

2019

FAW  
**Forum**

**Zwischen Autonomie und Fürsorge**

Ethische Entscheidungen in der Versorgung  
von Menschen mit Demenz



**FAW**  
Forum

FAW gGmbH, Gesellschaft zur  
Förderung altersgerechten Wohnens  
(Hrsg.)



#### **Die FAW gGmbH**

Die FAW gGmbH, Gesellschaft zur Förderung altersgerechten Wohnens, kümmert sich seit 1997 als gemeinnützige Gesellschaft um ambulant betreute Wohngemeinschaften für betreuungsbedürftige ältere Menschen. Sie begleitet und verwaltet diese alternative Wohnform mit der Zielsetzung, für die Betroffenen ein Umfeld mit einem hohen Maß an Lebensqualität zu schaffen.

Die FAW gGmbH tritt als Generalmieterin auf und nicht als Eigentümerin. Das heißt, es werden ganze Wohnungen oder Häuser von Eigentümern angemietet und nach altersgerechten Umbaumaßnahmen weitervermietet. Mit den Bewohner\*innen werden Einzelmietverträge für die jeweiligen Zimmer inklusive anteiliger Gemeinschaftsflächen geschlossen. Darüber hinaus erfüllt die FAW gGmbH Aufgaben einer Hausverwaltung.

#### **Das FAW Forum**

Seit 2016 veranstaltet die FAW gGmbH jährlich einen Fachtag für alle Pflegeberufe. Bei den Veranstaltungen werden besondere Fragestellungen zu den Themen Demenz und der Versorgung von Menschen in altersgerechten Wohngemeinschaften aufgegriffen und diskutiert.

#### **Das FAW Forum 2019**

Der Titel der Veranstaltung lautete: „Zwischen Autonomie und Fürsorge – Ethische Entscheidungen in der Versorgung von Menschen mit Demenz“. In drei Beiträgen wurden verschiedene Themenbereiche beleuchtet: Die Unterscheidung von ethischen und fachlichen Konflikten (1), interkulturelle ethische Perspektiven in der Pflege (2) und die Durchführung von ethischen Fallbesprechungen im Team. Am Nachmittag wurden in drei Fallgruppen und anhand von Fallbeispielen die Prozessschritte einer ethischen Fallbesprechung nachvollzogen.

**Dokumentation FAW Forum 2019**  
**„Zwischen Autonomie und Fürsorge – Ethische Entscheidungen in der**  
**Versorgung von Menschen mit Demenz“**

1. Auflage 2020  
FAWverlag, Bülowstraße 71-72, 10783 Berlin  
E-Mail: [info@faw-demenz-wg.de](mailto:info@faw-demenz-wg.de)  
Telefon: 030 4404-4308  
Fax: 030 4404-7013

## **Inhalt**

---

### **Dr. phil. Günter Meyer**

Zwischen Autonomie und Fürsorge  
Unterscheidung von ethischen und  
fachlichen Konflikten

**4**

---

### **Dr. phil. Ute Siebert**

Interkulturelle ethische Perspektiven  
in der Pflege – „Mein Vater soll nicht  
verhungern und verdursten!“

**13**

---

### **Prof. Dr. Norbert Steinkamp**

Verstehen, Argumentieren, Entscheiden,  
Begleiten – Wege ethischer Fallbesprechung  
im Team bei der Versorgung  
von Menschen mit Demenz

**26**

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

**44**

## Zwischen Autonomie und Fürsorge Unterscheidung von ethischen und fachlichen Konflikten

**Dr. phil. Günter Meyer**  
Kulturwissenschaftler und Historiker,  
Krankenpfleger, Geschäftsführer der  
Pflegerstation Meyer & Kratzsch

### Wie kam ich zu der Thematik „Ethische Konfliktfelder in der Pflege“?

Meine erste konkrete Berührung mit diesem Thema fand vor 15 Jahren statt. Ich bekam einen Anruf vom sozialpsychiatrischen Dienst mit der Bitte, die Versorgung einer Klientin zu übernehmen. Ich habe damals den Hausbesuch übernommen, die Klientin wohnte in der vierten Etage. Ihre Nachbarn hatten sich beschwert, es würde aus der Wohnung schlecht riechen. Sicher kennen Sie alle solche Situationen. Die Frau war ein typischer Messie, sie sammelte alles und verließ die Wohnung kaum. Die Entsorgung jeder Milchtüte führte fast zu einer philosophischen Diskussion, weil die Frau immer alles behalten wollte. Sie war adipös und unmotiviert, sich zu bewegen. Der sozialpsychiatrische Dienst war bestrebt, die Situation vor Ort zu stabilisieren, um es der Klientin zu ermöglichen, in der Wohnung zu bleiben. Der Auftrag an den Pflegedienst war, zwei Mal wöchentlich die Wohnung zu reinigen. Die Klientin hatte keine Pflegeeinstufung. Man kann sich vorstellen, dass die Situation für die Mitarbeiter\*innen eine große Herausforderung darstellte.

Wir haben dann einen Antrag auf Betreuung gestellt, der aber vom Gericht abgelehnt wurde. Die Richter befanden, dass die Dame noch kognitive Fähigkeiten habe und ihre Lage selbst einschätzen und verantworten könne. Der Pflegedienst hat erneut Kontakt zu Sozialamt und sozialpsychiatrischem Dienst aufgenommen, ohne Erfolg. Es stellte sich die Frage, wie man das ethisch noch vertreten sollte.

