



Akademie für Ethik
in der Medizin

Jahrestagung 2015

**„Das Fremde“ verstehen.
Ethische Herausforderungen im
interkulturellen Gesundheitswesen**

Abstracts

**24. – 26. September 2015
Frankfurt am Main**

in Zusammenarbeit mit dem
Zentrum für Ethik in der Medizin
am AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS

Veranstalter:

Akademie für Ethik in der Medizin e.V.
Zentrum für Ethik in der Medizin am AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS

Tagungsleitung:

Dr. Kurt W. Schmidt
Zentrum für Ethik in der Medizin am AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS,
Frankfurt/M.
Dr. Dewi Maria Suharjanto, Kath. Akademie Rabanus Maurus, Frankfurt/ M.

Tagungsort:

Evangelisches Dominikanerkloster (Kurt-Schumacher-Str. 23) und
Katholisches Kultur- und Begegnungszentrum Haus am Dom (Domplatz 3)

Kontaktadresse:

Akademie für Ethik in der Medizin e. V.
Humboldtallee 36, D-37073 Göttingen
Tel.: +49 (0) 551 / 39 -9680, Fax: +49 (0) 551 / 39 -33996
E-Mail: info@aem-online.de, Internet: www.aem-online.de

Tagungsprogramm

Donnerstag, 24. September 2015

12.00 – 15.00 Uhr
Haus am Dom, Domplatz 3

Präkonferenz Workshop 1: Interkulturelle Kompetenz in der Lehre

T. Peters, T. Grützmann, H. Lindtner-Rudolph

Präkonferenz Workshop 2: Herausforderungen des religiösen und kulturellen Pluralismus für die Klinikseelsorge

R. Frisch, Ch. Mandry, M. Marzouka, G. Wanderer, H. Haker

15.00 – 15.30 Uhr *Kaffeepause*

15.30 – 17.30 Uhr
Haus am Dom, Domplatz 3

Mitgliederversammlung der AEM

17.30 – 18.00 Uhr *Pause*

18.00 – 19.45 Uhr
Wirtshaus „Dauth-Schneider“, Neuer Wall 5-7/
Klappergasse, Frankfurt-Sachsenhausen
Das „kulinarisch Fremde“ erkunden
Empfang in der traditionsreichen Apfelweinwirtschaft „Dauth-Schneider“ mit Frankfurter Spezialitäten (20 Minuten Fußweg vom Haus am Dom, bzw. 2 U-Bahn Stationen von der „Konstabler Wache“ bis zur Haltestelle „Lokalbahnhof“)

20.00 (s.t.) – 22.30 Uhr
Arthouse-Kino HARMONIE, Dreieichstr. 54, Frankfurt-Sachsenhausen

Medizinethik aktuell – Sterbehilfe im Film
Öffentliche Abendveranstaltung zum Kinostart von „Farewell Party / Am Ende ein Fest“
(Israel/Deutschland 2014)

mit anschließender Diskussion unter Mitwirkung von u.a. Silke Schick Tanz (Göttingen), Werner Schneider-Quindeau (Frankfurt/M.), Frank Erbguth (Nürnberg) (5 Minuten Fußweg vom Lokal „Dauth-Schneider“)

Die Plätze im Kino sind begrenzt. Bitte achten Sie darauf, dass Sie als angemeldete(r) Teilnehmer(in) eine Freikarte in Ihren Tagungsunterlagen erhalten!

Freitag, 25. September 2015

09.00 – 09.30 Uhr
Dominikanerkloster, Großer Saal, Kurt-Schumacher-Str. 23

Begrüßung

Georg Marckmann (Präsident AEM, München), Volker Jung (Kirchenpräsident, Ev. Kirche in Hessen und Nassau), René Gottschalk (Leiter Gesundheitsamt Stadt Frankfurt/M.), Dewi Suharjanto (Frankfurt/M.), Kurt W. Schmidt (Frankfurt/M.)

09.30 – 11.00 Uhr
Dominikanerkloster, Großer Saal, Kurt-Schumacher-Str. 23

Plenarsitzung 1:

Fremde Kultur als Sündenbock in der Medizin – zum Stand einer vielfältigen Debatte

Walter Bruchhausen (Aachen)

Kultursensible Pflege – zum Stand des Diskurses in der deutschen Pflegewissenschaft

Michael Schilder (Darmstadt)

11.00 – 11.30 Uhr *Kaffeepause*

11.30 – 13.00 Uhr
Dominikanerkloster, Großer Saal, Kurt-Schumacher-Str. 23

Plenarsitzung 2:

Interkulturelle und interreligiöse Konflikte im Krankenhaus

Gerald Neitzke (Hannover), Tatjana Grützmann (Aachen), Lukas Wahab (Frankfurt/M.), Kurt W. Schmidt (Frankfurt/M.)

13.00 – 14.30 Uhr *Mittagspause*
Dominikanerkloster, Kurt-Schumacher-Str. 23

14.30 – 16.00 Uhr
Haus am Dom, Domplatz 3
Freie Vorträge in parallelen Sektionen

S1: Pflege, Medizin und Ethik

S. Heuser: „*Morbus Mediterraneus*“ – *Der Leidende als Fremder und die Sprache der Pflege*

H. Tezcan-Güntekin: *Demenzkrankung bei Menschen mit Migrationshintergrund und ethische Konflikte im medizinischen und pflegerischen Alltag*

A. Walker: *Vom „guten Sterben“: ethische Reflexionen in interkultureller Perspektive*

S2: MigrantInnen-Medizin

V. Wild: *Kulturelle Wertekonflikte durch zunehmende Migration? Warum eine Trennung der Begriffe „Kultur“ und „Migration“ für die Medizinethik sinnvoll und nötig ist.*

M. Fröhlich: *Regelversorgung für alle? Über den produktiven Umgang mit formalen Ausschlüssen aus dem Gesundheitssystem – Einsichten einer ethnographischen Grenzregimeanalyse*

S. Fischer: *Best Practice: Erfahrungen aus der Migrantenmedizin in Frankfurt/M.*

S3: Ausländische Pflegekräfte, Ärztinnen, Ärzte und MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen

J. Dieterich: *Fremde Pflegewelten – Handlungsstrategien und Handlungsprobleme ausländischer Pflegekräfte*

C. Klingler: *Herausforderungen in der Patientenversorgung für immigrierte Ärzte in deutschen Krankenhäusern*

J. Schäfer, K. Bordi: *Best Practice: Erfahrungen aus den Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken*

W1: Kultur – Religion – Ethik. Zur Rolle der jeweiligen Expertinnen und Experten in ethischen Konflikten

M. Coors, T. Peters, H. Timmen, N. Fischer, J. Inthorn

16.00 – 16.30 Uhr Kaffeepause

Dominikanerkloster, Großer Saal, Kurt-Schumacher-Str. 23

16.30-17.00 Uhr

Dominikanerkloster, Großer Saal, Kurt-Schumacher-Str. 23

Verleihung des Nachwuchspreises

Laudatio: Jochen Taupitz (Mannheim), Vizepräsident der AEM

17.00 – 18.30 Uhr

Dominikanerkloster, Großer Saal, Kurt-Schumacher-Str. 23

Plenarsitzung 3:

„Professionen und Ethik“ – Zur „Kultur“ der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitswesen

M. Rabe (Berlin), U. Krupp (Braunschweig), F. Heubel (Marburg), S. Agbih (Waldkirch), M. Haas (Trier), H. Hildebrandt-Wiemann (Bad Salzflen), I. Hofmann (München), U. Meldau (Hamburg), I. Nordmann (Göttingen), T. Rehbock (Dresden), F. Salomon (Lemgo), T. Sauer (Frankfurt/M.), L. Schütze (Hannover), C. Schulze-Kruschke (Detmold)

18.30-19.30 Pause

19.30 Uhr

Konferenzdinner auf dem Schiff J. W. von Goethe mit Fahrt auf dem Main

(Voranmeldung erforderlich)

Abfahrt von der Anlegestelle am Mainkai, unterhalb des Römerbergs. (10 Minuten Fußweg vom Dominikanerkloster)

Samstag, 26. September 2015

09.00 – 10.30 Uhr

Haus am Dom, Domplatz 3

Freie Vorträge in parallelen Sektionen

S4: Kulturvergleichende Bioethik

M. Schweda, S. Schicktanz: *Methodische Überlegungen zur Kulturvergleichenden Bioethik anhand einer qualitativen Studie in Deutschland, Israel und den USA*

V. Wolf, E. van Keuk: *Online-Erhebung zur Behandlung abschiebungsgefährdeter Patientinnen und Patienten – Dokumentation einer ethischen Herausforderung im Gesundheitswesen*

B. Heun: *Best Practice: Pränataldiagnostik im interkulturellen Kontext*

S5: Lösungsansätze bei interkulturellen/interreligiösen Konflikten

R. Albrecht: *Kirche und Ethik-Beratung: Erfahrungen und Perspektiven*

H. Emmermann: *Chancen und Risiken von Spiritual Care in ethischen Konfliktfällen*

I. Steinbach: *Ethische Herausforderung im Klinikalltag – Kann die systemisch- lösungsorientierte Methode zu einer gelungenen interkulturellen Kommunikation von Gesundheitsberufen mit Patienten/Angehörigen beitragen?*

W2: Demenz und Migration? Sprachlos verloren in der zweiten Heimat

M. Schmidhuber, L. Fröhlich-Güzelsoy

10.30 – 11.00 Uhr Kaffeepause

11.00 – 12.30 Uhr

Dominikanerkloster, Großer Saal, Kurt-Schumacher-Str. 23

Plenarsitzung 4:

Welche Rolle spielen Religion und Kulturen im bioethischen Diskurs?

