

Christlich-Islamischer Beziehungen im europäischen Kontext

Essay zur Studienwoche der Diözese Rottenburg-Stuttgart vom 26.09.2021 bis 01.10.2021

**Dialog – Schutz für Pflegekräfte und Erhalt der
Würde muslimischer Patient*innen?!**

**Der praktische Wert des interreligiösen Dialogs
am Beispiel der Pflege**

Martin Lukas Skowronek

Universität Paderborn

Bachelor of Arts – Philosophie und Komparative Theologie

Abgabe am 14.11.2021

Inhaltsangabe

1.	Einleitung	1
2.	Methoden zur ethischen Entscheidungsfindung im klinischen Alltag.....	3
3.	Über Autonomie zur Würde	6
4.	Pflegekräfte zwischen Überforderung und Würde	8
5.	Fazit und Ausblick	10
	Literaturangaben.....	12
	Autor	14
	Eigenständigkeitserklärung	14

„[Dialog] sucht das gegenseitige Verstehen und die gemeinsame Aktion zum Wohle der Menschen und zur Förderung von Solidarität, Gerechtigkeit und Frieden unter den Menschen“ (Antes 2016: 84).

1. Einleitung

Das genannte Zitat stammt aus dem „Lexikon des Dialogs“, das im Auftrag der Eugen-Biser-Stiftung von Richard Heinzmann herausgegeben wurde. Doch es stellt sich eine zentrale Frage: Wie wichtig beziehungsweise zwingend ist eigentlich dieser interreligiöse Dialog für das Leben in einer pluralen Gesellschaft? Gibt es diesen nur, damit Akademiker*innen sich in den Elfenbeintürmen der Universitäten über Gedanken austauschen können, die außerhalb ihrer eigenen Sphären niemanden zu tangieren scheinen? Häufig kann es einem so vorkommen, dass es sich vordergründig um theoretische Inhalte in den Feldern Theologie und Ethik dreht, wenn zum Beispiel Diskussionen zur Vereinbarkeit von Trinität und Tauhid oder die Frage, ob der Qur`an dem Kreuzestod Jesu per se eine Absage erteilt, aufkommen. Natürlich sind das berechtigte und wichtige Diskussionen, die auch Einfluss auf das Leben in einer pluralen Gesellschaft haben. Doch haben sie noch nicht unbedingt dazu beigetragen, die Menschen auf der praktischen Ebene der Welt zusammenzuführen. Anders gesagt: Viele Menschen, auch in der westlichen Welt, scheinen den Wert des Dialogs noch nicht so erkannt zu haben, dass es für sie zwingend wäre, an diesem teilzunehmen. Dass sich nämlich, wie Prof. Dr. Tuba Isik in Ihrem Aufsatz „Dispositiv Muslim in Deutschland – Ein nie endendes Unterfangen“ trefflich beschreibt, einzelne Gesellschaftsgruppen oftmals über ihren kulturellen und religiösen Background identifizieren und gegenüber dem jeweils anderen abgrenzen (vgl. Isik 2015: 53-57), ist im Hinblick auf eine immer komplexer werdende Welt keine positive Entwicklung. Umso wichtiger ist es, dass man die Menschen über einen praktischen Lebensweltbezug davon überzeugt, nicht nur am Dialog teilzunehmen, sondern diesem sogar eine Richtung zu verleihen. Das soll nicht geschehen, damit die anderen von der Richtigkeit der eigenen Position überzeugt und somit auf eine Art missioniert werden, sondern es soll zwischen Menschen verschiedenen Glaubens vermittelt werden, damit diese sich kennenlernen und besser verstehen können (vgl. Päpstlicher Rat für den Interreligiösen Dialog von 1984).

Kritiker*innen des interreligiösen Dialogs könnten aber fragen, ob man, gemäß der Aussage des Lexikons des Dialogs, für Gerechtigkeit und Frieden tatsächlich ebendiesen interreligiösen Dialog braucht. Für manch einen könnte ein friedliches und gerechtes Leben nämlich auch so aussehen, dass die Gesellschaft wäre, wie sie von Professorin Isik beschrieben wird und die verschiedenen Akteur*innen, mal hier mal dort, wo es gerade nötig ist, zusammenkommen und dann wieder auseinandergehen. Dieses relativ plumpe Argument ist nicht so einfach zu widerlegen, wie man

glauben könnte: Strenggenommen lebt man selbst in der eigenen Stadt mit tausenden Menschen in Frieden und (angenommener) Gerechtigkeit zusammen, ohne dass man jeden von ihnen kennen würde. Wieso sollte man dann aus gesellschaftlich-praktischer Sicht in den interreligiösen Dialog eintreten und somit versuchen für ein besseres Verständnis zu sorgen, wenn es scheinbar auch so funktioniert? Fakt ist, dass es die unterschiedlichen Religionen nun mal gibt, was zu verschiedenen Ansichten hinsichtlich der Lebenswirklichkeit führt. Trotz dieser Ausdifferenzierungen ist es so, dass es in der Gesellschaft auch eine möglichst gute Verständigung geben muss, da viele Ziele nur dann erreicht werden können, wenn man gemeinsam an einem Strang zieht. Als Beispiel wäre unter anderem der Umweltschutz zu nennen, der aus säkularer Perspektive etwas wie „Schutz des Lebensraumes“ (auch für zukünftige Generationen) bedeutet. Diesen kann man aber auch aus religiöser Sicht beleuchten, wo man ihn als „Schutz der Schöpfung Gottes“ bezeichnen könnte. Egal welcher Perspektive man zustimmt, das Ziel bleibt gleich und es kann nur erreicht werden, wenn die Gesellschaft als Ganzes zusammenrückt.

