



Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen.

wovon lassen Sie sich leiten, wenn Sie Entscheidungen fällen? Von Ihrem Verstand oder von Ihrem Gefühl? Mit Blick auf moralische Entscheidungen greift Thomas Feldmann in seinem Artikel auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Neurobiologie zurück.

Haben Sie es schon einmal am eigenen Leib gespürt, wie belastet das Pflegepersonal in Krankenhäusern ist? Immer wieder ist zu lesen und zu hören, dass wir in Deutschland zu wenig Pflegepersonal haben. Was die eingesetzten Pflegekräfte leisten müssen, bringt viele an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Welche verantwortungsvollen Aufgaben mit der Versorgung der Patienten auf einer Intensivstation verbunden sind, wird durch das Interview mit Marita Deterich deutlich.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich wünsche Ihnen ein frohes und gesegnetes Osterfest.

Herzlichst
Ihre

Helga Nolte



Zum Osterfest

Die Kraft der Sonne lässt die Buntheit
des Frühlings im neuen Licht erstrahlen
alles erwacht zum Leben
es ist Ostern

Jesus Christus ist auferstanden
und bringt uns die heilende Kraft seiner Hände

im wundervollen Paradies seiner Schöpfung
offenbart er uns durch seine Auferstehung
dass Hoffnung, Glaube und Leben
stärker sind als der Tod

zur Osterzeit ist die Welt erfüllt
mit Herrlichkeit und Pracht
durch das kostbare Geschenk
welches Jesus Christus uns gibt durch sein Heil
Gottes Segen zum Osterfest!

Elisabeth Reuter

Impressionen von der didacta in Köln

Bei der didacta in Köln konnten wir unseren Verband vorstellen und neue Mitglieder werben. Als kooptierter Partner des vlbs durften wir den Messestand mitbenutzen.

Vom 19. bis zum 23. Februar hatten Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit, ihre Fragen an ein Mitglied des VKR zu stellen. Das Foto vom letzten Tag auf der didacta spiegelt die gute Zusammenarbeit von vlbs und VKR wider.



▲ Von links nach rechts: Manfred Krieger, Marion Hausteil, Dorothee Hartmann, Helga Nolte und Detlef Sarrazin

Thomas Feldmann

Eine Arbeit am Limit

Ein Interview mit Marita Deterich

Zum menschlichen Dasein gehören das Sterben und das Leiden. Das Fernsehen zeigt täglich Bilder von Toten, im Mittelmeer, in Syrien, in Afghanistan. Dort sind es die anderen, die es erwischt. Menschen, die im Krieg oder in Folge einer Hungersnot sterben, sind weit weg. In Deutschland sterben Menschen aus anderen Gründen, an anderen Orten. Oft sind es Orte, die für einige Menschen ein alltäglicher Arbeitsplatz sind. Vielleicht weiß man deswegen so wenig darüber, weil man es nicht wissen will. Zu deutlich wird, dass wir selbst irgendwann einmal dort Patienten sein werden. Früher oder später. Für Leser, die jetzt dennoch weiterlesen wollen, ist dieses erhellende Interview gedacht.

T. F.: Vor der Wucht lebensbedrohlicher Krankheiten verblassen Alltagsprobleme ziemlich schnell. Sie werden täglich mit dem Lebensschicksal konfrontiert. Kommen Sie nicht zu dem Schluss, dass die meisten Alltagsprobleme keine ernsten bzw. echten Probleme sind?

