

Der Pflegebrief

Das Online Magazin für die Pflege

EDITORIAL

Womit begrüße ich Sie in dieser Ausgabe? Ich bin mir nicht sicher, was



ich in diese einleitenden Worte schreiben soll. Schreibe ich über das Jahr 2001, das nun gar nicht so werden wird wie Stanley Kubrick es in seinem gleichnamigen, meisterhaften Film „Odyssee im Weltall“ in Szene setzte? Warum sollten wir auch den Weltraum bevölkern, wenn wir schon auf diesem Globus unsere Probleme kaum gelöst bekommen! Schreibe ich über die vielen Themen, die unsere Berufsgruppe auch in diesem Jahr (wieder) angehen muss, um endlich der Definition seiner eigenen Identität näher zu kommen und seine Stellung in der Gesellschaft verfestigen kann? Darüber wird noch allzu oft geschrieben werden müssen. Oder schreibe ich über das still verstrichene Jubiläum dieses Pflege-magazins, das nun schon seine 51. Ausgabe herausgibt und für viele Pflegenden ein nützliches Forum für Wissen und Austausch ist? Das mache ich lieber in einem extra Text. Am besten, ich wünsche Ihnen einfach ein erfolgreiches neues Jahr und dass Sie Ihre Vorhaben und Wünsche umsetzen können.

Ihr **Roland Brüche**

In eigener Sache: Ein Blick zurück auf 50 Ausgaben

von Herausgeber **Roland Brüche**

Nach 50 Ausgaben des Pflegebriefes ist es gestattet und angebracht, einen Blick zurück zu werfen. Der Herausgeber schaut auf die Anfänge dieses Magazins und betrachtet die techni-

schon sowie inhaltlichen Entwicklungen eines „E-Zine“, das inzwischen im 7. Jahrgang veröffentlicht wird.

[weiter auf Seite 2]

Pflege studieren Ein Erfahrungsbericht von Susanne Davids

Welche Erfahrungen mit dem Bildungssystem kann eine Frau machen, die als Praktikum für das Pflegestudium an einer Fachhochschule zunächst eine Ausbildung als Altenpflegerin macht, sich aber schließlich nicht an der FH, sondern an einer Universität in der Pflegeforschung wiederfindet?

Die Autorin schildert ihre positiven und negativen Erlebnisse.

[weiter auf Seite 3]

Subkutane Injektionen Auch durch nicht exa- miertes Pflegepersonal? von Gerhard Leschik

Es ist ein offenes Geheimnis, dass in allen Einrichtungen der pflegerischen Versorgung subkutane Injektionen auch durch Pflegenden vorgenommen wird, die keine Pflegeausbildung haben.

Dabei ist es wahrscheinlich gar nicht selten – vor allem in der Altenpflege – dass Arbeitgeber diese Praxis offiziell befürworten. Gerhard Leschik untersucht die rechtlichen Grundlagen.

[weiter auf Seite 4]

Illegale Tötung Ein Beitrag von Paul-Werner Schreiner

Die ethischen Dimensionen einer aktiven Sterbehilfe oder auch die Fragen nach dem Wert des Lebens angesichts der Möglichkeit des Klonens menschlichen Erbguts rücken immer stärker in unseren Blickpunkt

In diesem Artikel geht der Autor auf einen seltener betrachteten Aspekt ein, nämlich das aktive Beenden des Lebens von hilfebedürftigen Menschen durch die sie Betreuenden - also auch durch Pflegenden. *[Seite 6]*

Pflege-Prosa:

Zeit zum Leben

von Elli Michler

Ich wünsche dir nicht alle möglichen Gaben.
Ich wünsche dir nur, was die meisten nicht haben:
Ich wünsche dir Zeit, dich zu freu'n und zu lachen,
und wenn du sie nutzt, kannst du etwas draus machen.

Ich wünsche dir Zeit für dein Tun und dein Denken,
nicht nur für dich selbst, sondern zum Verschenken.
Ich wünsche dir Zeit – nicht zum Hasten und Rennen,
sondern die Zeit zum Zufriedenseinkönnen.

Ich wünsche dir Zeit – nicht zum Vertreiben.

Ich wünsche sie möge dir übrigbleiben
Als Zeit für das Staunen und für Vertrau'n,
anstatt nach der Zeit auf die Uhr nur zu schau'n.

Ich wünsche dir Zeit, nach den Sternen zu greifen,
und Zeit, um zu wachsen, das heißt, zu reifen.
Ich wünsche dir Zeit, neu zu hoffen, zu lieben.
Es hat keinen Sinn, diese Zeit zu verschieben.

Ich wünsche dir Zeit, zu dir selber zu finden,
jeden Tag, jede Stunde als Glück zu empfinden.
Ich wünsche dir Zeit, auch um Schuld zu vergeben.
Ich wünsche dir: Zeit zu haben zum Leben!



Multimedia
in der **Pflege**

Fachtagung
9. März 2001
Düsseldorf

Veranstaltungsort: Medizinische Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Der Eintritt zur Tagung ist kostenfrei. Aktuelle Infos und Online-Anmeldung jetzt unter:
www.nursing.de

ONLINE-KIOSK

Geschichte der Pflege

Was für den Einen eine Qual in der Pflegeausbildung darstellt ist für den Anderen ein interessantes Hobby: Die Beschäftigung mit der Geschichte der Pflege. Also mit den Wurzeln dessen, was wir heute in unserer Pflegelandschaft an Einstellungen, Verfahren und Vorstellungen vorfinden. Inzwischen hat sich im Internet dazu auch im deutschsprachigen Bereich einiges getan:

Die Zeitschrift **Pflegegeschichte online** [www.pflegegeschichte.de] informiert über bedeutende Personen, die nicht unbedingt allgemein bekannt sind und rezensiert pflegehistorische Bücher.

Einen recht umfassenden Eindruck machen die Seiten von **M. Blumenröhr** [home.t-online.de/home/MBLue/mblue.htm], der u.a. einen einführenden Artikel über die „Einverleibung von Geschichte“ sowie diverse pflegegeschichtliche Beiträge veröffentlicht (Pflege im Übergang vom Mittelalter zur Neuzeit; die Bedeutung der Geschichte der Krankenpflege für die Gegenwart) und auch eine sehr gute Link-Übersicht zum Thema bietet: Sehr empfehlenswert!

Als wichtige Ressource dient auch die **Dokumentationsstelle Pflege** (Hilde-Steppe-Archiv) [www.fh-frankfurt.de/wwwbibl/07/dokpfle.htm] der Fachhochschule Frankfurt. Das von Prof. Steppe aufgebaute „Archiv zur Geschichte der Pflege“ ist dort integriert und soll erweitert werden. Über die Webseite erfährt man Ansprechpartner und Kontaktadresse (Recherchen sind leider online nicht möglich).

Als weitere Institution informiert der **DV-Pflegewissenschaft** über seine **Sektion „Historische Pflege-**

[weiter auf Seite 3]

In eigener Sache: Ein Blick zurück auf 50 Ausgaben

von Herausgeber **Roland Brühe** [bruehe@gmx.de]

Eine verpasste Jubelnummer...