Die Argumentation des Essays hinsichtlich der Wichtigkeit des Dialogs nimmt ihren Anfang jedoch an einer anderen Stelle. Sie beginnt nämlich in der praktischen Arbeit des Autors als Dozent für Ethik in der Pflege an Berufsschulen für zukünftige Pflegefachleute sowie als Pflegekraft für Menschen mit schwerer Mehrfachbehinderung. Es ist dort zu beobachten, dass viele Kolleg*innen entweder mit totaler Überforderung reagieren, wenn muslimische Patient*innen beziehungsweise die Angehörigen ihren Willen äußern, der, im vom Christentum geprägten Deutschland, nicht alltäglich ist. Auf der anderen Seite scheint es für einige Kolleg*innen durchaus auch ein Ausweg zu sein, derartigen Willensmitteilungen keine große Beachtung zu schenken und einfach die anfallende Arbeit zu erledigen. Es sollte selbstverständlich sein, dass sowohl eine unnötige Überforderung der Pflegekräfte, als auch der Verlust der Autonomie der Patient*innen mit aller Macht vermieden wird. In Deutschland, das sich stark an der individuellen Freiheit und der Menschenwürde als Leitkategorien orientiert, darf diese Würde nicht an der Eingangstür eines Pflegeheimes enden, sondern sollte gerade dort aufrechterhalten werden. Zahlreiche Pflegeeinrichtungen sind in der Hand von christlichen Trägern, die natürlich wichtige Akteure im interreligiösen Dialog sind und sich in ihren Leitbildern auch zu den Werten der Kirche bekennen. Festzuhalten ist ebenfalls, dass selbst wenn die einzelnen Mitarbeiter*innen nicht gläubig sind, die christliche Prägung des Staates auf die einzelnen Individuen abfärbt. Es kann somit nicht falsch sein, in den Dialog einzutreten, um sich anzuhören, was einem die anderen Menschen, mit zahlreichen anderen Ansichten, zu sagen haben. Das Ganze muss nicht dafür geschehen, dass neue Überzeugungen im Hinblick auf das Leben mit Gott gewonnen werden, sondern mit dem Ziel den

eigenen Horizont zu erweitern. Diese Erweiterung kann im Sinne des Eingangszitates durch das Kennenlernen und Verstehen erreicht werden.

Mit diesem Essay soll an diesen zwei Gruppen exemplarisch gezeigt werden, welches große Potenzial im Dialog zu finden ist: Zum einen soll muslimischen Patient*innen im Sinne der zeitgenössischen Entwicklungen in der Bio- und Medizinethik geholfen werden ihre Autonomie zu wahren, damit sie so auch in schwierigsten Phasen, in denen sie dafür Hilfe von professionellen Pflegekräften benötigen, noch einen möglichst großen Teil ihrer eigenen Identität und somit auch ihrer Würde behalten. Zum anderen soll unbedingt vermieden werden, dass das ohnehin schon am Anschlag arbeitende Personal in den Pflegeheimen weiter überfordert wird und es daher auch zu ablehnenden Reaktionen kommt. Um zu veranschaulichen, wie wichtig der Dialog in der Praxis ist, werden erst die vier Prinzipien der Bio- und Medizinethik und ihre moderne Entwicklung im Angesicht unseres zeitgenössischen Menschenbildes erklärt. Dort zeigt sich, welchen Wert der Autonomiebegriff auch in den ethischen Entscheidungsfindungsprozessen in der Pflege hat. Anschließend wird ein weiteres Feld angeführt, in dem ebenfalls die Autonomie im Zentrum steht, nämlich bei Kants Herleitung des Würdebegriffs. Dieser benötigt jedoch noch eine kleine Modifizierung, damit er dem Thema dienlich sein kann und auch dem entspricht, was man heutzutage unter der Menschenwürde, die im Zentrum unserer Werte steht und daher in Artikel 1 des Grundgesetzes fixiert ist, versteht. Abschließend werden die Probleme des Nicht-Verstehens aus der Praxis benannt, die negativen Folgen aufgezeigt und dann der Dialog für die Praxis fruchtbar gemacht, da er die Pflegekräfte schützen und insbesondere die Würde der muslimischen Patient*innen wahren kann.