Wir waren weiterhin zwei Mal wöchentlich vor Ort, immer dienstags und freitags. Zwischen zwei Einsätzen stürzte die Frau, und als wir freitags kamen, hatte sie bereits zwei Tage hilflos auf dem Boden gelegen und war vollkommen unterkühlt. Die Mitarbeiterin rief sofort den Notarzt. Man kann sich die Situation plastisch vor Augen führen: Wir waren im vierten Stock mit einer unter starken Schmerzen leidenden adipösen Frau und sahen uns mit schlecht gelaunten Feuerwehrmännern und Notärzten konfrontiert, die uns sofort wüst beschimpften, wie es denn in dieser Wohnung aussähe, der Pfl-

gedienst mache ja offenbar gar nichts und so weiter. Die Frau hatte große Schmerzen, man ging von einem Oberschenkelhalsbruch aus und der Notarzt wies sie in eine Klinik ein. Als die Frau von den Sanitätern heruntergebracht wurde, protestierte sie lautstark und schrie immer wieder: „Ich will nicht ins Krankenhaus!“ Schließlich entschieden die Sanitäter, dass sie die Frau nicht gegen ihren Willen ins Krankenhaus bringen konnten und brachten sie wieder zurück nach Hause. In der vermüllten Wohnung gab es nur einen schmalen Gang und ein schmales, klappriges Bett mit durchgelegener Matratze, und dort wurde die Frau einfach abgelegt. Wir waren dann für ihre Versorgung – mit Verdacht auf Oberschenkelhalsbruch – verantwortlich. Das Sozialamt bewilligte dann großzügig eine pflegerische Versorgung drei Mal pro Tag, aber ein großes Problem konnte nicht gelöst werden: Die Frau wollte sich gar nicht von uns versorgen lassen. Sie konnte aber auch nicht zur Toilette gehen. Man kann sich vorstellen, wie es nach nur 24 Stunden in diesem Bett aussah.

Was tut man in einer solchen Situation? Haben dann immer noch die Autonomie und das Recht auf Selbstbestimmung der Patientin Vorrang oder hat der Pflegedienst einen Fürsorgeauftrag wahrzunehmen? Wir haben wieder mit dem Sozialamt und dem zuständigen Richter Kontakt aufgenommen und diese entschieden, die Frau sei für sich selbst verantwortlich, und jede\*r habe sozusagen das Recht zu verwaarloosen, wenn er/sie das denn wolle.

Ich berichte von diesem Beispiel so ausführlich, weil uns dieser Fall sehr belastet und in eine extreme Konfliktsituation geführt hat. Es war eine klassische ethische Konfliktsituation: Wir mussten eine Entscheidung treffen, die uns als fast unlösbar erschien, und diese Entscheidung musste dann auch noch gemeinsam im Team getroffen werden.

Damals kannte ich es noch nicht, dass man auch im Team ethische Fallbesprechungen durchführen kann, dass es so etwas wie ein Nimwegener Modell und ein hermeneutisches Modell gibt, mit dem wir im Team diesen Konflikt hätten thematisieren können. Die Situation hat wie gesagt zu einer extrem hohen Belastung der Mitarbeiter\*innen geführt und wir mussten entscheiden, wie und in der Tat ob wir weitermachen sollen. Wir haben dann im Team entschieden, wir können das nicht mehr ertragen, wir können es auch nicht ethisch verantworten. Also haben wir dem sozialpsychiatrischen Dienst mitgeteilt, dass wir die Versorgung nicht weiter übernehmen können und ihn aufgefordert, einen anderen Pflegedienst zu suchen. Daraufhin war die Not beim Amt so groß, dass sofort eine Zwangseinweisung vorgenommen wurde. Zwei Tage nach ihrer Einweisung äußerte die Frau den Wunsch, nach Hause zu gehen, sie wollte unbedingt zu Hause und nicht im Krankenhaus sterben. Sie war überzeugt, dass man, wenn man ins Krankenhaus kommt, dort auch sterben wird. Ich kenne das auch von meinem Großvater, der auch nicht ins Krankenhaus wollte – das ist bei vielen alten Menschen so, sie

denken, wenn man ins Krankenhaus geht, stirbt man dort. So ging es auch dieser Frau. Tatsächlich starb sie nach zwei weiteren Tagen im Krankenhaus und bei der Obduktion stellte sich heraus, dass sie gar keinen Oberschenkelhalsbruch hatte, sondern ein riesiges Hämatom, das ganz anders hätte behandelt werden müssen. Sie hatte unter großen Schmerzen gelitten.

Wir im Pflegedienst hatten das Gefühl, dass eigentlich jede mögliche Entscheidung falsch gewesen wäre, und das hat uns natürlich sehr belastet. So habe ich mich auf die Suche gemacht, weil ich überzeugt war, dass man solche Situationen systematischer angehen muss. Ich wollte wissen, wie man einen solchen Fall so im Team besprechen kann, dass man das Gefühl hat, nach bestem Gewissen, aber auch nach bestem Wissen eine Entscheidung treffen zu können, und zwar auch dann, wenn es sich um einen ethischen Konflikt handelt. Das Team soll also in die Lage versetzt werden, eine fundierte Entscheidung zu treffen. Meine Einstellung zu solchen Entscheidungen möchte ich in drei Sätzen skizzieren:

- Eine gute Entscheidung beteiligt alle Betroffenen: Patient\*innen, Angehörige, die Teammitglieder und die Leitung sowie die Hausärzt\*innen.
- Eine gute Entscheidung dient in erster Linie den Patienten\*innen und würdigt sie als Einzelpersonen.
- Eine gute Entscheidung ist eine, die überhaupt getroffen wird.

Das alles war der Anlass, dass ich mich auf die Suche gemacht habe. Ich bin heute überzeugt davon, dass ethische Fallbesprechungen im Team durchgeführt werden sollten. Wir möchten gerne, dass Mitarbeiter, die einen ethischen Konflikt erleben, diesen dann auch thematisieren. Wir haben erlebt, dass viele Kolleg\*innen wenig mit dem Begriff anfangen können und gar nicht wissen, was ethische Konflikte sein könnten. Insofern ist es schon sinnvoll, dass Sie in jedem Team für sich definieren, was typische Themenbeispiele sein könnten, die man im Team immer wieder erleben kann und die wir auch im Team besprechen müssen.

Ich habe eine Liste erstellt, Themen für ethische Fallbesprechungen:

- **Scham von Patient\*innen, zur Last zu fallen und pflegebedürftig zu sein**
- **(Über-) fordernde Patient\*innen (mit Einfluss, Macht)**
- **Mobilisierung, Gedächtnistraining wider Willen**
- **Unruhige, aggressive Patient\*innen, mit Tendenz zu Zerstörungen, Ekel auslösenden Handlungen, täglichem depressivem Sterbewunsch**
- **Sexuelle Übergriffe gegenüber Mitarbeiter\*innen (z. B. in der Demenz)**
- **Aufträge von Angehörigen, die das Team auszuführen hat**

