

Annas Wunsch-Geschichte

Deutungsweisen, um das Beste für die Betroffenen herauszufinden

Zwei Deutungen eines „Widerspruchs“, die auf zwei verschiedene moralische Aufgabenstellungen für die Gegenwart hinauslaufen. Anna selbst sieht ihre Aufgabe darin, „noch etwas gut zu machen“, während die Tochter Annas Aufgabe darin sieht, „eindeutig“ zu werden und „loszulassen“. Die Tochter sieht die Gegenwart als einen Prozess des Abschiednehmens, Anna hingegen sieht die Gegenwart als ein Dasein, dessen Ende zwar nahe ist und nicht abgewehrt werden soll, das aber noch Aufgaben für sie bereithält.

CHRISTOPH REHMANN-SUTTER

Es gibt einen Unterschied zwischen dem verallgemeinerten und dem konkreten Anderen. Traditionell behandelte die Ethik den Menschen nicht als das jeweils konkrete Gegenüber, mit dem man in einer Beziehung verbunden ist und in einer Situation zusammentrifft, sondern als eine Position in verallgemeinerter Form. Demgegenüber achtet Care-Ethik aber systematisch auf den Anderen als die konkrete Person. Sie nimmt Andere in ihrer Situiertheit wahr, achtet auf die Kontexte und adressiert Personen in diesen. Ich beginne deshalb mit der Geschichte einer konkreten Person. Ich entnehme das Material dazu dem Fundus an Interviews, die im Rahmen einer qualitativen Studie über Sterbewünsche von palliativ versorgten onkologischen Patientinnen und Patienten geführt wurden, die ich zusammen mit Heike Gudat und Kathrin Ohnsorge durchgeführt habe (Ohnsorge u. a. 2014 a und b).

Annas Wünsche sind „eine Waage“

Als wir Anna als Patientin im Hospiz trafen, um mit ihr über ihre Wünsche zu sprechen, die sie im Hinblick auf ihr Lebensende hatte, war sie 81 Jahre alt. Sie hatte einen, wie ihr die Ärzte gesagt hatten, „wahrscheinlich bösartigen“ Tumor im Bauchraum. Sie wollte aber keine weitere Diagnostik, um das genauer abzuklären. Sie lehnte ebenso eine Operation ab, die ihr noch in der Klinik vorgeschlagen wurde, in der sie vorher behandelt worden war. Sie wollte stattdessen ins Hospiz wechseln und dort palliativ behandelt werden. Dies war mit ihr und ihrer Familie ausführlich besprochen worden. Sie war bereit zu sterben und sagte mehrfach, dass sie die Dinge einfach so laufen lassen wolle, wie sie kommen. Aber wie uns das Hospiz-Team in Interviews erzählte, war das nicht immer ganz klar. Denn zwei Mal hatte sie trotz ihrer grundsätzlichen Ablehnung kurativer Maßnahmen dennoch einer Antibiotika-Therapie gegen eine Infektion zugestimmt, die sonst zu einer Herzinsuffizienz geführt hätte. Im Team entstand im Zusammenhang mit diesen Ereignissen der Eindruck einer Widersprüchlichkeit oder „Ambivalenz“ in Annas Haltung. Das Team war verunsichert, wie sie die Haltung von Anna nun einschätzen müsse.

Hier ist ein Ausschnitt aus dem Gespräch mit Anna, in dem sie selbst den Widerspruch thematisierte:

- P:** [...] Es hat geheißen, es ist ein Geschwürli im, unten am Darm und da weiß man nicht, ist es gutartig oder so? Und dann hätte ich mich entscheiden müssen, vor allem, weil der andere [Arzt in der vorherigen Klinik] operieren will. Und ich mit 81 will nicht mehr operieren.
- I:** Wollen Sie nicht mehr operieren?
- P:** Ich lass es jetzt laufen. Ich hab selber gelebt und so wie's kommt, sag ich mir, ja! Ja also, da bin ich parat zum, ja! Wenn ich halt nicht mehr heimkann, kann ich nicht mehr heim. Aber ich würde mich sehr freuen, wenn ich noch könnte [lachend]!
- I:** Also, Sie haben eben gesagt, Sie können nicht mehr nach Hause?
- P:** Doch, doch.
- I:** Doch.
- P:** Sobald ich wieder laufen [Dialekt für „gehen“] kann.
- I:** Dann können Sie nach Hause.
- P:** Dann kann ich wieder Heim.

