dass die tragischen Todesfälle im Luzerner «Eichhof» ans Tageslicht gekommen sind und nicht in den anderen Pflegeheimen der Innerschweiz, in denen der Täter gearbeitet hat. Das Pflegeheim Eichhof ist das einzige Heim in der Zentralschweiz, das einen hauptamtlichen Heimarzt hat.

Man kann den Fall des Pflegers als Einzelfall abtun. Man kann sich aber auch fragen, ob die Institution «Pflegeheim» nicht grundsätzliche Mängel aufweist.

Richtig. Es braucht ja nicht nur die Person des Täters, es braucht auch noch die Situation. Und die ist strukturell bedingt. Ich möchte nur ein paar Aspekte erwähnen. Es braucht mehr und vor allem besser ausgebildetes Personal. Das Personal muss bessere Arbeitsbedingungen haben und klüger eingesetzt werden. Doch auch damit ist es nicht getan. Es gilt endlich Abschied zu nehmen von den Spitalritualen, die den Alltag im Heim dominieren. Der Tagesrhythmus im Heim lehnt sich immer noch an den des Spitals an und übernimmt dessen Schicht-einteilung. Dabei unterscheiden sich die beiden Örtlichkeiten fundamental.

Bei einem durchschnittlichen Spitalaufenthalt von etwas mehr als fünf Tagen sind Viererzimmer erträglich, aber kaum bei einem Aufenthalt von drei bis fünf Jahren. Ausserdem bin ich auch immer wieder erschreckt, wenn ich sehe, dass Heime mit einem Jahresbudget von vier bis sechs Millionen Franken 10 000 bis 15 000 Franken für die Weiterbildung einsetzen.

Viele Alters- und Pflegeheime älteren Datums sind nach dem Prinzip einer Klinik gebaut.

Der Bau ist das Konzept. Das sage ich seit über zwanzig Jahren. Ich erinnere: Viererzimmer ohne Nasszellen, enge Gänge, keine oder zu enge, finstere Aufenthaltsräume. Zwischen Befindlichkeit und Raumgestaltung besteht gerade bei Pflegebedürftigen ein enger Zusammenhang. Aufgrund einer amerikanischen Studie muss angenommen werden, dass Pflegebedürftige, die in Heime überwiesen werden, dort doppelt so schnell sterben wie ein statistisch vergleichbares Kollektiv ausserhalb dieser Institutionen. Dieser Tatbestand ist erschreckend.

In vielen Heimen richtet sich die Tagesgestaltung nicht zuletzt nach den Arbeitsplänen der Küche. Werden die Bedürfnisse der Betagten in den Heimen überhaupt richtig wahrgenommen?

Die Bedürfnisse der Betagten werden massgeblich von der Heimleitung und den Pflegenden definiert. In diesem Sinne sind

Heime «totale Institutionen». Der einzelne Betagte wird auf eine einzige Rolle, nämlich diejenige des Heimbewohners und Patienten reduziert. All das, was zu einer pluralistischen Gesellschaft gehört - eine Vielfalt von Lebenswelten, Rollen, Normen, Werten und damit von Verhalten - all das wird in der totalen Institution nicht akzeptiert. Man müsste auf die tatsächlichen und nicht die vermeintlichen Bedürfnisse der Betagten eingehen. Und das heisst, die älteren Leute nicht ausschliesslich unter einer Defizit- oder einer Krankheitsperspektive zu sehen, sondern sich zu fragen, was Betagte noch können und wollen. Mit anderen Worten: Wo lassen sich älteren Menschen trotz körperlichen und geistigen Einschränkungen noch neue Handlungsspielräume eröffnen, die das Leben immer noch lebenswert machen?

Hat das Pflegeheim als «totale Institution» nicht etwas Faschistoides?

Es ist kein Zufall, dass Erving Goffman den Begriff der «totalen Institution» in einer Zeit prägte und in die wissenschaftliche Debatte warf, als auch der Begriff «faschistoid» seine hohe Zeit hatte, nämlich in den sechziger Jahren. Hier gibt es Zusammenhänge.

Wie beschreiben Sie den Stellenwert des Alters in unserer Gesellschaft?

Es ist sicher so, dass die Altersproblematik nicht zuoberst auf der Prioritätenliste unserer PolitikerInnen steht. Das Alter hat viel an gesellschaftlichem Stellenwert verloren. Gleichzeitig haben viele Betagte tatsächlich das Gefühl, sie seien unnütze Fresser, die den Jungen nur auf dem Geldbeutel sitzen.

Der öffentliche Diskurs über das Alter wird dominiert durch den Begriff «Überalterung». Ich finde diesen Begriff hochproblematisch, denn niemand spricht von einer «normalgealterten» oder einer «unteralterten» Gesellschaft. Die Parallelen zum Begriff «Überbevölkerung» oder zur «Überfremdung» - der schweizerischen Erfindung im Fremden-diskurs - liegen auf der Hand. Alle hoch

entwickelten Gesellschaften haben einen hohen Anteil an Betagten und Hochbetagten. Aber mit dem Begriff «Überalterung», der vom Moment der Angst geprägt ist, kann man diese Problematik nicht diskutieren. Angst ist immer ein schlechter Ratgeber.

Anmerkung

Hans-Ulrich Kneubühler (57) lehrt an der Universität Luzern Soziologie. Er ist zudem Leiter eines Nachdiplomstudiums für Heimleitung sowie wissenschaftlicher Berater des Vorstandes des Luzerner SozialvorsteherInnenverbandes.

Kneubühler hat zusammen mit Alfred J. Gebert ein Buch mit dem Titel: «Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen»

(Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2001) geschrieben.

http://www.unilu.ch/ise/fs/fs_kneuebuehler.html

Abgedruckt mit freundlicher Erlaubnis der Wochenzeitung WOZ.

(©WOZ 2001-09-13, Seite 6, Nummer 37/01 Schweiz)

Gesundheitswesen: Qualitätssicherung, Kosten und Moral

HansUlrich Kneubühler

Wenn im Zusammenhang mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) Wirtschaftlichkeit und Qualität zueinander in Verbindung gesetzt werden, so geschieht dies zumeist mit der Vorstellung, qualitativ gute Leistungserbringung sei auch eine wirtschaftliche Art der Leistungserbringung. Wenn nicht gerade auf eine lineare Verbindung gezeitigt wird, dann meldet man wenigstens die Vermutung an, Anstrengungen zu Verbesserung der Qualität würden, nachdem sie initial Kosten zeitigten, über die Zeit zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beitragen. Hier werden zuerst Hinweise aus der Akutmedizin präsentiert, welche die Vermutung über potenziell kostendämpfende Effekte zu stützen scheinen, um dann mit einigen Verweisen auf die stationäre Langzeitpflege darauf aufmerksam zu machen, dass qualitative Verbesserungen höhere Kosten mit sich bringen werden. Im letzten Teil wird dann die Beziehung zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit im Akutbereich etwas relativiert und im stationären Langzeitbereich akzentuiert. Auf den stationären Langzeitbereich wird Gewicht gelegt, weil sich die organisierte Qualitätsförderung, welche das KVG zur Legitimation heranzieht (Art. 58 KVG, Art. 77 KVV), in einem katastrophalen Zustand präsentiert, welcher ausschliesslich Kosten mit sich bringt, was auch aus ethischer Sicht unverantwortbar ist.

Qualität und tieferer Aufwand

Schon seit rund dreissig Jahren ist bekannt, dass Hospitalisationsraten markant nach Regionen schwanken.¹ Über die Zeit entwickelte sich dazu der Forschungsbe reich Medical Practice Variations², in dem es nicht mehr nur um die Zahl der Betten und die damit verbundene Häufigkeit von Hospitalisierungen geht („Are Hospital Services Rationed in New Haven or Overutilized in Boston?“³), sondern auch um unterschiedliche Häufigkeiten von Operationen und diagnostischen Abklärungen.⁴ Diese vergleichenden Analysen beschränken sich seit zwei Dekaden nicht mehr auf inneramerikanische Verhältnisse. Aaron und Schwartz⁵ verglichen die ganz unterschiedlichen Versorgungssysteme in England und den USA, zeigten auf massive Differenzen und brachten den seit neuem auch in der Schweiz öfters anzutref-

fenden Begriff der Rationierung von Leistungen in die Diskussion - gemeint waren aber auch damals unterschiedliche Praxis-muster. Ohne weiter auf diese Forschung einzugehen, soll noch ein schweizerischer Beitrag erwähnt werden: Domenighetti⁶ konnte nachweisen, dass Operationshäufigkeiten in Zusammenhang mit dem Informationsstand in der Bevölkerung zu bringen sind.

Varianzen in Diagnostik und Therapie, welche nicht primär über das medizinische Wissen gedeutet werden können, betreffen nicht nur die in Spitälern tätige Ärzteschaft sondern auch niedergelassene Ärzte: Das Zuweisungsverhalten von Allgemeinpraktikern an Spezialisten schwankt massiv (selbstverständlich werden bei solchen Studien die jeweiligen Patientenpopulationen konstant gehalten), und die Überweisungspraxis in ein Spital variiert in jedem Gesundheitssystem so markant, dass die Deutung über medizinische Prognosevariablen zu wenig erklärt.⁷

Wem der Bezug zur Qualität noch nicht klar geworden ist, dem kann mit einem Verweis auf die 1989 geschaffene Agency

¹ J. E. Wennberg und A. Helsohn, Small Area Variations in Health Care Delivery, in „Science“, vol. 182, 1973, S. 1102-08.

² T. F. Anderson und G. Mooney, Hrsg., The Challenges of Medical Practice Variations, Houndsmills und London 1990.

³ J. E. Wennberg et al., Are Hospital Services Rationed in New Haven or Overutilized in Boston?, in „Lancet“, 1987, S. 1185-89.

⁴ z.B. M. R. Chassin et al., Does Inappropriate Use Explain Geographic Variations in the Use of Health Care Services? A Study of These Procedures, in „The New England Journal of Medicine“, vol. 258, 1987, S. 2533-37; E. S. Fisher et al., Hospital Readmission Rates for Cohorts of Medicare Beneficiaries in Boston and New Haven, in „The New England Journal of Medicine“, vol. 331, 1994, S. 989-95.