- Unterschiedliche Positionen im Team bei klarem Patient\*innen/ Bewohner\*innen-Willen
- Konsequentes, kontinuierliches Einbeziehen des Hausarztes/der Hausärztin
- Schwierige und belastende Sterbesituation, z. B. Atemnot, Ersticken, trotz Einstellen der Ernährung längeres Sterben, Sterben im Doppelzimmer, starke Blutungen, Schmerzen
- Ausreichende seelsorgliche und spirituelle Begleitung am Lebensende
- Entscheidung/Abwehr eines/einer (dementen gerontopsychiatrisch veränderten) Bewohners/Bewohnerin gegen Krankenhaus, Reanimation, lebensverlängernde Maßnahmen, Ernährung, Verweigerung von Pflegemaßnahmen, Medikamentengabe
- Krankenhauseinweisung wider Willen, Notarzt-Modus, Nicht-Beachtung von Patientenverfügungen
- Ausreichende Versorgung, ausreichende Schmerztherapie und Symptomkontrolle im Sterbeprozess
- Entscheidung über Ernährung (PEG) bei Dementen/am Lebensende
- Entscheidungen von Führungskräften, die nicht begründet werden
- Ansprechen von Pflegefehlern (Dekubitus, Sauberkeit) bzw. unangemessenes Verhalten von Kolleg\*innen (Verstoß gegen Vereinbarungen, Regeln, Standards)
- Anordnungen von Betreuer\*innen, Amtsärzt\*innen – gegen das Team/Haus

#### Zu Punkt 1 (Scham):

Oft kommt es vor, dass Patienten sich schämen und nicht versorgt werden möchten. Was könnte das mit dem Oberbegriff „Autonomie und Fürsorge“ zu tun haben? Wenn Patient\*innen sagen, sie möchten aus Scham nicht versorgt werden (ihre Entscheidung), ist es dann eine selbstbestimmte autonome Entscheidung, die wir respektieren müssen, und können wir die Fürsorge dann zurückstellen? Oder müssen wir hier stärker insistieren und sagen, dass die Scham nicht so wahrgenommen wird oder nicht erlebt wird, dass wir versuchen, die jeweiligen Patient\*innen immer wieder aufzuklären und ihnen klarmachen, dass wir gerne unserem Fürsorgeauftrag nachkommen?

Dieses Beispiel zeigt, dass Autonomie und Fürsorge uns immer wieder im pflegerischen Alltag als Prinzipien begegnen und wir hier immer aufgefordert sind, fallbezogen und individuell Entscheidungen zu treffen, um dann auch beide Begriffe gleichberechtigt integrieren können.

#### Ethik und Moral

Wir haben jetzt von ethischen Fallbesprechungen gesprochen. Doch welche Bedeutung haben Ethik und Moral in diesem Kontext? Oft werden beide Begriffe in der

Alltagssprache synonym verwendet. Erlauben Sie mir deswegen, kurz auf die Terminologien einzugehen und die Begriffe näher zu erläutern. „Ethik“ kommt aus dem Altgriechischen, „Moral“ aus dem Lateinischen. Wenn man sich die wortwörtlichen Übersetzungen anschaut, könnte man sie tatsächlich synonym verwenden. Sie haben



Dr. phil. Günter Meyer

praktisch die gleiche Bedeutung. Dennoch verwenden wir heute in der Literatur die Begriffe unterschiedlich. Wenn lateinische Autoren griechische Philosophen übersetzt haben, wurde „Ethik“ mit „Moral“ übersetzt. Aber in der heutigen Sprachform versuchen wir, diese Begriffe unterschiedlich zu verwenden, vor allem aber in der Fachliteratur werden sie sehr verschieden verwendet.

Es ist tatsächlich so, dass Moral sich vorwiegend auf eine Gruppe bezieht. Es geht darum, dass jede Gruppe ihre eigene Moral haben kann. Vor diesem Hintergrund kann es durchaus sehr unterschiedliche Moralen geben. Moral ist immer wertneutral und

muss also nicht unbedingt etwas positiv Wertendes sein. Wir können beispielsweise die Moral der Mafia beschreiben oder auch den Ehrenkodex einer Verbrecherbande als eine bestimmte Form der Moral verstehen. Aber auch die Medizin hat eine eigene Moral und in dem Kontext können wir die besonderen moralischen Vorstellungen der Pflegekräfte untersuchen. Darüber hinaus besitzen die Glaubensgemeinschaften eigene Moralvorstellungen. Es gibt also durchaus verschiedene Ansätze und deswegen ist Moral etwas Unterschiedliches und Wertneutrales.

Dabei geht es primär nicht um das Individuelle, sondern um das Gruppenspezifische. Da ich als Individuum in unterschiedlichen Gruppen agiere, bin ich im Alltag durchaus mit verschiedenen Moralvorstellungen konfrontiert. Wenn ich als Pflegekraft unterwegs bin, dann bin ich in einem Kreis von Pflegenden unterwegs. Wenn ich aber Feierabend habe und mich mit bestimmten Freunden bewege und ich zum Beispiel religiös engagiert bin, dann ist die katholische Moral durchaus eine andere als die der Zeugen Jehovas, so wie es unterschiedliche Moralvorstellungen bei Islam und Hinduismus gibt. Das heißt, wir müssen hier Unterschiede erkennen und uns diese auch immer wieder vergegenwärtigen. Die Moral ist in diesem Sinne immer ein in einer Gruppe vorherrschendes Normensystem, das dort als Normensystem Gültigkeit beansprucht. Dem gegenüber steht nun der Begriff Ethik.

Ich glaube, für moralische Vorstellungen, auch wenn sie gruppenbezogen sind, entscheiden wir uns, auch wenn wir in eine Gruppe hineingeboren wurden. Es ist meist

eine persönliche Entscheidung, ob ich später weiterhin Katholik bleibe oder Mitglied einer Verbrecherbande werde, die ihren eigenen Ehrenkodex hat. Das Selbstbestimmte ist immer bei der moralischen Betrachtungsweise gegeben. Die Ethik dagegen ist eine Universitätsdisziplin und beschäftigt sich mit der wissenschaftlichen Reflexion von Moral. Ethik wird in diesem Sinne als neutraler Begriff gesehen.