Sie brachte vorher das Wort „Widerspruch“, selbst auf, um damit ihre Erfahrung zu beschreiben, als sie sagte:

- P:** [lacht] Das ist eben der Widerspruch! Entweder heimgehen und laufen können oder dann ... einfach abreisen.

Aber sie war offensichtlich der Meinung, dass es sich bei diesem Widerspruch, in dem sie sich befand, nicht um einen ungelösten Konflikt handelt. Sie lag nicht mit sich selbst im Konflikt, wie das vielleicht hätte scheinen können.

- I:** Jetzt haben Sie, vorhin haben Sie gesagt, es gibt so einen Konflikt, einmal ...
- P:** Ja. Die Widerstände, meinen Sie das?



Foto: picture alliance / dpa

Die Palliativmedizin ist ein Bereich erhöhter Aufmerksamkeit dafür, was die Patienten selbst auf diesem Weg wünschen und brauchen.

- I: Ja?
- P: Ja, einmal möchte ich heim und auf der anderen Seite, denke ich: Ja, jetzt wäre ich eigentlich parat. Warum nicht? Aber da bestimmt jemand anderes. Die Zeit ist noch nicht reif, scheinbar.
- I: Und trotzdem möchten Sie auch wieder nach Hause.
- P: Ich möchte schon wieder heim, ja! Das schon. Aber nicht jetzt so. Da möchte ich lieber dort weiter machen und sss...
- I2: Wie erleben Sie denn das, eben der Widerspruch, einerseits den Gedanken, der Sie auch freut, hab ich den Eindruck, heimzugehen, wirklich wieder in Ihre Wohnung zu gehen und aber auch der andere Gedanke, auch in einer andere Ebene zu gehen, beides...
- P: Ja, beides ist eigentlich eine Waage.
- I2: Und doch ist es, sagen Sie ein Widerspruch? Was gibt das, was gibt das...?
- P: Wenn ich immer rede vom Heimgehen und sag..., dass das ein Widerspruch ist. Ich weiß es nicht, ja, aber das weiß ja kein Mensch, wann die Zeit reif ist.
- I2: ... wann die Zeit reif ist, ja.
- P: Aber eigentlich spür ich das noch nicht. Ich hab schon manchmal gedacht, es ist soweit. Weil ich so Schmerzen gehabt hab und so.
- I2: Da haben Sie gedacht, jetzt ist der Moment da, jetzt ist es soweit.
- P: Jetzt ist der Moment da und ich hab mich auch gefreut. Aber... ich weiß auch nicht. Ich muss noch etwas gut machen, nehm ich an.

Anna erklärte den von ihr so benannten „Widerspruch“ mit einem Bild: Ihre beiden Wünsche seien „eigentlich eine Waage“. Das bedeutet, dass sich die kontrahierenden Elemente gegenseitig im Gleichgewicht halten. Der Gleichgewichtszustand ist ein Zustand, den sie nicht als quälend, konfliktreich oder ungelöst empfindet. Sie hat zwei Teilwünsche, die als solche einander entgegenstehen und sich im Moment widersprechen. Der daraus resultierende Gesamtwunsch ist eine Integration aus beiden Teilwünschen. Die Zeit ist, wie sie sagte, noch nicht reif, dass der eine Wunsch den anderen überwiegt. Sie zieht entsprechend keine praktischen Schlüsse, weder auf die eine noch auf die andere Seite. Nach Hause kann sie (noch) nicht, aber alle Stricke sind für sie auch noch nicht gerissen. Sie ist bereit zu sterben, wenn es denn sein muss, aber sie bestimmt das nicht selbst. Wann die Zeit reif ist, wird nicht von ihr, sondern von „jemand anderem“ gesetzt. Es steht ihr nicht zu, das selbst zu bestimmen. Den Zustand des Wartens auf den Tod, der für sie daraus resultiert, sieht sie allerdings nicht als leeren Wartezustand, denn sie sieht darin für sich eine Aufgabe: Sie „muss noch etwas gut machen“. Ihr Leben ist noch im Gang und entsprechend hat sie darin eine Aufgabe, nämlich die Aufgabe, es gut zu machen. – Anna ist gut anderthalb Monate nach dem Interview verstorben.