Ulrich Willems (Münster)

Mit anschließender Podiumsdiskussion unter Mitwirkung von Ilhan Ilkic (Istanbul, Türkei), Hille Haker (Chicago, USA), Joachim Müller-Jung (Frankfurt/M., angefragt)

Moderation: Meinhard Schmidt-Degenhard, Hessischer Rundfunk (Frankfurt/M.)

12.30 – 13.00 Uhr

**Abschluss der Tagung, Verleihung des Nachwuchspreises für den besten freien Vortrag
Ausblick auf die Jahrestagung 2016
Verabschiedung**

Abstract Eröffnungsveranstaltung

E

Medizinethik aktuell – Sterbehilfe im Film
Öffentliche Abendveranstaltung zum Kinostart von „Farewell Party / Am Ende ein Fest“
(Israel/Deutschland 2014)

Mitten in die aktuelle Diskussion um eine gesetzliche Neuregelung der Sterbehilfe kommt ein Spielfilm in die deutschen Kinos, der in Israel zu einem der erfolgreichsten Filme der letzten Jahre avancierte, beim Festival von Venedig den Publikumspreis erhielt und von der Jury der Evangelischen Filmarbeit gerade zum „Film des Monats Oktober“ gewählt wurde. Erzählt wird von einer Gruppe Senioren, die ihrem todkranken Freund seinen Wunsch erfüllen wollen, „in Würde“ zu sterben, was zu allerlei Gewissenskonflikten führt. Wir zeigen diesen Film am Tag des offiziellen Kinostarts in Deutschland und fragen, ob das Kino dazu beitragen kann, dem Zuschauer „moralisch fremde“ Sichtweisen nahezubringen, eigene Positionen zu bestätigen, medizinethische Konflikte für die gesellschaftliche Debatte hilfreich aufzubereiten und argumentative Sprachfähigkeit zu stärken. Oder überwiegt im Kino, gerade bei tragikomischen Filmen, die Unterhaltung, und hier konkret das „Sterbetainment“? Zudem stellt sich die Frage, welche Sensibilitäten berührt werden, wenn Sterbehilfe in einem deutsch-israelischen Spielfilm thematisiert wird? Kann dies funktionieren? Wir werden es sehen und anschließend diskutieren unter Mitwirkung von u.a. Silke Schicktanz (Göttingen), Werner Schneider-Quindeau (Frankfurt/M.) und Frank Erbguth (Nürnberg).

Abstracts Plenarsitzungen

P1

1a Fremde Kultur als Sündenbock in der Medizin Zum Stand einer vielfältigen Debatte

Walter Bruchhausen

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der
Medizin, Universitätsklinikum Aachen

Ethnische und religiöse Vielfalt nimmt mit der anhaltenden Migration von Menschen und Lebensstilen auch im deutschen Gesundheitswesen zu. Dadurch verschärfen sich ohnehin nicht seltene Kommunikationsschwierigkeiten zwischen dem Behandlungsteam einerseits und Patienten mit ihren Angehörigen andererseits – und finden häufig in „der Kultur“ einen neuen Sündenbock. Im Rückgriff auf Debatten in verschiedenen wissenschaftlichen und medizinischen Zusammenhängen und an Beispielen untersucht der Vortrag unterschiedliche Kulturbegriffe, Einflüsse von Familien- und Gesellschaftsstrukturen sowie ökonomische und gesundheitspolitische Faktoren auf ihre tatsächliche Praxisrelevanz in der Krankenversorgung. So wird vor einer „kulturalisierenden“ Erklärung von Problemen ebenso gewarnt wie davor, wahrgenommene Differenz als bloßes Ergebnis von Machtstrukturen zu sehen. Ziel ist ein Beitrag zum informierten und reflektierten Umgang mit dem „fremden Patienten“, der ja auch ein in jeder Hinsicht deutscher sein kann. Denn – so die Kernthese – Konflikte, die bei Patienten und Angehörigen mit Migrationsgeschichte entstehen können, unterscheiden sich allenfalls graduell, aber nicht prinzipiell von solchen mit denen „ohne“. Unterschiedlichkeit in Wahrnehmungen, Werthaltungen und Entscheidungen, die als kulturell klassifiziert werden könnten, ist im Arzt-Patient-Verhältnis die Regel, nicht die Ausnahme.

1b Kultursensible Pflege - zum Stand des Diskurses in der deutschen Pflegewissenschaft

Michael Schilder

Evangelische Hochschule Darmstadt

Das Lehr- und Forschungsgebiet der kultursensiblen Pflege nimmt vor allem die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund in den Blick, ob als Pflegeempfänger oder als Fachperson. Es stellen sich Fragen wie: Wie wird Krankheit oder Pflegebedürftigkeit erlebt? Auf welche Weise und in Richtung welcher Akteure suchen Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund nach Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Pflegebedürftigkeit und bei der Förderung ihrer Gesundheit? Entgegen veralteter Theorietraditionen wird in der Pflegewissenschaft nicht mehr nach dem dominanten Einfluss von Kultur gefragt. Vielmehr bestimmt die Entschlüsselung situativer Einflüsse in der Interaktion konkreter Pflegesituationen neuere Diskurslinien, in denen von fachkompetenten Pflegenden gefordert wird, aufmerksam für sozialkulturelle Besonderheiten in der Pflegesituation zu sein und sie in der systematischen Bezugnahme darauf als gleichwertig zu alternativen Konzepten von Pflege zu erachten. Zur Beschreibung der dafür erforderlichen Befähigung ist in der Pflegewissenschaft das Konzept der Transkulturellen Kompetenz eingeführt worden. Dies soll innerhalb von Strukturen zur Entfaltung gebracht werden, in denen sich eine transkulturelle Öffnung vollzogen hat. Inwiefern dieser theoretisch formulierte Anspruch unter den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Pflegepraxis einlösbar ist, ist kritisch zu hinterfragen. Vor diesem Hintergrund soll diskutiert werden, welche Ansatzpunkte zur Implementation einer Kultursensiblen Pflege unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen realistisch erscheinen.

P2

Interkulturelle und interreligiöse Konflikte im Krankenhaus

Welche methodischen Zugänge sind hilfreich im Umgang mit interkulturellen und interreligiösen Konflikten?

K.W. Schmidt (Frankfurt/M.) (✉)
T. Grützmann (Aachen), G. Neitzke (Hannover), L. Wahab (Frankfurt/M.)

Im Krankenhausalltag treffen Menschen mit unterschiedlichem Fachwissen und unterschiedlichen Wertvorstellungen aufeinander. Eine zentrale ethische Aufgabe des Behandlungsteams ist es, dem individuellen Patienten auf eine für ihn verständliche Weise Diagnosen und Prognosen zu vermitteln, um ihn zu einer selbständigen Entscheidung zu befähigen. Kommunikation in fremden Sprachen kann dabei zusätzliche Schwierigkeiten bereiten. Waren diese Spannungsfelder früher noch dadurch gekennzeichnet, dass sich eine - mehr oder weniger als „homogen“ erlebte - Gruppe des medizinisch-pflegerischen Personals „fremden“ Patienten mit anderen Sprachen und Wertvorstellungen gegenüber sah, ist dies schon lange der Situation gewichen, dass sich sprachliche, kulturelle und religiöse Verschiedenheiten auch innerhalb des Behandlungsteams wiederfinden.