Wie verhält es sich nun mit den Adjektiven moralisch und ethisch? Das Adjektiv „moralisch“ ist im Gegensatz zum Substantiv „Moral“ wertend, d. h. wenn ich sage, dass ist ein moralischer Mensch, dann sage ich, das ist ein guter Mensch. Wenn ich sage, er ist ein unmoralischer Mensch, dann ist das ein Mensch, der sich nicht gut im Sinne einer positiven Wertanschauung verhält. Verwendet man das Adjektiv „ethisch“, dann wird damit ausgedrückt, dass etwas zur Wissenschaft der Ethik gehört. Viele Autor\*innen sagen deswegen auch, dass man das Adjektiv „unethisch“ auf gar keinen Fall verwenden soll – auch wenn es einige Autoren gibt, die das tun, wie zu. B. Wilhelm Schmid. Die begriffliche Unterscheidung ethisch und moralisch ist z. B. vergleichbar mit der Gegenüberstellung von psychologisch und psychisch. Man kann ein psychisches Problem haben und es psychologisch wissenschaftlich beleuchten. Ich kann ein soziales Problem haben und es soziologisch untersuchen. Insofern ist ein moralisches Problem etwas, das ethisch reflektiert wird.

Als nächstes möchte ich gerne auf die unterschiedlichen Ethiklehren eingehen und sie hier kurz skizzieren. Wie unterscheiden sich Metaethik, deskriptive Ethik und normative Ethik? Die Metaethik stellt die Frage, ob es eine rational begründbare allgemeinverbindliche Pflegeethik gibt. Bei der deskriptiven Ethik versucht man, möglichst neutral die gruppenspezifischen Moralvorstellungen zu beschreiben. Bezogen auf die Pflegekräfte, würde die deskriptive Ethik beispielsweise beschreiben, welche Einstellung sie zur Sterbehilfe (aktiv und passiv) haben. Das sollte so neutral wie möglich erfasst werden, ohne selbst dabei eine Position zu beziehen. Die normative Ethik liefert nun die Begründungen, fragt also beispielsweise: „Ist aktive Sterbehilfe vertretbar?“

Innerhalb der normativen Ethik unterscheiden wir drei große ethische Theoriegruppen:

- Deontologie
- Teleologie
- Tugendethik

Es lohnt sich, diese Begriffe einmal näher zu erläutern, vor allem, weil wir oft im Alltag unbewusst deontologisch, teleologisch oder tugendethisch argumentieren. Wenn man dann in einem Team einen ethischen Konflikt hat, kann es sein, dass einige den

ethischen Konflikt eher deontologisch bewerten und die anderen dagegen eher teleologisch oder gar tugendethisch argumentieren. Da wir uns in der Regel nicht bewusst für einen theoretischen Ansatz entschieden haben, führen wir eine Auseinandersetzung, deren Ursachen wir möglicherweise zunächst gar nicht durchschauen. Deshalb ist es sinnvoll, das Ganze etwas mehr auszubreiten, damit man dann eine Vorstellung hat, aus welcher Ecke die Gesprächsteilnehmer\*innen jeweils argumentieren.

Deontologie kommt aus dem Griechischen, *to deon* ist das Gesollte, die Pflicht. Die Deontologie achtet ausschließlich auf Pflichten, Rechte und Gerechtigkeit. Demnach gibt es immer gültige, allgemein verbindliche ethische Regeln, die unabhängig von



möglichen Konsequenzen eingehalten werden müssen. Hier geht man davon aus, dass es feste Prinzipien gibt, feste Gebote – die 10 Gebote des Alten Testaments sind ein gutes Beispiel. „Du sollst nicht töten“ wäre ein deontologisches Gebot, ebenso Kants kategorischer Imperativ. Es geht darum, dass diese Ansätze immer und überall Gültigkeit haben sollen. „Du sollst nicht lügen“, „du sollst nicht töten“, diese Gebote gelten immer.

Nun sagen einige, das ist alles schön und gut, aber ist es denn wirklich durchhaltbar? Stellen Sie sich vor, Sie werden mit einer Gruppe von 40 Kindern entführt und Sie könnten, wenn Sie den Entführer

töteten, die 40 Kinder retten. Wenn ich einen rein deontologischen Ansatz hätte, dürfte ich ethisch gesehen den Entführer nicht töten. Ist es dennoch ethisch vertretbar, diesen Entführer zu töten, um die 40 Kinder zu retten? Vielleicht erinnern Sie sich an eine Fernsehserie, die vor einiger Zeit lief: Ein entführtes Flugzeug mit 120 Passagieren an Bord fliegt auf ein Stadion mit 60.000 Menschen zu. Darf man dieses Flugzeug abschießen, um so 60.000 Menschen zu retten, oder darf man es nicht? Es gab nach der Fernsehserie eine Umfrage, und die meisten sagten, man dürfe das tun. Aber das Grundgesetz verbietet es uns ganz klar. Das heißt, das Grundgesetz ist hier eindeutig deontologisch.

Beim teleologischen Ansatz geht es um die Konsequenzen einer Entscheidung. Im Begriff Teleologie stecken die Wörter „Zweck“ und „Ziel“, die bei der ethischen Überlegung immer im Vordergrund stehen. Die Teleologie beruht also auf den Folgen einer Handlung, ist an ihnen interessiert und achtet auf den Endzweck. Die Teleologie misst die Qualität einer moralischen Handlung danach, ob ein vorausgesetztes außermoralisches Ziel, zum Beispiel menschliches Wohlergehen oder das Erreichen eines öko-

logischen Ziels, bewirkt wird. Der Zweck, so könnte man verkürzt formulieren, heiligt die Mittel. Bei der Tugendethik ist der Ansatz wieder anders. Eine Tugend ist ein Charaktermerkmal, das Menschen benötigen, um *Eudaimon* zu leben. Der Begriff *Eudaimon* wird in der Literatur häufig nicht übersetzt. In der Allgemeinsprache bedeutet er „eine gelungene Lebensführung“. Wir sollen Tugenden ausbilden, um ein gutes und damit auch ein glückliches Leben zu führen. Wilhelm Schmid ist ein Anhänger der modernen Tugendethik, weil er dazu auffordert, dass wir unser Leben wieder selbst verantworten und dass wir mit der Ausbildung von richtigen Tugenden eine richtige Lebensführung finden müssen. Es gibt dafür in der gegenwärtigen Literatur den von Foucault begründeten Begriff der ästhetischen Ethik. Das bedeutet, dass wir immer wieder aufgefordert sind, diese Tugenden zu leben.