M. D.: Alltagsprobleme muss jeder von uns bewältigen. Doch wenn jemand ernsthaft erkrankt ist, treten die Alltagsprobleme in den Hintergrund. Aus Gesprächen mit Patienten erfährt man oft, dass sie sich um die Angehörigen mehr Sorgen machen als um die eigene Genesung. Viele möchten so schnell wie möglich das Krankenhaus verlassen, damit sie zu Hause den üblichen „Alltagskram“ erledigen können. Manchmal bedarf es einer längerfristigen Therapie, die auch mit einer Lebensumstellung einhergeht, wie z.B. einer Ernährungsumstellung, dem Einsatz von Hilfsmitteln etc. Ich weise immer darauf hin, dass die Genesung an erster Stelle steht und alles andere unwich-

tig ist. Wird dies angenommen, kommen die meisten selbst zu dem Schluss, dass es Wichtigeres gibt als die üblichen Alltagsprobleme. Einige erzählen aus ihrem Leben, von Dingen, die sie anders machen würden. Es kristallisiert sich heraus, dass man sich weniger Sorgen machen und manche Vorhaben früher umsetzen sollte, bevor man gesundheitlich dazu nicht mehr in der Lage ist. Ich Sorge mich nicht um die Zukunft, versuche bewusster zu leben, weiß angenehme Situationen zu schätzen, reise viel und sehe alles etwas gelassener.

T. F.: Auf der Intensivstation ist es nie still. Ständig hört man ein Piepsen, Bimmeln, Gluckern, Rauschen der Monitore, Dialysemaschinen und Beatmungsgeräte. Die Patienten setzen sich scheinbar aus Geräuschen zusammen. Ist das nicht eine Wand, die zwischen Ihnen und den Patienten steht?

M. D.: Für das Personal ist die Geräuschkulisse normal. Wir können die unterschiedlichen Geräusche einordnen und den Tönen Prioritäten zuweisen. Für die Patienten kann es sich wie eine Wand anfühlen. Unterschiedliche Alarmsignale prasseln auf sie ein. Ein Patient weiß nicht, dass unterschiedliche Alarmsignalen Prioritäten zugeordnet sind, und ob es seinen Bettplatz betrifft oder den seines Nachbarn. Um die Unsicherheit zu nehmen, bedarf es der Aufklärungsarbeit. Auf einer Intensivstation sind die Monitore in den Patientenzimmern mit einem zentralen Monitor am Schwesternstützpunkt verbunden. So hat man alle Patienten im Blick, auch wenn man nicht im Patientenzimmer ist.

T. F.: Zahllose Kabel und Schläuche laufen in die Patienten hinein und aus ihnen heraus. Neben jedem Bett steht ein Stativ mit Flaschen, Ampullen, Plastikbeuteln, aus denen langsam und stetig Medikamentenlösungen in die Körper laufen. Hat dieser indirekte Kontakt Vorteile?

M. D.: Ein Vorteil ist, dass nicht immer direkt am Patient gearbeitet werden muss. Sind alle Behältnisse gefüllt, kann man die vorgeschriebenen Ruhepausen einhalten. Gerade nachts sind Erholungspausen wichtig, denn auf einer Intensivstation ist ein normaler Tag-/Nachtrhythmus

nicht immer gewährleistet. Kommt eine Neuaufnahme, muss auch in der Nacht eine Diagnose erstellt und eine Therapie ausgeführt werden. Zeitgleich wird ein Nachbarbett betreut, und es bedarf einer besonderen Betreuung des eigenen Patienten bei Auffälligkeiten.

T. F.: Gibt es Tage, an denen Schicksalsschläge einzelner Patienten Sie besonders berühren, Ihnen zu denken geben?

M. D.: Es gibt Fälle, die in Erinnerung bleiben, aber mit zunehmender Berufserfahrung härtet man etwas ab. Nicht jeder, der Hilfe braucht, nimmt diese an. Viele Erkrankungen sind dem Wohlstandsleben geschuldet, und manche Krankenhausaufenthalte hätten bei entsprechender Eigendisziplin verhindert werden können. Natürlich gibt es auch Fälle, bei denen ein Mensch von jetzt auf gleich aus dem Leben gerissen wird. Das zeigt, wie wertvoll das Leben ist. Letztlich gehören zu meiner Arbeit positive und negative Erfahrungen. Mittlerweile sind es eher die netten Worte und positiven Erinnerungen, die einen berühren. Wenn Patienten nach einiger Zeit etwas von sich hören lassen und sogar auf der Intensivstation vorbeikommen, dann ist das schon etwas Besonderes. Es zeigt die Wertschätzung der geleisteten Arbeit, und das ist in der heutigen Zeit besonders wichtig.