2. Methoden zur ethischen Entscheidungsfindung im klinischen Alltag

Mit dem Ziel ethischem Handeln unter anderem in der Medizin und Pflege einen gewissen Rahmen zu geben, haben der Theologe, Philosoph und Medizinethiker James Franklin Childress sowie der Moralphilosoph Tom Lamar Beauchamp im Jahr 1979 die „vier Prinzipien der Bio- und Medizinethik“ in ihrem bedeutenden Werk „Principles of Biomedical Ethics“ veröffentlicht. Nicht nur Martina Hiemetzberger (2016) attestiert dieser Theorie in ihrem Buch „Ethik in der Pflege“, dass dieser Ansatz seine Begründung in einem sehr pragmatischen Moralverständnis findet, wodurch er für verschiedenste Weltanschauungs- und Religionskreise akzeptabel ist. Das liegt daran, dass die Prinzipien eine sogenannte „mittlere Reichweite“ haben, was bedeutet, dass sie tiefere ethische Strukturen, die zum Beispiel durch religiöse Sozialisation entstehen, nicht aufweichen oder ablehnen (vgl. Hiemetzberger 2016: 102-103). Diese mögliche Akzeptanz seitens

aller Religionen und Kulturen ist eine notwendige Voraussetzung für die Fruchtbarmachung des interreligiösen Dialogs. Nachfolgend werden die vier Prinzipien in aller Kürze erwähnt, wobei die später noch wichtige Autonomie im Fokus steht. Wichtig dazu ist, dass im Laufe des Essays die Prinzipien und alles Weitere ausschließlich auf die Pflege bezogen werden, was jedoch nur eine ihrer Dimensionen darstellt und ihre anderen Dimensionen z.B. in der Notfallmedizin nicht in Abrede stellen soll.

a. Respect for Autonomie (dt. Respekt der Autonomie)

„Respect for Autonomie“ soll sicherstellen, dass der Wille der Patient*innen ein entscheidendes Kriterium für den Verlauf von pflegerischen Handlungen ist. So sollen die Patient*innen in der Lage sein, die jeweiligen pflegerischen Handlung mitzutragen oder sie abzulehnen (vgl. Hiemetzberger 2016: 104). Dabei ist der Grund der Ablehnung nicht entscheidend, solange der freie Wille durchscheint und dieser nicht durch Krankheiten, wie zum Beispiel Demenz, beschnitten oder durch das Verarbeiten von falschen Informationen beeinträchtigt wird. In diesem Zusammenhang ist der wichtige Begriff des „Informed Consent“ zu erwähnen, wonach das pflegerische Personal den Patient*innen die (Be)Handlungen, Prognosen und Alternativen auf einer solchen Art und Weise näherbringen muss, dass die erwähnte Zustimmung bzw. Ablehnung auf einer möglichst vollständigen Information basiert (vgl. Beauchamp/Childress 2019: 120-122).

b. Beneficence (dt. Fürsorgepflicht)

Beneficence leitet die Handlungen von Pflegenden insofern an, als dass sie die Pflicht haben, Handlungen durchzuführen, die dem Wohlergehen von Patient*innen förderlich sind (vgl. Beauchamp/Childress 2019: 217).

c. Nonmaleficence (Nicht-Schaden)

Nonmaleficence stellt ein Verbot dar, dass schädigende Handlungen an den Patient*innen durchgeführt werden (vgl. Beauchamp/Childress 2019: 155).

d. Justice (dt. Gerechtigkeit)

Justice soll sicherstellen, dass die knappen Ressourcen zum Wohle möglichst aller Patient*innen verteilt werden und niemand auf Grund seiner Behinderung, Herkunft und weiterem benachteiligt bzw. diskriminiert wird (vgl. Beauchamp/Childress 2019: 267-269).