Ich haben Ihnen hier eine beispielhafte Liste von Tugenden erstellt, die auch heute noch als plausibel angesehen werden können:

- Mut
- Besonnenheit
- Fairness
- Großzügigkeit
- Geduld
- Loyalität
- Ehrlichkeit
- Wohlwollen
- Gerechtigkeit
- Gelassenheit

Die Ursprünge der Tugendethik liegen in der griechischen Antike. Platon spricht von drei Seelenteilen (Vernunft, Mutartiges und Begierden) und führt vier Kardinaltugenden auf: Weisheit, Tapferkeit, Besonnenheit und Gerechtigkeit. Aristoteles weist deutlich mehr Tugenden auf: Wissenschaft, Weisheit, Kunst als Tugend des Machens, Klugheit als Tugend des Handelns, Mäßigkeit als Tugend des Begehrens, Freigiebigkeit, Hochherzigkeit, Hochsinn, gesunder Ehrgeiz, Sanftmut, Wahrhaftigkeit, Artigkeit, Freundlichkeit, Gerechtigkeit. Bei Thomas von Aquin kommen dann noch theologische Tugenden hinzu, nämlich Glaube, Hoffnung und Liebe.

Wir haben also von der Antike bis ins frühe Mittelalter Autoren, die Tugendethiken beschreiben. In den darauffolgenden Jahrhunderten geriet die Tugendethik zugunsten anderer Ansätze in den Hintergrund. Erst jetzt, in modernen Ansätzen, kehrt die Tugendethik wieder zurück. Aber auch in anderen Kulturen, wie beispielsweise in der chinesischen oder hinduistischen Kultur, werden Tugenden beschrieben.

Die unterschiedlichen ethischen Ansätze lassen sich wie in einem Handlungsrahmen zusammenbringen. Dieser Handlungsrahmen besteht aus:

- A Motivation
- B Handlung
- C Konsequenz

Am Anfang steht die Motivation. Wenn ich also eine ethische Diskussion darauf fokussiere, dann komme ich in die Tugendethik, da möchte ich Charaktereigenschaften ausbilden. Ich will die richtigen Tugenden bilden. Dann kommt die Handlung selbst. Wenn ich den Fokus darauf ausrichte, dann komme ich auf die Regeln und Gebote, so dass ich einen deontologischen Ansatz verfolge. Am Ende kommen die Folgen. Wenn ich meine ethische Auseinandersetzung darauf fokussiere, muss ich die Konsequenz immer wieder stärker ethisch betrachten und verfolge einen teleologischen Ansatz. Wenn wir uns diesen Handlungsrahmen insgesamt vergegenwärtigen, dann brauchen wir in der Pflegeethik alle drei Aspekte. Wir können sie nicht gegeneinander ausspielen oder uns nur auf einen Aspekt konzentrieren, sondern wir müssen alle drei Aspekte einsetzen.

Zuletzt möchte ich gerne auf die ethischen Prinzipien eingehen. Auch hier gibt es unterschiedliche Ansätze und eine Vielzahl von Theorien. Besonders bewährt im medizinisch-pflegerischen Alltag haben sich dabei die vier Grundprinzipien von Beauchamp und Childress, nämlich das Autonomieprinzip, das Prinzip der Schadensvermeidung, das Prinzip der Fürsorge und das Prinzip der Gerechtigkeit.

Beim Autonomieprinzip steht das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen im Vordergrund, beim Prinzip der Schadensvermeidung sollen sämtliche schädlichen Eingriffe vermieden werden – dies ist besonders in der Psychiatrie schwierig, wenn wir beispielsweise eine Zwangseinweisung vornehmen. Sowohl das Autonomieprinzip als auch das Prinzip der Schadensvermeidung würden hier zu Gunsten des Prinzips der Fürsorge verletzt werden. Bei dem Prinzip der Fürsorge sind wir verpflichtet, kranken Menschen zu helfen und uns um sie zu sorgen. Bei der Umsetzung des Fürsorgeprinzips gilt es, das Prinzip der Gerechtigkeit zu achten.

Diese vier Prinzipien haben wir immer wieder zu beachten, sie sind gleichberechtigt, und sie müssen auch gleichberechtigt integriert werden. Allerdings können sie in einen Konflikt geraten und wir müssen uns entscheiden, welches Prinzip in einem Konfliktfall höher bewertet werden muss. Für die Analyse und Entscheidung ist hierfür eine systematische Fallbesprechung notwendig. Wie diese Fallbesprechungen konzipiert und aufgebaut sind, soll im Laufe der heutigen Tagung vorgestellt und mit Ihnen diskutiert werden.

## Interkulturelle ethische Perspektiven in der Pflege – „Mein Vater soll nicht verhungern und verdursten!“

**Dr. phil. Ute Siebert**  
Ethnologin, Beraterin & Coach  
für Interkulturelle Kompetenzen  
im Gesundheitswesen

Guten Morgen! Ich freue mich, Ihnen hier heute einige interkulturelle und ethnologische Perspektiven zum Thema Ethik in der Pflege vorzustellen. Wenn ich interkulturelle Dimensionen in Pflege, Medizin oder (psychosozialer) Betreuung anspreche, ist mir immer wichtig, zunächst einzugrenzen, was in diesem Kontext unter „Kultur“ und Interkulturalität bzw. Transkulturalität zu verstehen ist.

### Kultur, Interkulturalität, Transkulturalität

In meiner Arbeit als Beraterin und Coach für interkulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen gehe ich von einem ethnologischen Verständnis von Kultur aus. Das Wort „Kultur“ geht auf das lateinische Verb *colere* zurück, das „pflegen“, „urbar machen“, „ausbilden“ bedeutet. Daraus entstand das Wort *agricultura* (Ackerbau). Das lateinische *cultura* bezeichnet im weitesten Sinn alles, das der Mensch selbstgestaltend ausbildet bzw. hervorbringt, im Gegensatz zu *natura* – dem Reich der Natur. In der Ethnologie gibt es heutzutage kein normatives Kulturverständnis, wie es beispielsweise noch bei dem Naturrechtsphilosophen und Historiker Samuel Freiherr zu Pufendorf (1672) zu finden war: Dieser benutzte den Begriff „*cultura*“ als Abgrenzung des Menschen vom Tier. Das Tier lebe in einem „barbarischen Naturzustand“, während der Mensch zu Kultivierung fähig sei, also nicht nur nach Instinkten lebe, sondern durchaus normativ nach bestimmten Werten (vgl. Thurn 2014:144). Dabei wurde im Laufe der Geschichte auch zwischen den Menschen unterschieden, die Kultur haben und jenen, die Barbaren sind.

