

Nr. 468

Grüne Reihe 

Herausgegeben von der Katholischen Sozialwissenschaftlichen Zentralstelle

Kirche und Gesellschaft

Marco Bonacker

Ethik in der Pflege

Wieso wir sie brauchen
und was sie bewirkt

www.gruene-reihe.eu

Die Reihe „Kirche und Gesellschaft“ thematisiert aktuelle soziale Fragen aus der Perspektive der kirchlichen Soziallehre und der Christlichen Sozialethik.

THEMEN DER ZULETZT ERSCHIENENEN HEFTE:

Dezember 2019, Nr. 465: Wolfgang Bergsdorf
Migration. Tatsachen und ihre Ursachen, Wahrnehmungen und ihre Folgen

Januar 2020, Nr. 466: Elisabeth Zschiedrich
Kinder als gesellschaftliches Gut. Zur quantitativen und qualitativen Bedeutung von Elternschaft

Februar 2020, Nr. 467: Gerhard Wegner
Der „inklusive Sozialraum“. Eine neue Qualität des Sozialstaats?

VORSCHAU:

April 2020, Nr. 469: Peter Schallenberg zum Themenbereich „Fünf Jahre *Laudato si'*: ganzheitliche Ökologie“

Mai 2020, Nr. 470: Ursula Nothelle-Wildfeuer/Lukas Schmitt zum Themenbereich: „Künstliche Intelligenz“

Juni 2020, Nr. 471: Arnd Küppers / Nils Goldschmidt zum Themenbereich „Ordnungsethik der Sozialen Marktwirtschaft“

Die Hefte eignen sich als Material für Schule und Bildungszwecke.

Bestellungen

sind zu richten an:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Brandenberger Strasse 33

41065 Mönchengladbach

Tel: 02161/81596-0 Fax: 02161/81596-21

Internet: <https://www.ksz.de>

E-mail: kige@ksz.de

Redaktion

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Mönchengladbach

Erscheinungsweise: Jährlich 10 Hefte, 160 Seiten

Mönchengladbach 2020

ISSN 2699-2485 (Print)

ISSN 2699-6278 (Online)

I. Pflege als Zukunftsthema

Die Pflege ist eines der wichtigsten gesellschaftspolitischen Zukunftsthemen! Das ist keine neue Erkenntnis, aber der voranschreitende demographische Wandel drängt die politisch Verantwortlichen immer stärker, von der Frage nach bezahlbarer und guter Pflege bewegt, nach Lösungen und zukunftsfähigen Konzepten zu suchen. Das Spannende dabei ist: In der Frage nach guter Pflege bündeln sich brennglasartig verschiedenste politische und soziologische Metathemen. Angefangen bei der Migration bis hin zum Fachkräftemangel, von der Überalterung einer Wohlstandsgesellschaft bis hin zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens.¹

Die drängender werdenden Fragen lassen sich zahlenmäßig eindrucksvoll untermauern: Ende 2017 waren in Deutschland 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Die Steigerung zu den Vorjahren um fast 20 % (2015 etwa wurden statistisch lediglich 2,86 Millionen Menschen erfasst) ist auf den geänderten, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriff seit dem 01.01.2017 zurückzuführen.² Die Statistik fördert sowohl Überraschendes als auch weniger Überraschendes zutage: Wenig erstaunlich ist zum Beispiel, dass die Pflegebedürftigkeit mit dem Alter zunimmt. Sind die Menschen in der Alterskohorte der 70 bis 74-Jährigen nur zu 6 % pflegebedürftig, sind es bei den über 90-Jährigen bereits 71 %. Relevant ist der Blick auf die Alterskohorten aber dennoch, denn die Zahl der Hochaltrigen wird in den nächsten Jahren rapide nach oben gehen, auch wenn die generelle Lebenserwartung nicht mehr einfach linear weiter steigt.³ Mit der wachsenden Zahl an Hochaltrigen⁴ – also Menschen, die 90 Jahre und älter sind – wird es zugleich auch einen signifikanten Anstieg der typischen Alterskrankheiten geben, die in hohem Maße zur Pflegebedürftigkeit führen, allen voran die verschiedenen Formen der dementiellen Erkrankungen.⁵

Ins Auge sticht mit Blick auf die Statistik die Zahl der Menschen, die zu Hause und allein von Angehörigen gepflegt werden: 76 % (also 2,59 Millionen) aller Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt; davon wiederum 1,76 Millionen allein durch Angehörige. Eine vollstationäre Pflege und Betreuung erhalten demnach 24 % der Pflegebedürftigen. Und das ist angesichts der gesellschaftlichen Debatten eine eher überraschende Erkenntnis: Herausheben darf man vor dem Hintergrund der Zahlen nämlich, dass die Bereitschaft der Pflege im familialen Umfeld trotz aller gesellschaftlichen Umbrüche weiterhin sehr hoch ist.