Nicht unwichtig im Bezug auf die Autonomie ist es, dass es in der Praxis aktuell drei gibt den Willen der Patient*innen zu bestimmen. Die beste Möglichkeit ist natürlich die, dass die Patient*innen selbst in der Lage sind, ihren Willen zu äußern. Können sie das nicht, wird ermittelt, ob eine Patientenverfügung verfasst wurde, die ein Mittel ist, den Willen - in einem Zustand der „Mündigkeit“ – für alle Eventualitäten zu fixieren (vgl. etwa Körtner 2017: 171-172). Gibt es auch diese Patientenverfügung nicht, muss der mutmaßliche Wille, meist unter der Hinzunahme von Angehörigen, ermittelt werden, in den auch die Biographie und Werteanschauungen der Patient*innen einfließen (vgl. Klinkhammer 2012). Die vier Prinzipien der Bio- bzw. Medizinethik sind, obwohl bereits vor knapp einem halben Jahrhundert veröffentlicht, auch heute noch in den allermeisten Kreisen des pflegerischen Alltags akzeptiert (vgl. Hiemetzberger 2016: 102). Zwar stehen sie theoretisch in einem prima facie Verhältnis (vgl. Beauchamp/Childress 2019: 143), doch sind die Situationen im klinischen Alltag so gestrickt, dass pflegerisches Personal zumindest kurzzeitig immer wieder das ein oder andere Prinzip priorisieren muss (vgl. Hiemetzberger 2016: 109). Dieser Hintergrund ist insofern wichtig, als dass das Thema bereits 1803 von dem britischen Physiker Thomas Percival eingeführt wurde. Seitdem hat sich in der Entwicklung jedoch viel getan, da insbesondere in der Anfangszeit die Heilung und Schadensvermeidung zentral waren und sich gegen den Willen der Patient*innen durchgesetzt haben. Damals wurden aber noch andere Begrifflichkeiten als die Namen der Prinzipien heutzutage verwendet (vgl. Beauchamp/Childress 2019: 13). Dieses ungleiche Verhältnis bezeichnet man als paternalistisch und es lässt sich vereinfacht so in Worte fassen: Gut ist, was die Expert*innen den Patient*innen vorgeben. Doch ist ein derartiges Verhältnis im 21. Jahrhundert nicht mehr zeitgemäß. Insbesondere durch die jüngere Entwicklung, ist die Autonomie der Patient*innen mehr in den Fokus gerückt worden und somit nur noch das uneingeschränkt gut, was ebendiese auch mindestens mittragen können (vgl. Hiemetzberger 2016 :104). Die Patient*innen sind also im Laufe der Zeit von hierarchisch untergeordneten „Objekten“ zu gleichgestellten Partner*innen geworden, die als „Subjekte“ selbst in die ethischen und medizinischen Entscheidungen des pflegerischen Alltags eingebunden sind. Das Emporkommen der Autonomie ist auch der Grund, warum sich die Frage nach der Bedeutung des Dialogs für die Praxis überhaupt stellt. Wenn pflegerisches Personal bei ihren Handlungen einzig darauf achten sollte, was aus ihren eigenen Erfahrungen und Werten, die kontextgebunden sind, heraus gut für den Patient*innen wäre und man die Autonomie außen vorlassen würde, dann wäre das eine inakzeptable Bevormundung (vgl. Hiemetzberger 2016: 107) und ein Rückfall in paternalistische Strukturen.

Wie man etwa in dem kurzen Artikel „Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik“ von Georg Marckmann lesen kann, ist eine Kritik an dem Ansatz insofern legitim, als dass die Prinzipien

teilweise nur begrenzt bei konkreten Problemen weiterhelfen würden, da sie keine strikten Handlungsanweisungen geben würden und das Personal gerade dadurch nach eigenen Moral- und Wertvorstellungen handeln könnte (vgl. Marckmann 2000: 502-503). Auf den ersten Blick scheint diese Kritik auch angemessen zu sein. Auf den zweiten Blick widerspricht die Forderung nach festen Handlungsanweisungen aber dem aktuellen Zeitgeist und der mit ihm verbundenen Hinzunahme der Autonomie. Reichert man nämlich eine Grundtheorie mit induktiven Schlüssen an, die bestimmte Gegebenheiten mit festen Lösungen beantwortet, gibt es keinen Raum mehr für den menschlichen Willen, der einen immensen Stellenwert in der zeitgenössischen Pflegeethik einnimmt. Wenn auf A also immer B folgt, welchen Stellenwert hätte dann der Wille C? Und wenn also das Personal auf Basis der eigenen moralischen Überzeugungen handeln würde, würde es gegen das Prinzip des „Respects for Autonomy“ verstoßen, was durchaus berechtigte Kritik am Personal nach sich ziehen würde. Sogar in den schwierigsten Situationen, in denen die Patient*innen ihren Willen zum Beispiel wegen eines Komas oder weit vorangeschrittener Demenz nicht mehr äußern können, ist zu versuchen dieses Prinzip dennoch mit den erwähnten Mitteln zu berücksichtigen.

Es erscheint in dem Zusammenhang auch noch etwas anderes wichtig: Beauchamp und Childress stellen mit Nachdruck fest, dass alle vier Prinzipien den gleichen Wert haben und eine Bevorzugung des „Respect for Autonomie“ nicht legitim wäre (vgl. Beauchamp/Childress 2019: 143). In der Praxis wird das der Kenntnis des Autors nach - wenn überhaupt - nur in Notfällen so eingehalten und ansonsten der Autonomie die größte Bedeutung zugerechnet. Das liegt insbesondere an § 630 BGB, der regelt, dass insbesondere medizinisches Personal ohne Einwilligung keine Behandlung durchführen darf. Wenn Zahnärzt*innen bei den Patient*innen einige Zähne entfernen, obwohl sie es abgelehnt haben, werden diese, auch wenn es theoretisch die richtige Entscheidung war, nicht wiederkommen und die Ärzt*innen teilweise sogar auf Schmerzensgeld verklagen. Ähnlich ist es in der Pflege, wo selbst zu Dekubitus neigende Patient*innen das Lagern ablehnen können und das Ganze nur in der Dokumentation erfasst wird.

3. Über Autonomie zur Würde

Bisher wurden die vier Prinzipien der Bio- und Medizinethik sowie ihre Entwicklung hin zur Stärkung der Autonomie aufgezeigt. Das Thema Autonomie spielt aber auch bei etwas anderem noch eine entscheidende Rolle. Sie wird dann wichtig, wenn man sich die Herleitung der Würde

bei Immanuel Kant anschaut, die bei der Entwicklung des modernen Begriffs der Menschenwürde eine große Rolle spielt.