In der Ethnologie hat sich im Gegensatz zu solch einem normativen Kulturbegriff ein eher relativistisches Kulturverständnis entwickelt, das davon ausgeht, dass eine Kultur nicht aus dem Blickwinkel einer anderen Kultur bewertet werden kann und dass bestimmte kulturelle Verhaltensweisen immer im Kontext des dazugehörigen gesellschaftlichen Systems gesehen werden müssen. Der US-amerikanische Ethnologe Clif-

ford Geertz nannte den Menschen selbst ein Tier, das sich in Bedeutungsgeweben bewegt, die es selbst gesponnen hat (1973:5). Dahinter steht die Einsicht, dass alle Menschen auf der Welt die Eigenschaft eint, als soziale Wesen in Gruppen oder Gesellschaften zu leben und dass sie in diesen Gruppen bzw. Gesellschaften Kultur entwickeln. Sie bilden sehr unterschiedliche Formen von kulturellen Bedeutungssystemen aus, und diese sind untereinander nicht als „besser“ oder „schlechter“ zu bewerten.

Gegenwärtig existiert in der Ethnologie ein konstruktivistisches, bedeutungsorientiertes Kulturverständnis, das auch im Kontext des Gesundheitswesens sehr relevant ist. Demnach wird Kultur als ein von Menschen hergestelltes, aus Bedeutungen, Symbolen, Werten, Normen, Denk- und Verhaltensweisen bestehendes Konstrukt verstanden. Kulturelle Bedeutungen werden durch Sprache, Bilder und Metaphern symbolisiert. Nicht nur künstlerische Ausdrucksformen oder die sogenannte „Hochkultur“ gesellschaftlicher Eliten fallen darunter, sondern auch Alltagskultur, soziale Praktiken oder Organisationsweisen gesellschaftlicher Institutionen (also auch unsere Pflegekultur oder die Kultur der jeweiligen Einrichtung).

Kultur kann somit als kollektives Orientierungssystem menschlicher Gruppen in der Umwelt verstanden werden. Eine wichtige Funktion von Kultur ist auch, dass sie nach innen integrativ und nach außen abgrenzend wirken kann. Durch eine gemeinsam geteilte Kultur kann Gruppenzusammenhalt gestärkt und die eigene Gruppe gegen andere Menschen oder Gruppen abgegrenzt werden („Wir“ und die „Anderen“). Kultur trägt somit gleichzeitig zu einer individuellen und kollektiven Identitätsbildung bei.

Der Charakter von Kultur ist nicht statisch, sondern dynamisch, und Kulturen können sich gegenseitig beeinflussen. Darüber hinaus wird Kultur als in sich selbst heterogen verstanden. Das bedeutet, dass Mitglieder einer Gesellschaft nicht alle kulturellen Bedeutungen, Werte und Moral teilen, sondern dass es innerhalb von Gesellschaften verschiedene Lebenswelten von Männern, Frauen, Altersgruppen, Berufsgruppen, gesellschaftlichen Schichten, Subkulturen etc. gibt. Somit kann es sein, dass ein türkischer Bauarbeiter und eine türkische Pflegewissenschaftlerin weniger miteinander gemeinsam haben als eine türkische und eine deutsche Pflegewissenschaftlerin. Auch muss innerhalb einer Gesellschaft kein statischer Konsens zu bestimmten Bedeutungen, Werten und Moral herrschen, sondern sie können auch in Frage gestellt werden und umkämpft sein.

Nach dem hier dargestellten Kulturverständnis ist es zu vermeiden, Menschen in stereotype „Kulturschubladen“ einzuordnen. Es gibt nicht „den“ Türken, genauso wenig wie es „die“ Deutsche gibt. Stattdessen sollte jeder Mensch individuell und differenziert betrachtet werden, beispielsweise nach ihrer/seiner Geschlechtszugehörigkeit,

regionalen Herkunft, Bildungsgrad, Beruf, sozioökonomischen Lage, Alter, Einwanderergeneration, Werten und Weltanschauung etc..

Der Begriff der Interkulturalität setzt oft voraus, dass es verschiedene, voneinander abgetrennte Kulturen gibt, zwischen denen klare Unterschiede bestehen. Das „Inter“ verweist darauf, dass für eine bessere Verständigung zwischen Kulturen Brücken geschlagen werden müssen. Außerdem kursiert auch der Begriff der „Transkulturalität“, der von kulturellen Überschneidungen, Vermischungen und fließenden Übergängen weltweit und besonders auch in Einwanderungsgesellschaften ausgeht. Der Fokus liegt eher auf dem Gemeinsamen, Verbindenden und auf immer neu entstehenden kulturellen Mischungen. Ich denke, beide Begriffe können je nach Situation und Kontext Lebenswirklichkeiten in unserer Gesellschaft abbilden. Mal haben wir es mit kulturellen Übergängen und Mischungen zu tun, mal aber auch mit relativ deutlichen Unterschieden. Dabei ist es notwendig, in sozialen Interaktionen genau hinzuschauen, ob kulturelle Unterschiede hochstilisiert werden, um Abgrenzungen herzustellen (Stichworte Kulturalisierung, kultureller Rassismus) und inwieweit selbstreflektiv mit kulturellen Unterschieden und Gemeinsamkeiten umgegangen wird.