Dabei wird nicht nur der Wunsch vieler Pflegebedürftiger entscheidend sein, möglichst lange im heimischen und vertrauten Umfeld bleiben zu

können. Die meisten Angehörigen werden auch eine moralische Verpflichtung, vielleicht sogar – trotz aller Probleme und Herausforderungen, die eine heimische Pflege hervorruft – eine absolute Selbstverständlichkeit darin sehen, den Partner oder ein Elternteil möglichst lange zu Hause versorgen zu können. Cornelia Kricheldorf, Professorin für Soziale Gerontologie, hält daher zu Recht fest: „...trotz veränderter Familienstrukturen (z. B. Patchworkfamilien) und erhöhter Mobilität ist lebenslange familiäre Solidarität ungebrochen, sie folgt aber immer mehr anderen Mustern.“⁶ Gerade im ländlichen Raum sind intergenerationelles Zusammenleben und familiäre Pflege noch häufiger anzutreffen. Aber auch dort werden sich – ähnlich wie heute im urbanen Umfeld – Pflegesituationen weiter in Richtung der professionellen Unterbringung verschieben.

Indirekt verweist die Statistik auf ein weiteres Problem: Die allermeisten Pflegebedürftigen, die sich in einer professionellen Unterbringungssituation befinden, wurden bereits zu Hause gepflegt, wobei sich Routinen und pflegerische Abläufe etabliert haben, die positiv wie negativ in der professionellen Pflege nicht aufrechterhalten werden können oder dürfen. Freiheitsentziehende Maßnahmen etwa (Abschließen der Zimmertür, Bettgitter, Vorstecktische etc.), die zu Hause regelmäßig genutzt wurden, sind im Falle der professionellen Unterbringung, wenn überhaupt, nur mit einem richterlichen Beschluss auszuführen. Andererseits kann in der professionellen Pflegesituation der bisherige Betreuungsschlüssel (zu Hause häufig Eins-zu-eins-Betreuung) nicht aufrechterhalten werden.

Übergänge von der häuslichen zur professionellen Pflege gestalten

Die Übergänge zwischen der häuslichen, privat organisierten Pflege und der Unterbringung in einem Pflegeheim wird in den seltensten Fällen langfristig geplant oder auch nur kommunikativ vorbereitet. In vielen Fällen geschieht der Übergang ad-hoc, etwa weil die pflegende Ehefrau selbst durch einen akuten Krankheitsfall nicht mehr in der Lage ist, die Pflege weiterzuführen. Diese ungeordneten Übergänge von der Erstpflge zuhause hin zu einer professionellen, stationären Pflege sorgen auf allen Seiten für Irritationen, Konflikte und Probleme. Angehörigenarbeit gerade in der Zeit des Übergangs und der Eingewöhnung in die neue Lebensphase muss stärker im Fokus sein. Die Verunsicherung und Trauer aller Beteiligten, vor allem aber das belastete Gewissen, weil man einen nahen Angehörigen nicht mehr in seinem gewohnten sozialen Umfeld halten kann, müssen einen Ort der Verarbeitung haben.⁷

Wenn man Pflege als Zukunftsthema benennt, muss man schließlich auch

auf die sich verändernden Erwartungen und Haltungen vonseiten der Pflegebedürftigen hinweisen. Man könnte es auf die einfache Formel bringen: Es werden statistisch nicht nur mehr Menschen pflegebedürftig sein, es werden zugleich auch Menschen mit einem größeren Spektrum an Diversität und Individualität sein; Menschen, die ihren subjektiven Begriff von Freiheit auch in der Pflegesituation stärker durchsetzen werden. Dies wird sich stark auf das Pflegesystem und die einzelnen Institutionen auswirken und die Pflege als ganze verändern. Es wird anhand der aufgezeigten Gesamtlage sehr schnell deutlich, dass sich im Zuge der weiteren gesellschaftlichen Veränderungen auch hinsichtlich guter, verantworteter Pflege neue ethische Fragen stellen. Dies ist mit Blick auf die Funktion und Zielrichtung ethischen Denkens aber keineswegs überraschend und macht klar, wieso Ethik in der Pflege so notwendig ist.

II. Wie funktioniert ethisches Denken?

Die Ethik als Wissenschaft ist zwar ein altes Fach, das schon durch die Nikomachische Ethik von Aristoteles (384 – 322 v. Chr.) praktiziert und dessen Zielrichtung bereits in der klassischen Antike mit dem „guten Leben“ und den richtigen Entscheidungen und Abwägungen in ungebrochener Aktualität beschrieben wird. Aber die Ethik ist zugleich auch immer ein junges Fach, weil sie imstande ist, wirkliche Integrationswissenschaft zu sein.

Was heißt das? Die Ethik ist auf die Erkenntnisse anderer Wissenschaften angewiesen, die sie wiederum nach bestimmten Mustern und abhängig von vorab feststehenden hermeneutischen Grundannahmen einordnet und bewertet. Um eine ethisch saubere und umfassende Einschätzung eines Sachverhaltes oder eines Dilemmas vorzulegen, müssen daher alle zur Verfügung stehenden Informationen im Blick sein, rezipiert und bei neuen Erkenntnissen bisherige ethische Einschätzungen revidiert werden.