T. F.: Muss man Patienten vergessen können, um nicht selbst in einen „Strudel“ zu geraten?

M. D.: Definitiv! Empathie sollte und muss man haben, aber es ist schließlich nur unsere Arbeit, und die sollte möglichst nicht mit nach Hause genommen werden. Gerade Berufsanfängern fällt dies oft schwer, da sie mit anderen Erwartungen in den Beruf gehen. Für alle Mitarbeiter gibt es die Möglichkeit, Gesprächsbedarf anzumelden. Hier können Lösungen für fast alle Probleme gefunden werden.

T. F.: Ist die Routine ein Segen?

M. D.: Gewissermaßen schon, denn sie hilft, das Arbeitsaufkommen zu bewältigen und bestimmte Abläufe automatisch abzurufen. Das ist in Notfallsituationen besonders wichtig. Man sollte jedoch nie vergessen, dass es sich um Menschen handelt, mit denen man arbeitet. Manche Therapieansätze müssen individuell gesehen werden.

T. F.: Denken Sie manchmal unwillkürlich daran: Das könnte mir auch passieren, das kann jeden von uns heute noch treffen?



M. D.: Das kommt vor, sollte jedoch nicht mein Leben bestimmen.

T. F.: Ist es hilfreich, wenn Patienten von ihren Familienangehörigen (Eltern, Ehepartnern, Kindern) und Freunden besucht werden? Oder radikaler gefragt: Ohne Liebe, ohne Menschen, die einen nicht aufgeben wollen, kämpft sich niemand in sein Leben zurück!

M. D.: Natürlich! Angehörige bringen Abwechslung in den Krankenhausalltag und sind oft der einzige Bezug zur Außenwelt. Sie können dem Patienten erzählen, welche Neuigkeiten es zu Hause gibt, und sie am normalen Leben außerhalb des Krankenhausalltags teilnehmen lassen. Bei längeren Aufenthalten verpasst man vielleicht die Einschulung der Kinder-/Enkelkinder oder muss seinen Geburtstag oder die Feiertage im Krankenhaus verbringen

T. F.: Kann man sagen: Patienten, die Hoffnung haben, können auf ein Wunder hoffen, das auch manchmal eintritt? Patienten, die ihre Hoffnung aufgeben, sind auf alle Fälle verloren?

M. D.: Hoffnung ist wichtig, um bestimmte Krankheitsverläufe zu überstehen. Patienten, die Hoffnung haben, sind motivierter und geben nicht so schnell auf, auch wenn ein Tag sehr anstrengend war. Wenn z.B. jemand ins künstliche Koma versetzt wird, wird er während dieser Zeit von einem Beatmungsgerät unterstützt und liegt im Bett. Das langsame Abtrainieren von diesem Gerät kann sehr anstrengend sein; jedoch kann man die Patienten mit dem Hinweis motivieren: Wenn Sie gut mitarbeiten, können Sie bald wieder mit Ihren Angehörigen sprechen. Das erste Mal wieder auf der Bettkante zu sitzen oder aufzustehen erfordert viel körperliche Kraft, und man braucht Geduld, bis alles wieder so klappt wie vorher.

Grundsätzlich gilt: Eine Genesung ist abhängig von der Grunderkrankung. Es stellt sich die Frage: Warum gibt ein Patient auf? Vielleicht möchte er nicht sein Leben lang auf bestimmte Hilfsmittel angewiesen sein oder er möchte in Anbetracht der Diagnose nicht mehr die aufwendige Operation ausführen lassen, weil die Folgen mit der vorherigen Lebenseinstellung nicht übereinstimmen. Dann muss man das akzeptieren.