⁵ z.B. H. J. Aaron und W. B. Schwartz, The Painful Prescription, Washington D.C. 1984.

⁶ G. Domenighetti, Marché de la santé: Ignorance ou adéquation, Lausanne 1994.

⁷ z.B. M. Roland und A. Coulter, Hrsg., Hospital Referrals, Oxford, New York und Tokyo 1992; N. P. Roos, Hospitalization style of physicians in Manitoba: the disturbing lack of logic in medical practice, in „Health Services Research“, vol. 27, 1992, S. 361-84.

for Health Care Policy and Research (AHCPR) geholfen werden. Dieser Bundesverwaltungsabteilung, der NCHSR ablöste, erhielt den Auftrag „quality, appropriateness, and effectiveness in health care“ zu fördern (das tönt ähnlich wie Art. 32 KVG). Ein Teil des aus dem Auftrag folgenden Programmes wurde beim Vater zur Deutung von geografischen Varianzen, J. E. Wennberg, abgeholt. Der Einschluss der Forschung (die vorangehend kurz angetönt wurde) unter „Qualität“ ist also in der Fachwelt sanktioniert worden. Vor gut zwei Jahren wurde dies noch politisch so akzentuiert, als diese finanzkräftigste Forschungsförderungsinstitution für Health Services Research in Agency for Health Policy and Quality (AHPQ) umgetauft wurde.

Während Jahren wurden Projekte zu nationalen Forschungsvorhaben deklariert, welche die Effektivität medizinischer Behandlungen und die klinischen Ergebnisse zum Gegenstand haben sollen. Auf diese Forschungsvorhaben wurde dann die Entwicklung von Richtlinien für die klinische Praxis (clinical practice guidelines) aufgebaut. Mit anderen Worten: Von Staates wegen ist der Wissensbestand einer Profession (das Lehrbuchwissen, der body of knowledge in einem Teilbereich medizinischen Handelns) aufgearbeitet worden.

Die im erwähnten KVG-Artikel stipulierten Bedingungen wurden also unter den Titel Qualität subsummiert, ohne aber dass irgendwo bei den Arbeiten am neuen Krankenversicherungsgesetz (also weder in der Expertenkommission, den parlamentarischen Kommissionen, der Legislative oder im BSV) je von AHCPR die Rede gewesen war. Das BSV holte ein Gutachten zur Qualitätsdimension ein. Die „Durchführbarkeitsstudie Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“ lag dann im Juli 1993 vor. Sie war nicht nur in der Auslegeordnung grundfalsch, sie war so unsinnig, dass nicht einmal das Gegenteil der Feststellungen richtig gewesen wäre und das mandatierende Bundesamt, welches sonst Eier aus einem Osterhasennest zaubern kann (z.B. mit Bezug auf seine Evaluationen gemäss Art. 32 KVV), war nicht in der Lage, mit dem Eingekauften etwas anzustellen. Nach unserem Dafürhalten war die Orientierungslosigkeit vor dem Inkrafttreten des Gesetzes fatal und wirkt heute noch nach.

In der Mehrzahl der Deklarationen im Feld der Gesundheitswesensforschung, Sektion Qualität, fanden oder finden sich Behauptungen oder Anspielungen darauf, dass bessere Qualität (Qualität als Verhältnis von IST zu SOLL) entweder zu Kosteneinsparungen führt (z.B. weniger Operationen, weniger diagnostische Abklärungen usw.) oder ein günstigeres Aufwand-Ertrag-Verhältnis in der medizinischen Versorgung zeitigt. Ob dem tatsächlich so ist, müsste für die Schweiz noch nachgewiesen werden, nicht zuletzt darum, weil der erwähnte Forschungszweig in der Schweiz praktisch inexistent ist.

Selbstverständlich geht es unter dem Titel Qualität nicht nur um die Analyse von Medical Practice Variations, obwohl hier Diagnostik und Therapie eingeschlossen wären. Es existiert noch eine ganze Anzahl von Bereichen, in denen über Anstrengungen im Zusammenhang mit Qualitätsverbesserungen Kosten eingeschränkt werden können. Dazu gehört die vom BSV ergriffene Initiative zur Reduktion von kritischen Zwischenfällen – eine Initiative, welche sich notabene auf lange dauernde amerikanische Anstrengungen stützte und mit dem Bericht des Institutes of Medicine „To Err is Human. Building a Safer Health System“ (Washington D.C. 1999) eine wirksame Plattform fand. Dazu gehören mit Sicherheit auch Anstrengungen im Bereich der Spitalhygiene. Ohne irgendwie auf ein Inventar von aktuellen Qualitätsproblemen, Potenzial zu Qualitätsverbesserungen und Möglichkeiten zur Kosteneindämmung einzugehen, kann zusätzlich noch auf mögliche Initiativen in der Labordiagnostik, in der Evaluation der Konsequenzen von operativen Eingriffen und im sorgfältigeren Medikamenteneinsatz verwiesen werden.

Qualität wird auch grösseren Aufwand zeitigen

Für eine ausführliche Analyse der Miserie in der vom KVG mandatierten Qualitätssicherung haben die Autoren des Buches „Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen“ (Verlag Hans Huber, Bern und Göttingen 2001) aber nicht den Akutbereich sondern den stationären Langzeitbereich gewählt. Dieser Entscheid war nicht zuletzt durch den Tatbestand mitbestimmt, dass in Spitälern grundsätzlich ausreichend viel Fachverstand vorhanden ist, um sich gegen

den grössten Unsinn, der initiiert werden könnte, zu wehren. Nicht so in Pflegeheimen.

Hier präsentiert sich das hauptsächliche Problem ganz anders: Auf Grund amerikanischer Studien muss angenommen werden, dass Pflegebedürftige, welche in Heime überwiesen werden, dort doppelt so schnell sterben, wie ein statistisch vergleichbares Kollektiv ausserhalb dieser Institutionen. Wolinsky⁸ hat diesen erschreckenden Tatbestand, basierend auf einer Population von gut 7 500 Betagten, über eine Analyseperiode von annähernd zehn Jahren, nachgewiesen. Aneshensel⁹ begleitete eine weit kleinere Gruppe von Dementen; gut die Hälfte wurde in ein Pflegeheim überwiesen. Bis zum Ablauf der Studienzeit resultierte genau die gleiche Erkenntnis wie in der mit rund 20 Millionen Dollar Aufwand betriebenen Forschung von Wolinsky.

Soviel zur Ausgangslage, welche in der Schweiz noch nie thematisiert wurde. Zur Praxis in Deutschschweizer Heimen ist vorab zu bemerken, dass Forschungsergebnisse über nordamerikanische Pflegeheime nicht unbesehen übernommen werden dürfen – amerikanische Pflegeheime sind nur in etwa mit unseren Pflegeabteilungen und Krankenhäusern vergleichbar und die personelle Dotierung mit diplomiertem Pflegepersonal fällt in der Schweiz markant höher aus.¹⁰ Aber die in der internationalen Forschung ausgelegten Qualitätsprobleme gelten mit Sicherheit auch für die Schweiz. Schwere Depressionen etwa werden in nennenswertem Ausmass nicht diagnostiziert, und für einen Teil der diagnostizierten Depressionen resultieren unzuweckmässige Medikamente, nicht selten auch falsche Dosierungen. Es ist schwer vorstellbar, dass qualitativ gutes Handeln von Ärzten und Pflegenden zu Kosteneinsparungen führen würde.

Eine gewisse Minderung des (finanziellen) Aufwandes in Heimen würde dagegen bei der Vermeidung von Stürzen resultieren – die Aufwandreduktion wäre nicht

⁸ F. D. Wolinsky et al., Does Being Placed in a Nursing Home Make You Sicker and More Likely to Die?, in S. L. Willis et al., Hrsg., Societal Mechanisms for Maintaining Competence in Old Age, New York 1997, S. 94-141.

⁹ C. S. Aneshensel et al., The Transition From Home to Nursing Home Mortality Among People With Dementia, in „Journal of Gerontology“, vol. 55, 2000, S. S152-S162.

¹⁰ z.B. Institute of Medicine, Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes, Washington D.C. 1996; HCFA, Report To Congress. Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios in Nursing Homes, 3 Bde., Baltimore 2000.

massiv, weil ein Mehr an Personal zur Prävention notwendig ist. Sicher keine Minderung des Aufwandes resultiert bei Anstrengungen zur Vermeidung von Dehydratation, weil beim Essen mehr pflegerisches Personal präsent sein sollte¹¹ oder bei Anstrengungen zu Kontinenz: Obwohl Einlagen und Pampers Kosten zeitigen, ist dies billiger als ein konsequentes Kontinenztraining.

Mit den ausgewählten Hinweisen sollen Heime in der Deutschschweiz nicht diskreditiert werden. Dagegen muss dezidiert festgehalten werden, dass der Handlungsbedarf mit Bezug auf qualitative Verbesserungen substanziiell ist. Das was zu leisten sein wird, kann oft nur mit mehr Personal geleistet werden, und dabei ist es unabdingbar notwendig, dass es sich um qualifiziertes Personal handelt. Qualitativ befriedigendes Handeln in Pflegeheimen würde unter diesen Umständen mehr finanzielle Mittel beanspruchen. Pflegeheime müssten noch teurer werden.

Unheil für Pflegeheime

Spätestens an dieser Stelle muss klar werden, dass die Bestrebungen zur Qualitätssicherung im Gefolge von Art. 58 KVG im Bereich der Pflegeheime nur in die Irre führen konnten, nachdem keine Auslegung zu Qualitätsproblemen und geeigneten Instrumenten für die Behebung von Mängeln und Hindernissen erstellt wurde, und die unsinnigen Vorkehren und Massnahmen zur Qualitätsbeurteilung, Qualitätssicherung, Qualitätsförderung und zur Etablierung von Qualitätsmanagement endemische Ausmassen annahmen. Es ist ausgeschlossen, hier Beweis zu führen. Im angezeigten Buch sind rund 80 Seiten über grobe Fehlleistungen und unsinnige Massnahmen zu finden. Verhängnisvoll war insbesondere, dass Heimverbände ihren Mitgliedern „Produkte“ empfahlen (z.B. QAP, Opti-Heim, Qualipro), welche in aller Regel untauglich sind. Die Empfehlungen der Heimverbände waren so hilfreich wie Wahrsagerei für die Vorhersage der 6 richtigen Lottozahlen oder der Einsatz weltberühmter Beratungsunternehmen für die Swissair.