Ein historisches Beispiel aus der Medizinethik mag das untermauern: Die Frage, wie biologisch ein Mensch entsteht, wurde lange Zeit mithilfe der aristotelischen Embryonalgenese aus seinem Werk *„De generatione animalium“* beantwortet, die etwa auch durch Thomas von Aquin (1225 – 1274) für das christliche Mittelalter zur Standardtheorie avancierte. Aristoteles beschrieb darin die schrittweise Entwicklung des Embryos von einer vegetativen, dann sensitiven und schließlich rationalen Wesenheit. Diese schrittweise Entwicklung geht mit einer sogenannten Sukzessivbeseelung einher, die laut Aristoteles bei männlichen Nachkommen nach vierzig, bei

weiblichen nach 90 Tagen abgeschlossen ist.⁸ Da die Kirche dieser Theorie für lange Zeit folgte – einfach, weil sich keine besseren Erkenntnisse auf dem Feld der Embryologie einstellten – ergab sich im Kirchenrecht (mit einer kurzen Ausnahme unter Sixtus V.) bis ins 19. Jahrhundert hinein die Unterscheidung eines *fetus animatus* und eines *fetus inanimatus*. Die Tötung eines „unbeseelten“ Fötus wurde dementsprechend ethisch milder bewertet als die Abtreibung eines *fetus animatus*, die eine Exkommunikation nach sich zog. Erst die Entdeckung der weiblichen Eizelle 1827 durch Karl Ernst von Baer (1792 – 1876) veränderte die Sachlage völlig: „Seit es im 19. Jahrhundert gelungen war, den Befruchtungsvorgang genauer zu beschreiben, wußte man, daß der Fötus als Ergebnis zweier lebendiger Zellen selbst belebt und von einem formenden Prinzip durchwaltet war. Da dieses formende Prinzip in der scholastischen Philosophie identisch ist mit der Seele, galt nun auch der Fötus von der Befruchtung an als beseelt.“⁹ Seit 1869 unter Pius IX. (1792 – 1878) war die Simultanbeseelung und damit die völlige Ächtung der Abtreibung auch kirchenrechtlich rezipiert. Dieses Beispiel zeigt, dass neue und valide wissenschaftliche Erkenntnisse im Kontext ethischen Denkens bisherige, ja über zwei Jahrtausende geltende Einschätzungen völlig verändern können. In diesem Zusammenhang kann man den wiederum der Scholastik entlehnten Lehrsatz der Moraltheologie bemühen, nachdem über das Können hinaus niemand verpflichtet ist (*ultra posse nemo tenetur*). Eine moralische Pflicht zu handeln entsteht eben nur unter der Voraussetzung des Wissens und Könnens, wodurch ethische Einschätzungen im historischen Vergleich, aber auch je nach persönlicher Situation durchaus unterschiedlich ausfallen können und müssen, ohne dabei jedoch relativistisch zu sein. Die Suche nach Wahrheit treibt die Ethik an, die aber gerade dadurch immer offen sein muss für die Falsifizierung bisheriger Annahmen.

Das Entstehen neuer ethischer Fragen

Diese Erkenntnis leitet über zu einer weiteren wichtigen Verständnisebene der Ethik als Wissenschaft: Wenn unser technisches Wissen und Können sich weiterentwickelt – wie es in den letzten 100 Jahren gerade im Bereich der Medizin in exponentieller Weise der Fall war – entstehen fast automatisch neue ethische Fragen, die vorher so gar nicht gestellt werden konnten. Erst durch neue technische und operative Möglichkeiten entstand im 20. Jahrhundert etwa die Frage nach dem Hirntodkriterium oder der Organtransplantation, deren ethische Implikationen zuletzt etwa in der Fragestellung nach der doppelten Widerspruchslösung bis heute aktuelle biopolitische Debatten prägen.¹⁰

Auch im Bereich der Pflege finden wir diese ethischen Mechanismen, die auf Grundlage neuerer Erkenntnisse bisherige Pflegestandards, ja eine ganze Pflegekultur verändern können.

Hier dürfen wir exemplarisch wiederum an die Reduktion der freiheitsentziehenden Maßnahmen denken. Es zeigte sich immer deutlicher, dass viele der als sichernd und fürsorgend gedachten und praktizierten Maßnahmen das Gegenteil erreichten. Der Preis, die Menschen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen vor Stürzen und anderen Gefahren zu schützen, ist hoch. Der Einsatz von Bettgittern oder Fixierungen minderte nicht das Leid der betroffenen Patienten, sondern war vielmehr für eine höhere Rate an Verletzungen und gefährlichen Stürzen durch eine schneller abnehmende Mobilität verantwortlich. Akute Freiheitseinschränkungen prägten die gesamte Lebenssituation stark negativ und führten zu erheblichen psychischen Belastungen.¹¹ Aus der nicht selten falschen Abwägung der beiden Güter von Freiheit und Sicherheit entstand ein Pflegesystem, in dem nicht der Bewohner oder Patient im Mittelpunkt stand, sondern die Absicherung von störungsfreien Arbeitsprozessen. Die Pflege war dementsprechend eher system- als personenorientiert.

Die Entwicklung der letzten Jahre hin zu einer Pflege, die den Freiheitsbegriff der Bewohner bzw. Patienten in den Vordergrund stellt und zurecht als Kulturwandel in der Pflege bezeichnet werden kann, zeigt, dass ethisches Denken sich nicht mit bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen begnügt und rein deskriptiv ist, sondern eine normative Wissenschaft ist, die das Sollen in den Blick nimmt und so Veränderungen normativ erwirkt. Die Ethik ist ein stetes Korrektiv des Rechts und schafft immer wieder neue denkerische Grundlagen der sich dann verändernden rechtlichen Setzung. Dabei wird deutlich, dass der Mensch als moralisches Wesen auch unabhängig von der geltenden Rechtsnorm einem steten, inneren Abwägungsprozess unterliegt, der durchaus bei aller technischen und rechtlichen Richtigkeit einer Handlung zu anderen Ergebnissen kommt. Gemeinhin nennt man diese unabhängige innere Stimme Gewissen oder – etwas säkularer – mit Immanuel Kant (1724 – 1804) das „moralische Gesetz in mir“.