Da ist mir doch tatsächlich ein kleines Jubiläum entglitten: Im Dezember 2000 kam bereits die fünfzigste Ausgabe des Pflegebriefes heraus! Vielleicht ein Grund zu feiern, auf jeden Fall eine Gelegenheit für mich, auf die letzten Jahre einen Blick zurück zu werfen.

Die Anfänge

Im September 1995 begann ich, die Möglichkeiten der sich langsam in Deutschland etablierenden Online-Möglichkeiten zu nutzen. Über CompuServe, damals revolutionär neu, wurde die erste Ausgabe per E-Mail vertrieben. Eine Web-Präsenz wurde auch bald eingerichtet, sobald sich mir die Möglichkeit dafür bot. Allerdings wurde noch lange am FTP-Archiv festgehalten, das schien mir in der Anfangszeit zuverlässiger zu sein... Achtundzwanzigmal gab es nun Monat für Monat eine kleine Textdatei, schlicht aber mit einem Auftrag: Informationen für Pflegende zusammenzustellen, die von Pflegenden kamen. Daran hat sich bis heute nichts verändert. Höchstens das Format: Erst ab Januar 1998 erschien der Pflegebrief – auf Wunsch vieler LeserInnen – im HTML-Format und konnte somit erstmals eine grafische Gestaltung erhalten.

Pflegende schreiben

Und die Pflegenden beteiligten sich am Projekt. Schon ab der zweiten Nummer konnte ein Fachbeitrag veröffentlicht werden. Und womit beschäftigte sich das Magazin im ersten Jahr? Die Psychiatrie machte den Anfang mit einem Text über chronisch Schizophrene, es folgte ein Dreiteiler über das Gesundheitsstrukturgesetz. So ging es auch weiter: Berichte aus der Praxis, managementbezogene Artikel und Texte mit berufskritischen oder pädagogischen Themen konnten ins „Blatt“ gesetzt werden. Immer waren es Pflege-KollegInnen, die ihre Beiträge einreichten und somit die Leserschaft teilhaben ließen an ihren Erfahrungen und Meinungen. Bestimmt konnte auch mancher nach der Lektüre sagen, etwas Neues mitbekommen zu haben. Die Leserbriefe – hier internetmäßig LeserMail genannt – wurden stets rege genutzt, um Anfragen zu stellen, auf dass andere Pflegende ihnen Rat geben konnten. Davon hatten dann alle etwas.

E-Mail = Arbeitsflut

Und die Abonnentenzahlen wuchsen und wuchsen. Was mich natürlich freute, aber ohne Zweifel auch mehr Arbeit bedeutete. Die Flut von E-Mail-Adressen wollte verwaltet werden. Die vielen „Rückläufer“ aufgrund ungültiger Adressen ließen mich manchmal verzweifeln. Aber irgendwie klappte es dann doch immer. Witzigerweise vermuteten irgendwann einige Leser gar eine große Redaktion hinter dem Pflegebrief, was ich erstaunt und lächelnd zur Kenntnis nahm und rich-

tig stellen musste.

HTML und ISfP

Im April 1997, es war die 21. Nummer, zog der Pflegebrief dann um. Ulla Klimczaks Projekt des „Internet Server für Pflege“ (www.pflegenet.com) war eine faszinierende Gelegenheit, einem umfassenden Informationspool für Pflegende Inhalt beizusteuern. Es war eine spannende als auch arbeitsreiche Zeit, der ISfP entwickelte sich rasch zu einem großen Projekt und wurde schnell zu einer der wichtigsten Anlaufpunkte für Pflegende im Internet (denn so viele deutschsprachige Pflege-Sites gab es bis dato noch nicht). Wir hatten eine fruchtbare und Spaß bringende Zusammenarbeit.

1999 und das Jahr 2000 waren streckenweise keine so gute Zeitspannen für mich. Persönliches geht halt oft vor. Und eben dieses ließ mich über Monate keine Ausgabe zustande bringen oder zumindest nur sehr unregelmäßig. Was mich sehr ärgerte, aber es ging nicht. Glücklicherweise konnte ich mich im Sommer 2000 endlich wieder meinem „Kind“, dem Pflegebrief, widmen.

Redaktionsaufbau und PDF

Nach einem Aufruf zur Bildung eines Redaktionsstammes meldeten sich mehrere Leute, die auch weiterhin regelmäßig an den neuen Ausgaben mitarbeiten. Und wieder zog der Pflegebrief um. Ab Juni 2000 nun bei der Schlüterschen, Verlag und Druckerei, angesiedelt, kommt das Magazin erneut in einem neuen Outfit heraus – im PDF-Format. Dies bedeutete wieder eine Verbesserung der Gestaltungsmöglichkeiten, des Versandes und vor allem auch der Möglichkeit des Ausdruckes, was so mancher Leser für seine Kollegen nutzt. Die Zusammenarbeit mit dem Verlag bedeutet auch, dass nun Autoren von Fachbeiträgen endlich ein (kleines) Honorar erhalten können. Dies wünschte ich mir schon lange, immerhin steckt jeder viel Arbeit in einen längeren Aufsatz.

Danke und ein Blick nach vorn

Zurückblickend stelle ich fest, dass aus einem kleinen Liebhaberprojekt ein größeres Magazin geworden ist, dass sich in der deutschen Pflegelandschaft etablieren konnte und nach wie vor ein Forum von Pflegenden für Pflegende darstellt. Deshalb möchte ich an dieser Stelle auch allen danken, die mir mit ihrer Unterstützung, ihren Beiträgen und ihrem Zuspruch geholfen haben, den Pflegebrief zu entwickeln und mit ihm eine Informationsressource zu schaffen, der vielleicht noch der alte Geist des Internets anhaftet: Kostenlose Information für jeden. So soll es weitergehen und so wird es auch weitergehen. Dessen bin ich mir angesichts der vielen aktuellen UnterstützerInnen, denen ich auch ein warmes Danke sage, gewiss. ■

ONLINE-KIOSK

Geschichte der Pflege
[Fortsetzung]

forschung“ [dv-pflegewissenschaft.de/Sektion/Hist_Pflegeforschung/hist_Pflegeforschung.htm] mit dessen Arbeitsschwerpunkten.

Kontaktadressen zur Sektion und zur Dokumentationsstelle sind daneben auch zu finden.

Neben diesen Sites finden sich auch einzelne Artikel/Arbeiten im deutschsprachigen Web. Hier eine Auswahl:

Die griechische Heilkunde in der Antike. Von Andrea Maier. [pflege.klinikum-grosshadern.de/campus/berufsku/grieheilku/grheil.html]

Dies ist ein Referat für Hans-Weinberger - Akademie in München. Die Autorin stellt zwei Kernthesen auf: Die grundsätzlichen Elemente unserer heutigen Krankenpflege haben ihren Ursprung in der antiken Heilkunde. Die verwendeten Begriffe Arzt und Medizin dürfen nicht in ihrer heutigen Bedeutung verstanden werden, sondern müssen im Sinn der damaligen Zeit gesehen werden.

Die Wiederentdeckung der Menschlichkeit in der Pflege. Von Rüdiger Bauer. [www.bibliomed.de/BIBLIOMED/ARCHIV/SP1_00/THEMEN/PFLEGE.HTM]

Die Zeitschrift „Die Schwester / der Pfleger“ stellt diesen Beitrag online zur Verfügung. Der Autor entwickelt seine Gedanken von Florence Nightingale ausgehend, die in ihren Bemerkungen zur Pflege humanistische, spirituelle, aber auch ganz lebensnahe, praktische Aspekte von Pflege in eine erste Pflege-theorie eingegossen habe.