Wissenschaftlich argumentiert präsentiert sich das Unheil wie folgt. Versteht man unter Qualität die Differenz zwischen SOLL und IST und unterstellt beide wissenschaftlichen Ansprüchen, ergeben sich unterschiedliche Konsequenzen: Während beim SOLL dessen Herleitung wissenschaftlichen Ansprüchen genügen muss, gilt das beim IST für dessen Feststellung oder Messung. Das SOLL bestimmt sich dann zentral durch eine theoretische Fundierung und damit das Fachwissen, während das IST reliabel und valide gemessen werden muss. Bezogen auf das Pflegeheim hat das zur Konsequenz, dass in die Formulierung des SOLL fundierte und bewährte Erkenntnisse der Sozialwissenschaften und Betriebswirtschaftslehre sowie der Stand der Forschung in der Geriatrie und Gerontologie einfließen müssen, was zudem unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien zu geschehen hat. Bei der Feststellung des IST muss erwartet werden, dass die eingesetzten Instrumente (etwa Fragebogen oder Skalen) das was gemessen werden soll, tatsächlich messen (Validität) und dass diese Messung stabil und genau erfolgt (Reliabilität).

Fundiert im Wissen

Wendet man die drei Kriterien Wissensfundiertheit, Validität und Reliabilität auf „Produkte“ an, die in Heimen zum Einsatz gelangen, so lässt sich zeigen, dass die Mehrzahl diesen Ansprüchen nicht oder nicht ausreichend genügt. Es werden nicht nur nicht relevante Qualitätsdimensionen erfasst, sondern diese werden – aber auch die tatsächlich relevanten – unzureichend festgehalten (gemessen). Zu erwarten ist dann, dass diese „Produkte“ keine oder falsche Informationen über die tatsächliche Qualität des Pflegeheimes liefern. Was sie geben, sind Informationen über die Anstrengungen, die im Rahmen dessen, was diese „Produkte“ unter Qualität von Pflegeheimen verstehen, unternommen werden. Ob aber im Pflegeheim das Richtige und dieses erst noch gut getan wird, bleibt über weite Strecken offen. Das Resultat so verstandener Qualitätssicherung liegt auf der Hand: Sie ist zum grösseren Teil selbstreferentiell. Qualitätssicherung bestätigt damit die Aspekte einer „totalen Institution“ (E. Goffman), indem sie legitimiert, dass trotz aller Anstrengungen Entscheidendes so bleiben muss, wie es ist, und dass es damit seine Ordnung hat.

Nach Dafürhalten der Autoren würde das international stark verbreitete Konzept der Akkreditierung weniger in die Irre führen. Dabei resultiert eine anspruchsvolle Strategie. Sie verlangt Zeit, Engagement, die Bereitschaft zum Lernen und ist riskant. Denn Sicherheit gibt sie nicht, sondern steckt nur einen Raum für behutsames Vorwärtstasten ab. Viel sicherer war es eben für kenntnisarme Anwender, „Produkte“ zu beschaffen, die den Erfolg versprechen, weil sie z.B. in der industriellen Fertigung und in gewissen Dienstleistungsbereichen erfolgreich entwickelt und eingesetzt werden. Die Sicherheit ist trügerisch. Um so überraschender ist es dann zu sehen, wie einzelne Kantone – etwa St. Gallen – trotz Wissen um die mangelnde Wissensfundiertheit, Validität und Reliabilität bestimmter „Produkte“ und Konzepte den Heimen den Zugang zum Shopping ermöglichen. Analoges kann z.Zt. im Kanton Graubünden beobachtet werden: Dort verlangt eine Gruppe von Heimleitern den Einsatz von ISO, ohne sich bewusst zu sein, dass ihnen das notwendige Wissen fehlt, um die Herausforderungen im Heim in SOLL-Vorgaben zu formulieren, womit das ISO-System zum Qualitätsmanagement in der Praxis zum kostspieligen Leerlauf mutiert. Begründet wird dieser Entscheid resp. das Begehren mit der gewollten Konkurrenz unter den Anbietern von „Produkten“. Konkurrenz in Ehren, aber dieses Argument ist nur dann sinnvoll, wenn es Konkurrenz unter etwa Gleichwertigem, das die Zielsetzungen erreicht, meint. Ein Rennen zwischen einem Formel-1-Rennwagen und einem „Deux Chevaux“ ist keines, sondern allenfalls ein Chilbianlass.

Was geändert werden muss

Die Verbindung zwischen Qualität und Aufwand dürfte sich je nach Sektor im Gesundheitswesen verschieden präsentieren. Mit Bezug auf die Spitäler könnte die Vermutung, dass qualitativ gute Leistungen über das ganze hin zu gewissen Einsparungen führen, einige Unterstützung finden. Allerdings ist fraglich, wie markant Einsparungen ausfallen werden und erst recht, ob sie neben allen „kostentreibenden“ Faktoren überhaupt eruiert werden können. Mit Bezug auf Pflegeheime steht mit Sicherheit fest, dass ein qualitativ befriedigenderes Handeln zu höheren Kosten führt.

¹¹ z.B. Institute of Medicine, Improving the Quality of Long-Term Care, Washington D.C. 2001, S. 82.

In jedem Fall bleiben zusätzlich zum Mandat über ein Handeln auf fachlich fundiertem Wissen Managementaufgabe. Wenn Gruppen von Spitälern mit (in etwa) gleichen Strukturen, Ausstattungen und personeller Dotierung miteinander verglichen werden, fallen Differenzen bei den „Resultaten“ an. Diese Differenzen sind auf die Qualität des Managements auf jeder Stufe zurückzuführen – angesprochen ist die Stationsleiterin, der Oberarzt, der Vorsteher einer Klinik, der Abteilungsleiter im Technischen Dienst, der Verwaltungsdirektor usw. Die Managementtherausforderung existiert auch im Heim, wobei die Qualität in dieser Dimension in der Regel weniger befriedigend ausfällt als in Spitälern. Im stationären Langzeitbereich mangelt es oft an Voraussetzungen zu einem Gelingen der Aufgaben mit Bezug auf die Qualitätssicherung; nur am guten Willen ist nicht zu zweifeln.

Am guten Willen der über Art. 77 KVV legitimierten Paritätischen Kommission für Qualitätssicherung in Pflegeheimen muss dagegen gezweifelt werden. Dieses Gremium, mit Vertretern des Konkordates der Krankenversicherer (KSK) und Heimverbänden, hat in den von uns beurteilten 16 Sitzungen so unfundiert, konfus und unsorgfältig gearbeitet, dass sein Verhalten grotesk erscheinen muss.

Wenn die politischen Instanzen den Unsinn nicht abstellen (wenn nötig bei einer der nun jährlich stattfindenden KVG-Revisionen), dann handeln sie unethisch: Im angezeigten Buch wird ausführlich dargelegt, dass Nicht-Wissen nur Kosten zeitigt. Wer in politischer Position dies toleriert, wird mitschuldig an Unsinn. Diese Einsicht für sich allein genügt allerdings nicht. Vielmehr müsste sie in einem entsprechenden Diskurs öffentlich werden. Mit Bezug auf die Bereitschaft zum Diskurs ist Pessimismus angezeigt: Die mitgliederstärkste Vereinigung von Heimen in der Schweiz - der Heimverband Schweiz (HVS) - publizierte in ihrer Verbandszeitschrift anstelle eines Überblickes über das Buch die Stellungnahme des Autors eines Produktes, dem Selbstreferentialität zu eigen ist. Selbstreferentiell sind jene Produkte, deren SOLL nicht das Wissen der Ethik, der Geriatrie, der Gerontologie und der Pflegewissenschaft reflektiert, sondern die Meinungen, Eindrücke und Vorstellungen von Heimen, was ein gutes Heim

ausmache. So konzeptualisierte Systeme und Instrumente können bei ihrer Anwendung also immer nur das bestätigen, was gegeben ist.

Professionalisierung und Moral

Es ist hier bereits dargestellt worden, dass besser ausgebildetes Personal für Pflegeheime unabdingbar ist. Besser ausgebildetes Personal kann über professionelles Handeln authentische Qualitätssicherung im oben beschriebenen Sinn betreiben. Damit stellt sich die Frage, was denn professionelles Handeln ausmacht. Darauf soll abschliessend kurz eingegangen werden.

Die Professionalisierungsdebatte verlief in den letzten Jahren kontrovers. Unter Profession wurde höchst Unterschiedliches verstanden. Ohne auf eine Reihe von Annahmen, Implikationen und von theoretischen sowie politischen Hintergründen dieser Debatte weiter einzugehen¹², sei folgendes hervorgehoben: Einigkeit besteht darin, dass Arbeit nicht das gleiche ist wie Beruf und dass nicht jeder Beruf eine Profession ist. Einigkeit besteht auch darin, dass die klassische Begriffsbestimmung von Profession, die diesen Status nur wenigen Positionen (den Ärzten, den Rechtsanwälten und den Seelsorgern) zugestand, zumindest aufgeweicht, wenn nicht gar überholt ist.¹³ Begründet wird diese Ausweitung mit der zunehmenden gesellschaftlichen Differenzierung.

Bezogen auf das Gesundheitssystem ist damit folgendes gemeint: Die alleinige Zuständigkeit der Ärzte für die Definition von „krank/gesund“ und die daraus resultierende Intervention (Therapie) verliert zunehmend an Eindeutigkeit. Gesundheit wird nicht mehr ausschliesslich als Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern macht einem umfassenderen Verständnis Platz, in dem auch soziale, psychische, selbst ökonomische Aspekte berücksichtigt

werden. Dieser Prozess findet seinen Ausdruck in einer partiellen Verselbständigung jener beruflichen Handlungsbereiche, die während langer Zeit ausschliesslich als medizinische Hilfsberufe betrachtet wurden wie etwa der Pflege. In ihrem Gefolge wird die Kontroll- und Delegationsfunktion zunehmend weniger „monoberuflich“ (Stichweh) ausgeübt. Das hat zur Konsequenz, dass die Einheit bestimmter Systeme, wie etwa dem Gesundheitssystem, nicht mehr durch eine einzelne Profession - hier: den Ärzten/Ärztinnen - symbolisiert wird und führt zur Etablierung neuer Wissensbereiche wie etwa der Pflegewissenschaft.