Routine und Intuition

Gemeinhin aber läuft der innere moralische Abwägungsprozess innerhalb der täglichen Routinen fast unbewusst ab. Routinen spiegeln dabei bestimmte Grundentscheidungen wider, die nicht mehr jeden Tag hinterfragt werden müssen. Sie geben dementsprechend eine Grundstruktur

von Entscheidungsmustern oder einen Handlungsrahmen vor, die uns helfen, den Alltag möglichst mühelos zu bewältigen. Routinen sind daher ein Mittel der Komplexitätsreduktion hinsichtlich alltäglicher Entscheidungssituationen. Nicht immer haben diese Situationen moralischen Charakter, aber selbst in diesen Fällen befinden wir uns meist in der vorgegebenen Grundstruktur von Erfahrung, Erziehung, Kultur, Umwelt und Routine.

Bestimmte Problemstellungen aber durchbrechen die alltägliche Routine, die dann keine befriedigende Antwort finden kann, und zwingen uns als moralisches Wesen eine aktive Abwägung bestimmter Handlungsgründe vorzunehmen. Diese Abwägung wird meist spontan und intuitiv vorgenommen. Intuition ist eine wesentliche Ressource im Kontext von Entscheidungssituationen und nicht selten – gerade in Bezug auf Menschen in der Pflegepraxis, die einiges an Erfahrung mitbringen, – führen sie zu richtigen Entscheidungen.¹² Aber sowohl Routinen als auch intuitive Entscheidungen können falsch sein.¹³ Gerade Routinen – so hilfreich sie im Alltag sind – können Menschen davon abhalten, andere Wege zu durchdenken. Und intuitive Entscheidungen können zwar gut gemeinte und vor allem schnelle Lösungen präsentieren, aber wesentliche Umstände, die für eine ganzheitliche Betrachtung eines Falles wesentlich sind, ausklammern. Hier beginnt im eigentlichen Sinne ethisches Denken, das Routinen durchbricht und hinterfragt und spontane, intuitive Entscheidungen aus einer neutralen Perspektive bewertet und einordnet und schließlich zu einer umfassenden Entscheidungsfindung beiträgt.

Ethische Grundmodelle

Um dieses ethische Denken möglichst professionell anzugehen, könnte man auf verschiedene ethische Grundmodelle zurückgreifen: Eines davon wäre etwa die aristotelische Tugendethik. Die Tugend ist demnach eine einzuübende und zu erlernende Grundhaltung des Menschen, die vernunftgeleitet bestimmte Problemstellungen zu lösen vermag und dabei recht subjektiv die Glückseligkeit (*eudaimonia*) als das eigentliche Ziel des Menschen benennt. Wie die Tugenden aber inhaltlich bestimmt sind, darauf verweist die *Mesotes-Lehre*, nach der den anzustrebenden Tugenden gemein ist, dass sie einen Ausgleich der zur Verfügung stehenden Extreme von Charaktereigenschaften darstellen. Großzügigkeit und Mäßigung sind daher klassische Ideale der Tugendethik.

Bis in die Neuzeit hinein war die Tugendlehre, auch vermittelt durch die Scholastik, die bestimmende Form ethischen Denkens. Abgelöst wurde sie insbesondere im englischsprachigen Raum vom Utilitarismus, der als

säkulares Projekt der Neuzeit die Unschärfen des bisherigen ethischen Denkens im Sinne des „*mos geometricus*“ klären wollte und der Ethik eine fast mathematische Struktur gab.¹⁴ Der klassische Utilitarismus ist konsequentialistisch und teleologisch, denkt also vom Ende, vom Ergebnis her. Hier heiligt der Zweck mitunter auch die Mittel und es stellen sich mehrere kritische Fragen: Kann der klassische Utilitarismus, der Leid vermeiden und die Freude für die größte Anzahl an Menschen steigern will, auch qualitative Standards sichern, die etwa Minderheiten oder ein Individuum schützen? Muss er nicht selbst bereits auf Grundüberzeugungen zurückgreifen, die er selbst nicht begründen kann? Trotz dieser berechtigten kritischen Anfragen denken wir im Alltag häufig utilitaristisch und nicht selten sind die darauf basierenden Entscheidungen *prima facie* plausibel. Erst ein näheres Hinsehen verweist auf unlösbare Probleme, die schließlich grundsätzliche menschenrechtliche Fragen aufwerfen.

Schließlich könnte man auf den deontologischen Ansatz Immanuel Kants hinweisen, nach dem eben das „moralische Gesetz in mir“ aufgrund meiner Vernunftbegabung bereits bestimmte Verpflichtungen des menschlichen Handelns deutlich macht. Kants berühmter *Kategorischer Imperativ*, nach dem mein Handeln dann gut ist, wenn es allgemeines Prinzip werden könnte, ist dabei eine wesentliche Richtschnur. Hier steht, anders als beim Utilitarismus, die Handlung an sich und nicht zuerst das Ergebnis im Vordergrund. Der Zweck kann nach Kant niemals alle Mittel heiligen.