Vor dem aktuellen Hintergrund von Migration, zunehmenden Flüchtlingsbewegungen und Globalisierung entsteht für die Medizinethik die Frage, ob die klassischen Formen der Ethikberatung sensibel genug sind, um die interkulturellen Herausforderungen des Klinikalltags angemessen zu erfassen. Wir gehen anhand konkreter Beispiele der Frage nach, ob sich Ansätze wie das „*Cultural-Engagement*“ Modell nach Carter/Klugman oder Methoden der „*Interkulturellen Mediation*“ besser eignen, den interkulturellen und interreligiösen Herausforderungen gerecht zu werden.

P3

Professionen und Ethik –

Zur „Kultur“ der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitswesen

AG Pflege & Ethik (✉)

M. Rabe (Berlin), U. Krupp (Braunschweig), F. Heubel (Marburg), S. Agbih (Waldkirch), M. Haas (Trier), H. Hildebrandt-Wiemann (Bad Salzuflen), I. Hofmann (München), U. Meldau (Hamburg), I. Nordmann (Göttingen), T. Rehbock (Dresden), F. Salomon (Lemgo), T. Sauer (Frankfurt/M.), L. Schütze (Hannover), C. Schulze-Kruschke (Detmold)

Die AG Pflege und Ethik arbeitet seit 20 Jahren professions- und disziplinübergreifend an ethischen Fragen im Gesundheitswesen. Dabei hat sie sich viel mit den unterschiedlichen Perspektiven von Medizin und Pflege befasst. Sowohl bezogen auf das Ethos als auch auf das berufliche Selbstverständnis sowie die Wahrnehmung durch die Patienten und die Gesellschaft gibt es deutliche Unterschiede zwischen Medizin und Pflege, die auch als Kulturunterschiede verstanden werden können.

Nach einer kurzen Einführung in die Einheit und einem szenischen Anspiel werden Thesen zu Kommunikations- und Reflexionskultur, Hierarchie, Sicht auf Krankheit und Heilkunde sowie Stellung im ökonomischen System der Krankenversorgung in Kurzpulsen vorgestellt und begründet und anschließend in einem Fishbowl-Setting diskutiert. Dabei begeben sich die Diskutanten in eine Runde mitten im Plenum und verlassen diese wieder, wenn ihr Argument diskutiert wurde. Mit dieser Arbeitsform wird ein Stück Kommunikationskultur praktiziert, die letztlich der einzige produktive Weg zur Überwindung der bestehenden Differenzen ist, die zugleich guter Patientenversorgung entgegenstehen.

P4

Welche Rolle spielen Religion und Kulturen im bioethischen Diskurs?

Ulrich Willems (Münster) (✉)

Mit anschließender Podiumsdiskussion unter Mitwirkung von Ilhan Ilkiliç (Istanbul, Türkei), Hille Haker (Chicago, USA), Joachim Müller-Jung (Frankfurt/M.; angefragt)

Moderation: Meinhard Schmidt-Degenhard, Hessischer Rundfunk (Frankfurt/M.)

Der beschleunigte Fortschritt in den Lebenswissenschaften hat in einem bisher ungekannten Maße auch die menschliche Natur der technischen Intervention erschlossen. Im Zuge dieses „Endes der Natur“ (Anthony Giddens) geraten immer mehr biomedizinische Materien auf die politische Agenda gegenwärtiger Gesellschaften. Denn in der Regel besteht ein tiefgreifender moralisch-ethischer Dissens darüber, ob neue Forschungsmöglichkeiten wie etwa die Forschung an embryonalen Stammzellen oder neue Techniken wie die Präimplantationsdiagnostik oder das therapeutische Klonen erlaubt oder verboten werden sollen. Zu den gesellschaftlichen Gruppen, die diese Debatten maßgeblich prägen, zählen nicht zuletzt religiöse Organisationen. Sie vertreten dabei vielfach Positionen, die auf die Verteidigung der herkömmlichen Grenzen einer technischen Verfügung über die menschliche Natur zielen.

Die Legitimität und die Funktionalität solcher religiöser Interventionen im ‚säkularen‘ Staat sind jedoch politisch wie politiktheoretisch nicht unumstritten. Nach dem dominierenden liberalen Legitimationsverständnis, wie es etwa von John Rawls und Jürgen Habermas vertreten wird, sind nur solche politischen Entscheidungen legitim, deren Begründungen von den Bürgerinnen und Bürgern prinzipiell akzeptiert werden können. Religiöse Argumente erfüllen diese Bedingungen in der Regel nicht. Daher postulieren liberale Politiktheoretiker eine unterschiedlich bestimmte moralische Pflicht, auf den Gebrauch religiöser Argumente zu verzichten, zumindest dann, wenn es um Verfassungsfragen (Rawls) oder den Beschluss von Gesetzen (Habermas) geht.

Vor dem Hintergrund dieser politiktheoretischen Debatte ist es allerdings höchst verwunderlich, dass das es lange Zeit kaum empirische Forschung über die Art und Weise gab, auf welche Weise religiöse Akteure in liberalen Gesellschaften ihre politischen Positionen und Forderungen formulieren, d.h. mit welchen Sorten von Gründen sie ihre Positionen gegenüber unterschiedlichen Adressatenkreisen im politischen Prozess geltend machen. Im Rahmen einer vergleichenden Untersuchung, die im Rahmen des Exzellenzclusters „Religion und Politik in den Kulturen der Vormoderne und der Moderne“ an der Universität Münster durchgeführt wurde, liegen nun erste Ergebnisse vor.

Abstracts

Freie Vorträge in parallelen Sektionen

S1

Pflege, Medizin & Ethik

1a „Morbus Mediterraneus“ – Der Leidende als Fremder und die Sprache der Pflege

S. Heuser

Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften, Evangelische Hochschule Darmstadt

Intensive Leidäußerungen von Patienten mit Migrationshintergrund werden in der Pflegepraxis oft mit Stereotypen wie „Morbus Mediterraneus“ versehen. Zusammen mit Verständigungsschwierigkeiten kann diese bewusste oder unbewusste Geringschätzung der Leidexpression von Patienten aus anderen Kulturkreisen durch das Pflegepersonal zu Unterversorgung und Diskriminierung der Patienten führen. Kulturell differente Bewältigungspraktiken von Schmerzen und Leid, aber auch deren Stereotypisierung zu kulturellen Mustern, sind im pflegerischen Alltag eine ständige Quelle von Konflikten. Mitunter entsteht ein Teufelskreis von Vernachlässigung und wachsender

Verzweiflung der Patienten. Für die interkulturelle Pflege ist es daher entscheidend, die existentielle Tiefendimension von als fremd empfundenen Bewältigungs- und Expressionsformen des Leidens individuell wahrzunehmen und davon ausgehend eine möglichst stereotypen- und diskriminierungsfreie Antwort zu entwickeln. In dem geplanten Beitrag werde ich aus phänomenologischer Perspektive die Existentialität von „stillem“ und „lautem“ Leiden herausarbeiten und zeigen, wie professionelle Kommunikation in der Pflege darauf nonverbal und metakommunikativ antworten kann. Ich folge dabei der These, dass nicht erst die Leidenskultur, sondern schon der Schmerz als „principium individuationis“ (Nietzsche) Menschen einander zu Fremden macht. Der damit verbundenen Isolationsgefahr soll jede in einer Kultur jeweils vorherrschende Leidenspraxis entgegenwirken, sei es auf dem Wege stillen Erduldens oder auf dem Weg expressiver Leidartikulation. Im jeweils fremden Umgang mit dem Leid begegnen wir immer auch der eigenen Angst vor Entfremdung und Entzweiung. Hier verflechten sich Fremdes und Eigenes. Die Rede vom „Morbus Mediterraneus“ ist demnach auch ein Versuch, mit der Scham über die eigene Angst in der Begegnung mit fremdem Leiden fertig zu werden. Wie ich im geplanten Beitrag anhand von einem Fallbeispiel zeigen werde, sollte eine professionelle Pflegepraxis daher fremde Arten der Leidexpression als Wegweiser zu einer differenzsensiblen, die existentielle und leibliche Dimension des Schmerzes achtenden Pflegekommunikation nutzen und eine sensible Haltung zu eigenen Ängsten vor Entfremdung ausbilden.