Die Situation der beruflichen Krankenpflege zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Von Stephan Dorschner [www.sw.fh-jena.de/pflege/kapitel7.html]. Die FH Jena veröffentlicht

[weiter auf Seite 4]

Pflege studieren - ein Erfahrungsbericht

von Susanne Davids

Ohne eine Idee zu haben, wie es danach weitergehen soll, habe ich 1997 mein Abitur gemacht. Da ich als Schülerin bereits nebenbei in der Pflege gearbeitet hatte und unbedingt einen Beruf ergreifen wollte, der mit Menschen zu tun hat, informierte ich mich beim Arbeitsamt über den Studiengang Pflegemanagement (Fachhochschule). Zu Anfang war die Bedingung einer abgeschlossenen Ausbildung und mindestens einem Jahr Berufserfahrung sehr abschreckend, nach einiger Zeit konnte ich mich jedoch mit dem Gedanken anfreunden.

Die Entscheidung, eine Altenpflegeausbildung zu machen, fiel mir relativ leicht, da das Angebot der dreijährigen Ausbildung und die Zulassung für Erstauszubildende neu war. Ich habe meine Pflegeausbildung also mit der Intention begonnen, danach an der Fachhochschule Pflegemanagement zu studieren. Während der Ausbildung veränderten sich meine Berufswünsche jedoch. Nachdem ich zu Beginn der festen Überzeugung war, in einer Leitungsposition meine beruflichen Wünsche erfüllen zu können, gingen meine Ideen später in Richtung Pflegeforschung. In der letzten Phase der Ausbildung war ich besonders gespannt auf das, was mich an der Fachhochschule erwarten würde.

Durch den Wechsel meines Lehrers für Pflege lernte ich Uwe Dubbels kennen, der direkt nach seinem Universitätsabschluss in der Altenpflegeschule anfang. Ich erzählte ihm von meinen Plänen nach der Ausbildung und diskutierte sehr viel über die Frage, warum Fachhochschule und nicht Universität. Schließlich leuchteten mir seine Gründe für ein Universitätsstudium ein, nicht zuletzt durch meinen veränderten Berufswunsch. Obwohl ein von mir arrangiertes Treffen mit dem Professor des Fachbereichs nicht nach meinen Vorstellungen verlief, bewarb ich mich schließlich an der Uni. Ein großer Vorteil war für mich, dass ich nach der Ausbildung keine Berufserfahrung nachweisen musste, sondern gleich das Studium anschließen konnte. Nach drei Jahren hatte ich die Nase voll von Altenheimen.

Der Übergang von Schule zur Uni ging rasend schnell; ich freute mich riesig auf die Uni. Das erste Mal im Leben stellte ich meinen Stundenplan selbst zusammen (mit tatkräftiger Unterstützung von Uwe). Die erste Veranstaltung, zu der ich am Montagmorgen gehen wollte, fiel aus und sollte verlegt werden, jedoch wusste niemand, wann und wo es einen Ersatztermin gab. Am nächsten Tag fand eine Pflichtveranstaltung für alle Erstsemester der Pflegewissenschaft statt, in der dringende Fragen beantwortet wurden. Später wurde uns in dieser Veranstaltung das Leitbild des Studiengangs erklärt und näher gebracht. Ich saß da

und verstand nur Bahnhof. Nachdem sich am Ende eine Kommilitonin meldete und sagte, sie hätte jetzt verstanden, warum wir hier säßen, dachte ich, dass würde nie zu schaffen sein.

Dies war eine völlig neue Erfahrung, nachdem ich in den drei Jahren Schule hervorragend im Unterrichtsstoff mitgekommen war. Der Kontakt zu anderen Kommilitonen, die mein Gefühl bestätigten, beruhigte mich ein wenig, trotzdem stellte sich für mich die Frage, ob das nun wirklich das Richtige für mich sei. Nach drei Wochen war die erste Seminarfahrt nach Worphausen geplant, wo wir Kriterien für den Bericht nach der Schulhospitation gemeinsam erarbeiten sollten. Mitte Dezember begann dann unsere erste Schulerkundung. Einerseits machte mich das glücklich, um der Institution Uni für eine Weile zu entfliehen (ich hätte vorher nicht für möglich gehalten, dass Uni so anstrengend sein kann), andererseits hatte ich mich gerade an die Veränderung meines Tagesablaufes einigermaßen gewöhnt, als schon die nächste neue Situation kam.

Zur Zeit stehe ich kurz vor Ende der Schulhospitation, fertige den Bericht an und bin gespannt auf die Berichte meiner Kommilitonen. Diesmal freue ich mich jedoch nicht so auf die Vorlesungen, sondern eher auf die Ferien und das neue Semester. Mir ist wichtig, meine ersten Eindrücke zu sortieren und ein bisschen Luft zum Atmen zu haben. Ich erhoffe mir vom neuen Semester eine bewusstere Auswahl des Stundenplans und einen besseren Überblick über das, was möglich ist und was mich persönlich interessiert.

Zum jetzigen Zeitpunkt glaube ich, dass Uni doch das Richtige für mich ist und möchte mein Studium auf alle Fälle fortführen, wobei für mich sicher unterbewusst auch eine Rolle spielt, dass ich gar keine andere Wahl habe, denn ich möchte nicht für den Rest meines Lebens im Altenheim arbeiten, andererseits gibt es aber ohne Berufserfahrung keine Möglichkeiten, an Weiterbildungen teilzunehmen. Trotz allem finde ich es wichtig, dass ich den Bezug zur Pflege nicht verliere und dann womöglich irgendwann eine Theoretikerin bin, die ihr Wissen in der Praxis überhaupt nicht anwenden kann.

Aus diesem Grund arbeite ich neben meinem Studium bei einem Hauspflegeverband, um Berufserfahrung und Routine zu bekommen und um irgendwann im Laufe meines Lebens ein kleines bisschen an den teilweise katastrophalen Zuständen in der Altenpflege verändern zu können. Dies ist mein Anliegen und meine Hoffnung, mit der ich dieses Studium in voraussichtlich fünf Jahren abschließen werde.

ONLINE-KIOSK

Geschichte der Pflege
[Fortsetzung]

hier einen Auszug aus einem Studienbrief im Rahmen des Fernstudien-ganges Pflege. Anhand von Übersichten soll die soziale Situation der Krankenpflegerinnen in Deutschland kurz nach der Jahrhundertwende verdeutlicht werden.

Historischer Vergleich „Pflege und Medizin“
[www.evfh-berlin.de/StudiumGenerale/html/h7.htm#_Toc453421705]

Mehrere Autoren veröffentlichen hier gleichsam eine Übersicht über die Pflege und Medizin in der Geschichte. Der Text ist auf den Seiten der Ev. FH Berlin zu finden und ist in der klassischen Struktur (Erdmittelalter/Steinzeit bis 19. Jahrhundert) aufgebaut.

LESER-MAIL

Anfragen

Soeben erreichten uns noch zwei E-Mails, deren Absender um Unterstützung bei der Literaturrecherche bitten.