Das Ineinandergreifen von Individual- und Sozialethik

Bereits dieser kurze Durchgang ethischer Begründungsmodelle zeigt, dass wir wohl niemals nur nach einem ethischen Modell entscheiden, sondern dass konkrete Entscheidungen immer im Kontext verschiedener ethischer Modelle stehen, die ebenfalls gegeneinander abgewogen werden. Und dies ist dann auch die Kernkompetenz der Ethik als Wissenschaft: Entscheidungen, die nicht einfach nur intuitiv richtig bewertet werden können, müssen in ihrer Komplexität und vor dem Hintergrund verschiedener Entscheidungsmodelle abgewogen werden, um zu einer optimalen Entscheidung zu gelangen.

Wenn Ethik dann also die kritische und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den durchaus unterschiedlichen und mitunter intuitiven moralischen Urteilen der Menschen ist, muss schließlich noch auf eine weitere Differenzierung hingewiesen werden: Ethik als Wissenschaft bezieht sich einerseits auf die Handlung des Einzelnen (Individualethik) und andererseits auf Prozesse und Strukturen (Sozialethik). Beides steht nicht unvermischt

nebeneinander, sondern beeinflusst sich gegenseitig und hat doch voneinander verschiedene Perspektiven. Für die Pflegeethik liegt die Differenz und gleichzeitige Interdependenz auf der Hand, muss man doch beispielsweise jeden einzelnen Mitarbeiter von seiner persönlichen Integrität sowie seiner sozialen und pflegerisch-fachlichen Kompetenz her bewerten und doch zugleich auf das System schauen, in dem er arbeitet, das bestimmte Gewaltstrukturen und inhärente, wiederkehrende Probleme für Mitarbeiter wie Bewohner erst ermöglichen kann. Die Adressaten von Ethik können also einzelne Individuen oder Systeme sein und auch hier wird man feststellen müssen, dass beides ineinandergreift.

III. Christliche (Pflege-)Ethik und die *vita activa*

Wer über Ethik in der Pflege nachdenkt, kommt am Begriff der christlichen Nächstenliebe nicht vorbei. Für den Kulturraum des Westens¹⁵ darf man ohne zu übertreiben sagen, dass die wesentlichen pflegeethischen Impulse nur vor dem Hintergrund der christlichen Anthropologie zu verstehen sind, die wiederum eine praktische Ausgestaltung der Pflege begründete, auf der heute noch unser gesamtes Gesundheitswesen beruht. Mit dem Marburger Politikwissenschaftler Thomas Noetzel können wir zudem konstatieren, dass metaphysische und gerade theologische Positionen den Diskurs in der Pflegeethik noch heute sehr stark bestimmen: „Der Nächstenliebe kommt hier die zentrale Begründungsleistung zu. Pflegerische Versorgung ist Ausdruck einer durch die *caritas* bestimmten Fürsorglichkeit.“¹⁶

Zumindest im europäisch-abendländischen Kontext wurde die Pflege von Kranken und Sterbenden als praktische Umsetzung der Nächstenliebe interpretiert und damit als ein Kerngehalt christlicher individuellethischer Praxis etabliert. Unabhängig von einem eigenen Berufsethos der Pflege oder einer bestimmten Fachlichkeit, die heute im Blick sein muss, hat die christliche Anthropologie zunächst einmal die Grundlagen geschaffen, sich dem Kranken und Pflegebedürftigen überhaupt zuzuwenden und in ihm den mit gleicher Würde begabten Bruder und die von Gott geschöpfte Schwester zu sehen. Dies unterscheidet das christliche Zeitalter auch ganz deutlich von der heidnischen Antike: Zwar gab es verschiedene Formen der Heilanstalten auch in vorchristlicher Zeit, etwa Valedutinarier im römischen Reich, die vor allem die militärische Kampfkraft oder die Arbeitskraft von Sklaven pflegerisch wiederherstellen sollten. Die wenigen zivilen Einrichtungen waren reichen Römern vorbehalten. Doch die eigentliche Ini-

tialzündung zur Entwicklung eines ersten öffentlichen Krankenhauswesens war die christliche Einrichtung des Hospitals oder Xenodochions. Belegt ist eine solche Gründung durch Basilius den Großen (330 – 379) um 370, die weitreichende Nachahmung erfahren hat. Einige dieser Institutionen, die nicht selten an Pilgerwegen oder in direkter Nähe zu Kathedralen gebaut wurden, hielten sich über Jahrhunderte; etwa das 651 gegründete Hôtel-Dieu in Paris, das erst im 19. Jahrhundert städtebaulichen Erneuerungen weichen musste, jedoch in Form des dann an anderer Stelle errichteten Hôpital Hôtel-Dieu bis heute eine Traditionslinie bildet. In diesen Häusern fanden Menschen aller Stände, vor allem Arme und Pilger, Aufnahme und Pflege, wobei es häufig in erster Linie um eine schützende Beherbergung ging. Der medizinische und pflegerische Aspekt wurde aber in der Folgezeit immer stärker, sodass nicht wenige dieser Institutionen auch Ärzte und medizinisch geschultes Personal vorhielten. Gleichwohl war das medizinische Wissen im Frühmittelalter beschränkt und die Pflege gerade vor dem Hintergrund der christlichen Nächstenliebe und als Form des Gottesdienstes war ausschlaggebend. Ausgehend von den Klöstern, die sich im christlichen Mittelalter als Orte des medizinischen Wissens etablierten, war die Pflege auch später sehr stark von Orden getragen, die sich in ihrem Apostolat teilweise ausschließlich der Krankenpflege widmeten. Die auf Bestreben von Vinzenz von Paul (1581 – 1660) und Luise von Marillac (1591 – 1660) 1634 gegründeten Vincentinerinnen sind ein herausragendes Beispiel von Krankenpflegeorden der Neuzeit, die ihrem christlichen Auftrag in der *vita activa* noch heute – auch mit eigenen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen – nachgehen.