Die Deutung der Tochter

Im Interview mit der Tochter, die Tierärztin ist, wird der Widerspruch auch zum Thema. (Das Interview wurde noch zu Annas Lebzeiten geführt.) Die Tochter sieht die Bedeutung des genannten „Widerspruchs“ jedoch anders als Anna: „Es scheint mir, irgendwie scheint’s mir, sie möchte gehen, sie wartet irgendwie auf das, und doch hat sie Angst loszulassen, wie es dann sein wird, das Hinübergehen. Es ist, wie wenn sie’s zurückhält. Zeitenweise scheint sie mir bereit, zeiten-

weise scheint's mir wieder, sie hält sich fest. Sie ist so ... noch nicht so ganz eindeutig.“

Was Anna als das Gleichgewicht einer Waage sieht, beschreibt die Tochter als Noch-nicht-Eindeutig-Sein und Noch-nicht-Loslassen-Können ihrer Mutter. Für sie ist die gegenwärtige Situation der Mutter ein Zustand, der nach Entscheidung und Auflösung verlangt. Sie wird dann letztlich einmal loslassen können (müssen), was sie jetzt aber noch nicht kann. Die Motive ihrer Mutter deutet die Tochter mit einer Angst der Mutter. Sie habe „Angst loszulassen“, auch Angst davor, „wie es dann sein wird, das Hinübergehen“.

In diesen beiden Interviews zeigen sich zwei verschiedene Deutungen des „Widerspruchs“, die auf zwei verschiedene moralische Aufgabenstellungen für die Gegenwart hinauslaufen. Anna selbst sieht ihre Aufgabe darin, „noch etwas gut zu machen“, während die Tochter Annas Aufgabe darin sieht, „eindeutig“ zu werden und „loszulassen“. Die beiden Deutungen von Annas Gegenwart, kurz vor ihrem Sterben, gehen auseinander. Die Tochter sieht diese Gegenwart als einen Prozess des Abschiednehmens, Anna hingegen sieht diese Gegenwart als ein Dasein, dessen Ende zwar nahe ist und nicht abgewehrt werden soll, das aber noch Aufgaben für sie bereithält.

Die Deutungen der Ärztin und der Pflegenden

Unterschiedliche Deutungsmöglichkeiten eines Zustandes, den man als „Ambivalenz“ bezeichnen könnte, haben sich auch im Interview mit der für Anna verantwortlichen Hospiz-Ärztin gezeigt. Sie berichtete davon, dass die Pflegenden die Wünsche von Anna so interpretiert hätten, dass da „ein Konflikt besteht“, während sie selbst anderer Meinung war: „Aber ich persönlich denke nicht, dass sie wirklich einen Konflikt hatte. Sie hatte einfach ein anderes Konzept, als wir das normalerweise gewöhnt sind. So interpretiere ich das. [...] Wir haben das oft diskutiert. Ich glaube, dass da auch unterschiedliche Meinungen waren. Also Pflegende, die eng an ihr waren, eng an ihr dran waren, eng mit ihr gearbeitet haben, glaube ich, haben diese Ambivalenz weniger gespürt, haben sie auch besser erfasst. Und ich denke, dass sich das dann gegen Ende zerstreut hat.“ Die Ärztin sieht es als eine Aufgabe an, die Patientin zu „erfassen“. Und das verlangt, nahe an ihr dran zu sein und mit ihr zu arbeiten. Wenn man nicht so nahe an ihr dran ist, erscheine die Ambivalenz als Konflikt. Wenn man nahe an ihr dran ist, erkenne man ihr eigenes Konzept, das anders ist, als man es vielleicht gewöhnt ist.

Aufmerksam bleiben für das, was die Patienten wünschen

In diesen Interviewausschnitten werden mehrere Personen sichtbar, die sich dafür interessieren, welches die Wünsche der Patientin sind: Tochter, Pflegende und Ärztin. Aber auch für Anna selbst ist es eine Aufgabe herauszufinden, was sie jetzt wirklich wünscht. In Bezug auf die Medizin und die Pflege