Unser Menschenbild hat einen höchsten Wert im Zentrum: Die unbedingte und unabkömmliche menschliche Würde (vgl. Schaber 2012: 9). Diese Würde darf keinem Menschen, egal welche Umstände ihn begleiten, egal aus welchem Kulturkreis er kommt und auch egal welcher Religion er angehört, genommen werden. Mit der Herleitung seines Verständnisses von Würde in dem monumentalen Werk „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“ prägt Immanuel Kant diesen modernen Begriff der menschlichen Würde entscheidend mit. Ausgedrückt wird sie in seiner sogenannten Selbstzweckformel, wonach Menschen sich nicht als Mittel zum Erlangen irgendwelcher Zwecke benutzen sollten, sondern die Menschen selbst Zwecke von Handlungen sind (vgl. Kant 2019: 61). An der Selbstzweckformel sieht man auch eine wesentliche Eigenschaft der Würde: Sie steht nicht einfach nur in einem individuellen Kontext, sondern verdient auch Beachtung von allen anderen Menschen. Kant argumentiert, dass alles Sein entweder einen Preis oder aber eine Würde hat. Dinge, die lediglich der Befriedigung von Neigungen dienen, haben laut Kant einen Marktpreis, während Dinge, die ohne Neigung dem Wohlgefallen dienen, einen Affektionspreis haben. Etwas, das aber Zweck an sich ist, hat keinen derartigen relativen, sondern ausschließlich einen absoluten Wert (vgl. Kant 2019: 68). Vereinfacht gesagt: Die Würde ist der Gegenspieler des Preises und kann nicht durch irgendetwas anderes, auch nicht die Würde eines anderen Menschen, aufgewogen werden. Nun stellt sich aber noch die Frage, warum Kant der Meinung ist, dass der Mensch eine Würde hat. Die Antwort darauf liegt in der Autonomie, also der Selbstgesetzlichkeit, des Menschen (vgl. Kant 2019: 69). Der Mensch ist nach Kant nämlich mit Vernunft ausgestattet und kann Handlungen ohne einen Grund der Naturgesetzlichkeiten, rein aus sich selbst erschaffen (vgl. ebd.). Das ist darüber hinaus auch der Grund, warum der Mensch und alle vernünftigen Wesen überhaupt ein Moralgesetz haben können. In einer Welt, in der alle Wesen so oder so nur einzig nach ihren Neigungen handeln könnten, wäre ein Moralgesetz obsolet, denn dafür braucht es Autonomie, also die Freiheit Handlungen aus sich selbst erschaffen zu können. Diese Selbstgesetzlichkeit ist eine Fähigkeit, die Personen zukommt und nicht spezifisch menschlich ist, da jedes vernünftige Wesen diesen Personalstatus erreichen kann (vgl. Kant 2019: 67).

Paul Tiedemann merkt eine mögliche Kritik an einem bestimmten Verständnis von Würdebegriff an, von der auch Kant betroffen ist. So spricht auch Kant nämlich von einer Würde, die sich nicht von der biologischen Gattung des Menschen ableitet, sondern von der Personalität, also über seine echtzeitlichen geistigen Voraussetzungen (Tiedemann 2006: 111-112). Das würde somit bedeuten, dass der Mensch diese Würde nicht zwangsläufig sein Leben lang hat, sondern diese durch Verlust

seiner Willens- und Handlungsfreiheit zu jeder Zeit verlieren kann. Diese Herangehensweise ist nicht zufriedenstellend, wenn man den Kern dieses Essays treffen und die Würde bestimmter Menschengruppen schützen möchte, die laut Kant nicht mal eine Würde haben. Der Ansatz Kants bietet aber Raum für eine Modifikation: Demnach müsste man den Ansatz Kants nur insofern erweitern, als dass man den Autonomiebegriff als eine potenzielle Willens- und Handlungsfreiheit ansieht, die dem Menschen auf Grund seiner theoretisch-biologischen Voraussetzung, mit der Vernunft ausgestattet zu sein, immer zukommt. Diese Erweiterung hätte die Stärke, dass die Autonomie nicht mit ihrer tatsächlichen und selbstständigen Verwirklichung zusammenhängt, sondern jedem Menschen dadurch zukommen kann, da dieser per Definition zur Gattung Mensch gezählt wird. Das Leben von Kranken und Behinderten wäre gemessen an dieser Herangehensweise umso größer, je mehr ihres zumindest potenziellen Willens sich in ihrem tatsächlichen Dasein widerspiegelt. Die Krux an diesem Vorschlag wäre, dass dieser Ansatz in seinem extensionalen Umfang auch Behinderte, demenziell Erkrankte und viele mehr inbegriffen hätte. Diese hätten unter diesen Voraussetzungen die Möglichkeit mithilfe der professionellen Pflegekräfte ein würdevolles Leben zu leben, was nun den Fokus auf ebendiese Pflegekräfte lenkt.