Michaela Krassnig [krassnigmichaela@hotmail.com] schreibt:

Ich arbeite gerade an einer Arbeit über Pflege in der stationären Psychotherapie. Vielleicht hat ja jemand Infos für mich.

Christian Tenkleve [CTENKLEVE@t-online.de] fragt:

Ich suche für meine Abschlussarbeit Literatur, die sich mit dem Thema "Dokumentation in der ambulanten Pflege" befasst. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mir helfen könnten, wo ich etwas über dieses Thema finden kann.

Subkutane Injektionen

Auch durch nicht examiniertes Pflegepersonal?
von Gerhard Leschik [Leschik.Grossenheidorn@t-online.de]

Die Frage, ob nicht examinierte Personen subkutane Injektionen verabreichen dürfen, ist nicht mit einem einfachen Ja oder Nein zu beantworten. Ich werde die Kriterien darlegen, die eine Antwort geben können.

Die strafrechtlichen Kriterien

Um in einem Strafverfahren verurteilt werden zu können führt der Richter eine Haftungsprüfung durch. Die Haftungsprüfung besteht aus drei Teilen.

Tatbestand erfüllt?
Schuldhaft begangen?
Rechtswidrig?

Klärung des Tatbestandes

Bei der Frage nach dem Tatbestand muss der Richter prüfen, ob die Tat in einem Paragraphen des Strafgesetzbuches oder eines Gesetzes mit Nebenstrafen als strafwürdig beschrieben ist. In diesem Fall handelt es sich möglicherweise um einen Tatbestand nach den §§ 223 - 227 StGB (Körperverletzungen).

§ 223 StGB Körperverletzung

(1) Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
(2) Der Versuch ist strafbar.

Nimmt man den Gesundheitsbegriff der WHO, wird man bestätigen, dass die intakte Haut durch den Nadelstich verletzt wurde und damit tatsächlich eine Körperverletzung im Sinne des Strafgesetzes vorliegt. Doch nicht nur der Stich, sondern das Arzneimittel, das in ein Gewebe injiziert wird kann eine Körperverletzung sein, da die Gesundheitsschädigung z. B. durch Unverträglichkeiten oder Nebenwirkungen verursacht werden kann.

Ob der Tatbestand der gefährlichen Körperverletzung (§ 224 StGB) erfüllt ist muss ebenfalls geprüft werden.

§ 224 StGB Gefährliche Körperverletzung

(1) Wer die Körperverletzung

1. durch Beibringung von Gift oder anderen gesundheitsschädlichen Stoffen,
2. mittels einer Waffe oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs,
3. mittels eines hinterlistigen Überfalls,
4. mit einem anderen Beteiligten gemeinschaftlich oder
5. mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung

begeht, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in mindern schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

Ein Arzneimittel kann durch unsachgemäße Lage-

rung, Vor- oder Zubereitung zu einem Gesundheitsschädlichen Stoff werden. Eine Kanüle kann man durchaus als ein gefährliches Werkzeug bezeichnen, weil es tief durch die Haut eindringt. Ist ein Patient unruhig oder störrisch, werden oft auch andere Personen hinzugezogen, die den Patienten festhalten, damit die Injektion erfolgen kann. Die Behandlung mit Arzneimitteln kann weder von einer Pflegeperson noch von einem Laien sicher nach seiner Gefährlichkeit bewertet werden, darum können diese Personen auch nicht ausschließen, dass es sich um eine lebensgefährdende Behandlung handelt.

Bereits an der Aufzählung der möglichen Tatbestandsmerkmale ist nicht unwahrscheinlich, dass eine gefährliche Körperverletzung vorliegt.

Auch der Strafrechtsparagraph 225 ist zu prüfen.

§ 225 StGB Misshandlung von Schutzbefohlenen

(1) Wer eine Person unter achtzehn Jahren oder eine wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlose Person, die

1. seiner Fürsorge oder Obhut untersteht,
2. seinem Hausstand angehört,
3. von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder
4. im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist,

quält oder roh misshandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

(3) Auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr ist zu erkennen, wenn der Täter die schutzbefohlene Person durch die Tat in die Gefahr

1. des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung oder
2. einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt

(4) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 3 auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

Auch dieser Tatbestand ist schnell erfüllt, da es sich in der Kranken- und Altenpflege eben um Gebrechliche oder wegen Krankheit wehrlose Personen handelt.

In gleicher Weise müssen die §§ 226 und 227 StGB nach möglichen Verstößen geprüft werden.

Klärung der schuldhaften Handlung

Die schuldhaft durchgeführten Handlungen werden in zwei Bereiche gegliedert: Vorsatz und Fahrlässigkeit. Die beiden Bereiche werden noch weiter untergliedert, was aber bei der Fragestel-

[weiter auf Seite 5]

PRODUKTE

Die Steckbeckenheizung



Kranke und Bettlägerige werden es dem Erfinder danken. Eine Erfindung, die im wahrsten Sinne des Wortes (jedoch nicht im übertragenen Sinne) für den A..... ist, kommt aus Twieflingen. Es handelt sich um eine Steckbeckenheizung, mit anderen Worten, um eine heizbare Bettpfanne. (Der Stadtspiegel)

Die Firma EAST Produktion bietet damit ein Produkt an, dessen Existenz sehr nützlich erscheint. Endlich ein warmes Edelstahlsteckbecken. Dies verspricht Wohltat für das geschundene Gesäß des Patienten, der von solch transportablen Defäkationseinrichtungen abhängig ist.

Laut Hersteller ist es ganz einfach: Vom sauberen Steckbecken den Deckel durch die Heizung ersetzen und einfach an die Steckdose anschließen. Am besten, die Heizung ist stets eingeschaltet und liegt immer auf einem Becken. Für die Entsorgung werden übliche Deckel verwendet. Natürlich können auch passende Steckbecken bestellt werden, obwohl die handelsüblichen ausreichend seien. Außerdem kann die Firma die derartige Gefäße beheizungsgerecht ausstatten.

www.steckbeckenheizung.de

TERMINE

Schmerzpraktikum
in Salzburg
30. – 31. März 2001

Das Salzburger Schmerzzentrum bietet ein zweitägiges „Schmerzpraktikum“ an der dortigen Universität an. Nähere Informationen unter: 0043(0)662/4482-2013 oder E-Mail:

manger@hmkberatung.com

[weiter auf Seite 6]

Subkutane Injektionen - Auch durch nicht examiniertes Pflegepersonal? von Gerhard Leschik [Leschik.Grossenheidorn@t-online.de]

[Fortsetzung]

lung der Injektion nebensächlich ist, da eine Injektion nie zufällig, sondern beabsichtigt, und deshalb mit Vorsatz durchgeführt wird.

Klärung der Rechtswidrigkeit

Hierbei wird geprüft, ob es einen Rechtfertigungsgrund für die Tat gegeben hat. Im Fall der Injektion ist dieser Rechtfertigungsgrund in § 228 StGB enthalten.

§ 228 StGB Einwilligung

Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.

Das bedeutet konkret, dass der Patient die Folgen der Injektion durch die behandelnde Person kennt und der Injektion (Körperverletzung) wirksam zustimmt. Diese Zustimmung muss nicht verbal oder schriftlich erfolgen. Es reicht, wenn die Zustimmung durch konkludente (eindeutige) Handlung erfolgt. Wehrt sich der Patient oder widerspricht er der Injektion, liegt eine nicht gerechtfertigte Handlung vor für die der Handelnde gerichtlich verurteilt werden kann.