Für diese Berufe - egal, ob sie nun im traditionellen Sinne Professionen sind oder nicht - gilt, dass sie immer wissenschaftsgetrieben sind und dass sich dieses Wissen in einem spezifischen Sinn „kanonisieren“ (etwa in der Form bewährter Theorien oder etablierter Kunstlehren) und deshalb lernen lässt. Professionelles Handeln äussert sich dann nicht nur in der Verfügbarkeit (etwa in Form von Lehrbüchern) und Kenntnis dieses Wissens, sondern auch in seiner handlungsleitenden Konsequenz. Für das Gesundheitssystem bedeutet dies, dass sich zur medizinischen Diagnose und der entsprechenden Therapie eine Pflege-diagnose und die entsprechenden Handlungen gesellen. Professionelles Handeln heisse dann, dass über die Wissensbasis verfügt wird und entsprechende Interventionsstrategien angewendet werden, wobei das eine das andere voraussetzt. Die Wissensbasis führt so zur Herausbildung einer eigenen professionellen Kultur mit eigenen Standards an das Wissen und Handeln. Deshalb kommt es nicht nur darauf an, das Richtige zu tun, sondern dieses auch gut zu tun. Professionelles Handeln ist somit immer auch moralisch fundiertes Handeln.

Professionelles Handeln folgt in seiner Logik also immer zwei entscheidenden Aspekten: wissenschaftsgeleiteten kognitiven Standards und wertgeleiteten moralischen Standards. Beide bedingen sich gegenseitig und sind gleichzeitig je ein Korrektiv für das andere. Im professionellen Handeln realisiert sich so immer auch Moral. Unter modernen Bedingungen spielt sich professionelles Handeln weitgehend im Wirtschaftssystem ab. Damit sich professionelles Handeln (und damit auch dessen Moral) bewährt, muss es auch die Eigenlogik des Wirtschaftssystems beachten. Und diese ist auf Effizienz und damit Sparsam-

¹² Aus sozialwissenschaftlicher Sicht vgl. dazu etwa T. Kurtz, Form, strukturelle Kopplung und Gesellschaft, Systemtheoretische Anmerkungen zu einer Soziologie des Berufs, in "Zeitschrift für Soziologie", vol. 30, Heft 2, 2001, S. 135-156; U. Oevermann, Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, in A. Combe und W. Helsper, Hrsg., Pädagogische Professionalität, Frankfurt a.M., 1996, S. 70-182; R. Stichweh, Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft, ebenda, S. 49-69.

¹³ R. Stichweh, Professions in Modern Society, in "International Review of Sociology", vol. 7, 1997, S. 95-102; T. Kurtz, Moderne Professionen und Gesellschaftliche Kommunikation, in "Soziale Systeme, Zeitschrift für Soziologische Theorie", vol. 6, 2000, S. 169-194.

keit ausgerichtet. Professionelles Handeln steht dann nicht im Widerspruch zu den ökonomisch gebotenen Restriktionen. Vielmehr „(trägt es) als Brücke ... die moralischen Anforderungen in die Ökonomie und die ökonomischen Notwendigkeiten in die Moral hinein.“¹⁴

Dieser Argumentation kann entgegengehalten werden, dass das Gesundheitssystem eben gerade nicht mit dem Wirtschaftssystem identisch sei. Diese Behauptung ist nur partiell richtig. Zunehmend mehr wird das Gesundheitssystem ökonomisiert, sei es, dass Teile davon tatsächlich dem Wirtschaftssystem angehören (wie etwa Privatkliniken oder die Privatabteilungen der öffentlichen Spitäler), sei es, weil es durch gesetzliche Massnahmen wirtschaftlichen Standards unterstellt wird. Das bedeutet nicht zwangsläufig eine Kolonialisierung des Gesundheitssystems durch das ökonomische. Vielmehr bestehen durchaus Chancen für die Eigenständigkeit der Handlungslogik des Gesundheitssystems und der darin professionell Handelnden. Allerdings setzt die Realisierung dieser Chancen wiederum abgesichertes und fundiertes Wissen voraus.

Professionelles Handeln als Handeln, das wissensbasierten und moralbasierten Standards zu genügen vermag, mindert somit die Möglichkeit einer rationalen Begründung von Handlungsstrategien des Versuchs-und-Irrtums, von einseitigen Maximierungsstrategien, von Strategien des „Immer mehr“, indem es auf Grenzen aufmerksam macht, die intersubjektiv überprüfbar und damit nachvollziehbar sind. Diese Grenzen haben durchaus auch einen wirtschaftlichen Gehalt, und deren Beachtung hat deshalb einen Spareffekt. Ob diese Argumente in den Heimen, bei den dafür Verantwortlichen und bei ihren Verbänden Eingang finden werden, wird die Zukunft zeigen müssen.

Anmerkung

Teile dieses Aufsatzes sind publiziert worden in "Die Volkswirtschaft", vol. 74, 2001, Heft 9, S. 24 - 27

¹⁴ R. Münch, Zahlung und Achtung, Die Interpenetration von Ökonomie und Moral, in "Zeitschrift für Soziologie", Vol. 23, Heft 4, 1994, S. 390.

Ethische Standards für die Beratung von vorgeburtlichen Untersuchungen

Prof. Dr. med. Erika Bühler

In der Schweiz liegt bis heute kein detailliertes Beratungskonzept zu pränatalen Untersuchungen vor. Bis ein Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen in Kraft tritt – die Vernehmlassungen waren im März 1999 abgeschlossen –, dürfte noch einige Zeit vergehen. Falls staatliche Beratungsstellen überhaupt geschaffen werden, wird bis dahin nochmals Zeit verstreichen. Als sicher kann man annehmen, dass Beratungen in diesem Gesetz einen hohen Stellenwert haben werden. Es macht daher Sinn, sich schon jetzt Gedanken über ethische Standards in der Beratung vor pränatal diagnostischen Massnahmen zu machen. Aus der Praxis einer unabhängigen Beratungsstelle sollen hier einige Postulate für solche Standards formuliert werden.

Unvoreingenommenheit und Verantwortungsbewusstsein

Das erste ist Unvoreingenommenheit. Eine Beraterin, die absolute Abtreibungsgegnerin ist, wird nicht unvoreingenommen über Für und Wider der pränatalen Diagnostik reden können. Ein Berater, der in einem Behinderten nur eine Last für Staat, Gesellschaft und Familie sieht, wird kaum unabhängig von dieser Ansicht beraten können.

Zweite Voraussetzung für eine ethisch hochstehende Beratung ist ein ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein. Als Berater sind wir nicht nur mitverantwortlich für die Entscheidung, die eine Ratsuchende trifft, wir wirken auch als Meinungsbildner für die Einstellung der Gesellschaft zu Behinderung, Lebensqualität, Gesundheit und Krankheit. Ein fundiertes Wissen und eine gute sachliche Information gehören mit zu der Verantwortung von Beraterinnen und Beratern.

Empathie, Zeitaufwand und Solidarität

Empathie, verbunden mit Einfühlungsvermögen sind weitere Postulate einer Ethik für Beratende. In den oft schwierigen Entscheidungen von Für und Wider

pränatal diagnostischer Massnahmen oder von Konsequenzen prä-nataler Untersuchungen fühlen Frauen sich von Frauen oft besser verstanden als von Männern. Empathie wächst auf dem Boden des Einfühlungsvermögens, und verständlicherweise kann eine Frau sich besser in eine schwangere Frau einfühlen als ein Mann.

Es mag befremden, den Zeitaufwand als wichtigen Faktor einer ethisch verantworteten Beratung zu nennen. Die Erfahrung lehrt aber, dass Gespräche unter Zeitdruck ein Hindernis für eine freie, selbstverantwortete Entscheidung sind. Jeder Beratung sollte das Angebot von Fortsetzungsgesprächen folgen.

Respekt vor der Freiheit der Ratsuchenden verlangt vom Beratenden grösstmögliche Zurückhaltung im Offenlegen seiner persönlichen Meinung. Sobald eine Entscheidung gefallen ist, ist nur noch Solidarität mit der Klientin gefragt.

Nicht alles Machbare ist auch immer wünschenswert

Ein letzter Gedanke soll weniger als ethisches Postulat verstanden werden, sondern ein praktischer Hinweis für die Beratung sein. Da es nie gelingen wird, allen Risiken einer Schwangerschaft zu begegnen, allen Gefahren auszuweichen und alle Zwischenfälle zu vermeiden, sollte man bemüht sein, im Gespräch mit der Klientin aus allem Machbaren das für ihren speziellen Fall Wünschbare heraus zu arbeiten. Voraussetzung dafür ist – neben der eigenen Einsicht, dass nicht alles Machbare auch immer wünschenswert ist – das Geschick oder die Gabe, zu beurteilen, was im Einzelfall das Vernünftigste ist.

Der Verein für unabhängige Beratung und Information über pränatale Diagnostik („Verein UBI“) versucht seit über 5 Jahren, Frauen und Männer, die mit den Problemen der pränatalen Diagnostik konfrontiert sind, nach diesen Grundsätzen zu beraten. Das Angebot ist gratis.

Verein für unabhängige Beratung und Information über pränatale Diagnostik

Einige Erfahrungen aus 5 Jahren Beratungspraxis sollen hier wiedergegeben werden. Die telefonischen Anfragen lassen sich grosso modo in 2 Kategorien unterteilen: Auf der einen Seite reine Informationsübermittlung (Vor- und Nachteile verschiedener Methoden, Risiko der Eingriffe, Aussagekraft von Resultaten und Befunden), auf der anderen Entscheidungshilfe und eigentliche Beratung (Für und Wider bzw. Wahl pränatal diagnostischer Massnahmen, Vorgehen nach zwispältigen, fraglichen oder eindeutig pathologischen Befunden). Oft umfasst ein Gespräch beide Kategorien, manchmal nur Eine davon.