Die allgemeine Anerkennung und die gesellschaftliche Notwendigkeit dieser Orden zeigten sich besonders in Zeiten wie der napoleonischen Ära oder dem preußischen Kulturkampf. Während dabei etwa kontemplative Orden aufgehoben oder verboten wurden, verschonte man die sozial-caritativen Krankenpflegeorden im Wissen um ihre tragende gesellschaftliche Relevanz. Erst seit dem 18. Jahrhundert wurde die kirchliche Dominanz im Bereich der Pflege durch staatliche oder genossenschaftliche Modelle und schließlich über Leistungen des Sozialstaats Schritt für Schritt abgelöst. Trotz dieser Entwicklung bleibt etwa die Katholische Kirche bis heute ein wesentlicher Träger medizinischer und pflegerischer Einrichtungen und sieht darin weiterhin eine grundlegende Aufgabe ihres gesellschaftlichen Wirkens.¹⁷

Die Bedeutung der Palliativmedizin

Dabei darf man auch jüngere Entwicklungen auf den dezidierten Einfluss christlichen Denkens zurückführen, wie die Hospizbewegung und der Aus-

bau der Palliativmedizin zeigt: Sterben in Deutschland hat sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten stark verändert. Die Mehrheit der Menschen stirbt nicht zu Hause, sondern im Krankenhaus oder im Pflegeheim unter professionellen Bedingungen und dabei nicht selten im Rahmen einer hochtechnisierten medizinischen und pflegerischen Intensivversorgung. Gerade auch vor dem Hintergrund der angewachsenen technischen und medizinischen Möglichkeiten ist der Sterbeprozess immer mehr von ethischen Entscheidungen begleitet, bestimmte Behandlungen aktiv abzubrechen oder erst gar nicht mehr aufzunehmen. Nicht der Tod macht vielen Menschen dabei in erster Linie Angst, sondern ein Sterben in Schmerzen und sozialer Isolation. Die Palliativmedizin begegnet gerade dieser Angst. Sie ist nicht auf die quantitative Verlängerung des Lebens ausgerichtet, sondern nimmt den Patienten mit all seinen Wünschen und Ängsten in seiner letzten Lebensphase wahr und will die verbleibende Zeit qualitativ verbessern.

Auch die Pionierarbeit in der Palliativ- und Hospizbewegung durch engagierte Frauen wie Cicely Saunders (1918 - 2005) war vom Gedanken der christlichen Nächstenliebe getragen. Saunders, die entscheidenden Anteil an der Verbreitung der Palliativmedizin und der Hospizarbeit hatte, arbeitete lange im Hospiz der katholischen Barmherzigen Schwestern (Irish Sisters of Charity), die 1900 von Irland nach London kamen. Sie gründeten auf Einladung von Kardinal Vaughan (1832 - 1903) das St. Joseph's Hospice, das noch heute besteht. Der zentrale christliche Gedanke, gerade denen nahe zu sein, die leiden und sterben, erhielt durch die Palliativ- und Hospizbewegung auch für die hochtechnisierte Schulmedizin immer größere Bedeutung. Hier tritt die kurative Hochleistungsmedizin zurück und schafft Raum für ein würdevolles und dennoch medizinisch-professionell begleitetes Sterben.

Der unökonomische Mehrwert des kirchlichen Gesundheitswesens

Die Palliativmedizin ist keine Randerscheinung mehr. Eines aber muss herausgestellt werden: Ohne die Grundüberzeugung, dass fernab von ökonomischem Gewinnstreben dem Menschen größtmögliche Zuwendung und Begleitung für ein gutes Sterben zu Teil werden muss, ohne die christlich grundierten Bemühungen, um den Ausbau der Palliativmedizin und der Sterbebegleitung, wäre der universale Anspruch der Palliativmedizin und des Hospizwesens nicht entstanden. Noch einmal anders gewendet: Die Treue zum christlichen Menschenbild und die zugleich innovative Kraft des kirchlich getragenen - und oft kritisierten - Gesundheitswesens, schafft

einen unökonomischen Mehrwert. Der Mensch als Person bleibt Zentrum allen medizinischen und pflegerischen Handelns – auch in seinem Sterben.

So werden ethische und humane, ja zutiefst christliche Standards gehalten und neu erschlossen, die an anderer Stelle höchstens aufgegriffen, aber kaum initiiert werden könnten.

Das Ideal der Pflege, das sich im Zusammenhang der Palliativmedizin ergibt, gilt in anderer Form auch für alle anderen Pflegeformen: Gute Pflege lebt von einem hohen Anspruch auf Fachlichkeit, ist aber vor allem anderen personale Begegnung. Gerade christliche Pflegeethik und Pflegepraxis stehen vor diesem Hintergrund immer im Kontext der Gottesebenbildlichkeit und Nächstenliebe und entfalten von diesem Menschenbild her eine umfassende Perspektive auf die medizinische und pflegerische Wirklichkeit, die sie auch heute noch positiv und entscheidend gestalten kann.