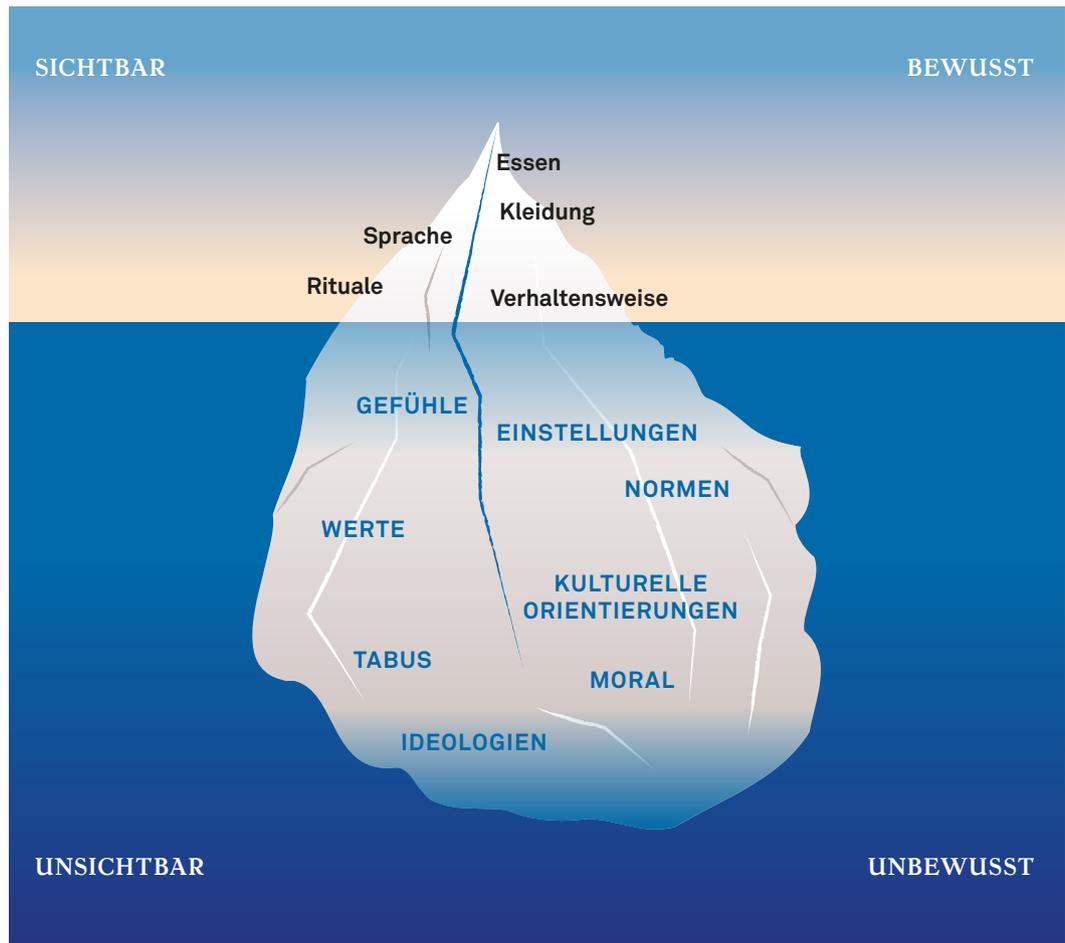


Dr. phil. Ute Siebert

Unsere Gesellschaft in Deutschland kann heute als eine wertplurale Gesellschaft verstanden werden. Sie zeichnet sich durch eine große Vielfalt an Wert- und Moralauffassungen aus. Dazu haben Globalisierung, Migration und Flucht, aber auch Individualisierung, Technisierung, soziale Bewegungen (z. B. die 68-er Bewegung und Frauenbewegung in der BRD) beigetragen. Menschen können manche Werte als Einwohner\*innen eines Staates teilen, sie besitzen aber gleichzeitig durch verschiedene kulturelle, subkulturelle und religiöse Bezüge und durch Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Milieus oft sehr unterschiedliche Werte, Normen und Moralvorstellungen. Dies birgt besondere Herausforderungen im Gesundheitswesen und in der Pflege. Es stellt sich immer häufiger die Frage, wie in einer bestimmten Pflegesituation entschieden und gehandelt werden soll, wenn die Beteiligten sehr unterschiedliche soziokulturelle bzw. religiöse Werte und Moralvorstellungen haben. Zu diesen Herausforderungen werde ich gleich ein paar Beispiele anführen.

Zunächst möchte ich hier jedoch nochmals einen Schritt zurückgehen und darstellen, wie Kultur mit ihren Werten, Normen und Moralvorstellungen in uns Menschen wirkt.

Dazu ist das Sinnbild des Eisbergs sehr anschaulich: Wir können uns Kultur als einen Eisberg vorstellen, der aus einem sehr kleinen sichtbaren Teil über der Wasseroberfläche besteht, und einem sehr großen unsichtbaren Teil unter der Wasseroberfläche. Aspekte von Kultur wie Sprache, Schrift, Gesten, Bekleidungsvorschriften, Rituale, Zeichen und Symbole, Essen, Verhaltensweisen etc. sind beobachtbar und stechen uns sofort ins Auge, etwa wenn wir uns in ein anderes Land begeben. Diese Aspekte



Eisbergmodell zu Kultur, angelehnt an Bittl/Moree (2008)

befinden sich sichtbar über der Wasseroberfläche und dringen relativ schnell in unser Bewusstsein ein. Werte, Normen, Moralvorstellungen und Tabus machen jedoch den deutlich größeren Teil des Kultureisbergs aus. Sie befinden sich unter der Wasseroberfläche und sind uns selbst oft nicht bewusst. Sie bilden die Basis für sichtbare Aspekte wie Bekleidungsvorschriften, Verhaltensweisen etc. Wenn wir etwa von einer Touristin aus einem anderen Land gefragt werden, warum wir bestimmte Dinge so und nicht anders machen, haben wir oft keine andere Antwort als „das ist eben unsere Tradition“ oder „so wird das hier eben gemacht“. Nur durch weitere Selbstreflexion und Nachforschungen kommen wir eventuell auf tiefergehende Erklärungen. Da wir bestimmte

Verhaltensweisen, kulturelle Orientierungen oder auch Benimmregeln von klein auf durch unsere Erziehung, durch die Eltern, Familienangehörige, Lehrer etc. mitbekommen haben, ist uns meist nicht bewusst, welche Werte oder Moral dahinterstecken. Sie kommen uns einfach selbstverständlich oder „natürlich“ vor und sind emotional tief in uns verankert.

Erst wenn wir beispielsweise im Bereich der Pflege mit einer Situation konfrontiert sind, in der wir uns fragen, was jetzt das richtige Handeln ist, die richtige Entscheidung für einen Patienten oder eine Patientin, erst dann beginnen wir, über unsere Normen und Werte zu reflektieren. Aber oft sprechen wir erst mal von einem „Bauchgefühl“ dafür, was wir richtig finden.

Es ist eine harte Arbeit, sich in ethischen Fallbesprechungen die dahinter liegenden persönlichen Werte und Moralvorstellungen bewusst zu machen und dann in Auseinandersetzung mit anderen Perspektiven im Team, mit dem/r betroffenen Patient\*in und den Angehörigen eine tragfähige Entscheidung auszuhandeln.