bedeutet dies: Sie muss immer wieder herausfinden, welche Behandlungen wünschenswert sind und welche nicht. Das hat mit ihren allgemeinen Vorstellungen vom Sterben zu tun, mit ihren „Werten“, wie man im ethischen Diskurs sagen würde. Aber es ist ja nicht so, dass es für Anna einen Wertekatalog gebe, aus dem sie selbst, sowie die Ärztin und die Pflegenden, sich einfach bedienen könnten, um die Antwort auf die jeweilige Situation abzuleiten. Alle genannten anderen Personen stehen zu Anna in einem persönlichen Verhältnis, welches auch beinhaltet, bestimmte praktische Dinge zu tun, wie die Betreuung, Behandlung und Pflege am Lebensende. Sie möchten das Richtige tun und brauchen dafür ein Konzept davon, was Anna denn möchte. Wenn ihre Patientin offensichtlich auseinanderstrebende Wünsche äußert (nach Hause gehen wollen und zum Sterben bereit sein), verwandelt sich diese Aufgabe so, dass es nun darum geht, einen Widerspruch zu verstehen. Die Formel „Ambivalenz“ hilft ihnen da als solche nicht weiter, denn es kann Verschiedenes sein, das sich in Form der Ambivalenz äußert. Nur eine dieser Deutungen (hier geäußert von der Tochter) ist die eines noch unaufgelösten Zustandes des Hin- und Hergerissen-Seins zwischen zwei gegensätzlichen Bewertungen der Situation. Anna selbst sieht das nicht als Konflikt. Für sie ist es schlicht ein Charakteristikum ihrer gegenwärtigen Lage im Hinblick auf das nahe Lebensende – eine Art von fließendem Gleichgewichtszustand. Die Ärztin scheint davon zu wissen, dass die Interpretationen problematisch geworden sind, ohne explizit zu erklären, wie sie ihre Patientin genau versteht, wenn sie sagt, dass Anna in ihren Augen „einfach ein anderes Konzept“ habe.

Anna ist eine Patientin in palliativmedizinischer Betreuung. Es wird an ihrem Beispiel deutlich, dass die Palliativmedizin in diesem Hospiz ihre Patientinnen und Patienten nicht einfach „palliativ“ definiert und sie dann grundsätzlich nicht mehr lebenserhaltend behandelt. Sie versucht umgekehrt herauszufinden, was das Beste für die Patienten sei, auch wenn es sich dabei nur um eine Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Phase handelt. Dazu können lebenserhaltende Maßnahmen zählen. Die Palliativmedizin ist also nicht ein Bereich terminaler Medizin, in dem alle Entscheidungen schon gefallen sind und Patienten nur noch im Sterben unterstützt werden, sondern ein Bereich erhöhter Aufmerksamkeit dafür, was die Patienten selbst auf diesem Weg wünschen und brauchen. **p**

Aus: Elisabeth Conradi/Frans Vosman (Hrsg.): Ethik der Achtsamkeit. Schlüsselbegriffe der Care-Ethik, Frankfurt/M. 2016.

.....
Christoph Rehmann-Sutter ist Professor für Theorie und Ethik der Biowissenschaften an der Universität zu Lübeck. Er hat Molekularbiologie in Basel studiert, sodann Philosophie und Soziologie in Basel, Freiburg i. Brsg. und Darmstadt. Von 2001 bis 2008 war er Präsident der Schweizerischen Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin. Er forscht zusammen mit Heike Gudat und Kathrin Ohnsorge über Sterbewünsche von palliativ versorgten Patientinnen und Patienten.

Menschen sind sterblich und die letzte Phase des Lebens, die wir sterben nennen, gehört auch zum Leben.

Ethische Probleme palliativer Versorgung aus einer care-ethischen Perspektive

Die Bedeutung der Ethik ist weniger die Ausarbeitung der normativ richtigen Position ausgehend von einer ethischen Theorie, sondern der Prozess der Aushandlung und reflexiven Klärung, in dem sich Verantwortung situativ artikuliert.

CHRISTOPH REHMANN-SUTTER

Ziel der Hospiz- und Palliativversorgung ist es, wie es der Kommentar zum deutschen Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 prägnant zusammenfasst, schwer kranken und sterbenden Menschen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung zu gewähren (Deutscher Bundestag 2015). „Bestmöglich“ soll dabei nicht an einem höchsten technologischen Stand orientiert sein, sondern daran, was die Patientinnen und Patienten wirklich benötigen. Es liegt nahe, dass sich in Bezug auf diese Zielsetzung eine ganze Reihe von gewichtigen ethischen Fragen stellen. Was benötigen schwer kranke und sterbende Menschen, wenn es um das Sterben geht? Welche Wünsche nach Hilfe nicht nur beim, sondern auch zum Sterben, sollen erfüllt werden dürfen? Welche Angebote des assistierten Sterbens sollen in der Palliativmedizin enthalten sein? Das ist ein umstrittenes Themenfeld.