1b Demenzerkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund und ethische Konflikte im medizinischen und pflegerischen Alltag

H. Tezcan-Güntekin

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Menschen mit Migrationshintergrund kommen im Zuge des demografischen Wandels zunehmend in ein Alter in dem die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden größer wird. Insbesondere Demenzerkrankungen in vorangeschrittenen Stadien führen zu hochgradiger Pflegebedürftigkeit, die eine ausschließlich häusliche Pflege durch Angehörige erschwert. Aktuelle Unter-

suchungen zufolge werden Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund jedoch zu 98% zu Hause und ausschließlich durch Familienangehörige gepflegt. Es werden nahezu keine ambulanten Hilfen in Anspruch genommen (Okken et al. 2008). Die geringe Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Angeboten ist zurückzuführen auf unzureichende Information und die vom Pflegesystem unzureichende Berücksichtigung der Pflegesituation und –bedürfnisse dieser heterogenen Bevölkerungsgruppe, z.B. durch nutzerorientierte Angebote und kultursensible Einrichtungen, bzw. kultursensibel geschultes Personal. Auch das Verständnis der Demenzerkrankung ist in unterschiedlichen Kulturen heterogen. So wird die Krankheit häufig nicht als solche akzeptiert, sondern die Symptome als „gewöhnliche“ Alterserscheinungen interpretiert, wodurch oft auch keine ärztliche Behandlung in Betracht gezogen wird. Diese Faktoren führen im medizinischen und pflegerischen Alltag häufig zu ethischen Konflikten zwischen pflegenden Angehörigen und Professionellen.

Der Vortrag erzielt die derzeitige Situation von demenzerkrankten Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland darzustellen und zu erörtern, welche ethischen Herausforderungen Demenzerkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund für das ärztliche und pflegerische Handeln im stationären und ambulanten Setting haben kann. Einbezogen werden sollen hierbei auch mögliche Perspektiven der/des Erkrankten und der Angehörigen in der jeweiligen Situation. Dargestellt werden Fallbeispiele ethischer Konflikte anhand derer die unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet und Lösungsvorschläge diskutiert werden.

1c Vom „guten Sterben“: ethische Reflexionen in interkultureller Perspektive

A. Walker

Katholisch-Theologische Fakultät, Ludwig-Maximilians-Universität München

„Gutes Sterben“ ist heutzutage in Deutschland/Europa von bestimmten Auffassungen geprägt: Es soll möglichst schmerzfrei sein und sich rasch vollziehen. Langes Leiden wird nicht länger – wie zeitweise noch im Mittelalter – als Prüfung erfahren und abgelehnt. Einsam und allein möge auch niemand sterben, der nicht so zu sterben

wünscht. Am besten stirbt es sich noch im Kreis der Familie und in den eigenen vier Wänden. Der Tod soll den Menschen aber auch nicht zu früh treffen. Er soll seine spezifische Zeit haben und der Mensch soll – bei aller Selbstbestimmtheit – sein Sterben akzeptieren. „Schlechtes Sterben“ wäre demnach ein leidvolles Sterben eines jungen Menschen ohne familiäre Bindung oder sonstige Begleitung, das sich unnötig in die Länge zieht. Diese Form des Sterbens wäre Ausdruck sozialer Dysfunktion.

Die meisten Menschen in Deutschland sterben allerdings noch immer nicht im Kreis ihrer Familie, sondern im Krankenhaus, auch wenn die ambulante palliativmedizinische Versorgung zumindest in den Städten und Ballungsregionen inzwischen verbreitet ist. Die Angehörigen haben oft gar nicht die Zeit, die Kraft oder die Geduld, ihren Patienten auf Jahre hin zu pflegen oder beim Sterben zu begleiten, oder sie wohnen schlichtweg nicht in der Nähe oder sind selbst schon gestorben. Die Umsetzung des Wunsches nach „gutem Sterben“ scheitert aber auch an technischen Veränderungen: Viele Menschen erfahren bedingt durch neue Diagnosetechniken recht früh von der Krankheit, an der sie sterben werden. Manchmal sind es Jahrzehnte, die sie mit ihrer todbringenden Krankheit leben müssen. Der Tod kommt also keineswegs überraschend, sondern er kündigt sich langsam an. Möglicherweise wird die Krankheit schleichend den Körper und die kognitiven Fähigkeiten zersetzen und auflösen. Ausgeklügelte Therapieformen werden das Sterben verzögern, bis der Patient „austherapiert“ ist. Als letztes Mittel gegen unerträgliche Schmerzen wird dem Patienten die Möglichkeit einer palliativen Sedierung offengehalten.

Gelten diese Vorstellungen von einem „guten Sterben“ und deren überwiegendes Scheitern in der Realität auch für einen interkulturellen Kontext? Inwiefern sind diese Vorstellungen zudem durch einen spezifischen „Kulturraum“ geprägt? Dass sie keineswegs nur auf Europa beschränkt sind, haben etwa Dorothy Ayers Counts und David Counts gezeigt. Wie sieht es aber mit der Binnenperspektive aus? Ärzte, mit denen wir bei einer Interviewstudie sprachen, schilderten uns häufiger den Fall, dass die Familie eines todkranken Moslems nicht wünschte, dass der Patient über seinen Zustand aufgeklärt werde. Rechtlich gesehen ist der Arzt aufklärungspflichtig, gilt dies jedoch auch aus ethischer Perspektive?

Dies ist nur ein Beispiel, um sich der Frage zu nähern, wie sich Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund zu den jüngeren Formen der Sterbebegleitung und des Ideals eines guten Sterbens in Deutschland verhalten. Gibt es verschiedene kommunikative wie soziale Praktiken angesichts des nahenden Lebensendes, die sich auf unterschiedliche religiöse und/oder kulturelle Hintergründe zurückführen ließen? Wenn es diese Unterschiede gibt, führen sie dann zu Differenzen in der Praxis – etwa im Klinikalltag? Wie lässt sich eine Sterbebegleitung in interkultureller Rück-Sicht gestalten, die die – möglicherweise – unterschiedlichen Vorstellungen vom „guten Sterben“ in ethischer Hinsicht bedenkt? Der Vortrag versucht einen Überblick über die Schwierigkeiten bei der Sterbebegleitung zu geben und erste Antworten bezüglich ihrer interkulturellen Dimension in ethischer Perspektive zu gewinnen. Der Vortrag wird sich auf Ergebnisse beziehen, die in empirischen Studien, die zwischen 2013 und 2015 an der Westfälischen Universität Münster und der Ludwig-Maximilians-Universität München durchgeführt wurden, gewonnen wurden.

S2 MigrantInnen-Medizin

2a Kulturelle Wertekonflikte durch zunehmende Migration? Warum eine Trennung der Begriffe „Kultur“ und „Migration“ für die Medizinethik sinnvoll und nötig ist.

V. Wild

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich

Kultur und Migration sind zu Recht aktuelle Themen der Medizinethik, denn das Gesundheitspersonal und das Gesundheitssystem werden vor Herausforderungen gestellt, die erst im Zuge der Globalisierung auftreten. Menschen unterschiedlicher kultureller Hintergründe oder aus unterschiedlichen Ländern treffen zusammen, und es stellen sich neue Fragen im „multikulturellen Gesundheitswesen“, wie es in der Konferenzankündigung für die AEM-Jahrestagung heißt. In der Ankündigung wird auch auf die steigenden Zahlen von Menschen mit Migrationshintergrund hingewiesen und, wie in anderen Kontexten auch ganz üblich, in einem Atemzug mit den unterschiedli-

chen kulturellen Lebenswelten genannt. Ein empirischer Zusammenhang von hohen Migrationszahlen und dem Zusammentreffen von unterschiedlichen Kulturen ist zunächst nicht von der Hand zu weisen. So ist es auch nicht ungewöhnlich, in der medizinischen Praxis bei einem sogenannten Kulturkonflikt eine Migrationsgeschichte eines oder mehrerer Beteiligten zu finden.

Dieser Beitrag versucht dennoch zu verdeutlichen, warum primär eine begriffliche Trennung in den medizinethischen Forschungs- und Lehr- aber auch Beratungstätigkeiten nötig ist.