Kann der Patient keinerlei Zustimmung geben, weil er bewusstlos oder gelähmt ist, wird gemutmaßt, wie sich ein Mensch unter solchen Bedingungen entschieden hätte. Aussagen wie: "Das hat der Arzt aber so angeordnet" oder "Das müssen sie haben, damit sie gesund werden" sind keine ausreichenden Rechtfertigungsgründe. Auch der Arbeitgeber kann keine Injektion bei einem Patienten durchsetzen.

Das eigentliche Problem: Das Arzneimittel

Einerseits ist die Technik der Injektion möglicherweise eine strafbare Handlung, andererseits

bringt man einen Wirkstoff in den Körper eines anderen. Diese Gabe des Wirkstoffs und seine mögliche Reaktion ist jedoch höher zu bewerten als die Nadelstichverletzung. Die Injektionstechnik ist eigentlich nicht kompliziert und könnte sogar einem minderbegabten Lebewesen trainiert werden. Die Kenntnis um den Wirkstoff und die Wirkweise einschließlich der Nebenwirkung stellt aber das eigentliche Problem dar. Ob eine examinierte Pflegeperson ausreichende Kenntnisse über die injizierbaren Wirkstoffe hat ist mit dem Examen nicht nachgewiesen, da das Fach "Arzneimittellehre" nicht Gegenstand der Prüfung ist. Jedoch wird man von einer examinierten Pflegeperson erwarten müssen, dass sie weiß, wie Arzneimittel sachgerecht vor- und zubereitet werden und welche Maßnahmen nötig sind, wenn es zu gefährlichen Nebenwirkungen kommt.

Eine nicht examinierte Person kann den Gefahrencharakter einer Injektion nicht kennen und auch nicht beurteilen, wie schnell ein Arzt zur Abwehr lebensbedrohlicher Komplikationen herbeigeholt werden muss. Die nicht examinierte Person muss also eine solche Tätigkeit ablehnen. Führt sie solche Maßnahmen trotzdem durch, kann sie wegen unerlaubter Handlung in einem Strafprozess verurteilt werden. Im Zivilprozess könnte er wegen eines Übernahmeverschuldens Schadensersatz leisten müssen. Arbeitgeber bzw. der Vorgesetzte dürfen solche Tätigkeiten nicht anweisen oder übertragen, da sie wegen Organisationsverschuldens haftbar gemacht werden können.

Diese recht klare Ablehnung der Übernahme von Injektionen durch nichtexaminierte Personen gilt nur für die berufliche Ausübung. Im Privaten, gilt eine solche verschärfte Regelung nicht. Deshalb muss die gleiche Tätigkeit z. B. durch die Ehefrau anders bewertet werden als die einer dazu beruflich bestimmten Person. ■

In eigener Sache – ein Aufruf

Inzwischen hat sich ein kleiner Stamm von regelmäßigen Mitarbeitern für den Pflegebrief aufbauen können. Um die kontinuierliche Arbeit gewährleisten zu können, möchte ich aber allen interessierten Pflegenden Mut machen, sich dieser Redaktion anzuschließen. Buchbesprechungen, Softwarerezensionen, Einzelbeiträge zu Themen rund um die Pflege sowie Berichte über Geschehnisse aus der Pflegewelt sind im Pflegebrief gut aufgehoben, weil sie die Leserschaft interessieren.

Diese Texte müssen jedoch erst erstellt werden. Und wie heißt es doch: Die Arbeit verteilt sich besser, wenn sie auf vielen Schultern ruht. Zur Zeit sind noch keine Ressorts gebildet worden, bei einer entsprechenden Anzahl von Mitstreitern kann dies

jedoch mittelfristig in Angriff genommen werden, so dass sich die Aufgabengebiete auf einzelne Gebiete beschränken könnten.

Wenn Sie an einer regelmäßigen Mitarbeit interessiert sind, die einen monatlichen Konferenz-Chat sowie das Verfassen von Texten beinhaltet, dann melden Sie sich bitte per E-Mail beim Herausgeber **Roland Brühe** (bruehe@gmx.de).

Sollten Sie nicht regelmäßig mitarbeiten können oder wollen, haben aber Interesse, mal einen Beitrag an dieser Stelle zu veröffentlichen (z.B. eine Facharbeit aus der Weiterbildung oder dem Studium), dann ist auch Ihr Text natürlich gerne gesehen; wenden auch Sie sich bitte an den Herausgeber. ■

TERMINE

[Fortsetzung]

Quo vadis Altenpflege

5. Februar 2001

Die Kaiserswerther Seminare in Düsseldorf bieten mit dieser Veranstaltung im Rahmen ihres „Aktuellen Forums Pflegepädagogik“ eine Diskussionsmöglichkeit unter strukturellen, berufsfelddidaktischen und bildungspolitischen Gesichtspunkten. Infos unter: Tel.: 0211/409-2592 oder E-Mail: kws@kaiserswerther-diakonie.de

Alternative Pflegemethoden

12. Februar 2001

AKWIP e.V. ist ein Verein, der sich zum Ziel gesetzt hat, alternativen sowie komplementären Therapie- und Pflegemethoden einen größeren Zugang zur Öffentlichkeit zu verschaffen. Dies unter anderem durch Fort- und Weiterbildungen. Die Veranstaltung ist als Einführung in alternative Pflegemethoden konzipiert. Informationen unter: Tel. 03923/786738 oder www.akwip.de

„Leben bis zuletzt...“

28. Februar – 2. März 2001

Das Universitätsklinikum Heidelberg veranstaltet dieses Fortbildungssymposium mit einem vielfältigen Themenspektrum. U.a.: Leben nach Chemotherapie, Ethikkonsil, Chirurgische Palliation, Auszubildende in der Betreuung Sterbender, schmerzarme Bewegung Sterbender, Sexualität und Zärtlichkeit, Brückenpflege, Ritual des Abschieds. In verschiedenen Workshops werden die Vortragsthemen vertieft. Infos: www.med.uni-heidelberg.de/pflege/12_krebskrankenpflegesymposium/symposium.htm, 06221/566129 oder burkhard_lebert@med.uni-heidelberg.de.