T. F.: Fast immer tragen die Angehörigen bei allem Entsetzen, aller Fassungslosigkeit noch Hoffnung in sich, klammern sich an die Hoffnung, sie krallen sich an ihr fest. Aber wenn die Hoffnung nicht berechtigt ist, wie gehen sie dann mit den Angehörigen um?

M. D.: Es finden viele Gespräche statt, in denen den Angehörigen erklärt wird, warum es keine Hoffnung mehr gibt. Meist dreht sich das Gespräch um die Grunderkrankung oder das fortgeschrittene Alter. Es wird versucht, das Ungreifbare greifbar und verständlich zu machen.

T. F.: Bei einer infausten Prognose, wenn keine Chance mehr auf Heilung besteht: Wie viele Gespräche mit den Angehörigen und Patienten kann man schaffen und verarbeiten?

M. D.: Es finden mehrere Gespräche statt, in denen die einzelnen Möglichkeiten erklärt werden, die für uns umsetzbar sind. Diese Ansätze können dann je nach Dringlichkeit überdacht und mit den Angehörigen besprochen werden. Gibt es Entscheidungshilfen wie Patientenverfügungen oder Ähnliches, kann man diese mit einbeziehen, jedoch haben leider die wenigsten sich in irgendeiner Form Gedanken gemacht und diese geäußert. Das bedarf dann viel Gesprächsarbeit seitens der Ärzte und des Pflegepersonals.

T. F.: Es gibt immer häufiger einen Personalwechsel auf der Station. Assistenzärzte kommen in immer früheren Stadien ihrer Ausbildung zu Ihnen. Sie haben also weniger erfahrene Kollegen im Rücken. Wie fühlt es sich an, unter solchen Bedingungen zu arbeiten?

M. D.: Erfahrenere Kollegen betreuen komplizierte „Fälle“ und die noch unerfahrenen Kollegen die einfacheren „Fälle“. Da wir aber mit Menschen arbeiten, kann aus einem anfänglich eher weniger kranken Patienten je nach Diagnose und Untersuchungsbefund schnell ein komplizierter, „hochaufwändiger“ Patient werden. Anfänger können sich überfordert fühlen, und die Erfahreneren müssen unterstützend eingreifen, obwohl sie selbst ihr Arbeitspensum kaum schaffen. Je nach Umfang des anfallenden Arbeitsaufwandes kann es auch sein, dass unerfahrene Kollegen allein gelassen werden. Falls dann der Arzt ebenfalls ein Anfänger ist, müssen die Pflegekräfte mit Berufserfahrung auch hier unterstützend agieren und beratend zur Seite stehen.

T. F.: Die moderne Apparatemedizin kann viel leisten, aber was geleistet werden sollte, ist oft schwer zu beantworten. Sind Sie an einer Entscheidungsfindung beteiligt, wenn es um den dauerhaften Einsatz der Geräte geht?

M. D.: Die tägliche Visite ist eine Möglichkeit, um Beobachtungen, Erfolge und

Misserfolge weiterzugeben. Die Pflege agiert hier vor allem als Vermittler und kann Wünsche, Bedenken und Sorgen, auch seitens der Angehörigen, weitergeben. Wenn es Gespräche bezüglich der Therapiebegrenzungen gibt, wird ein Gespräch zwischen den Angehörigen und den behandelnden Ärzten organisiert. Letztlich liegt die Entscheidung beim Arzt, und so kann es sein, dass die Pflege bei solchen Entscheidungen außen vor gelassen wird.

T. F.: Manchmal stellen sich therapeutische Erfolge nur quälend langsam ein. Manchmal werden Patienten und Behandler durch Komplikationen zurückgeworfen. Haben Sie auch die Fragen im Kopf: Wie lange soll man durchhalten? Wann ist es genug?