Seit ihren Anfängen in den 1960er-Jahren geht es der Hospizpflege und der Palliative Care um die Entwicklung und die Verwirklichung eines umfassenden Betreuungsangebots für die vielfältigen Probleme bei Sterbenden (Müller-Busch 2012, S. 25). Dass Palliativmedizin schon in früheren Phasen eines Krankheitsverlaufs eine Rolle spielen soll, wird zwar anerkannt, steht aber nicht im Zentrum. Die Pionierin Cicely Saunders, Gründerin des St Christopher Hospice in London, aber auch Balfour Mount, der 1973 in Montreal erstmals eine Krankenstation als „Palliative Care Unit“ benannt hatte, wollten den Menschen, denen von der kurativen Medizin nicht mehr geholfen werden konnte, eine symptomlindernde und lebensqualitätsverbessernde Unterstützung bieten. Eine erweiterte Form von Medizin sollte die Patientinnen und Patienten nicht aufgeben, wenn sie sie nicht mehr heilen kann. Diese Medizin sollte in der gesamten Sterbephase eine die Patienten unterstützende, lindernde Rolle spielen, etwa bei einer optimalen Schmerzbehandlung. Die Rolle der Medizin wurde dadurch eine grundsätzlich andere: nicht mehr die Lebenserhaltung, sondern auch die Ermöglichung eines guten Todes war nun in ihren Zielbereich eingerückt. Die

medizinischen Aktivitäten zur Unterstützung der Sterbephase beinhalten einen Wechsel im Therapieziel von „kurativ“ zu „palliativ“.

Die Hospize, Palliativstationen und die ambulanten palliativen Dienste, die sich in der Folge in vielen Ländern der Welt entwickelten, entsprachen einem großen Bedürfnis der Patienten. Wie sich die Medizin in der Palliative Care über das Kurative hinaus entwickelte, entwickelte sich auch der medizinethische Diskurs über die grundsätzliche Frage hinaus, ob die Medizin auch beim Sterben helfen darf. Selbstverständlich darf sie das; es ist sogar ihre Pflicht, sofern die Medizin nicht sich selbst zufrieden stellen, sondern sich um das Wohl der Patienten in einem umfassenden Sinn kümmern will. Menschen sind sterblich und die letzte Phase des Lebens, die wir sterben nennen, gehört auch zum Leben. Die Medizin darf dort ihre Patientinnen und Patienten nicht im Stich lassen. Aber wenn man das ernsthaft unternimmt, eröffnen sich in dieser medizinisch-pflegerischen Praxis viele spezielle ethische Fragen. Diese mehr und mehr auch in medizinethischer Spezialliteratur behandelten Probleme des palliativ-ethischen Diskursfeldes reichen von der palliativen Behandlung von schwer kranken Kindern, über die Organisation von Teams in der Palliativpflege, die gerechte Zuteilung von Mitteln im Gesundheitssystem an die verschiedenen Sparten der Palliativversorgung, über klinisch-ethische Fragen im Zusammenhang mit Schmerztherapie, Nebenwirkung von Behandlungen, den Einfluss von psychiatrischen Symptomen wie Depression oder Delir auf die Entscheidungsfähigkeit, shared decision making, Kommunikation am Krankenbett, bis zu den eigentlichen Entscheidungen über das Lebensende wie Abbruch von oder Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, Ablehnung von Ernährung und Flüssigkeit, palliative Sedierung zur Ermöglichung eines schmerzfreien Sterbens, oder aktive Formen von Sterbehilfe, wie die in manchen Ländern gesetzlich zulässige Suizidhilfe (Müller-Busch 2012; Quill/Miller 2014).

Eberhard Klaschik (2006, S. 22) hob in seinem allgemeinen Einführungskapitel in die Palliativmedizin aus den vielen