4. Pflegekräfte zwischen Überforderung und Würde

Es ist zu beachten, dass professionelle Pflegekräfte bei ihrer Arbeit im Pflegeheim dauerhaft in einem Austauschverhältnis mit den Patient*innen sind. Vom Waschen am Morgen bis zur Inkontinenzversorgung in der Nacht ist mindestens eine leichte Abhängigkeit der Patient*innen mit im Spiel, da diese nicht grundlos in einem Pflegeheim sind. Somit unterliegen auch die meisten Handlungen innerhalb des Pflegeheimes den vier Prinzipien der Bio- und Medizinethik. Weiter kann man bei Kant sehen, wie essentiell die Autonomie für seine Begriff der Würde ist. Durch die Modifizierung seines Würdebegriffs in diesem Essay lässt sich ihr Umfang auf alle Menschen ausweiten. Beide Themen sind für die Pflegekräfte hochgradig relevant, da gezeigt wird, dass diese in ihrer Arbeit immer mit potenziell autonomen Menschen und somit mindestens mit einem mutmaßlichen Willen zu tun haben. Verwehren die Pflegekräfte den Patient*innen die Möglichkeit ein möglichst autonomes Leben zu führen, sorgen sie folglich für ein relativ würdeloses Dasein.

Um nun den Wert des Dialogs für beide Seiten in der Pflege klarzumachen, ist es notwendig sich zu vergegenwärtigen, wie es aktuell um die Pflegekräfte in Deutschland bestellt ist. Dazu würde sicherlich sogar ein Blick in aktuelle Berichterstattungen reichen. Außerdem kann man sich z.B. die Sendung „Pflege ist #NichtSelbstverständlich“ der TV-Persönlichkeiten Joko und Klaas angucken. Besser ist es aber, eine Studie in den Blick zu nehmen, die untersucht unter welchen Umständen

Pflegekräfte, die den Beruf verlassen haben, bereit wären, wieder in die Pflege zu kommen. Die „Hartmann #PflegeComeBack Studie“ von 2018 bietet hierfür eine gute Gelegenheit. Unter vielen Missständen zeigt sie vor allem, dass knapp die Hälfte aller ausgestiegenen Pflegekräfte eine Rückkehr in diesen Beruf kategorisch ausschließen und dafür sowohl die große physische und psychische Belastung als auch die wenige Zeit für die Bewohner (vgl. Hartmann 2018).

Der Alltag einer Pflegekraft ist sehr eng getaktet. Im Grund geht sie von Zimmer zu Zimmer und versucht innerhalb einer möglichst kurzen Zeit die Patient*innen zu pflegen, anzuziehen und zu mobilisieren. In der Praxis ist es zu beobachten, dass die enorme Belastung dafür sorgt, dass die Pflegekräfte für sich einen „best practice“ Ablauf einrichten. Das bedeutet, dass man seine Handlungen an dem orientiert, was man selbst kennt und wovon man ausgeht, dass es zu keinem großen Mehraufwand führen wird. Darunter fallen z.B. die Reihenfolgen, Uhrzeiten, Methoden, Hilfsmittel, Essensvorbereitung und vieles mehr. Wie bereits erwähnt ist das, was man selbst kennt, in Deutschland zwangsläufig christlich angefärbt. Kommt nun eine derartig vorbelastete Pflegekraft, derer Arbeit nur unter Einhaltung eines bestimmten Ablaufes einigermaßen zu schaffen ist, zu muslimischen Patient*innen, mit deren Willen und Praxis sie nicht vertraut ist, führt Unwissenheit dazu, dass die Pflegekraft, wenn sie die Autonomie der Patient*in wahren möchte, jeden einzelnen Schritt erfragen muss. Das setzt sie zeitlich unter Druck und führt so zu einer Überforderung. Alternativ gibt es auch Fälle, bei denen Pflegekräfte zum Beispiel auf Grund von Unwissenheit und Vorurteilen den Willen der muslimischen Patient*innen auch bewusst ablehnen. So könnte, nur um ein plakatives Beispiel zu nennen, eine feministisch angehauchte weibliche Pflegekraft, die den Hijab als Form der Unterdrückung der Frauen im Islam sieht, diesen beim Ankleiden auslassen, obwohl die muslimische Patientin diesen eigentlich, als Ausdruck ihrer freien Hingabe an Gott, tragen möchte.

Somit kann man legitimerweise festhalten, dass Unwissenheit auf diesem Gebiet zwangsläufig dazu führt, dass oftmals eine der beiden Parteien - teilweise sogar beide gleichzeitig - die negative Konsequenzen zu spüren bekommt. Die Pflegekraft wird zusätzlich überfordert bzw. hat unter Umständen auch ein schlechtes Gewissen, weil sie gerne helfen würde, aber nicht kann. Außerdem gibt es auch immer wieder Pflegekräfte, die gar nicht erst versuchen den Willen der Patient*innen ins praktische Leben zu rufen. Nichtsdestotrotz gilt leider, dass so unterschiedlich die Beweggründe der Pflegekräfte auch sein mögen und so sympathisch die sich aufopfernde Pflegekräfte im Gegensatz zu den mit Vorurteilen behaftete Pflegekräften auch sein mögen: In beiden Fällen müssen muslimische Patient*innen einen völligen Verlust des letzten Strohhalms ihrer Autonomie hinnehmen, was nach der oben aufgezeigten Argumentation in einem Verlust der Würde mündet.