Illegale TötungEin Beitrag von **Paul-Werner Schreiner**[Paul-Werner.Schreiner@t-online.de]**Einleitung**

Das aktive Beenden des Lebens von hilfebedürftigen Menschen durch die sie Betreuenden, ohne dass von den Betroffenen der Wunsch dazu geäußert wurde, wurde von verschiedenen Seiten zu Recht als GAU – als größter anzunehmender Unfall – in einer Pflegebeziehung bezeichnet. Immer, wenn nach gesellschaftlichen Ursachen gefragt wird, entsteht leicht der Eindruck, dass Handlungen, wie diese Patiententötungen, mit Verweis auf gesellschaftliche Ursachen oder ähnliches entschuldigt werden sollen. Die Handlungen, um die es geht, können nicht entschuldigt werden, aber – wie 1989 Gerhard Mauz in seinem einfühlsamen Bericht über den Prozess gegen Michaela Roeder schrieb: *„Es geht auch darum, warum Michaela Roeder getötet hat. Wir müssen diesem neuen Tatbestand, den Motiven, die zu ihm führen, endlich auf die Spur kommen. (...) Es geht um die Grenze, von der an die Hilfsbereitschaft in Mord, Totschlag oder was auch immer umschlagen kann.“*

Zahlenmäßige Größenordnung der Patiententötungen

Die Berichte in der Presse über die Patiententötungen lösen stets Bestürzung und Ratlosigkeit zugleich aus. Große Publizität haben die Geschehnisse in Wuppertal 1986, in Wien 1989 und in Gütersloh 1990 erlangt. Karl-Heinz Beine hat in seiner verdienstvollen Studie eine Vielzahl weiterer Tötungen zusammengetragen, bei denen es zu Gerichtsverfahren und zu Verurteilungen gekommen ist. Ohne dass die einzelnen Fälle in ihren Einzelheiten nachgezeichnet werden können, kann festgestellt werden, dass es sich um ein relativ neuzeitliches Geschehen handelt – man kann es in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts ansiedeln. Die Fälle, bei denen es zu einer Gerichtsverhandlung gekommen ist, stellen nur die kleine Spitze eines Eisberges dar, weil es sich mehrheitlich um Serientötungen handelt und die Taten in der Mehrzahl der Fälle zufällig aufgedeckt wurden. Die dargestellten Ereignisse haben sich ausschließlich im institutionellen Bereich zugetragen. Über Patiententötungen im ambulanten Bereich wurde bislang wenig berichtet.

Kennzeichen von Patiententötung

Dem Sterben eines Menschen geht heute in den meisten Fällen eine Entscheidung – meist anderer Menschen – voraus, dem Sterben dieses Menschen nichts mehr entgegenzusetzen. Diese Entscheidungen müssen als aktive Handlungen begriffen werden. So ist allein die Tatsache, dass, abgesehen von den strittigen Fällen der Tötung auf Verlangen, ein Leben aktiv beendet wird, noch kein zwingendes Zeichen für eine Patiententötung im Sinne einer kriminellen Handlung. In der modernen Medizin kommt es, ohne dass fehlerhafte Entscheidungen getroffen wurden, gar nicht selten zu Situationen, die sich nicht mehr nur durch Nichts-mehr-Tun auflösen lassen. Hier müssen diejenigen, die für eine Therapie verantwortlich gezeichnet haben, zu ihrem Tun stehen und u.U. eben auch einmal einen Patienten zu Tode bringen; entscheidendes Kriterium ist, dass

der Betroffene nicht leidet. Karl-Heinz Beine hat einen Fall dokumentiert, bei dem ein Krankenpfleger in Milwaukee bei einem 78-jährigen Schlaganfallpatienten die Beatmungsmaschine abgestellt hatte; der Krankenpfleger wurde verurteilt, nicht weil er die Beatmungsmaschine abgestellt hatte, sondern weil er eine medizinische Maßnahme durchgeführt hatte ohne Lizenz.

Es stellt sich danach die Frage, in welchen Fällen vernünftiger- und legitimerweise von Patiententötungen gesprochen werden kann. Auch wenn die Grenzen fließend sind, können doch einige Kennzeichen herausgestellt werden:

- **Die Tötungsmethode** – Das Erschlagen von Patienten wird man ebenso als eine eindeutig in keiner Weise legitimierbare Beendigung von Leben bezeichnen können wie das Injizieren von Luft oder von Desinfektionsmittel. Auch das Verabreichen der meisten Medikamente, z.B. Muskelrelaxantien bei Bewohnern eines Pflegeheimes, Insulin bei einem Nicht-Diabetiker oder große Mengen von Antihypertonika in postoperativen Phase in einer Intensivstation, entbehren jeder medizinischen Indikation.
- **Die Entscheidung durch eine Einzelperson, wobei die Qualifikation eine untergeordnete Rolle spielt** – Über die zweifelsfrei notwendig zu treffenden Entscheidungen in den Grenzbereichen medizinischen Handelns, muss offen kommuniziert werden. Das bedeutet nicht, dass Entscheidungen Teamentscheidungen sind – die Entscheidung muss immer von einer Person getroffen und dann auch verantwortet werden, ggf. vor den Organen des Rechtssystems. Die Entscheidung darf aber nie gefällt werden ohne ausgiebige Beratung mit den anderen am Geschehen Beteiligten.
- **Mangelnde Dokumentation** – Die Gründe und Methoden der Beendigung von Leben müssen dokumentiert werden.

Auslöser für die konkreten Patiententötungen

Die Situation der beruflich Pflegenden, vor allem bei der Betreuung von Menschen am Lebensende, wird durch drei Faktoren bestimmt: das Zurückgeworfensein auf grundlegende Fragen der eigenen Existenz, ferner der zwangsweisen Übernahme einer umfassenden gesellschaftlichen Aufgabe sowie schließlich der Auseinandersetzung mit einem Medizinsystem, das, wie die Gesellschaft selbst, zur positiven Integration und Annahme der Begrenztheit menschlichen Seins nicht willens und fähig ist. Man kann dies als ethisches Grunddilemma pflegerischen Handelns beschreiben. Die Pflegenden werden in dieser Situation allein gelassen; es ist weder räumlich noch zeitlich ein Ort vorgesehen, wo sie mit ihrer Not ein gewisses Maß an Öffentlichkeit schaffen und damit ihre Isolation überwinden könnten. Horst-Eberhardt Richter hat dieses Dilemma treffsicher auf den Punkt gebracht: „Daher könnte man fragen, ob jene Schwester in ihrer Verzweiflung nicht auf ähnliche Weise, nicht mit ansehen konnte“, was die auf-

[weiter auf Seite 7]

GELESEN

**Ein Leben für die Pflege –
mosaikhaft**

Gabriele S. Herberger,
**Liliane Juchli – Ein
Zeitdokument der Pflege**

gelesen von **Uwe Dubbels**
[uwe-dubbels@nord-com.net]

Liliane Juchli, ja wer kennt
sie nicht?

Wohl keine andere Person
hat die deutschsprachige
Pflege so geprägt wie diese
Frau. Das gleichnamige
Buch ist 1998 erschienen
und enthält alle Beiträge der
in Kassel stattgefundenen
Veranstaltung: „Erste
Hommage in der Pflege an
Dr. h.c. Sr. Liliane Juchli“.

Sehr interessant ist das mit
Frau Juchli geführte Inter-
view, in dem noch einmal
deutlich wird, dass die
Pflege zu oft im Handeln
fixiert ist, obwohl der Pati-
ent doch etwas anderes
braucht, nämlich unser
Mitssein. Auch zu Frau
Juchlis Lebensweg und
ihrem ethisch-religiösen
Hintergrund kann man hier
viel erfahren.

Eine kritische Auseinander-
setzung ist nicht Ziel dieses
Buches. Vielmehr geht es
darum, gleichwohl mosaik-
haft, das Leben, Werk und
die Wirkung Liliane Juchlis
zu beschreiben. Viele be-
kannte Persönlichkeiten der
Pflege erzählen hier von
ihren Erfahrungen und
Begegnungen mit Frau
Juchli.

Das Buch ist gut zu lesen
und jedem zu empfehlen,
der Interesse am Entwick-
lungsprozess der Pflege im
deutschsprachigen Raum
hat.