Foto: picture alliance / Klaus Rose

ethischen Fragen eine besonders hervor, weil sie so grundsätzlich ist, dass es das Selbstverständnis der Medizin berührt: Studien zufolge wollen nämlich fast alle Krebspatienten über ihre Diagnose, Therapie und Prognose differenziert aufgeklärt werden und die meisten wollen dabei nicht, dass ihre Angehörigen Einfluss auf die Informationsübermittlung nehmen können. Aber mehr als ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte scheuen sich auf der anderen Seite, ihre Patienten über einen bösartigen Befund vollständig aufzuklären, weil Aufklärung zu einer Depression führen könne und möglicherweise die Lebensqualität der informierten Patienten verschlechtere. Die meisten Patienten möchten Offenheit, so Klaschik's Plädoyer, aber Ärzte tun sich schwer mit diesem Anspruch. Das Problem sieht er darin, dass das Fehlen der Information es den Patienten unmöglich mache, sich mit ihrem bevorstehenden Lebensende auseinanderzusetzen. Es steige zudem das Risiko, dass sie im Unwissen um ihre Prognose, Angebote der Medizin annehmen, die sie sonst nicht annehmen würden. Es gehe deshalb von ärztlicher und pflegerischer Seite darum, die entsprechenden kommunikativen Fähigkeiten zu erwerben und zu entwickeln, die zu einer offenen Gesprächssituation notwendig sind. „Die Wahrheit am Krankenbett bedeutet keineswegs eine Ankündigung des Sterbens, sondern den Beginn eines Prozesses, der die Sinnerschließung des Sterbens zum Inhalt hat“ (Klaschik 2006, S. 22). Wahrheit am Krankenbett und Übertherapie hängen invers miteinander zusammen und beide berühren die spirituellen Dimensionen des Lebensendes, das den betroffenen Menschen in seiner Existenz trifft. Damit ist gleichzeitig ein großes ethisches Thema eröffnet: Kann man den Paternalismus durch Verzicht auf vollständige Information vermeiden, ohne in einen neuen Paternalismus zu geraten, der darin besteht, die Patienten in ein bestimmtes, kulturell verfasstes Konzept des guten Sterbens hineinzudrängen? Welche Rolle sollten Gesundheitsversorger bei dieser Sinnerschließung des Sterbens einnehmen, die ja letztlich eine höchstpersönliche Angelegenheit der sterbenden Person ist? Welche kulturellen Ideale eines guten Sterbens spielen

dabei eine Rolle, welche Werte? Sind es Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und Aufgeklärtheit, oder aber Vertrauen, Umsorgt-werden-können und Zuversicht? Wie sollen diese ausgelegt werden? Wie wissen die Ärzte überhaupt, welches die Werte ihrer Patienten sind?

Was kann Care-Ethik beitragen?

Auf die Fragen, was Care-Ethik zu diesem Themenfeld beitragen soll und kann, eine einfache Antwort zu geben, wäre der Vielfalt der Herausforderungen unangemessen. Außerdem wäre es ungerecht gegenüber den unterschiedlichen Ansätzen der Care-Ethik. Ewas scheint aber doch allen Care-Ethiken gemeinsam zu sein; ich folge in diesem Punkt Joan Tronto (1993, S. 105): die Orientierung am Gesichtspunkt und an den Bedürfnissen der jeweils Anderen. Basis der Handlungen des Sorgens, des Versorgens, Pflegens oder der Hilfe (caring activities), wie auch der Bewertung dieser Handlungen, sind die Anliegen und die Bedürfnisse der Anderen, auf die sich die Sorge bezieht. Die Anderen sind dabei die konkreten, in einem gesellschaftlichen und politischen Kontext situierten Personen, mit denen man es hier und jetzt zu tun hat. Ebenso ist das Selbst konkret situiert. Das Ich der Ethik ist kein verallgemeinertes Ich. Care-Ethiken thematisieren das Handeln von der Praxis des Sorgens, Versorgens und der Fürsorge her, und rücken diese Praktiken damit vom Rand der Kultur ins Zentrum.

In Bezug auf das Handeln in der Palliativmedizin sehe ich den Beitrag einer, von diesem Ausgangspunkt aus verstandenen, Care-Ethik auf mindestens vier Ebenen:

1. **Care-Ethik kann Fragen aufwerfen, die von anderen Ethikansätzen vernachlässigt werden.** Wenn der Fokus von den abstrahierten Entscheidungsdilemmata weg, auf die konkrete und gemeinschaftliche Praxis des Pflegens und Versorgens rückt, die „ethisch“ betrachtet wird, werden bestimmte Aspekte der involvierten Beziehungen als

ethisch relevante Fragen anerkannt und in den Vordergrund gerückt, die sonst undiskutiert bleiben.

Ungerechte Gender-Stereotype finden sich etwa in der Zusammenarbeit in Teams, wie auch im Verhältnis zwischen Ärzten, Pflegenden und Patienten. Sie können die Art der Kommunikation und die Handlungsverläufe in ethisch signifikanter Weise behindern und müssen deshalb als solche thematisiert, kritisiert und entsprechend verändert werden. Das kann in alle Richtungen gehen, also von der typischen Situation der hierarchisch durchstrukturierten Chefärztevisite, während der niemand zu widersprechen wagt, bis zu einem Patienten, der gegenüber jüngeren weiblichen Pflegefachleuten „als Mann“ auftritt und versteckte sexuelle Andeutungen macht, oder einer Patientin, die es aus ihrem früheren Leben einfach nicht gewohnt ist, dass ihre eigenen Bedürfnisse überhaupt entscheidend zählen dürfen. Care-Ethik kann auch die Macht von den in der Ethik etablierten Problem-Rahmungen aufdecken (etwa durch bestimmte Konzepte der Autonomie) und darauf hinweisen, dass wichtige Aspekte der Probleme, bedingt durch bestimmte, nicht mehr bewusst wahrgenommene Rahmungen verdrängt werden.