Die erste Kategorie hat in den 5 Jahren des Bestehens des Vereins UBI eine auffallende Wandlung erfahren. Die Frauen sind besser informiert als früher, was die Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik betrifft. Verständnisfragen treten noch auf bei der Aussagekraft von Risikoangaben (Wahrscheinlichkeiten), bei den Ausdrücken „positiver“ bzw. „negativer Befund“ und bei der Bedeutung eines normalen Chromosomenbefundes für die Gesundheit bzw. Normalität des Kindes. Es ist immer noch ein weit verbreitetes Phänomen, dass Frauen nach Erhalt eines normalen Chromosomenbefundes sich in der falschen Sicherheit wiegen, ihr Kind würde nun garantiert gesund zur Welt kommen. Man könnte es so ausdrücken: Die Frauen sind gut informiert über die Möglichkeiten, weniger gut über die Grenzen der pränatalen Diagnostik.

Die zweite Kategorie von Anfragen wird wahrscheinlich immer gleich aktuell sein. Da jede Ratsuchende sich in einer anderen persönlichen Situation befindet, sehen wir die primäre Aufgabe der Beraterin darin, herauszuspüren, wie die Frau selber über ihre Situation denkt, was sie fühlt in Bezug auf ihre Schwangerschaft, wie sie zu Fragen wie Sicherheit und Risikobereitschaft steht, was für ein Menschenbild sie und ihr Partner haben, was für eine Weltanschauung sie vertreten. All das wird meistens nicht direkt gefragt, sondern wir versuchen, es durch das Gespräch zu erspüren. Sodann bestärken wir die Ratsuchende in der von ihr angedeuteten (selten klar ausgesprochenen) Präfe-

renz oder in der von ihr anvisierten Entscheidung. Es ist unsere Erfahrung, dass Frauen leichter zu einer für sie stimmigen Entscheidung kommen, wenn sie sich ernst genommen fühlen und nicht etwa für naiv und unaufgeklärt oder umgekehrt für überängstlich und perfektionistisch gehalten werden.

Ein bestimmtes Risiko kann von einem Menschen als hoch und inakzeptabel empfunden werden, während ein anderer mit dem gleichen Risiko gut leben kann. Ein bestimmter Befund (z.B. eine Anomalie der Geschlechtschromosomen) kann von einem Elternpaar als akzeptabel angesehen werden, während der gleiche Befund für ein anderes Paar ein Grund zum Schwangerschaftsabbruch ist. Die Frauen des Beratungsteams im Verein UBI sehen sich nicht als Lehrpersonen, als Richter oder als moralische Instanz, sondern als

Zuhörer und Informanten für die Fragesteller, als Beraterinnen und Helferinnen (meist) schwangerer Frauen und /oder deren Partner in schwierigen persönlichen Situationen.

Anmerkung

Prof. Dr. med. Erika Bühler ist emeritierte Professorin für Medizinische Genetik an der Universität Basel. Verheiratet, Mutter von vier erwachsenen Kindern, Grossmutter von drei Enkeln. Präsidentin des Vereins UBI (Verein für unabhängige Beratung und Information über pränatale Diagnostik).

Der Artikel „Ethische Standards für die Beratung von vorgeburtlichen Untersuchungen“ erschien unter dem Titel „Ethische Standards für pränatale Diagnostik?“ in der Basler Zeitung vom Samstag/Sonntag 19./20. Mai 2001, Nr. 116

Caring und Pflegeethik am Beispiel der Pflegeassistenz – Ausbildung

Susanne Pracht

Folgende Ausführungen sollen Einblick in einzelne Aspekte von Caring gewähren und Grundlage für fruchtbare Diskussionen bieten. Der Lesefreundlichkeit zuliebe ist hier die weibliche oder männliche Form verwendet. Die Bearbeitung vom Thema beantwortet die folgende Leitfrage:

Macht Caring in der Pflegeassistenz – Ausbildung Sinn oder Un – Sinn?

Unter Ethik ist hier die Reflexion auf die Moral; das Untersuchen von Prinzipien, Werten und Normen im Verhalten von Menschen zu verstehen. (van der Arend und Gastman) Unter Pflegeethik ist eine Form der Berufsethik zu verstehen. Ein Nachdenken über verantwortliches Handeln im Rahmen der Berufsausübung von Pflegenden. In der Pflegeethik sind Definitionen im Vergleich zur Gesundheitsethik noch wenig entwickelt, jedoch mehr und mehr in der Entwicklung begriffen. (Arie van der Arend 1998 / Pflegeethik / Seite 23 / 24) Unter Caring ist hier der Teil der Pflege zu verstehen, der den Gepflegten Zuwendung, Begleitung und Unterstützung im Kranksein und Genesen, Leiden und Sterben vermittelt. (Hildegard Holenstein et al 1996) Caring als Teil der Pflegeethik. Persönliche verstehe ich Caring als ein Pflegeethisches Konzept von grosser Bedeutung.

Was ist Caring?

Caring beschreibt den emotionellen, fürsorglichen Teil der Pflege. Care bedeutet: "Sorge, sich sorgen um jemanden, etwas oder jemanden mit Sorgfalt behandeln, achtgeben, aufpassen, vorsichtig sein, sich Mühe geben, sich bemühen, etwas sorgfältig tun, sich schonen, auf sich aufpassen, Versorgung, ärztliche / pflegerische Versorgung, Fürsorge, Behandlung, sich um Jemanden kümmern/sorgen, Jemanden in Pflege nehmen/geben, (zum Beispiel ein Kind), Anteilnahme, Fürsorglichkeit, Interesse am Mitmenschen haben, etwas gerne tun, mögen, wollen, gut versorgt/gepflegt sein" (Silvia Schmid / Diplomarbeit / Seite 3)

Ressourcen von Caring

Caring bietet eine willkommene Struktur, den emotionellen, sich sorgenden Teil der Pflege systematisch zu beleuchten und bewusst zu verstehen. Normen und Werte können beschrieben, diskutiert, definiert und überprüft werden. Caring verstärkt die Professionalität von Pflege. Caring in der Pflege führt zur Erfassung professionellen Umgangs in der Pflege. Dadurch entstehen definierte Zeit – sowie Raumgefässe und Caring wird als ausgewiesene Pflegeleistung definiert und auch finanziert werden können. Caring erfüllt und befriedigt. Mit schwierigen Situationen umgehen zu müssen wird durch Caring für Pflegenden und Pflegeempfänger besser möglich. Pflegenden profitieren für sich selbst ungeheuer, wenn wirkliches Caring stattfindet. Ein gewaltiges Potential an Energie, Motivation und Engagement entsteht. Ausgeglichenheit, Zufriedenheit und Erfüllung im Beruf fördern und festigen die Arbeitsqualität von Pflegenden erheblich. Die Pflegequalität wird durch Caring erhöht und dient der Genesung der Pflegeempfänger. Der Ruf von Institutionen wird durch zufriedene Mitarbeiterinnen und Pflegeempfänger gestärkt und gesichert. Auch wirtschaftlich dürften sich eine geringe Fluktuation der Mitarbeiterinnen, geringere Krankheitsausfälle, eine feststellbar hohe Pflegequalität, ein lukratives Pflegeangebot und eine hohe Zahl der Bettenauslastung bemerkbar machen. Caring trägt zur Kompetenzerweiterung von Pflegenden und Pflegeempfängern bei. Pflegenden sind auf eine gute Selbstkompetenz angewiesen um professionell pflegen zu können. Caring legitimiert, emotionelle Aspekte der Pflege zu thematisieren, regt zum Austausch darüber an und fördert die pflegerische Tätigkeit in jeder erdenklichen Weise. Benner beschreibt die Kraft und Macht, die wirklichem Caring innewohnt, sehr anschaulich. Caring ist zentrales Thema in Fort – Weiterbildung und Forschung. Caring erreicht Definition sowie Klärung professionellen Verhaltens Pflegenden und hilft ein fundiertes Berufsbild entstehen zu lassen, was sich nahe der

Pflegepraxis bewegt und Phänomene der Pflege aufnimmt und integriert.

Kritik an Caring

Caring ist in der Pflege noch nicht so bekannt und steht meiner Meinung nach bei vielen Pflegenden noch nicht so im Vordergrund wie es notwendig wäre. Beeinflussend ist sicher der schnelle grundsätzlich Wandel in der Pflege und im Gesundheitswesen. Caring erfordert Einsatz und Engagement. Caring muss in der Pflege sicher bewusst eingesetzt werden und Raum erhalten, um lebbar zu sein. Pflegenden sind auf der Station im Regelfall so belastet, dass oft nur sicherer Pflege gewährleistet werden kann. Caring fordert Zeit und dadurch auch Finanzen. Caring ist nicht sichtbar und noch nicht gut messbar und dokumentiert. In der Wirtschaft wird produktorientiert argumentiert und noch sind die Inhalte von Caring ein zu wenig anerkanntes Produkt von Pflege. Caring wird noch absolut zu wenig von Gruppen medizinischer Berufe gewichtet und anerkannt. Dies ist sicher durch die klare medizinische Ausrichtung dieser Berufe einerseits und das grosse Mass an medizinisch – therapeutischen Arbeitsinhalten andererseits zu erklären.

Caring fordert den ganzen Menschen und das ist nicht immer bequem. Caring heisst, sich persönlich und aktiv mit dem Pflegeempfänger zu befassen. Auf das Privatleben umschalten zu können ist nicht einfach, wenn persönliche Betroffenheit in der Pflege stattgefunden hat. Caring fordert vielfältige Fähigkeiten und stellt hohe Anforderungen an die Persönlichkeit Pflegenden. Das bedingt eine fundierte Ausbildung. Nicht jeder Mensch hat Kompetenzen für wirkliches Caring und kann sie bewusst und professionell in der Pflege einsetzen. Caring ist in der Pflege leider noch nicht selbstverständlich und bewusst integriert. Deshalb sind Lernende mit ihrem Wissen über Caring in der Pflege zum grossen Teil auf sich selbst angewiesen.

Wie ist Caring in der Pflegeassistenz – Ausbildung integriert?