Gabriele S. Herberger:
*Liliane Juchli – Ein Zeitdo-
kument der Pflege*
1998, gsh-Verlag Dietzen-
bach, 245 Seiten, bebildert,
broschiert, ohne ISBN,
DM 24,-

Illegale Tötung

Ein Beitrag von **Paul-Werner Schreiner**[Paul-Werner.Schreiner@t-online.de]

[Fortsetzung]

traggebende Gesellschaft ‚nicht mit ansehen will‘
– dass also ihre individuelle Gewalt nur die krimi-
nelle Eskalation der untergründigen, uneingestan-
denen Rücksichtslosigkeit der ausgrenzenden
Gesellschaft darstellt.“

Mit der Beschreibung dieser dilemmahaften Situa-
tion, mit der sich beruflich Pflegende vor allem in
kritischen Grenzbereichen konfrontiert sehen, ist
selbstverständlich noch nichts darüber gesagt,
warum – sieht man einmal von den ganz wenigen
Fällen von psychischen Störungen bei den Tätern,
die es natürlich gegeben hat, ab – es zu den kon-
kreten Patiententötungen gekommen ist und wie es
zu den Serientötungen kommen konnte. Definitiv
geklärt wird diese Frage wohl nie werden, aber es
lassen sich einige Vermutungen anstellen.

- Auch wenn keine eindeutige Psychopathologie
beschrieben werden kann, so darf doch ange-
nommen werden, dass die vielgestaltigen Pro-
bleme der einzelnen Tätern/-innen entscheidend
mit dazu beigetragen haben, dass die Betroffenen
die Spannungen in ihrem beruflichen Alltag nicht
ausgehalten haben.
- Es fällt schwer zu glauben, dass ein Mensch,
der einen helfenden Beruf gewählt hat, ohne
Skrupel einen Hilfebefohlenen umbringen kann.
Das sicherlich nicht reflektierte und falsch ver-
standene Mitleidsmotiv mag hier eine Rolle
spielen. Die erste Tötungshandlung wird aber, so
muss man vermuten, die schwerste gewesen sein.
Karl-Heinz Beine konstatiert: „*So unklar die
Motive der Täter auch bleiben, so muss doch
dringend vermutet werden, dass nach der ersten
Tat die Bereitschaft steigt, wiederholt zu töten.*“
- Die Tötungen wären nicht möglich gewesen,
wenn in Kliniken die vorgesehenen Kontrollme-
chanismen nicht immer wieder umgangen und
ausgeholt worden wären. Den Tätern wurde es
in den meisten dokumentierten Fällen sehr leicht
gemacht. Eine wesentliche Rolle dabei spielt der
Umstand, dass Ärzte sich bei Patienten, bei de-
nen in ihrer Denklage nichts mehr gemacht wer-
den kann, nur allzu gerne fernhalten. Pflegende
kommen dadurch in eine geradezu gefährliche
Situation, nicht nur deshalb, weil sie manchen
Situationen fachlich nicht gewachsen sind, son-
dern auch, weil sie notgedrungen Entscheidun-
gen fällen müssen, die ihnen nicht zukommen.

Weshalb die versteckten, z.T. auch offenen
Warnhinweise und Verdachtsmomente, die bei
den Serientötungen bei den Untersuchungen er-
kennbar wurden, nicht beachtet wurden, erläutert
Klaus Dörner als verantwortlicher Ärztlicher
Direktor einer Klinik, in der Patienten getötet
wurden, so: „*Sollte nun auf einer solchen Station
unter diesen Umständen einer von uns dazu ü-
bergegangen sein, hier nachzuhelfen und das
sinnlose und den Stationsbetrieb störende Leiden
abzukürzen, wären wir in doppelter Weise daran
gehindert, dies wahrzunehmen. Einmal würde
uns schon die Möglichkeit eines so entsetzlichen
Verbrechens so lähmen, weil wir es nicht für
möglich halten könnten, zumal schon das Zulassen
dieser Möglichkeit mich dazu zwingen wür-
de, das Basisvertrauen im Team, , von dem wir
alle abhängig sind, in Frage zu stellen und auf-*

*zukündigen. Auf der anderen Seite wäre ich
in der Gefahr, über Andeutungen im Sinne des
Schädigens oder Tötens von Patienten deshalb
hinwegzusehen, weil ein solches Handeln eher
im Interesse des Aufrechterhaltens der Betriebs-
abläufe liegen würde.*“

- Soweit erkennbar, wurde in den Pflegeein-
heiten, außer in spaßigen, mitunter aber auch
sarkastischen Bemerkungen nicht offen über die
Problematik der Betreuung Sterbender und die
daraus entstehenden Nöte besonders der Pflegen-
den gesprochen. Dies führt zu einem dazu, dass
man es – so Klaus Dörner – einfach nicht für
möglich hält, dass Kollegen zu solchen Taten in
der Lage sind. Zum anderen führt es aber auch
dazu, dass der Täter durch seine Tat keine Be-
freiung aus seiner angespannten Situation erfährt,
was ihn zu immer weiteren Taten veranlasst.
- Es muss ferner eine klammheimliche Allianz
zwischen allen Beteiligten angenommen werden.
Die Täter konnten die Erfahrung machen, dass
die übrigen am Geschehen Beteiligten froh wa-
ren, wenn sich einmal wieder ein Problem erlei-
digt hatte. Sie konnten sich in vielen Fällen dar-
auf verlassen, dass niemand dumme Fragen stel-
len würde.
- Die Täter konnten sich aber nicht nur in den
Institutionen relativ sicher fühlen; sie konnten
sich auch in der Wahnvorstellung wiegen, vor
dem Hintergrund des bestehenden gesellschaftli-
chen Werte- und Normenkodexes eine wichtige
Aufgabe zu erfüllen, sich nämlich um ein Pro-
blem zu kümmern, dessen Existenz am liebsten
geleugnet würde – und dies ist das eigentlich
dramatische an diesen Katastrophen.

Lösungsansätze**Auf der individuellen Ebene der Betreuenden**

Die Betreuenden müssen Kompetenzen in der
Gesprächsführung und anderen kommunikativen
Verfahren erlangen, um in den Situationen, in
denen es nur noch darum geht, dazusein, ohne
etwas zu tun, nicht hilflos zu sein. Darüber hinaus
– und dies scheint noch wesentlich wichtiger zu
sein – müssen sie in die der Thematik zugrunde
liegenden anthropologischen und philosophischen
Probleme eingeführt sowie dafür sensibilisiert
werden, ihre eigene Situation, die eigene Endlich-
keit angemessen zu reflektieren.