Dies hat mehrere Gründe: Zum einen ist es notwendig, „Migration“ aus seiner untergeordneten Stellung in der Diskussion um „Kultur“ zu lösen und einen eigenen Stellenwert als Themenbereich zuzugestehen. So können die in diesem Bereich auftretenden medizinethischen Probleme entsprechend gewürdigt und abgehandelt werden und zum Beispiel an parallele Diskussionen über Migration in der politischen Philosophie angeknüpft werden. Zum anderen ist es für die Behandlung von „kulturellen“ Konflikten zuträglich, sie nicht ausschließlich im Zusammenhang mit Migration zu sehen. Denn eine solche Verknüpfung der Begriffe kann, wenn auch ungewollt und unerwünscht, die Intuition des „Fremden“ oder „Anderen“ verstärken. Stattdessen sollte „Kultursensibilität“ primär unabhängig von Grenzen und Nationen verstanden werden und sollte somit in der täglichen medizinischen und pflegerischen Routine bei jedem Patienten in die Überlegungen mit einfließen

2b Regelversorgung für alle? Über den produktiven Umgang mit formalen Ausschlüssen aus dem Gesundheitssystem – Einsichten einer ethnographischen Grenzregimeanalyse

M. Fröhlich

Institut für Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie, Georg-August-Universität Göttingen

In meinem Vortrag möchte ich herausarbeiten, wie sich eine Betrachtung des Gesundheitssystems aus der Perspektive der kulturanthropologischen Migrationsforschung fruchtbar machen lässt, um Ausschlüsse aus der medizinischen Regelversorgung sowie produktive Umgangsformen hiermit zu begreifen und für eine Theoretisie-

rung und ethische Betrachtung anknüpfbar zu machen.

Das Asylbewerberleistungsgesetz, die medizinische Versorgungssituation für Menschen ohne Papiere, oder Sprachbarrieren, für die in der Verwaltungslogik großer Kliniken keine Lösungen vorgesehen sind – sie alle verdeutlichen: von einem Gesundheitssystem, an dem alle Menschen in unserer Gesellschaft gleichermaßen teilhaben können, sind wir noch weit entfernt. Doch der formale Ausschluss aus der medizinischen Regelversorgung bedeutet nicht auch gleich dessen faktische Umsetzung. Aufbauend auf meiner laufenden Dissertationsforschung möchte ich auf hochproduktive (Grau-)Zonen eingehen, in denen verschiedenste taktische und strategische Umgangsformen mit dem bestehenden Gesundheitssystem zum Tragen kommen: von informellen Absprachen und Praktiken jenseits von Handlungsempfehlungen bis hin zu alternativen Versorgungskonzepten wie sie modellhaft in immer mehr Städten eingeführt werden (bspw. „anonyme Krankenscheine“ in Göttingen und Hannover). Diese Spannungsfelder zwischen der Ebene der Gesetze, Richtlinien und Diskurse, deren institutionelle Implementierung sowie den alltagspragmatischen Umgangsweisen zu beleuchten, wird mittels der methodischen und methodologischen Einsichten der ethnographischen Grenzregimeanalyse möglich, die sich in der kulturanthropologischen Migrations- und Grenzregimeforschung als sehr gewinnbringend erwiesen hat. Widerstände und subjektive Positionierungen können hier feinanalytisch ebenso in den Blick genommen werden wie die politischen Rahmenbedingungen. Damit können spezifische lokale Effekte und Praktiken vor dem Hintergrund struktureller Mechanismen und Tendenzen herausgearbeitet werden. Mein Beitrag reflektiert damit, inwiefern das deutsche Gesundheitswesen aus der Perspektive des Grenzregimes betrachtet und gedacht werden kann, wie es durch die vielfältigen Aufenthaltsrechtlichen Fragestellungen herausgefordert wird und welche Effekte sich hieraus ergeben können. Die Produktion solcher qualitativer, feinanalytischer Wissensbestände kann zu einem umfassenderen Verständnis aktueller Debatten über medizinische Versorgung in der Einwanderungsgesellschaft beitragen und als Grundlage für ethische (Neu-)Bewertungen des Status quo herangezogen werden

2c Best Practice

Erfahrungen aus der MigrantInnenmedizin in Frankfurt am Main

S. Fischer
Frankfurt/M.

Die „Humanitäre Sprechstunde“ wird vom Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt/M. seit dem Jahr 2001 angeboten und wird von etwa 500 Patienten mit ca. 1700 Konsultationen im Jahr genutzt. Die Sprechstunde, die 2x pro Woche stattfindet, ist eine hausärztliche Sprechstunde mit allen allgemeinmedizinischen Fragestellungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen etc. Es stehen verschiedene Untersuchungsmöglichkeiten und eine Clearing-Stelle zur Verfügung, die sich um psychosoziale Fragestellungen kümmert. Geleitet wird die Sprechstunde von einer Allgemeinmedizinerin, die Clearing-Stelle von einer Sozialberaterin mit eigenem Migrationshintergrund.

Nach einem kurzen Überblick in das Tätigkeitsfeld steht die Leiterin der „Humanitären Sprechstunde“, Frau Dr. Fischer (Fachärztin für Innere Medizin/Fachärztin für Psychosomatische Medizin) für Fragen zur Verfügung und wird mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern den Umgang mit interkulturellen Herausforderungen diskutieren.

S3 Ausländische Pflegekräfte, Ärztinnen, Ärzte und MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen

3a Fremde Pflegewelten – Handlungsstrategien und Handlungsprobleme ausländische Pflegekräfte

J. Dietrich
Institut für Berufsbildung, Universität Kassel

Zur Kompensation des aktuellen und zukünftigen Pflegekräftemangels werden derzeit ausländische Fachkräfte aus Drittstaaten angeworben, deren Berufsabschlüsse nicht ohne weiteres anerkannt werden können. Die Anwerbung konzentriert sich nach Aussage der Bundesanstalt für Arbeit (August 2014) auf Pflegekräfte aus den Philippinen, Serbien, Bosnien, Tunesien und China. Darüber hinaus ist die Rekrutierung aus weiteren Dritt-

staaten geplant. Da die Zulassung zur pflegeberuflichen Tätigkeit für diese Bewerberinnen aus berufsrechtlicher Sicht nicht möglich ist, wird eine Anpassungsmaßnahme nach § 20 b KrPflAPrV zur Auflage gemacht.

Die strategische Umsetzung dieser Rechtsnorm vollzieht sich allerdings in einem Spannungsfeld, aus unternehmerischen Partikularinteressen und dem staatlichen Auftrag einer Qualitätssicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. So bieten Krankenpflegeschulen bereits bundesweit Anpassungslehrgänge an, die sowohl hinsichtlich ihrer finanziellen, strukturellen und inhaltlichen Gestaltung äußerst heterogen sind. Im Zusammenhang verschiedener Arbeitstreffen, die sich mit Anpassungsmaßnahmen beschäftigen haben, wurde deutlich, dass erhebliche Unsicherheiten in der strategischen und inhaltlichen Durchführung der geforderten Schulungs- und Prüfungsmaßnahmen bestehen. Diese lassen zum einen die intendierte Sicherstellung von Mindeststandards pflegerischer Dienstleistung fraglich erscheinen. Zum anderen erwachsen aus der heterogenen Durchführungspraxis Rechtsunsicherheiten für die Bewerberinnen, die sich vor intransparente Anerkennungsanforderungen gestellt sehen.

Diese Qualitätsmängel könnten mit Hilfe profilorientierter Qualifikationskonzepte behoben werden, die die Identifikation individueller Kompetenzen und Befähigungsdefizite ermöglichen, um passgenaue Schulungsangebote zu organisieren und deren Ergebnisse zu überprüfen.

Im Rahmen eines studentischen Forschungsprojekts beschäftigen wir uns deshalb mit den Lernvoraussetzungen ausländischer Pflegekräfte, die sich in einer Anpassungsmaßnahme befinden. Dabei fokussieren wir die Frage: Welche pflegeberuflichen Situations- und Handlungsauffassungen sowie Handlungsprobleme lassen sich bei ausländischen Pflegekräften beobachten.

Ausgehend von der Hypothese, dass die pflegeberuflichen Handlungsanforderungen ausländischer Pflegekräfte von Aspekten der Fremdheit gekennzeichnet sind, wollen wir mit Hilfe ethnographischer Methoden (teilnehmende Beobachtung, problemzentrierte Interviews) Qualifikationsbedarfe identifizieren und interpretieren. Hierzu begleiten die Studierenden ausländische Pflegekräfte in ihren Praktika, dokumentieren deren Handlungsstrategien und führen abschließend Interviews zu deren Deutungen durch die

Probanden.

Die Ergebnisse können Aufschluss über die erlebte Fremdheit des neuen Handlungsfelds sowie über Art und Ausmaße der je individuellen Handlungsprobleme bieten. Sie leisten einen Beitrag zur dringend erforderlichen Entwicklung profilorientierter Qualifikationskonzepte und damit zu einer gelingenden beruflichen Integration ausländischer Pflegekräfte.