IV. Der ethische Diskurs zwischen Freiheit und Fürsorge

Aus der Perspektive einer christlichen Pflegeethik und ihrer Verpflichtung zur Nächstenliebe gewinnen Grundbegriffe wie Fürsorge, Freiheit und Verantwortung eine neue, ausdifferenzierte Bedeutung. Thomas Noetzel spricht im Zusammenhang des Fürsorgemodells des christlich-caritativen Ansatzes allerdings ein mögliches Problem an, das besonders im Begriff der Fürsorge selbst bereits angelegt ist: „Ein Spannungsmoment, das sich hier zeigt, besteht in Perspektivenkollision von Pflegenden und Pflegebedürftigen. Schon im Begriff der Fürsorge steckt die stellvertretende Handlung für jemanden anderen (Dritte-Person-Perspektive). Das mag mit Blick auf die empirisch auch (aber nicht nur) bei Pflegebedürftigen festzustellende Einschränkung, sich selbst vertreten zu können (man denke hier nur an kleine Kinder oder demente Ältere) naheliegen, geht aber am Begründungsproblem eines Rechts auf Pflege vorbei. Es ist dieser besonderen Perspektive der Dritten-Person-Singular geschuldet, dass Pflegebedürftigkeit als Problem einer Spannung zwischen Freiheit und Sicherheit begriffen wird.“¹⁸ Thomas Noetzels Anliegen ist klar und berechtigt: Wenn der christliche Fürsorgebegriff in paternalistischer Weise verstanden wird und vor allem der Sicherheit des Pflegebedürftigen verpflichtet ist, kollidiert er potenziell mit dem Begriff der Freiheit des Einzelnen, desjenigen, der nicht einfach Objekt guter Pflege ist, sondern sich weiterhin als Subjekt und Autor seines Lebens versteht.

Ethisch verantwortete Pflege muss daher den Pflegebedürftigen als Subjekt mitdenken und nicht als passiven Empfänger von Hilfeleistungen. Vielmehr müssen eben jene Pflege- und Hilfeleistungen die Freiheit des Einzelnen respektieren und ermöglichen. Doch selbst für den heutigen Rechtsrahmen ist der Spannungsbogen zwischen Sicherheit und Freiheit nicht vollends verschwunden. Noetzel spricht hier selbst die klassischen Fälle an, in denen stellvertretend und in bester Absicht gehandelt werden muss, wo also die Dritte-Person-Singular-Perspektive eingenommen wird. Gleichwohl ist das im Kontext der Pflege kein Automatismus. Den bisherigen Spannungsbogen zwischen Freiheit und Sicherheit in der Pflege dennoch aufzuzeigen, hat vor allem in zeithistorischer Perspektive einen Mehrwert, weil lange Zeit paternalistische, sicherheitspriorisierende Konzepte allgemein akzeptiert waren und erst seit zwei Dekaden wirklich aufgebrochen werden. Der Kulturwandel in der Pflege ist in vollem Gange und das Dilemma zwischen Freiheit und Sicherheit ist kein grundsätzliches mehr. Vielmehr ist der Begriff der Freiheit (in der Regel) ohne Spannungsverhältnis zu denken und auch rechtlich in höchstem Maße priorisiert. Daher wäre es tatsächlich auch irreführend, in der Pflege von einer Option der Freiheit zu sprechen; vielmehr ist die Freiheit das eigentliche menschenrechtliche Maß, an dem sich gute, ethisch verantwortete Pflege messen lassen muss. Die Einschränkung von Freiheit bedarf eines streng gefassten Abwägungs- und Rechtsprozesses, der immer Ausnahmen, nicht aber die Regel beschreibt.

Aus dieser Perspektive des Freiheitsrechtes gewinnen wir einen ersten Eindruck davon, was es bedeutet, wenn wir von Menschenrechten in der Pflege sprechen. Obwohl damit sehr grundsätzliche, ja existentielle Rechte beschrieben werden, die wir nicht selten für selbstverständlich erachten, besteht gerade im Pflege- und Betreuungsalltag die Gefahr, sich in einzelnen Prozessfragen zu verlieren und jene Rechte aus dem Blick zu verlieren. Freiheit nicht als Option, sondern als Grundvoraussetzung guter, ethisch verantworteter Pflege, ist eine unhintergehbare Errungenschaft des pflegeethischen Diskurses der letzten Jahre.

Gerade mit einer freiheitserprobten und ausdifferenzierten Generation der Baby-Boomer, deren Eintritt in die Rente kurz bevorsteht und die dann in der Folge vermehrt in die Pflege drängen werden, stellen sich dabei ganz andere Fragen für professionelle Pflegeeinrichtungen: Eine Generation, die sich ihrer Freiheit und ihren Möglichkeiten auch in der Situation der Pflege sehr bewusst sein wird. Das bedeutet mit dem Blick auf die Statistik vom Anfang dieses Textes, dass wir nicht nur mehr pflegebedürftige Menschen zu erwarten haben, sondern dass die Anforderungen für die Mehrzahl der Pflegebedürftigen weitaus höher sein werden.