Um den heutigen Herausforderungen im Pflegeberuf begegnen zu können, sind vielseitige Kompetenzen ebenso wesentlich, wie eine reife, ethisch vertretbare Pflegehaltung und das kompetente Verhalten Pflegenden. Dies grundsätzliche Wissen muss in die Pflegeassistenz – Ausbildungen einbezogen werden. Die 12 Caring – Dimensionen von Silvia Schmid sind als pflegerische Grundhaltung in die Pflegeassistenz – Ausbildung eingeflossen. (Silvia Schmid / Diplomarbeit / Seite 35)

„Jemanden kennen – Sich einlassen – Sich sorgen um / sorgen für – Sich einfühlend – Präsent sein / da sein – Geduldig sein – Zuhören können – Bescheiden sein – Mutig sein – Vertrauen haben – Hoffnung haben – Ehrlich sein.“

Bei dem Beruf der Pflegeassistenz handelt es sich um eine vom SRK anerkannte einjährige Berufsausbildung. Eine ausgebildete Pflegeassistentin arbeitet immer unter der Verantwortung einer diplomierten Pflegenden, in ihrem Arbeitsbereich jedoch selbstständig und selbstverantwortlich. Die Ausbildung in Pflegeassistenz ermöglicht es, im Rahmen der definierten Assistenzfunktion einen Beitrag zur Ausübung der 5 Funktionen der Gesundheits – und Krankenpflege zu leisten. Sie soll den Zugang zu einer Diplomausbildung in Gesundheits – und Krankenpflege erleichtern. Der theoretische Unterricht ist in Modulwochen gegliedert. Inhalte der Handlungsmodule der ersten Phase der Ausbildung sind: Betten / Körperpflege / Speisen und Getränke Servieren / Ausscheiden / Bewegen Umfeld sowie Dokumentation und Information. In der zweiten Hälfte der Ausbildung beschäftigen sich die Lernenden mit Haltungmodulen wie Begegnung / Krise / Männerrolle Frauenrolle / Macht und Behinderung.

Wo unterscheiden sich Caring und Pflegeethik?

Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Caring und Pflegeethik anhand von möglichen Fragestellungen. Pflegeethik und Caring sind von grosser Bedeutung für Pflege und ergänzen einander auf spannende Weise.

Fragen von Pflegeethik

Müssen wir Herrn Y. weiterhin engagiert pflegen und betreuen, wenn er mit seinem

Verhalten seiner Gesundheit schadet und uns an der Arbeit hindert? Er hat Mühe mit der Atmung, soll inhalieren, hat aber keine Lust dazu, und raucht. Haben wir das Recht Bewohner anzubinden, wenn nicht genug Pflegenden auf der Station sind, um für deren Sicherheit zu sorgen? Können wir eine spezielle pflegerische Behandlung von der erkrankten Frau unseres Chefarztes auf unserer Station akzeptieren und durchführen, nur weil die Patientin die Frau vom Chefarzt ist? Was verstehen wir unter Verschwiegenheit?

Fragen von Caring

Wie kann ich meiner Pflegeempfängern in ihrer Situation Sicherheit und Wohlbefinden

vermitteln? Wie lasse ich mich auf die Person meiner Pflegeempfängerin ein? Was kann ich ihr Gutes tun? Welches pflegerische Engagement ist die Patientin mir Wert? Wie gut kenne ich meinen Pflegeempfänger? Ist er mir vertraut? Will ich ihn pflegen? Welche Emotionen lässt meine Pflege bei meiner Pflegeempfängerin aus? Glaube ich an die Genesung meiner Patienten? Wie setze ich mich persönlich für die Genesung meiner Pflegeempfänger ein? Mache ich zwischen ihnen Unterschiede?

Wie wird Caring im Rahmen der Pflegeassistenz – Ausbildung gefördert?

Vorbild sein

Das Vorleben eines kompetenten Verhaltens aufgrund einer reifen Haltung ist von grosser Bedeutung. Wie die Haltung und das Verhalten der Lehrenden dem Thema, den Lernenden, dem Lernen, der Pflege und der Ausbildung gegenüber ist, wirkt beispielhaft auf die Lernenden.

Theorie zu Caring und Pflegeethik

Die Lernenden erhalten durch Wissen über Caring und Pflegeethik die Möglichkeit, über Verhalten nachzudenken, es zu verstehen und zu reflektieren. Was jede

Lernende für sich unter Caring versteht kann zum Beispiel in der Klasse geklärt werden, verschafft Klarheit und fördert die individuelle, überprüfte Definition von einem gesunden Pflegeverständnis. Pflegeethisches Wissen hilft, in der Pflegepraxis ethische Entscheidungen bewusst und sinnvoll treffen zu können.

Transfer mittels Caring

Die Lernenden vertiefen ihr Wissen über Caring anhand konkreter Beispiele aus ihrer Pflegepraxis und erhalten dadurch auch die Möglichkeit wünschenswerte eigene Verhaltensänderungen in der Pflege zu erproben.

Situationen aus der Pflegepraxis

Die Lernenden stellen Situationen aus ihrer Pflegepraxis im Unterricht dar und bekommen aus der Klasse Feedback zu ihrem Verhalten. Einerseits können „blinde Flecken“ im Verhalten gemeinsam entdeckt werden, andererseits üben sich die Lernenden im Wahrnehmen, im Feedback geben und nehmen, sowie im gemeinsamen Umgang miteinander. Aktuelle Phänomene der Pflege können in der Schule theoretisch bearbeitet werden.

Diskussionen zu Haltungsfragen

Die Auseinandersetzung mit Haltungsfragen ist im Curriculum der Ausbildung enthalten. Fragen an das Thema vom Modul „Macht“ könnten zum Beispiel sein: Ist es möglich ohne den Einsatz von Macht zu pflegen? Wann soll Macht in der Pflege eingesetzt werden dürfen? Hier liegt die spannende Verknüpfung mit der Pflegeethik und Caring direkt auf der Hand.

Rückmeldungen zum Verhalten

Ungünstiges Verhalten Lernender kann von der Lehrenden individuell angesprochen oder bearbeitet werden. Auch die Lernenden üben sich, gute und konstruktive Kritik zu äussern. Hierzu ist ein förderndes Lernklima, in dem Fehler gemacht werden dürfen und in dem ausprobiert werden darf, unerlässlich.

Erproben von Caring

Um sich konkreter in der Welt von Caring zurecht zu finden braucht es die Betrachtung aus verschiedene Blickwinkeln. Die Lernenden stellen zum Beispiel ihre Vorstellung von einer der Caring – Dimensionen in Form eines Rollenspieles dar. Vielleicht üben sie dann in Kleingruppen, dies optimale und wünschenswerte Verhalten anhand einer ihrer erlebten Pflegesituationen.

Gemeinsame Unternehmungen

Im Klassenverband trainieren die Lernenden den Umgang miteinander. Sie übernehmen selbst die Verantwortung für die Realisierung einer gemeinsamen Aktion und ziehen Schlüsse daraus. Hier geht es um Verantwortung, Vertrauen, gemeinsames Funktionieren, sowie die Auseinandersetzung mit der den anderen in der Klasse.

Gemeinsames Arbeiten an Aufträgen

Die Lernenden merken, dass Sie nicht nur für das Gelingen der eigenen Ausbildung zuständig sind. Sie sind persönlich für das Lernen der ganzen Gruppe mitverantwortlich. Ergebnisse der Gruppe gemeinsam zu betrachten macht jeder Lernenden ihr Verhalten in der Gruppe bewusst und fördert Bewusstsein sowie Bedeutung von Gemeinsamkeit.

Begleitung in der Praxis

Mit Einträgen in den Verlaufsblättern auf der Station übt sich die Lernende in der Selbsteinschätzung ihrer angewendeten Pflege. Durch die Fremdeinschätzung auf der Station bekommt Sie Rückmeldung, kann erkennen woran Sie noch schaffen muss und sich in der Umsetzung von Verbesserungsmöglichkeiten üben. Standort und Qualifikation entstehen aus dem Konsens von Selbst – und Fremdeinschätzung. Die Bewertung liegt klar auf Seiten der Station.

Begleitung in der Schule

In der Schule dienen Standortgespräche zum Erkennen und Bearbeiten von individuellen persönlichen, sozialen und fachlichen Fähigkeiten der Lernenden.

Sie formuliert nach dem Austausch von Selbst – und Fremdeinschätzung mit der Lehrerin ihre, in der Schule anzustrebenden Ziele und Massnahmen zur Zielerreichung. Verhaltensfragen werden oft zum Thema solcher Gespräche. Standortgespräche in der Schule fördern innerhalb der Ausbildung prozesshaftes Lernen, denn sie machen der Lernenden Verhaltensänderungen deutlich. Standortgespräche sind formativ und dadurch nicht mit schulischem Leistungsdruck behaftet.

Lernen transparent gestalten

Das gemeinsame Auswerten von formativen Lernkontrollen zeigt den Lernenden ihren eigenen Leistungsstand auf und verdeutlicht ihnen gleichzeitig die Haltung der Schule, Prüfungen gegenüber. Die Lernenden trainieren, für ihre Ausbildung die Verantwortung zu übernehmen, sich im nötigen Masse zu engagieren und selbstverantwortlich zu handeln. Lernende als erwachsenen Menschen zu behandeln heisst in diesem Sinne auch, ihnen bewusst Verantwortung zu übergeben und trotzdem klar für die Einhaltung des Rahmen der Ausbildung zu sorgen.

Methodenvielfalt

Lehrende können das Verhalten Lernenden umfassend wahrnehmen, wenn sie verschiedenartige

Beobachtungsmomente zur Verfügung haben. Ich habe den Eindruck, dass es nicht jeder Lernenden liegt, sich in geeignetem Mass schriftlich oder mündlich auszudrücken. Sie zeigt ihre Fähigkeiten vielleicht eher in der praktischen Umsetzung von Pflege.

Individuelles Lernen

Die Übernahme von Verantwortung für das eigene Lernen bedeutet für die Lernenden die Identifikation mit Lernziele, Lerninhalten und Massnahmen sowie deren Umsetzung aus eigenem Antrieb. Im Rahmen der Ausbildung ist es den Lernenden möglich zwischen verschiedenen Lernangeboten und Lernmethoden zu wählen. Eigeninitiativ wählt eine Lernende zum Beispiel das Schreiben eines Lerntagebuches. Von Zeit zu Zeit zeigt sie es der Lehrerin und bekommt konstruktive

Rückmeldungen und Anregungen in Bezug auf ihr lernen.