5. Ausblick und Problemlösung

Zusammenfassend lässt sich anerkennen, dass die vier Prinzipien der Bio- und Medizinethik mit samt ihrer Entwicklung und praktischer Umsetzung hin auf die Autonomie der Patient*innen und weg von paternalistischen Strukturen eine gute Basis dafür gelegt haben, dem zeitgenössischen Menschenbild in der Praxis Rechnung zu tragen. Die ethischen Strukturen in den pflegerischen Entscheidungsfindungsprozessen sind also bereits so gesetzt und weiterentwickelt, dass sie dem interreligiösen Dialog Raum geben können, um in dieses Feld mitzuwirken. Weiter lässt sich festhalten, dass es nicht mal einer wissenschaftlichen Analyse, sondern allenfalls einem aufmerksamen Verfolgen der Berichterstattung bedarf, um festzustellen, dass die Schwierigkeiten in der Pflege zahlreich sind. Dass einem Problem, das bereits erkannt wurde, zukünftig wieder nur hinterhergelaufen wird, könnte der Pflege auch im Bezug auf die interkulturelle und interreligiöse pflegerische Versorgung muslimischer Patient*innen noch blühen, wenn das System es nicht schafft, das Problem im Sinne der Pflegekräfte und muslimischen Patient*innen zu lösen. Ein Nichtbeachten dieser Entwicklung könnte sogar dafür sorgen, dass die von Professorin Isik angesprochenen Probleme innerhalb der Gesellschaft größer werden und jede Gruppe sich hinter den Schutzwall ihre identitätsstiftenden kulturellen und religiösen Aspekte zurückzieht. Folgen könnten insbesondere Parallelgesellschaften sein, da selbst staatlich-systematische Akteure sich interreligiös bzw. interkulturell aufteilen müssten. Daher benötigt man etwas, das eine derartige Entwicklung nicht zulässt und dabei hilft, dass Menschen zusammenfinden können.

Einer dieser gesellschaftlichen Bausteine muss zwangsläufig der interreligiöse Dialog, im Sinne des Päpstlichen Rats für den Interreligiösen Dialog von 1984, sein. Das ist an dem Beispiel des Pflegeheims auch sehr gut zu erkennen. Muslimische Patient*innen würden von dem Dialog insofern profitieren, als dass sowohl der geäußerte Wille, als auch der mutmaßliche Wille nicht auf taube und unwissende Ohren stoßen würde und somit zumindest ein Teil der Autonomie gewahrt werden könnte. Weiter hätten sie nicht mehr das Gefühl den Pflegekräften zur Last zu fallen und wären schließlich auch nicht mehr im Zentrum einiger Vorurteile, die auf Unwissenheit beruhen.

Aus Sicht der Pflegekräfte hätten sie durch ein besseres Verständnis und mehr Kenntnisse die Möglichkeit mit weniger Druck und weniger schlechtem Gewissen ihrer wichtigen Arbeit nachzugehen. Sie könnten nämlich dann bestimmte Dinge antizipieren und auch eigenständig reagieren. Bestimmte und immer wiederkehrende Wünsche könnten für sie zur Selbstverständlichkeit werden, die sie dann in ihren Arbeitsablauf integrieren und deren großen Wert für die muslimischen Patient*innen sie erkennen könnten. Weiter wäre es für sie möglich,

ihre Perspektive zu erweitern und Vorurteile abzulegen, sodass Sie dem Willen der muslimischen Patient*innen mehr Respekt zollen und auch mit Freude auf diesen eingehen.

Der Dialog könnte auf verschiedene Arten funktionieren, wobei die Effektivste interaktive Fortbildungen wären, in denen nicht nur von einem Dozenten referiert wird, sondern viel mehr auch Fragen gestellt werden können und es zu einem Austausch über das praktische Leben kommen kann. Dabei ist leider festzuhalten, dass die Expertise rar gesät ist und es noch nicht viele Fortbildungen auf dem Markt gibt. Daher wäre es für Träger, denen eine derartige Expertise nicht zur Verfügung steht, fitte muslimische Bewohner*innen zu fragen, ob diese sich nicht im Rahmen von Teammeetings beteiligen möchten. Langfristig ist es aber nötig, dass zumindest die Führungskräfte eine derartige Expertise aufbauen und im Rahmen von Pflegevisiten weitergeben. Auch müssen die Einarbeitungskonzepte überarbeitet werden, damit sich neue Kolleg*innen mit einem Ablauf vertraut machen, der den Willen von muslimischen Patient*innen berücksichtigt. Dabei ist es wichtig, dass der Dialog die neusten Entwicklungen in der Pflege und auch die technischen Fortschritte mitbegleitet, damit beide Parteien im Gleichschritt zur Verbesserung zur Lebens- und Arbeitssituation gelangen können. Immerhin ist es klar, worum es geht, nämlich um den Schutz von Pflegekräften und den Erhalt der Würde muslimischer Patient*innen.