M. D.: Ja natürlich, denn aus Erfahrung kann man abschätzen, in welche Richtung sich Krankheitsverläufe entwickeln. Trotzdem ist es meine Aufgabe, als motivierende und unterstützende Kraft tätig zu werden. Jedoch gibt es Grenzen, und ich stelle mir die Frage, wie weit würde ich gehen, wenn ich selbst oder meine Angehörigen betroffen wären. Wenn man sieht, dass sich Patienten nicht in eine positive Richtung entwickeln oder Angehörige an etwas festhalten und keine Entscheidungen treffen wollen, ist es wichtig, das Gespräch zu suchen. Es ist wichtig, die Eindrücke, die man bei der täglichen Arbeit mit den Patienten gewinnt, an die Ärzte und die Angehörigen weiterzugeben. Es gibt Situationen, in denen man die Therapie früher einschränken würde. Jedoch steht der Patient im Mittelpunkt. Es werden Entscheidungen getroffen, die der Patient selbst, Ärzte oder die Angehörigen aufgrund der Vorsorgevollmacht für richtig halten. Hierbei kann man nur erklären, was auf einen zukommen kann, wenn bestimmte Maßnahmen durchgeführt werden. Auch wenn dies nicht mit meinen persönlichen Ansichten übereinstimmt, muss ich in der Lage sein, meine Arbeit auszuführen und Respekt und Nachsicht gegenüber diesen Entscheidungen zu haben.

Das Gespräch führte Thomas Feldmann. Weitere Fragen von Leserinnen und Lesern werden von der Redaktion an Frau Deterich weitergeleitet.



Moral und menschliches Verhalten aus Sicht der Neurobiologie

Nicht nur in der Theologie nimmt der Mensch in dem Bereich der Moral eine Sonderstellung ein, sondern auch in der Neurobiologie. Die Neurobiologie kann durch Versuche zeigen, wann der Mensch bei Entscheidungen auf sein moralisches Denken oder auf seine moralische Intuition zurückgreift. Dabei beantwortet die Neurobiologie drei Fragen:

ERSTENS

Lassen wir uns bei einer Entscheidung über „richtig“ oder „falsch“ eher durch unseren Verstand oder unser Gefühl beeinflussen?

ZWEITENS

Ist die menschliche Moral genauso „neu“ wie die kulturellen Institutionen, die wir in den vergangenen Jahrtausenden geschaffen haben?

DRITTENS

Oder sind die Grundlagen der Moral ein weitaus älteres Erbe von den Primaten?

DIE ANTWORT AUF DIE ERSTE FRAGE

Die Vorrangstellung des Denkens bzw. des Verstandes bei einer moralischen Entscheidungsfindung hängt von der jeweiligen neuronalen menschlichen Entwicklungsstufe ab. Neurobiologisch betrachtet geht es um ähnliche Prozesse wie bei der von Lawrence Kohlberg beschriebenen Entstehung zunehmend komplexer Stadien der moralischen Entwicklung. Diese gründen auf der von Jean Piaget beschriebenen Entstehung zunehmend komplexer logischer Operationen. Logisches wie auch moralisches Denken über die Richtigkeit einer wirtschaftlichen oder ethischen Entscheidung aktiviert den präfrontalen Kortex. Diese Gehirnregion ist die letzte, die im Verlauf des Lebens eines Menschen ausreift. Der präfrontale Kortex wird erst in der Mitte des zwanzigsten Lebensjahres im Hinblick auf die Synapsenzahl, die Myelinisierung und den Stoffwechsel vollständig ausgebildet. Die zeitliche Verzögerung dieses biologischen Reifungsprozesses ruft bei Jugendlichen unterschiedliche Verhaltensweisen hervor.