Auseinandersetzung mit dem Beruf

Durch die Medien, Literatur und gesellschaftlich prägende Aussagen wird angehenden Pflegeassistentinnen unbewusst ein Verhaltens – Klischee Pfleger vermittelt, über das dringend nachgedacht werden muss. In der Klasse Werbeauschnitte, Spitalsendungen, Illustrierte oder Romane zu thematisieren, in denen das Verhalten Pfleger eine Rolle spielt, ist bedeutsam für die Prägung der Berufrolle und macht rechtzeitig auf fragwürdiges Verhalten aufmerksam.

Caring als Einschätzungsinstrument

Die Lernenden werden befähigt eigenständiges und selbstverantwortliches Entscheiden im geschützten Rahmen zu üben, lernen Lösungen zu finden und entwickelte Vorschläge zu überprüfen. Zum Beispiel Anhand des Einschätzungsinstrumentes zu Caring. Schmid zeigt zu jeder der Caring – Dimensionen mögliche Gegensätze auf und bietet zur Einschätzung eine Einstufungsskala an. (Diplomarbeit Silvia Schmid / Anhang 1)

Strukturen, in denen das Verhalten Thema ist

Die Lernenden trainieren herausfordernde Situationen zu analysieren und konstruktive Entscheidungen im Rahmen ihrer Kompetenzen zu treffen. Zum Beispiel anhand der Phasen der ethischen Entscheidung „Analyse / Erkennen des Problems, Planung, Durchführung / Ausführung, Evaluation / Auswertung“ (V.Tschudin 1986 / Ethik in der Krankenpflege / Seite 100 – 104)

Welche Fähigkeiten sind zur Förderung von Caring erforderlich?

Die notwendige Fähigkeiten zur Förderung von Caring sind vergleichbar mit denen im Bereich von Beratung und Supervision. Dr. Eva Renate Schmid fasst persönliche Eigenschaften und Einstellungen als Notwendigkeit zu Förderung von Beraterinnen in Organisationen wie folgt zusammen. „Erfahrung mit Organisatio-

nen, Liebe zu Organisationen, Kraft, Authentizität, Beziehungsfähigkeit, Verlässlichkeit, Demut und Virtualität“ (Dr. Eva Renate Schmid / Beraten mit Kontakt / Seite 29 – 33)

Diese Kompetenzen sind meiner Meinung nach auch für Lehrende in der Pflegeassistenz – Ausbildung bedeutsam. Lehrende müssen über umfassende pflegerische Erfahrungen und Kenntnisse verfügen, um ihre Lernenden wirklich verstehen zu können. Lehrende müssen sich mit den Institutionen im Gesundheitswesen identifizieren können, um glaubhaft zu sein und bestehende Richtlinien entsprechend vertreten zu können.

Lehrende brauchen Energie, Engagement, und eine gute Gesundheit um Ideale und Vorstellungen von Beruf und Ausbildung leben zu können. Lehrende brauchen eine realistische Selbsteinschätzung. Sie bilden sich Meinung und Urteil unabhängig, um objektiv zu beurteilen und zu entscheiden. Lehrende brauchen die Fähigkeit zum Aufnehmen, Erhalten, Pflegen und Ablösen von Kontakten und Beziehungen, um in einem angepassten Mass zu begleiten, zu beraten und zu betreuen. Lehrende brauchen Verbindlichkeit und Verlässlichkeit, um die Durchführung der Ausbildung fachgerecht gewährleisten zu können. Lehrende brauchen die Akzeptanz, dass nicht alle Verhältnisse verbessert werden können und alle Zustände heilbar sind. Lehrende brauchen Intuition und das Vermögen aufgrund eines breiten Repertoires an Verhaltensweisen und Instrumenten mit Situation kompetent umgehen zu können.

Welches Fazit lässt sich aus den Betrachtungen ziehen?

Caring macht in der Pflegeassistenz - Ausbildung sehr viel Sinn.

Ziel der Zukunft ist eine professionelle, verantwortungsvolle, fürsorgliche und im Sinne der

Pflegeempfänger gestaltete und ausgerichtete Pflege. (Zitat: Ethisch handeln und entscheiden / Andrea van Schayck / Seite 125) Ein Schlusswort, dem ich mich nur anschliessen kann. Die Herausforde-

rungen von Caring persönlich anzunehmen lohnt sich. Die Förderung von Caring motiviert, fördert, ermutigt, befähigt und ist ein wichtiger und notwendiger Beitrag zur Professionalität von Pflege. In Zukunft wird Caring hoffentlich mehr Fuss fassen, Raum erhalten und als Grundelement in Pflegeausbildungen integriert werden.

Anmerkung

Susanne Pracht arbeitet als Programmleiterin Pflegeassistenz an der Schule für Gesundheits – und Krankenpflege und Pflegeassistenz in Baden Gnadenthal

Literatur

Sporken, Paul: Die Sorge um den Kranken Menschen. Grundlagen einer neuen medizinischen Ethik. Patmos Verlag 1988

Tschudin, Verena: Ethik in der Krankenpflege. Recom 1996

Juchli, Liliane: Sein und Handeln. Ein ABC für Schwestern und Pfleger. Recom 1983

Juchli, Liliane: Allgemeine und spezielle Krankenpflege. Ein Lehr – und Lernbuch. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1973

Kellerhauser, E.; Schewior, S.; Popp: Pflege. Entdecken – erleben – verstehen

Sitzmann, F.; Geissner, U.; Gümmer, M.: Professionell handeln. Thiemes Verlag 2000

Ullrich, L.: Ethik. SBGL/ASGRMC/ASGRJ Zeitschrift, NOVA. 1999

Van der Arend, Arie, Gastman, Chris: Ethik für Pflegende. Hans Huber 1996

Van der Arend, Arie: Pflegeethik. Ullstein Medica 11998

Schmid, Silvia: Caring. Ein beständiger und professioneller Pflegeinhalt. Kaderschule für die Krankenpflege Aarau. Höhere Fachausbildung in Pflege. Stufe 2 / Kurs 3 1994

Holenstein, Hildegard et al.: Sich sorgen für andere. Seperatum. Kaderschule für die Krankenpflege SRK. Aarau 1996

Schmidt, Eva Renate; Berg, Hans Georg: Beraten mit Kontakt. Handbuch für Gemeinde - und Organisationsberaten. Bruckhardthaus – Leatare Verlag 1995

Krapf, Bruno: Aufbruch zu einer neuen Lernkultur. Erhebungen, Experimente, Analysen Und Berichte zu pädagogischen Denkfiguren. Verlag Paul Haupt 5. Auflage 1997

Schweizer Berufsverband SBK – ASI Bern: SBK ASI Ethische Grundsätze für die Pflege 1990

Leiterinnen und Leiter der Schulen für Pflegeassistenz: VLPA Schweizerische Vereinigung der PflegeassistentInnen: Berufsbild der Pflegeassistentin 25.11.1996

Frese, Frank: Ethik, Motivation Qualität. Lambertus Verlag 2000

Van Schayck, Andrea: Ethisch handeln und entscheiden. Spielfläche von Pflegenden und die Selbstbestimmung des Patienten. Kohlhammer. Pflegepositionen 2000

LEVE Verband BerufsschullehrerInnen in Bern, Gesundheitswesen: Berufprofil Berufsschullehrerinnen und Berufsschullehrer im Gesundheitswesen. / März 2000

Kaiser, Hansruedi; Künzel, Manfred: Transferförderung. Eine Übersicht, eine Theorie und viele anwendungsbereite Methoden. Skript Nummer 14 / Bereich Berufsbildung Schweizerisches Rotes Kreuz / Juni 1997

Baumgartner, Martin: Krankenpflege Zeitschrift: 2 / 2001. Seite 12 – 15

Spring, Rebecca: Zu Partnerinnen werden: Die Bedeutung von Caring für Menschen mit HIV und Aids. Pflege Zeitschrift 12 / 1999 Seite 230 – 237

Kesselring, Annemarie: Praxiserfahrung als Quelle des Lernens. Pflege Band / Heft 2 / 1994. Seite 96 – 104

Die neue Arbeitsgruppe „Grundlagen der biomedizinischen Ethik“ der SGBE/SSEB. Ein Kurzbericht

Markus Zimmermann-Acklin

Im Oktober 2000 hat eine neue Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für biomedizinische Ethik (SGBE/SSEB) ihre Arbeit aufgenommen. Unter dem Namen „Grundlagen der biomedizinischen Ethik“ geht es um die Diskussion theoretischer Ansätze und Fundierungen der Bioethik in Auseinandersetzung mit konkreten Herausforderungen, die sich u.a. im klinischen Alltag heute stellen. Die 13 Mitglieder der Arbeitsgruppe, darunter sechs Frauen und sieben Männer, repräsentieren mit der Medizin, Pflege, Biologie, Philosophie, Theologie, Journalistik und Spitalseelsorge unterschiedliche Disziplinen, so dass die Arbeit interdisziplinären Charakter hat.

Bislang haben drei halb- bzw. ganztägige Treffen im Ethikzentrum in Zürich stattgefunden:

11. Oktober 2000: Gründungsversammlung und Diskussion einiger Aspekte einer theoretischen Grundlegung der Bioethik (Bedeutung kommunitaristischer, hermeneutischer und feministischer Ansätze).

1. Februar 2001: Diskussion aufgrund der klinischen Fallstudie des „Monsieur Antimo“, vorgestellt von Roberto Malacrida und anhand verschiedener Ethik-Ansätze kommentiert von Christoph Rehmann-Sutter.

7. Juni 2001: Ausgehend vom Fallbericht des „Monsieur Antimo“ Erarbeitung und Diskussion verschiedener Ethikansätze, insbesondere der Prinzipienethik, Kasuistik, Beziehungsethik, Deontologie und des Utilitarismus.

Die vierte Diskussionsrunde ist am **29. November 2001** geplant. Das Thema lautet: «Die *Medical Humanities* als Herausforderung und/oder notwendige Ergänzung der biomedizinischen Ethik.»