V. Fazit

Der Kulturwandel in der Pflege von einem systemzentrierten hin zu einer personenzentrierten Perspektive, die den Freiheitsbegriff und den Subjektstatus der pflegebedürftigen Personen stark macht, verdanken wir einer interdisziplinären Debatte zwischen medizinischer, pflegerischer, juristischer und nicht zuletzt ethischer Expertise. Gerade die ethischen Implikationen und die Fähigkeit der Ethik als Wissenschaft, Sein und Sollen zu unterscheiden, wirkten sich stark verändernd auf die Pflegepraxis aus. Die Reduktion der freiheitsentziehenden Maßnahmen etwa oder auch die Biographiearbeit, die den Übergang in eine Unterbringungssituation begleiten und abfedern kann, zeigen, wie wirksam und praxisrelevant ethische Grundüberlegungen für den gesamten Pflegeprozess sein können. Die absehbaren Herausforderungen der kommenden Jahre im Pflegesektor lassen keine Zeit für ein wirkliches Fazit. Gerade angesichts rasanter ökonomischer und soziokultureller Veränderungen wird die Pflegeethik weiter intensiv herausgefordert sein, den keineswegs linearen Prozess der Pflegeentwicklung weiter kritisch zu begleiten. Die positiven Entwicklungen der letzten Jahre aber zeigen, dass der Einsatz sich lohnt.

Anmerkungen

- 1 Vgl. Dirk Sauerland (2015): Im Dienst am Menschen. Zur Frage der Gerechtigkeit im deutschen Gesundheitssystem, Köln.
- 2 Vgl. https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html [letzter Zugriff, 30.11.2019].
- 3 Vgl. <https://www.faz.net/aktuell/wissen/der-grund-fuer-die-gesunkene-lebenserwartung-in-westlichen-laendern-15741064.html#lesermeinungen> [letzter Zugriff, 30.11.2019].
- 4 Vgl. https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/PDF/Beitrag_12_01_02.pdf [letzter Zugriff, 30.11.2019].
- 5 Vgl. Uta Ziegler / Gabriele Doblhammer (2009): Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland - Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung von 2002, in: Das Gesundheitswesen 71 (05), 281-290.
- 6 Cornelia Kricheldorf (2012): Soziale Arbeit in gerontologischen Handlungsfeldern und im Gesundheitswesen, in: Cornelia Kricheldorf / Martin Becker / Jürgen E. Schwab (Hrsg.): Handlungsfeldorientierung in der Sozialen Arbeit, Stuttgart 2012, 83ff., hier 96.

- 7 Zu den Herausforderungen pflegender Angehöriger vgl. Klaus Pfeiffer (2018): Psychosoziale Belastungen bei pflegenden Angehörigen, in: Marco Bonacker / Gunter Geiger: Menschenrechte in der Pflege. Ein interdisziplinärer Diskurs zwischen Freiheit und Sicherheit, Opladen 2018, 205-218; sowie insbesondere bei Demenzerkrankungen vgl. Alexander Kurz / Gabriele Wilz (2011): Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz: Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten, in: Der Nervenarzt, 82, 336-342.
- 8 Vgl. Marco Bonacker (2016): Medizinische Praxis und das Bild vom Menschen. Zum Verhältnis von Medizin und theologischer Ethik, in: Marco Bonacker / Gunter Geiger (Hrsg.): Menschenrechte und Medizin. Grundfragen der medizinischen Ethik, Opladen, Berlin, Toronto 2016, 39-57, hier 51f.
- 9 Franz Böckle (1993): Medizinisch-ethische Aspekte, in: Handbuch der christlichen Ethik, Bd. 2, Freiburg i.B. 1993, 38.
- 10 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/reden/organspende-debatte.html> [letzter Zugriff 11.12.2019].
- 11 Vgl. Andrea M. Berzlanovich / Jutta Schöpfer / Wolfgang Keil (2012): Todesfälle bei Gurtfixierungen, in: Deutsches Ärzteblatt 3, 27-32 sowie D. Bredthauer / B. Becker / P. Eichner / Th. Koczy / Z. Nikolaus (2005): Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse, in: Gerontology and Geriatrics 38, 10-18.
- 12 Vgl. Gerd Gigerenzer (2007): Bauchentscheidungen: Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition, München.
- 13 Vgl. dazu die kritischen Überlegungen von C. S. Lewis zum Begriff des Instinkts in: Die Abschaffung des Menschen, Einsiedeln 2015, 42ff.
- 14 Vgl. Marco Bonacker (2016): Zwischen Genese und Geltung. Religiöse Identität bei John Rawls als Paradigma einer theologischen Ethik, Paderborn, 95ff.
- 15 Vgl. Philippe Nemo (2005): Was ist der Westen?, Tübingen.
- 16 Thomas Noetzel (2019): Grundrecht auf Pflege? Ein Plädoyer für Selbstbestimmung und Autonomie in schwieriger Lebenslage, in: ApuZ, 33-34/2019, 12.
- 17 Vgl. Klaus Klother / Hendrik Graßme (2016): Konfessionelle Krankenhäuser - den Menschen im Mittelpunkt?, in: Marco Bonacker / Gunter Geiger (Hrsg.): Menschenrechte und Medizin. A.a.O., 199-213.
- 18 Noetzel, Thomas: Grundrecht auf Pflege? A.a.O., 13.

Der Verfasser

Dr. Marco Bonacker, komm. Leiter der Abteilung Erwachsenenbildung im Bistum Fulda, verantwortet seit 2014 die Fortbildungen und Fachtagungen zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen in der Pflege im Bonifatiushaus, dem Haus der Weiterbildung des Bistums Fulda.