2. Care-Ethik kann in zentralen ethischen Begriffen neue Bedeutungen entdecken und andere Ideen ins Zentrum rücken.

Die Ethik ist auch selbst eine Praxis, in der sich eingespielte Muster zeigen: Sowohl kommunikative Handlungsformen wie auch immer wieder verwendete Begriffe. Zum Beispiel ist eine „Entscheidung“ nicht nur eine Abwägung zwischen möglichen Optionen, sondern sie ist immer auch eine Kommunikation zwischen konkreten Partnern in einem zeitlichen Verlauf. Sie hat eine Vorgeschichte und eine Nachgeschichte. Wie sie nachher erzählt wird und in die Biografie der involvierten und betroffenen Personen narrativ eingeschrieben wird, ist ebenso ein Aspekt ihrer moralischen Qualitäten wie die korrekte Beachtung von Rechten und Pflichten. Statt eine Entscheidung über lebenserhaltende Maßnahmen vom Standpunkt der Autonomie aus zu thematisieren und das Wohl, die Vermeidung von Schaden und die Gerechtigkeit als zusätzliche Prinzipien (Beauchamp/Childress 1989) zur Identifizierung der richtigen Handlung einzubeziehen, kann sie auch vom Gesichtspunkt der Verantwortung für die Not, die Bedürfnisse und die Anliegen der je konkreten Anderen heraus betrachtet werden. Die Situation erscheint dann vielleicht gar nicht als Wahl, sondern als eine Situation, in der es darauf ankommt, das Richtige zu tun, nämlich das, zu dem man durch die wahrgenommene Verletzbarkeit und die Bedürfnisse der Anderen aufgefordert ist (Reader 2007).


3. Care-Ethik kann Anliegen einbringen, die sonst marginalisiert würden.

Indem sie sich einerseits selbst auch als Praxis versteht, die in einer Zeit zwischen konkreten Personen stattfindet, und andererseits methodisch an den Bedürfnissen der jeweils Anderen orientiert ist, ist sie aufmerksam dafür, wessen Gesichtspunkte im Diskurs hervorgehoben und wessen Gesichtspunkte in den Hintergrund gedrängt werden.

Die Berücksichtigung der Patienten-Perspektive, wie sie auch in anderen Ethikansätzen gefordert wird, ist in einer care-ethischen Betrachtung eine Herausforderung. Es braucht ein vertieftes Eingehen auf das Denken und ein Verständnis der jeweiligen besonderen, von Patienten erzählten Lebenshintergründe. Wie Marian Verkerk (2015) am Beispiel der Auslegung des Kriteriums des „unerträglichen Leidens“ im niederländischen Sterbehilfegesetz eindrücklich zeigt, drohen (zum Teil auch genderspezifische) epistemische Ungerechtigkeiten (Fricker 2007) bei den im Palliativkontext wichtigen Wissensformen. Die Wünsche von Patientinnen und Patienten am Lebensende sind für diese Patienten nicht immer einfach schon vorhanden, sondern es stellt für sie selbst eine moralische Aufgabe dar, sie zu bestimmen (Rehmann-Sutter 2015). Erst recht kann das Anliegen der sterbenden Personen nicht durch Abfragen von Wunsch-Statements bestimmt werden, sondern erfordert zu ihrer Artikulierung gute Beziehungen und Vertrauen.

4. Weil sie Ethik als reflexiv-kommunikative Praxis versteht, kann Care-Ethik auch die behandelten Fragen insgesamt in einem anderen Stil thematisieren.

Das betrifft die kommunikativen Beziehungen zwischen den an einer ethischen Reflexion Beteiligten und Betroffenen. Sie nimmt sich selbst als historisch situierte Praxis wahr.