3b Herausforderungen in der Patientenversorgung für immigrierte Ärzte in deutschen Krankenhäusern

C. Klingler

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der LMU München

Fragestellung: Deutschland leidet unter Ärztemangel. Insbesondere Krankenhäuser in ländlichen Regionen haben massive Probleme ärztliches Personal zu gewinnen und rekrutieren deshalb vermehrt Ärzte aus dem Ausland. Infolgedessen ist die Zahl der ausländischen Ärzte, die in Deutschland praktizieren, in den letzten zehn Jahren kontinuierlich gestiegen. 2013 waren hierzulande etwas mehr als 31.000 immigrierte Ärzte in der Versorgung tätig.

Von Studien aus den USA und dem Vereinigten Königreich weiß man, dass sich immigrierte Ärzte mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert sehen. Diese können sowohl die Patientensicherheit als auch deren Autonomie bedrohen, aber auch das Wohlbefinden des Arztes empfindlich einschränken und haben damit eine nicht zu unterschätzende ethische Dimension. Über die Situation und Probleme immigrierter Ärzte in Deutschland ist jedoch nur sehr wenig bekannt. Ein tieferes Verständnis dieser Probleme ist essentiell, wenn Unterstützungsstrukturen geschaffen werden sollen, die immigrierten Ärzten die Integration in das neue System erleichtern.

Methodik: Um die Probleme und Belastungen in der ärztlichen Tätigkeit für immigrierte Ärzte in Deutschland besser zu verstehen, wurde eine qualitative Interviewstudie durchgeführt. Es wurden 20 teilstrukturierte und problemzentrierte Interviews mit immigrierten Ärzten aus den fünf größten Einwanderungsländern und verschiedenen Fachbereichen (maximum variation sampling) durchgeführt. Die Interviews wurden aufge-

nommen, transkribiert und mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Schreier ausgewertet.

Ergebnisse: Drei große Problembereiche wurden identifiziert: (1) Defizite, die die Ärzte an sich selber wahrnehmen (z.B. hinsichtlich sprachlicher Fähigkeiten, aber auch unzureichendes Wissen über das deutsche Gesundheitssystem); (2) Defizite, die die Ärzte am System wahrnehmen (bestimmte Regelungen wie die Aufgabenverteilung zwischen den Professionen werden beispielsweise als Ärgernis wahrgenommen und fehlende Einarbeitungsstrukturen im Krankenhaus als problematisch beschrieben); (3) interpersonelle Konflikte (immigrierte Ärzte erleben z.B. Ablehnung und Mobbing durch ihre Kollegen und Patienten und empfinden die ungeduldigen Reaktionen ihrer Kollegen auf noch fehlende (sprachliche) Fähigkeiten als belastend).

3c Best Practice: Erfahrungen aus dem Krankenhausbereich

J. Schäfer, K. Bordi (✉)

Frankfurt/M.

In den AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN arbeiten etwa 250 Pflegekräfte ohne deutsche Staatsangehörigkeit und vertreten über 50 Nationen. Viele von ihnen wurden in den letzten 10 Jahren angeworben oder fanden direkt den Weg zu uns. Eine Vielzahl dieser MitarbeiterInnen kommen aus Ungarn, Rumänien, Spanien, einige aber auch aus Polen und Italien. Für die Geschäftsführung des Krankenhauses, sowie für alle beteiligten Kollegen ist dies mit vielfältigen Aufgaben und Herausforderungen verbunden.

Während der Ankunftsphase und im Laufe des ersten Jahres benötigen die neuen MitarbeiterInnen eine intensive Betreuung und Unterstützung bei der Integration. So wurde bei AGAPLESION innerhalb der Abteilung Personal & Personalentwicklung ein eigener Bereich für internationales Recruiting geschaffen und ein Konzept zur Gewinnung und Integration von Pflegefachkräften aus der EU entwickelt. Nach diesem Konzept werden die neuen MitarbeiterInnen während der Integrationsphase und oft auch darüber hinaus in den AGAPLESION Einrichtungen von sogenannten Integrationsbeauftragten intensiv begleitet.

S4 Kulturvergleichende Bioethik

4a Methodische Überlegungen zur kulturvergleichenden Bioethik anhand einer qualitativen Studie in Deutschland, Israel und den USA

M. Schweda (✉), S. Schicktanz
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin,
Universitätsmedizin Göttingen

Problemstellung: Bioethische Positionen und moralische Alltagshaltungen zu Zielen und Grenzen der Medizin sind vor dem Hintergrund spezifischer, meist impliziter kultureller Bedingungen zu verstehen (Janich 2005, Schicktanz 2003). Der Zugriff auf derartige kulturelle Einflussfaktoren wird zudem durch die Wirkmächtigkeit hegemonialer Stereotypen und Diskursformationen („Grand Narratives“) erschwert. Die normativen Perspektiven einer universalistischen, globalen Bioethik stehen daher bislang unvermittelt neben vermeintlich kulturrelativistischen deskriptiven Betrachtungsweisen. Es stellt sich die Frage, welche methodischen Ansätze eine Brücke zwischen den normativen und deskriptiven Anliegen des bioethischen Kulturvergleichs schlagen können.

Methode: Der Vortrag eruiert anhand einer kulturvergleichenden sozialempirischen Studie die methodischen Möglichkeiten und Grenzen einer komparativen Bioethik. In der Studie wurden insgesamt 12 Fokusgruppen in Deutschland, Israel und Kalifornien, USA, mit n= 82 Laien durchgeführt. Ziel war die Analyse moralischer Einstellungen zu Patientenverfügungen, Sterbehilfe sowie staatlicher Regulierung. Die Zusammensetzung der Teilnehmer (TN) zielte darauf ab, der Rolle von Religion (säkular/religiös und christlich/jüdisch) und Betroffenheitserfahrung nachzugehen.

Ergebnisse: Sowohl religiöse als auch säkulare TN betonen die Bedeutung individueller Autonomie und permissiver Regelungen am Lebensende. US-amerikanisch-jüdische TN unterscheiden sich darin weniger von säkularen sowie christlich-religiösen TN in Deutschland als von jüdisch-religiösen in Israel. Insgesamt erscheint die Verschränkung von Familienbiografie, lokaler Community und politischer Positionierung wichtiger als die Zuschreibung einfacher Kategorie wie „Religion“. Vor diesem Hintergrund diskutieren wir in

methodologischer Perspektive exemplarisch, warum Religionszugehörigkeit kein geeignetes Vergleichsraster für eine kultursensitive Bioethik bietet. Wir argumentieren, dass verschiedene Identitätskategorien synoptisch betrachtet und zugleich systematisch „quergelesen“ werden müssen, um ihre Verschränkung in moralischen Haltungen angemessen zu verstehen. Dazu eignen sich diskursiv-analytische und qualitativ-partizipative Methoden, da sie Stereotypisierungen vermeiden und offen für die Reflexivität und Plastizität kultureller Faktoren sind.

4b Online-Erhebung zur Behandlung abschiebungsgefährdeter Patientinnen und Patienten – Dokumentation einer ethischen Herausforderung im Gesundheitswesen

V. Wolf (✉), E. van Keuk
Arbeitsgruppe „Ethik“ des Dachverbands der
Transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik im deutschsprachigen
Raum e.V.

Im Rahmen einer Online-Erhebung von Juli 2014 bis Januar 2015, an der 208 zumeist psychotherapeutisch und ärztlich Tätige aus Deutschland, Österreich und der Schweiz teilgenommen haben, wird deutlich, wie sehr eine drohende Abschiebung Alltag bei der Patientinnen- und Patientenbehandlung in Versorgungseinrichtungen ist.

Die Erhebung wurde von der Arbeitsgruppe „Ethik“ des Dachverbands der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V. mit Unterstützung des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. durchgeführt. Die Teilnehmenden gaben mehrheitlich an, bereits Flüchtlinge behandelt zu haben und mit Abschiebungsdrohungen während der Behandlung konfrontiert worden zu sein; ein Drittel berichtet, Abschiebungen aus der laufenden Behandlung erlebt zu haben. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, wie die Professionellen auf die drohende Abschiebung reagiert haben, was sie für Erfahrungen mit Stellungnahmen gemacht haben und wie sie die Auswirkungen der Abschiebungsgefahr auf die laufenden Behandlungen sehen. Des Weiteren erfragten wir, ob es in den jeweiligen Institutionen Leitlinien für den Umgang mit drohenden

Abschiebungen gibt und ob Leitlinien als hilfreich betrachten werden.