Die Arbeit besteht in einer gemeinsamen Vorbereitungslektüre, kurzen Impulsreferaten und anschließenden Diskussionen. Die Sprachen sind deutsch und französisch, wobei jede und jeder in der eigenen Sprache spricht. Der Arbeitskreis ist weiterhin offen für interessierte Leute. Die Aufgabe der Moderation liegt zur Zeit bei Markus Zimmermann-Acklin. Angesichts der

zunehmenden Auseinandersetzungen um bioethische Fragen und anstehender Entscheidungen in Recht, Politik und Gesellschaft ist abzusehen, dass die Verständigung über die Grundlagen der Bioethik zusehends an Bedeutung gewinnen wird. Insofern geht es in dieser Arbeitsgruppe um die Verwirklichung wichtiger Grundlagen der SGBE/SSEB.

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Sibylle Ackermann, Fribourg
Markus Christen, Biel
Marlis Isler, Luzern
Margrit Leuthold, Basel
Roberto Malacrida, Lugano
Settimio Monteverde, Basel
Christoph Rehmann-Sutter, Basel
Jackie Leach Scully, Basel
Beat Sitter-Liver, Bern
Plasch Spescha-Delaquis, Bern
Anna Strasser, Wabern
Roberta Wullschleger, Lugano
Markus Zimmermann-Acklin, Fribourg/Luzern

Comité de la SSEB/Vorstand der SGBE

Président/Präsident

Prof. Dr. Phil., dipl. biol.
Christoph Rehmann-Sutter
Institut für Geschichte und
Epistemologie der Medizin
Schönbeinstrasse 20
CH-4056 Basel
Tel: 061 267 30 67
Fax: 061 26731 90
christoph.rehmann-sutter@unibas.ch

Vice-président/Vizepräsident

Prof. Dr. med., PD
Roberto Malacrida
Ospedale Civico
Via Tesserete 46
CH-6900 Lugano
Tel: 091 805 61 41
Fax: 091 805 61 42
rmalacrida@tinet.ch

Vice-présidente/Vizepräsidentin

Infirmière
Christiane Augsburg
Ecole La Source
30, Av. Vinet
CH-1004 Lausanne
fondation@lasource.ch

Caissier/Kassier

Dr. med.
Valdo Pezzoli
Hönggerstrasse 92
CH-8037 Zürich
Valdo.Pezzoli@fhk.usz.ch

Secrétaire général/Generalsekretär

Lic. theol.
Niklaus Friedrich
Generalsekretariat SGBE-SSEB
Universitäts-Frauenklinik
Schanzenstrasse 46
CH-4031 Basel
sseb@bioethics.ch

Prof. Dr. theol.

Alberto Bondolfi

Arbeitsstelle für den Ethikunterricht an der
medizinischen Fakultät
Gloriastrasse 18
CH-8091 Zürich
alberto@sozethik.unizh.ch

Dr. phil.

Carlo Foppa

Ethicien
Centre Hospitalier Universitaire vaudois CHUV
21, rue Bugnon
1005 Lausanne
Carlo.Foppa@chuv.hospvd.ch

Fürsprecher

Hanspeter Kuhn
FMH
Elfenstrasse 18
CH-3000 Bern 16
hkuhn@hin.ch

Dr. med.

Mark Mäder
Rehabilitationszentrum Basel
Im Burgfelderhof 40
CH-4055 Basel
mm@rehab.ch

Dr. med., PD

Bara Ricou
Soins Intensifs Chirurgie
Hôpital Universitaire de Genève HUG
Micheli-du-Crest 24
CH-1211 Genève 14
Bara.Ricou@hcuge.ch

Dr. Ph.D.

Jackie Leach Scully
Güterstrasse 265
CH-4053 Basel
scully@bluewin.ch

Prof. Dr. phil.

Beat Sitter-Liver
Altenbergstrasse 98
CH-3013 Bern
sitter@sagw.unibe.ch

Prof. Dr. jur.

Dominique Sprumont
Champ sur Roc
CH-1725 Posieux
Dominique.Sprumont@unifr.ch

Prof. Dr. med.

Michel B. Vallotton
Division d'Endocrinologie
Hôpital Universitaire de Genève HUG
Micheli-du-Crest 24
CH-1211 Genève
Michel.B.Vallotton@hcuge.ch

lic. phil.

Roberta Wullschlegler
via Pinca 20
CH-6928 Manno
sassocorbaro@bluewin.ch

Dr. jur.

Christoph Andreas Zenger
Fürsprecher
Postfach 8955
CH-3001 Bern
christoph.zenger@oefre.unibe.ch

Dr. theol.

Markus J. Zimmermann-Acklin
Moraltheologisches Institut
Rue St-Michel 6
CH-1700 Fribourg
markus.zimmermann@unifr.ch

Sous-groupes de travail:

Direction de l'école d'été

Christiane Augsburg, Alberto Bondolfi,
Niklaus Friedrich, Hanspeter Kuhn
Roberto Malacrida,
Christoph Rehmann-Sutter,
Roberta Wullschlegler,
Markus Zimmermann

Comité d'organisation des séminaires de formation pour les membres des comités d'éthique de la recherche

Dominique Sprumont,
Christoph Rehmann-Sutter,
Michel B. Vallotton, Niklaus Friedrich
avec: Vito Grimaudo, OICM et Herman Amstad, ASSM

Responsables des publications:

Rédaction Folia Bioethica

Alberto Bondolfi, Carlo Foppa

Rédaction Bioethica Forum

Niklaus Friedrich

Rédaction du site web (www.bioethics.ch)

Niklaus Friedrich

Nos délégués dans les différentes commissions:

- Roberto Malacrida pour la **ZEK**
- Dominique Sprumont pour la **Commission fédérale des principes de l'OFAS**
- Christoph Rehmann-Sutter et Christoph Zenger pour la **SAGW**

Folia Bioethica

1. Anne Fagot-Largeault: *Respect du patrimoine génétique et respect de la personne*. Genève 1991
2. Kurt Bayertz: *Auf der Suche nach einer neuen Moral*.
3. Miges Baumann: *Patentgesetz, Biotechnologie und Dritte Welt*. Genf 1991
4. Jean-Pierre Kraehenbuhl: *Brevet du vivant, Protéger l'invention sans breveter le vivant*. Genève 1991
5. Denis Müller & Jean-François Balavoine: *Sida : le secret médical menacé*. Genève 1991
6. Marie-Angèle Hermitte: *Le brevet et ses exclusions. Considérations techniques et choix de société*. Genève 1991
7. Carlo Foppa: *Transplantation : par delà le mythe du don*. Genève 1992
8. Rolf Himmelberger: *Une critique de la contrainte en psychiatrie*. Genève 1992
9. Emile Gautier, Edouard de Perrot, Hélène Kleiber: *Médecine et contrainte Pédiatrie, Psychiatrie, Gériatrie*. Genève 1992
10. Marco Borghi, Eric Fuchs: *Médecine et contrainte Droit, Ethique*. Genève 1992
11. Christoph Rehmann-Sutter: *Gefährlichkeit unbekannter Gefahren. Rekombinante Pflanzen im Freiland? Eine Kontroverse mit Barbara Weber und Ingo Potrykus*. Genf 1992
12. Alberto Bondolfi: *Gentechnologie in der Medizin, Nutzen und Missbrauch in ethischer Sicht*. Genf 1992
13. Christoph Andreas Zenger: *Arztgeheimnis und AIDS: Welche Rechtsgüter gilt es zu schützen?* Genf 1993
14. Alex Mauron: *La génétique humaine et le souci des générations futures*. Genève 1993
15. Theo Beemer: *Zur neueren Euthanasiedebatte in den Niederlanden*. Genf 1992
16. Markus Zimmermann-Acklin: *Überlegungen zur aktuellen Euthanasie-Diskussion*. Genf 1995
17. Jean-Marie Thévoz (ed.): *Bioethics in 260 words, English, Deutsch, Français, Italiano*. Genève 1995
18. Bernard Baertschi: *Le bonheur c'est ... d'avoir "peu d'enfants"*. Genève 1996
19. Klaus Peter Rippe: *Pränatale Diagnostik und "selektive Abtreibung"*. Genf 1997
20. Ruth Baumann-Hölzle & Christian Kind: *Indikationen zur pränatalen Diagnostik : Vom geburtshilflichen Notfall zum genetischen Screening*. Genf 1997
21. Klaus Peter Rippe: *Das Recht auf Suizid*. Genf 1998
22. Markus Zimmermann-Acklin: *Zwischen Suizid und Euthanasie. Erkundungen in einem Übergangsfeld*. Genf 1998
23. Bernard Baertschi: *Autonomie und Fürsorge - Zwei Prinzipien im ärztlichen Umgang mit Suizidanten*. Genf 1998
24. Andreas Roos: *Ethische Überlegungen zu Managed Care*. Genf 1999
25. Bernard Baertschi: *Respect de l'autonomie et bienfaisance: la médecine face au suicide*. Genève 1999
26. Markus Zimmermann-Acklin: *Perspektiven der biomedizinischen Ethik. Eine Standortbestimmung aus theologisch-ethischer Sicht*. Genf 2000
27. Beat Sitter-Liver: *Xenotransplantation aus der Sicht der Tierethik*. Genf 2000

Jedes Heft, *la brochure*: SFr. 5.-

Ab 5 Hefte, *dès 5 brochures*: SFr. 4.-

Ab 10 Hefte, *dès 10 brochures*: SFr. 3.50

Ab 50 Hefte, *dès 50 brochures*: SFr. 2.50

Zu Bestellen bei untenstehender Adresse. *Commandez-le à l'adresse sous-mentionnée*.

Generalsekretariat SGBE-SSEB

Universitäts-Frauenklinik

Schanzenstrasse 46

CH-4031 Basel

sseb@bioethics.ch

Rédaction/Redaktion
Bioethica Forum

Generalsekretariat SGBE-SSEB
Universitäts-Frauenklinik
Schanzenstrasse 46
CH-4031 Basel

Tel./Fax: +41(0)61 325 91 30
E-Mail: sseb@bioethics.ch

Bioethica Forum
ISSN 1422-5840

Délai rédactionnel
15 mars 2002
Redaktionstermin
15. März 2002