Die Bedeutung der Ethik ist weniger die Ausarbeitung der normativ richtigen Position ausgehend von einer ethischen Theorie, sondern der Prozess der Aushandlung und reflexiven Klärung, in dem sich Verantwortung situativ artikuliert. Die Ethik ist, wie dies Margaret Urban Walker (2007) darstellte, eine engagierte Praxis, die nicht deduktiv verfährt und ethische Probleme durch die Anwendung der richtigen Prinzipien oder Regeln „löst“, sondern reflexiv vorgeht und in Situationen nach vorläufigen und dafür kontextsensitiven Klärungen sucht. Dieses Modell verleiht den Angehörigen, den Ärzten, Pflegenden, aber auch den Patienten selbst eine andere Rolle in Bezug auf die sich am Lebensende ergebenden ethischen Fragen. Sie haben sowohl die Aufgabe als auch die Berechtigung, sich mit ihnen in eigenständiger Weise so auseinanderzusetzen, dass die beste Lösung für die sterbende Person, die selbst Teil eines Beziehungsnetzes ist, herauskommt. Sie müssen dazu nicht allgemeine Regeln anwenden und befolgen, die in der Ethik etabliert worden sind, sondern sie können Einsichten, die sie mitbringen und selbst für richtig halten, benutzen, wie z. B. die, dass die Würde der sterbenden Menschen als Personen nicht verlierbar ist, selbst dann nicht, wenn sie ihre eigene Lebenssituation als „unwürdig“ empfinden. Damit können sie Aspekte ihrer konkreten Situation erkennen und sie sowohl für sich selbst im inneren Dialog, als auch im Gespräch für die anderen artikulieren. 

.....
Christoph Rehmann-Sutter ist Professor für Theorie und Ethik der Biowissenschaften an der Universität zu Lübeck. Er hat Molekularbiologie in Basel studiert, sodann Philosophie und Soziologie in Basel, Freiburg i. Brsg. und Darmstadt. von 2001 bis 2008 war er Präsident der Schweizerischen Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin. Er forscht zusammen mit Heike Gudat und Kathrin Ohnsorge über Sterbewünsche von palliativ versorgten Patientinnen und Patienten.

Praxis Palliative Care

Ausgabe **34**

Sterbeweisen

EDITORIAL

**1 Sterbeweisen:
Resozialisierung des Sterbens**

ANDREAS HELLER

PRAXIS

4 „Ich werde kein ungelebtes Leben sterben.“

Umgangsweisen mit dem Sterben

KARIN MATTEKAT

6 „Alles, was darüber hinaus ist“

Beziehungs-Weisen des Ehrenamtes in Hospiz und Palliative Care

SUSANNE FLECKINGER

**8 Die Menschen, für die wir sorgen –
und unsere Denkweisen vom Menschen**

Ein-Übungen

MANFRED HILLMANN

SIEBEN ANTHROPOLOGISCHE FUNDSTÜCKE

Unsere Denkweisen vom Menschen **Fundstück I**

**10 Johann Wolfgang von Goethe:
Die Möglichkeiten des anderen sehen**

MANFRED HILLMANN

11 Eine neue Professionalität entsteht

Beziehungsweisen der Sterbeamte

JANA BRÜSCHKE

Unsere Denkweisen vom Menschen **Fundstück II**

**13 Viktor E. Frankl:
Sinn und Lebenswertgefühl**

HINTERGRÜNDE

14 Annas Wunsch-Geschichte

Deutungsweisen, um das Beste für die Betroffenen herauszufinden

CHRISTOPH REHMANN-SUTTER

**17 Ethische Reflexionsweisen (in) der
Sterbebegleitung**

CHRISTIAN BURMEISTER · UTA MÜLLER ·
CORDULA BRAND

Unsere Denkweisen vom Menschen **Fundstück III**

19 Martin Buber: Von Person zu Person

20 Ärztliche Gesprächsweisen

Zu den Herausforderungen der Kommunikation
in Bezug auf Spiritual Care

FRIEDERIKE BOISSEVAIN

Unsere Denkweisen vom Menschen **Fundstück IV**

26 Sören Kierkegaard: Wo bin ich?

**27 Menschen sind sterblich und die
letzte Phase des Lebens, die wir sterben
nennen, gehört auch zum Leben.**

Ethische Probleme palliativer Versorgung
aus einer care-ethischen Perspektive

CHRISTOPH REHMANN-SUTTER

30 Der gegenwärtige Tod

Drei Weisen, sich auf den Tod zu beziehen

ANJA KAUPPERT

**32 Sterbeweisen der Migrationsbevölkerung
in der Schweiz**

Zu Bedarf und Bedürfnissen

CORINA SALIS-GROSS

Unsere Denkweisen vom Menschen **Fundstück V**

35 Hans Urs von Balthasar: Kostbare Wahrheit