Literaturverzeichnis

- Antes, Peter (2016): Interreligiöser Dialog, in Richard Heinzmann (Hrsg.), Lexikon des Dialogs - Grundbegriffe aus Christentum und Islam, Freiburg im Breisgau: Herder Verlag, S. 83-84.
- Beauchamp, Tom L./James F. Childress (2019): Principles of Biomedical Ethics, 8. Aufl., New York, United States of America: Oxford University Press.
- Hiemetzberger, Martina (2016): Ethik in der Pflege, 2. überarbeit. Aufl., Wien, Österreich: Facultas Universitätsverlag.
- Isik, Tuba (2015): Dispositiv Muslim in Deutschland – Ein nie endendes Unterfangen, in Sabine Schmitz / Tuba Isik (Hrsg.), Muslimische Identitäten in Europa – Dispositive im gesellschaftlichen Wandel, Bielefeld: Transcript Verlag. S. 43-64.
- Kant, Immanuel (2019): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten/Kritik der praktischen Vernunft, in Wilhelm Weischedel (Hrsg.), Kritik der praktischen Vernunft Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 23. Aufl., Wiesbaden, Deutschland: Suhrkamp.
- Körtner, Ulrich (2017): Grundkurs Pflegeethik, 3. Überarbeit. Aufl., Wien, Österreich: Facultas Universitätsverlag.
- Schaber, Peter (2012): Menschenwürde, Stuttgart, Deutschland: Reclam.
- Tiedemann, Paul (2006): Was ist Menschenwürde, Darmstadt, Deutschland: WBG.

Internetquellen

- Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (2013), ICN-Pflegekodex in der deutschen Übersetzung (2013), [online] http://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Pflege_Charta/Schulungsmaterial/Modul_5/Weiterfuehrende_Materialien/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf [abgerufen am 06.11.2021].
- Klinkhammer, Gisela (2012): Mutmaßlicher Wille: Eine Entscheidung im Miteinander, Deutsches Ärzteblatt, [online] <http://www.aerzteblatt.de/archiv/126804/Mutmasslicher-Wille-Eine-Entscheidung-im-Miteinander> [abgerufen am 06.11.2021].
- Marckmann, Georg (2000): Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik, Ärzteblatt Baden-Württemberg, [online] <http://www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/leitung/marckmann/materialien/publikationen/prinzipienethik-2013.pdf> [abgerufen am 06.11.2021].

Päpstlicher Rat für den Interreligiösen Dialog (1984), [online]

<https://www.erzbistum-muenchen.de/cms-media/media-56374220.pdf/>

[abgerufen am 27.10.2021].

Hartmann (2018): Hartmann #Pflegecomebackstudie, [online]

<https://www.hartmann.info/de-de/wissen-und-news/2/2/pflegecomeback>

[abgerufen am 09.11.2021].

Über den Autor

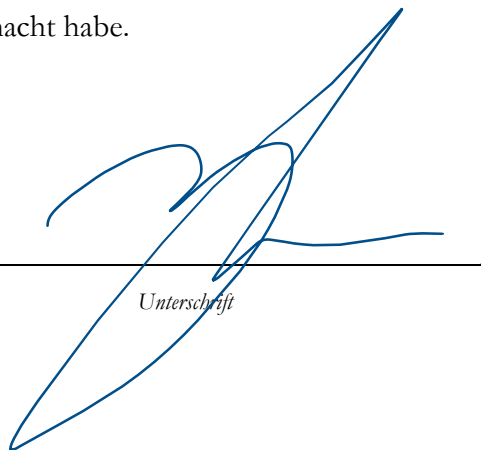
Martin Skowronek (Jahrgang 1990) studiert in Paderborn Komparative Theologie (mit Schwerpunkt islamische Theologie) und Philosophie im Zwei-Fach-Bachelor. Er schließt diesen im Wintersemester 2021/2022 mit seiner Bachelorarbeit ab und wird dann den Master beginnen. Gebiete mit besonderem Interesse sind Ethik (insbesondere die Medizinethik) und die islamische systematische Theologie. Ersteres setzt er bereits als Dozent für Ethik in der Pflege an Berufsschulen und als Pflegekraft in der Spezialpflege – für Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung – ein. Dort ist er auch Mitarbeiter für ethische Fragestellungen und bildet das Personal in ethischen Fragestellungen weiter. Außerdem ist er in der Fachgruppe für die Prävention von sexualisierter Gewalt.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, Martin Skowronek, geboren am 03.01.1990 in Beckum, dass ich den vorliegenden Essay eigenständig verfasst und ausschließlich die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet sowie die aus diesen entnommenen Gedanken und Formulierungen in angemessener Form kenntlich gemacht habe.

Wuppertal, den 13.11.2021

Ort und Datum



Unterschrift