Die Daten veranschaulichen, in welchem Ausmaß die Asyl- und Flüchtlingspolitik Professionelle im Gesundheitswesen in ihrem ärztlichen und therapeutischen Handeln beeinflusst und verdeutlichen, dass es sich hierbei nicht um Einzelfälle handelt. Die darin liegende ethische Herausforderung betrifft nicht nur die Patientinnen und Patienten, sondern auch uns als therapeutisch Tätige in unserem beruflichen Selbstverständnis.

4c Best Practice: Interkulturelle Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik

B. Heun

Psychosoziale Fachberatungsstelle zu Pränataldiagnostik, Katharina-Kasper Stiftung

Der Fokus der psychosozialen Beratungsarbeit im Kontext von Pränataldiagnostik liegt in diesem Beitrag auf interkulturellen Aspekten. Globalisierung, Migration und Flucht geben dazu Anlass und machen die Reflexion bisheriger Beratungsansätze notwendig. Religion, Glaube und eine mitunter für unsere Gesellschaft fremde Lebenswirklichkeit sind Gegenstand von psychosozialen Beratungsprozessen. Wie kann in diesem Zusammenhang konkrete Beratungsarbeit gestaltet werden? Welche Fragen und Herausforderungen stehen im Vordergrund? Was bleibt fremd und wo ergibt sich eine Annäherung?

S5 Lösungsansätze bei interkulturellen/interreligiösen Konflikten

5a Kirche und Ethik-Beratung: Erfahrungen und Perspektiven

R. Albrecht

Arbeitsstelle Ethik im Gesundheitswesen, Kirchenkreisverband

In Hamburg wurde 2012 von der evangelisch-lutherischen Kirche in enger Anbindung an die Krankenhauseelsorge eine Arbeitsstelle Ethik im Gesundheitswesen eingerichtet. Der Auftrag sieht insbesondere zwei Ausrichtungen vor: Zum einen soll die innerkirchliche Auseinandersetzung mit medizinethischen Fragestellungen befördert werden. Dazu gehören Fortbildungsveranstaltungen

und Vorträge. Zum anderen sucht die evangelische Kirche auf diese Weise mit den unterschiedlichen Institutionen der Metropole, die sich mit Medizinethik beschäftigen, einen verstärkten informierten Austausch.

Anhand von zwei Arbeitsfeldern lassen sich die Chancen darstellen, die eine kirchlich verankerte Ethikberatung im Großstadtkontext wahrnehmen kann.

Im Hamburger Ethik-Netzwerk treffen sich seit 2012 zweimal jährlich Vertreter und Vertreterinnen aus Ethik-Gremien der Hamburger Kliniken. Die Treffen werden vorbereitet und strukturiert von einer Mitarbeiterin aus einem der großen Krankenhäuser der Hansestadt und der Arbeitsstelle Ethik, sie finden in einem kirchlichen Gebäude statt. Beide Personen sind die einzigen aus dem Hamburger Klinik-Kontext, die Ethik-Beratung schwerpunktmäßig als berufliches Profil ausüben. Hierbei fungiert Kirche als neutraler Raum: Abgeordnete aus Ethik-Gremien der öffentlichen, privaten und kirchlichen Häuser können sich begegnen, ohne von vornherein Konkurrenzen befürchten zu müssen. Keine Einrichtung kann das Netzwerk ihrem Ethik-Profil unterordnen. Kirche ermöglicht einen Austausch, es geht um Raum, Zeit und Expertise für einen Dialog engagierter Praxis-Experten. Eine eigene theologische Perspektive ist an dieser Stelle nicht gefragt. Von Seiten der Kirche wird eher eine spezifisch theologisch begründete Positionierung bei den aktuellen ethischen Herausforderungen gesucht. Von verschiedenen kirchlichen Einrichtungen wird die Arbeitsstelle Ethik angefragt, um vor allem durch Gesprächsrunden, Fortbildungen und Vorträge eine kirchlich reflektierte Position zu Fragen nach Organspenden, der Beendigung von lebenserhaltenden Maßnahmen oder der Sterbehilfe zu finden. Hier ist neben der medizinethischen Expertise eine Stellungnahme gefragt. Die Auswertung der seit 2012 gemachten Erfahrungen in diesen beispielhaft genannten Arbeitsfeldern wird zu fragen haben, wie ein kirchlich verantworteter Ethik-Dialog mit Schwerpunkt in der Praxis aussehen kann.

5b Chancen und Risiken von Spiritual Care in ethischen Konfliktfällen

H. Emmermann
Universitätsklinikum Hamburg

Bei medizinethischen Entscheidungsfindungen hat sich die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress vielfach bewährt. Zugleich ist es unverzichtbar, den biographischen Kontext des Patienten/ der Patientin bei der Entscheidungsfindung einzubeziehen. Dazu gehört die Frage nach dem religiösen bzw. spirituellen Kontext im Kanon der jeweiligen Werturteile und –empfinden. Im Palliativbereich ist nach C. Sanders Spiritual Care ein fester Bestandteil im Behandlungskonzept.

Nach A. Bucher ist Spiritualität definiert als die dem Menschen innenwohnende Fähigkeit zu Transzendenzerfahrungen. Der Begriff Transzendenz beschränkt sich nicht nur auf religiös gebundene Erfahrungen, sondern umfasst mit A. Bucher und B. Mount auch die Verbundenheit zur Natur, sozialem Umfeld und zum Selbst. Anhand von mehreren Fallvignetten aus der klinischen Praxis ist aufzuzeigen, dass im Erforschen der spirituellen Ausrichtung und somit der nur diesem Menschen zugehörige Weise, Dingen eine Bedeutung zu geben, eine Chance und eine wichtige Spur liegt, um eine angemessene Entscheidung in ethischen Konfliktfällen zu finden.

Daneben existiert die Gefahr von Fehlschlüssen, wenn Erkenntnisse aus der spirituellen bzw. religiösen Ausrichtung vorschnell zum allgemeinen Paradigma werden im ethischen Entscheidungsprozess. Dieses ist oft den Unschärfen und Diffusitäten im Verständnis von Spiritual Care geschuldet. Auch dieses ist mit Beispielen aus der Praxis zu belegen.

Um angemessen in ethischen Konfliktfällen zu entscheiden, ist es daher unerlässlich zu ergründen, wie die spirituelle Praxis eingebettet ist in den familiären, sozialen und kulturellen Kontext des Patienten /der Patientin. Spiritual Care kann dann in ethischen Entscheidungsprozessen ihre Stärke ausspielen, wenn konstruktiver und kritisch reflektierender Raum für Narrativität eröffnet wird.

5c Ethische Herausforderung im Klinikalltag – Kann die systemisch-lösungsorientierte Methode zu einer gelungenen interkulturellen Kommunikation von Gesundheitsberufen mit Patienten / Angehörigen beitragen?

I. Steinbach
Hannover

Fragestellung: Die demografische Entwicklung hat den Effekt, dass im Kontakt von Gesundheitsberufen und Patienten/Angehörigen diverse Kulturkreise miteinander in Kontakt kommen können. Die an dieser Kommunikation professionell Beteiligten sind darauf wenig vorbereitet.

Ethische Fragen, die als interkulturelle Konflikte erscheinen, sind mit-geprägt durch soziologische Faktoren wie z.B. soziale Schicht, Geschlecht, Alter und Religion. Dies erfordert die Entwicklung einer individuellen interkulturellen Kommunikation im Gesundheitswesen.

Der Vortrag stellt die systemisch-lösungsorientierte Methode vor und entwickelt die Frage, wie diese konkret bei ethischen Konflikten zu einer gelungenen Kommunikation von Gesundheitsberufen mit Patientinnen/Patienten und Angehörigen beitragen kann.

Bearbeitung: Ein Input führt in relevante demografische Faktoren ein und beleuchtet die zunehmende Bedeutung des Themenkreises. Diese Information wird in dem systemisch-lösungsorientierten Ansatz genutzt und gezielt auf interkulturelle Fallbeispiele aus dem Klinikalltag angewandt.

Zentral ist in diesem Zusammenhang die Stärkung der eigenen Handlungssicherheit.

Die Bedeutung der inneren Haltung des/der Professionellen steht im Focus. An konkreten Fallbeispielen wird diese individuelle Sicht gemeinsam reflektiert. Im Klinikalltag hat sich ein „Dreierschritt“ im Umgang mit „herausforderndem interkulturellem Verhalten“ bewährt: Schritt 1: Beschreibung. Schritt 2: Interpretation. Schritt 3: Bewertung.