„Wenn wir sagen, dass zum Zeitpunkt der Adoleszenz das limbische, das autonome und das endokrine System bereits auf Hochtouren arbeiten, während sich der frontale Kortex noch immer mit der Montageanleitung herum schlägt, dann erklären wir damit, warum Jugendliche so frustrierend, großartig, töricht, impulsiv, mitreißend, destruktiv, selbstzerstörerisch, selbstlos, selbstsüchtig, unmöglich und weltverändernd sind.“ (Robert Sapolsky, Gewalt und Mitgefühl, S. 206)

DIE ANTWORT AUF DIE ZWEITE FRAGE

Dass die Moral sich der Kultur anpasst, verdeutlicht der Vergleich von kollektivistischen mit individualistischen Kulturen. Menschen aus kollektivistischen Kulturen zeigen ein größeres soziales Verständnis. Versuche zeigen, dass sie ein feineres Empfinden für die Perspektive anderer haben, wobei „Perspektive“ die abstrakten Gedanken des anderen ebenso erfasst wie die Vorstellung davon, wie bestimmte Objekte aus dem konkreten Blickwinkel des anderen aussehen. Wenn jemand dem Gemeinschaftsdruck folgend eine Norm verletzt, wird eher die Gruppe dafür verantwortlich gemacht als das Individuum.

Außerdem ist in kollektivistischen Kulturen die Neigung größer, situative Erklärungen für bestimmte Verhaltensweisen zu geben. Der Wettbewerbsdrang äußert sich in dem Wunsch, nicht hinter den anderen zurückzubleiben. Beim Zeichnen von Soziogrammen ist der Kreis des Zeichners weit entfernt vom Zentrum und davon weit entfernt, der größte zu sein. Diese kulturellen Unterschiede haben neurobiologische Entsprechungen. Beispielsweise wird bei Versuchsteilnehmern aus individualistischen Kulturen der präfrontale Kortex stärker aktiviert, wenn sie ein Bild von sich selbst betrachten, als beim Betrachten des Bildes eines Verwandten oder Freundes. Im Vergleich dazu ist der Grad der Aktivierung bei ostasiatischen Versuchspersonen weit geringer ausgeprägt. Kulturelle Differenzen bringen unterschiedliche Moralsysteme hervor. In extrem kollektivistischen Gesellschaften sind Konformismus und Moral praktisch synonym, und die Durch-

setzung von Normen hat mehr mit Scham zu tun (Was denken die Leute von mir, wenn ich das mache?) als mit Schuld (Wie kann ich das mit meinem Gewissen vereinbaren?). Kollektivistische Kulturen fördern eher utilitaristische und konsequentialistische moralische Standpunkte, dazu gehört die größere Bereitschaft, einen Unschuldigen ins Gefängnis zu stecken, um beispielsweise einen Aufruhr zu verhindern. Die ausgeprägte kollektivistische Ausrichtung auf die Gruppe ruft ein höheres Maß an Eigengruppenbevorzugung hervor als bei Mitgliedern individualistischer Kulturen.

DIE ANTWORT AUF DIE DRITTE FRAGE

Rund 95 bis 99 Prozent der Hominidengeschichte wurde in kleinen, nomadischen Horden verbracht, die nach essbaren Pflanzen suchten und gemeinsam jagten. Was wissen wir über die Moralvorstellungen und die zwischenmenschliche Gewaltausübung der Jäger und Sammler? Erste Informationen erhält man über ein komparatives Verfahren. Wir ziehen Rückschlüsse auf die Natur unserer fernen Vorfahren, indem wir sie mit den heutigen Primaten vergleichen. In seinem Buch „Der Bonobo und die zehn Gebote“ kommt Frans de Waal zu der Erkenntnis, dass entgegen der populären „blutrünstigen“ Vermutung Tiere sehr wohl über Dispositionen verfügen, die wir als moralisch bezeichnen können. Bei vielen Experimenten und Feldbeobachtungen wird deutlich, dass Menschenaffen gerecht, kooperativ und empathisch handeln. Das deutet seiner Meinung darauf hin, dass Moralität keineswegs erst mit dem Menschen beginnt und auch anders, als wir vielleicht denken, keine ausschließlich menschliche Errungenschaft ist.

Sein Fazit: Moral muss älter sein als Religion.