Auf der institutionellen Ebene

Drei Aspekte scheinen hinsichtlich der Institutio-
nen von besonderer Bedeutung:

- Es muss darüber nachgedacht werden, wie
zum einen in den Kliniken eigentlich schon im-
mer vorgesehene Kontrollmechanismen funkti-
onsfähig erhalten werden – z.B. dass nicht Re-
zeptblöcke blanko unterschrieben werden; es
geht zum anderen darum, bestehende Vorschrif-
ten nicht nur als lästig zu empfinden, Kleinig-
keiten ernst zu nehmen und vor allem – dies gilt
für alle Mitarbeitergruppen – lästige Tätigkeiten,
die es überall gibt, nicht stets an nachgeordnete
Mitarbeiter weiterzudelegieren – und ein Ster-
bender, vor allem ein über lange Zeit Sterbender,
wird in

[weiter auf Seite 8]

IMPRESSUM

Der Pflegebrief erscheint bei pflegen-online.de

Herausgeber:

Roland Brühe, Köln
[bruehe@gmx.de]

Verlag:

**schlütersche
GmbH & Co. KG**
Verlag und Druckerei
Hans-Böckler-Allee 7
30173 Hannover
[www.schluetersche.de]

Redaktion:

Claudia Flöer, Hannover
[floer@pflegen-online.de]

Technische Redaktion:

**Dr. Henrik Crone-Münze-
brock, Hannover**
[crone@pflegen-online.de]

Mitarbeiter an dieser**Ausgabe:**

**Susanne Davids,
Uwe Dubbels,
Irmgard Häseler,
Gerhard Leschik,
Elli Michler und
Paul-Werner Schreiner**

Die Rechte der einzelnen Artikel verbleiben bei den Autoren.

Aufgabe von Anzeigen:

**webmaster@pflegen-
online.de**

Abonnement:

Sie können den Pflegebrief auf <http://pflegen-online.de/pflegebrief/> abonnieren. Oder schicken Sie eine eMail an:
crone@pflegen-online.de

Der Pflegebrief

Herausgeber und Verlag erklären ausdrücklich, dass sie keinerlei Einfluss auf die Gestaltung verlinkter Seiten haben und sich deren Inhalte nicht zu eigen machen.

Illegale Tötung

Ein Beitrag von **Paul-Werner Schreiner**[Paul-Werner.Schreiner@t-online.de]

[Fortsetzung]

- den Krankenhäusern immer als lästig erlebt.
- In besonders gefährdeten Bereichen sollten Supervisionen selbstverständlich werden.
- Es sollten Foren eingerichtet, als regelmäßige Veranstaltungen institutionalisiert werden, an denen alle an einem Stationsgeschehen Beteiligten teilnehmen und in denen ganz selbstverständlich über problematische und belastende Situationen gesprochen wird.

Als Leitidee für das Gestalten des Lebens in den Institutionen kann gelten, was Klaus Dörner als Ziel einer Ethik formuliert: „*bei den unerträglichsten Menschen anfangen*“

Auf der gesellschaftlichen Ebene

Alle im Krankenhaus Tätigen müssen in die Öffentlichkeit gehen und versuchen, die komplexen Zusammenhänge zwischen dem gesellschaftlichen Leitbild und den Erwartungen der Gesellschaft an die Gesundheitsinstitutionen darzulegen. Dazu gehören eine massive Aufklärung über die begrenzten Handlungsmöglichkeiten der Medizin, eine Diskussion, ob wir nicht mit unseren medizinischen Möglichkeiten im Hinblick auf die Betreuung der zu versorgenden Menschen die emotionalen Kapazitäten der Betreuenden über-

fordern, und ein Nachdenken darüber, was bei der Weiterentwicklung der Medizin in Richtung Reparatier- und Ersatzteillagermedizin, die im Einklang mit dem gesellschaftlichen Werte- und Normenkodex steht, mit den Menschen geschehen soll, bei denen dieses Konzept medizinischer Versorgung nicht trägt. Es ist ein öffentlicher Diskurs über die Zielsetzung und damit die Prioritäten eines Gesundheitsversorgungssystems zu führen, das den Menschen in seiner Ganzheit zum Mittelpunkt hat und – um wiederum mit Klaus Dörner zu sprechen – bei den unerträglichsten Menschen anfängt. Die Gesellschaft wird sich zudem fragen müssen, wem sie zumuten will, in Einrichtungen zu arbeiten, die mitunter zu wahren Horrorveranstaltungen verkommen, ohne dass dieser dabei als Mensch untergeht. Und man wird diese Frage als Gradmesser für die Humanität einer Gesellschaft bezeichnen dürfen.

Bei diesem Artikel handelt es sich um die überarbeitete Fassung eines Impulsreferates für den Workshop 4 – Moderation: *Annegret Thierhoff* – im Rahmen der ersten Hospiztage vom 28. bis 30. Juni 2000 in der Evangelischen Akademie Bad Boll.

Eine ausführlichere Fassung finden Sie in Kürze im Internet unter pflegen-online.de/facharbeiten. ■

LESER-MAIL*Leserbriefe***Wer wahrt die Patientenrechte?**

Lutz Müller-Bohlen [www.pflegegutachter.de]

Die Patientenrechte sollen gestärkt und die Beratung der GKV-Versicherten verbessert werden. Verbraucher und Patienten sollen vom neu begonnenen Jahr an über ihre Rechte im Gesundheitswesen informiert werden. Mit zehn Millionen DM sollen Krankenkassen kompetente Beratungseinrichtungen jährlich fördern. Dies wurde im Gesundheitsreformgesetz vom Gesetzgeber normiert.

Klar, dass die Verbände die Finger sehr hoch gereckt haben. Man liest: "Aber auch andere möchten vom Förderkuchen ein ordentliches Stück abhaben: So zum Beispiel der Paritätische Wohlfahrtsverband, die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten, die Deutsche Krebsgesellschaft, der Sozialverband Deutschland, der Verband der Kriegssopfer (VdK), das Deutsche

Rote Kreuz sowie eine Reihe von Ärzte- und Zahnärztekammern."

Ging es bei der Entscheidung der Bundesregierung nicht um die Förderung einer unabhängigen Beratung? Man darf gespannt sein, wie es sich vertreten lässt, dass Wohlfahrtsverbände bei Problemen in den eigenen Reihen (z.B. Pflegedienste, Heime oder Krankenhäuser) beraten.

Im Pflegeversicherungsgesetz hat der Gesetzgeber bewusst eine Konkurrenz zwischen privaten und wohlfahrtsverbandlichen Heimen normiert. Da es bei dem Beratungsvorhaben auch um eine "Hilfestellung in schwierigen Lebenssituationen" geht (z.B. Unmöglichkeit der weiteren Versorgung in der eigenen Wohnung), darf man gespannt sein, welche Einrichtung der Berater eines Wohlfahrtsverbandes empfiehlt.

Ob dies grundsätzlich dazu beiträgt, die Patientenrechte zu stärken, darf bezweifelt werden.

Anfrage: Zeitschrift für Palliativpflege

Tanja Labonte [wil@aph.org] schreibt:

Ich bin Studentin im Fachbereich Pflegemanagement und derzeit Praktikantin bei der Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit in München. Ich habe gehört, dass es eine neue Zeitschrift in diesem Bereich gibt. Etwa mit dem Titel: "Ambulante Pflege - Palliativpflege". Leider konnte ich bisher noch nicht herausfinden wo diese Zeitschrift verlegt wird bzw. ob es sie wirklich gibt.

Könnten Sie mir bei diesem Problemchen evtl. behilflich sein?

Antwort des Herausgebers:

Mir ist die Zeitschrift leider nicht bekannt, es kann aber sinnvoll sein, sich an die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DPG) zu wenden. Dort wird man am wahrscheinlichsten Kenntnis über den Titel haben. Die Adresse: Joseph-Stelzmann-Straße 9, 50924 Köln, Telefon 0221/4784800. (Danke an Till Quadflieg für den Tipp.) ■