Eine junge Pflegefachkraft soll bei einer älteren türkischen Patientin eine Wundversorgung am Oberschenkel vornehmen. Die Patientin liegt in traditioneller Kleidung auf dem Bett und dreht sich zur Wand. Die junge Kollegin fühlt sich durch dieses Verhalten massiv persönlich und fachlich abgewertet und nimmt sofort eine Bewertung vor. Eine erfahrene Kollegin nutzt das Geschilderte um deutlich zu machen, dass die Türkin evtl.

kaum Deutsch spricht und durch ihre Körperhaltung „Schmerzen“ ausdrücken möchte. Diese zweite Bewertung tangiert das Selbstbewusstsein der Professionellen nicht.

Die Kolleginnen fungieren hier als „reflecting team“, d.h. die einzelne Professionelle nutzt gezielt den kollegialen Austausch, um „herausforderndem interkulturellen Verhalten“ adäquat zu begegnen. Ein Top-Down-Ansatz, in dem Führungsverantwortliche die Relevanz von „Interkultureller Kompetenz der Mitarbeiter“ durch spezifische Angebote zum Ausdruck bringen, bereitet die einzelne Klinik auf die demografische Herausforderung und den damit verbundenen „Wettbewerb“ vor. Das dargestellte methodische Vorgehen trägt dazu bei, dass ein „reframing“, d.h. ein Umdeuten von schwierigen Situationen im Klinikalltag möglich wird, das zu einer gelungenen interkulturellen Kommunikation beitragen kann. Im Rahmen der Diskussion besteht die Möglichkeit, eigene Fallbeispiele vorzustellen und gemeinsam zu reflektieren.

Abstracts

Workshops

W1 Kultur – Religion – Ethik.

Zur Rolle der jeweiligen Experten/-innen in ethischen Konflikten

M. Coors, Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG), Hannover

T. Peters, Zentrum für Medizinische Lehre, Ruhr-Universität Bochum

Fragestellung: Ethische Fragen und Konflikte, die als interkulturelle Konflikte dargestellt werden, sind sehr häufig (auch) interreligiöse Konflikte. So geht es in vielen der diskutierten Fallbeispiele um muslimische Patientinnen und Patienten in der deutschen Gesundheitsversorgung und um die Frage, ob und welche Rolle die jeweiligen religiösen Fragen für einen ethischen Konflikt spielen. Das heißt unter dem Schlagwort „Interkulturalität“ werden oft Fragen des Umgangs mit unterschiedlichen Religionen verhandelt. Religion und Kultur sind aber nicht einfach dasselbe, sondern beziehen sich auf eng miteinander verflochtene, aber doch zu unterscheidenden Größen. Dieser Differenzierung und den Analogien und Verknüp-

fungen zwischen Religion und Kultur im Blick auf den Umgang mit ethischen Konflikten im Gesundheitswesen soll im Rahmen dieses Workshops nachgegangen werden.

Bearbeitung: Dies soll hier nicht durch Vorträge geschehen, die die unterschiedlichen Begriffe auf einer theoretischen Ebene definieren, sondern wir suchen den Zugang zu diesem Themenkomplex über die Frage nach den möglichen Rollen von Experten für Interkulturalität, Religion und Ethik. Dies liegt auch deshalb nahe, weil die Einbeziehung solcher Experten im Kontext der ethischen Debatten über interkulturelle Fragen immer wieder empfohlen wird. Vorausgesetzt ist dabei ein Verständnis von interkulturellen ethischen Konflikten, bei dem diese v.a. als Verstehens- und Wahrnehmungsdifferenzen beschrieben werden können. Damit wird die Vermittlung und Übersetzung zwischen unterschiedlichen Wahrnehmungen durch entsprechende Experten zu einer zentralen Aufgabe. Was aber ist der Unterschied zwischen den Beiträgen, die ein Vermittler zwischen den Kulturen (ein Sprach- und Integrationsmittler) auf der einen und ein Experte für den Islam oder das Christentum auf der anderen Seite zur Bearbeitung eines ethischen Konfliktes beitragen kann? Hinzu kommt, dass religiöse Experten zudem unterschiedliche Perspektiven einnehmen können: Entweder sprechen hier Vertreter einer Religion (bzw. einer Religionsschule) oder aber es sprechen Wissenschaftler, die sich religionswissenschaftlich mit der jeweiligen Religion befassen. Diese unterschiedlichen Perspektiven kommen im Workshop zu Wort. Anhand des Vergleichs der unterschiedlichen Rollen, die ein Sprach- und Integrationsmittler und die verschiedenen Arten religiöser „Experten“ übernehmen, soll anschließend über die Beziehung der kulturellen und der religiösen Dimension ethischer Konflikte mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops diskutiert werden.

Ablauf des Workshops:

- Einführung in das Thema – Michael Coors
- Die Aufgabe und Rolle eines Sprach- und Integrationsmittlers (Heike Timmen, SPRINT Wuppertal)
- Zeit für Rückfragen
- Die Aufgabe und Rolle religiöser „Experten“: Islamwissenschaftler als Experte für den Islam (Nils Fischer), Theologe als Ex-

perte für das Christentum (Michael Coors)

- Zeit für Rückfragen
- Die Rolle des Ethikexperten und die Einbeziehung von Religion und Kultur – anhand eines Fallbeispiels (Julia Inthorn)
- Diskussion

Moderation: Tim Peters

W2 Demenz und Migration – Sprachlos verloren in der zweiten Heimat

M. Schmidhuber, L. Fröhlich-Güzelsoy
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin,
Universität Erlangen-Nürnberg

Der demographische Wandel stellt unsere Gesellschaft vor große Herausforderungen. Mit dem Anstieg des Alters der Bevölkerung steigt auch die Anzahl der Menschen mit Alzheimer-Demenz. Laut World Alzheimer Report waren im Jahr 2010 weltweit 36 Millionen Menschen an Demenz erkrankt. Die Zahl der Erkrankungen wird sich laut Prognose im Jahr 2030 verdoppelt und 2050 voraussichtlich verdreifacht haben. Die Pflege und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen wird auch in Zukunft ein wichtiges Thema bleiben. Darüber hinaus befindet sich die erste Generation der sogenannten ersten Gastarbeitergeneration im Ruhestandsalter und verbringt den Lebensabend vielfach in Deutschland. Mit dem Alter steigt auch für diese Gruppe das Risiko demenziell zu erkranken an.

Das bedeutet, dass die Pflege und Betreuung der nicht autochthonen Bürger in Deutschland einer Organisation bedarf, die auch der Einwanderungsgesellschaft Rechnung trägt. Aber auch umgekehrt wird die Versorgung demenziell erkrankter Menschen im ambulanten Bereich zunehmend durch Pflegekräfte aus dem meist europäischen Ausland übernommen.

Besondere Herausforderungen können sich in der interkulturellen Kommunikation ergeben. Eine Demenzerkrankung bedeutet für den Betroffenen nicht das Ende der Kommunikation. Der individuelle Ausdruck bleibt erhalten und liefert Hinweise für Vorlieben und Abneigungen. Das Sehen und Bewerten nonverbaler Signale bei Menschen mit Demenz im interkulturellen Kontext ist eine doppelte Herausforderung sowie eine Aufgabe, die besonderer Sensibilität bedarf. Migration stellt ein komplexes Geschehen im Leben von Men-

schen dar und wird häufig von Unsicherheit, Zweifel und auch von starken Emotionen begleitet. Bei demenzieller Erkrankung können Verwirrung und Orientierungssuche im doppelten Sinne zum Tragen kommen.

In einem 90-minütigen Workshop soll diese doppelte Herausforderung aus ärztlicher und ethischer Perspektive mit Hilfe von Filmausschnitten und literarischen Texten behandelt werden. Über den feinfühligsten Zugang dieser Medien sollen mit den TeilnehmerInnen folgende Bereiche erarbeitet werden:

- Klärung des Kulturbegriffs (L. Fröhlich-Güzelsoy) – Filmsequenz: *Wie kräht der Hahn?*
- Erläuterungen zur Erkrankung Alzheimer-Demenz (M. Schmidhuber)
- Welche Herausforderungen, aber auch positive Seiten können sich in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz im interkulturellen Kontext ergeben? (Erarbeitung mit den TeilnehmerInnen)
- Diskussion von Filmsequenzen und literarischen Beispielen zu herausfordernden Kommunikationssituationen im interkulturellen Kontext:
 - *Arno Geiger: Der alte König in seinem Exil*
 - *Neue Wege aus: Wenn ich einmal alt bin – kultursensible Altenpflege*
 - *Diagnose Demenz – Hilflosigkeit in der Fremde. Gedicht über die Fremde*
- Ausblick: Was muss sich ändern? Welche bereits positiven Strukturen müssen verstärkt werden?