### **Unterschiedliche kulturelle Werteorientierungen**

Wenn Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Wertorientierungen miteinander interagieren, kann es zu Konflikten und starken Emotionen kommen, etwa wenn nach persönlicher Auffassung ein Tabu des Gegenübers verletzt wird. Durch Austausch, Auseinandersetzung mit unserem Gegenüber und Reflexion können wir idealerweise zu der Erkenntnis gelangen, dass unsere eigenen Selbstverständlichkeiten, Werte und Normen nur relativ sind und neben alternativen Selbstverständlichkeiten existieren.

Hier möchte ich ein Beispiel für unterschiedliche kulturelle Werte-Orientierungen anführen, die im Pflegealltag häufig spürbar sind: Individualismus bzw. Kollektivismus. Beides sind extreme Pole auf einer Skala – diese beiden kulturellen Orientierungen sind in verschiedenen Gesellschaften nie in Reinform zu finden. Die meisten Gesellschaften können auf der Skala zwischen beiden Polen eingeordnet werden.

Eine individualistische Orientierung zeichnet sich durch zentrale Werte wie Unabhängigkeit, Selbstständigkeit, Autonomie des Einzelnen, Emanzipation (z. B. von der Familie, von gesellschaftlichen Zwängen und Normen) und Selbstverwirklichung aus. Die Familien sind tendenziell klein und der Familienzusammenhalt vor allem auf die Kernfamilie (Eltern – Kinder – Enkel) konzentriert. Diese Orientierung trifft vor allem auf Mitglieder westlicher Industriegesellschaften zu. Im Pflegealltag zeigt sich die individualistische Orientierung dadurch, dass Patient\*innen eine geringere Anzahl an Angehörigen haben; dass sie, wenn überhaupt, nur von wenigen Angehörigen beglei-

tet werden und dass sie es oft gewöhnt sind, selbst über Fragen der medizinischen Behandlung und Pflege zu entscheiden oder lediglich nur zusammen mit den engen Angehörigen. Zentrale Werte in einer kollektivistischen Orientierung umfassen dagegen den Schutz einzelner Familienmitglieder durch die Familie; Anpassung an die Familie; Wahrung von Harmonie in der Familie – die Gruppenmeinung rangiert vor der Einzelmeinung. Einen sehr großen Bestandteil der persönlichen Identität macht die Zugehörigkeit zur Familie aus. Kollektivistische Orientierungen sind in vielen Weltregionen und Ländern zu finden. Man kann sogar sagen, dass global gesehen die individualistische Orientierung westlicher Industrienationen eher die Ausnahme als die Regel ist.

Im Pflegealltag wird eine kollektivistische Orientierung dadurch deutlich, dass Patient\*innen von vielen Angehörigen begleitet werden. Die Familienangehörigen wollen häufig für das kranke Familienmitglied Entscheidungen treffen; oft wird die kollektive Entscheidung als richtungsweisend angesehen. Familienangehörige wollen häufiger aktiv in die Pflege und Versorgung des kranken Familienmitglieds einbezogen werden. Krankenbesuche in großer Zahl sind meist eine moralische Pflicht und es herrscht oft die Überzeugung vor, dass man Kranke nicht alleine lassen darf. Auch besteht die Ansicht, dass viel Besuch Kranke stärkt und bei der Genesung hilft.

### **Häufige ethische Konflikte im interkulturellen Kontext**

Tatjana Grützmann sagt in ihrer Studie über interkulturelle Kompetenz in der klinisch-ethischen Praxis treffend, dass „(...) in jeder Begegnung, unabhängig von dem ethnischen oder nationalen Hintergrund der Beteiligten, unterschiedlich sozialisierte Gesprächspartner mit voneinander abweichenden Wertesystemen aufeinandertreffen“. (2016: 217). Kann man dann überhaupt von speziellen „interkulturellen ethischen Konflikten“ im Unterschied zu „normalen“ Wertekonflikten sprechen? Es ist richtig, dass sich ethische Konflikte durch ein Aufeinandertreffen von verschiedenen subjektiven Wertesystemen auszeichnen. Auch kann man sagen, dass bei „normalen ethischen Konflikten“ die Beteiligten teilweise durch einen historisch länger geteilten gesellschaftlichen Referenzrahmen andere Wertesysteme besser kennen und eine gemeinsame Sprache sowie soziale Konventionen der Kommunikation teilen.

Bei interkulturellen ethischen Konflikten sind die soziokulturellen bzw. religiösen Wertesysteme der Beteiligten oft weniger bekannt, und auch die Wertehierarchien können sich unterscheiden. Interkulturelle ethische Konflikte bestehen jedoch häufig nicht nur auf der Ebene unterschiedlicher Werte, sondern entstehen auch durch Sprachhürden und unterschiedliche Konventionen im verbalen und nonverbalen Kommunikationsstil. Somit ergeben sich oftmals erhebliche Hindernisse, die jeweiligen Werte der Beteiligten überhaupt zur Kenntnis zu nehmen (Werteanamnese)

(vergl. Grützmann 2016:174). Hier möchte ich ein paar Bereiche aufzählen, in denen sich häufig interkulturelle ethische Konflikte abspielen:

- 1 Patientenautonomie in Bezug auf die medizinische Aufklärung, Einwilligung des Patienten in medizinische Eingriffe oder Therapien (*informed consent*)
- 2 Autonomie-Prinzip und die Frage der Beteiligung Dritter an Patientenentscheidungen
- 3 Verschiedene Auffassungen von Fürsorge

**Zu 1.):** Durch Sprachbarrieren wird oft das Prinzip der Patientenautonomie durch Aufklärung des Patienten verletzt. Denn Sprachhürden führen dazu, dass Patient\*innen nicht ausreichend aufgeklärt werden können. Somit wird der *informed consent* (Entscheidung bzw. Zustimmung des/r Patient\*in nach ärztlicher Aufklärung) nicht erreicht. Für medizinische Aufklärungsgespräche oder Pflegeanamnesen ist es notwendig, professionelle und medizinisch geschulte Sprachmittler\*innen hinzuzuziehen. Dies wird in der Praxis jedoch zu selten gemacht – stattdessen wird oft auf die Übersetzung von Angehörigen zurückgegriffen, die weder medizinisch geschult noch emotional „neutral“ sind. Dazu kommt, dass in vielen Fällen durch den Rückgriff auf Angehörige als Dolmetscher die Vertraulichkeit zwischen Behandler\*in und Patient\*in verletzt wird (vergl. Ilkilic 2014a: 103-104).

**Zu 2.):** Darf eine dritte Person bzw. mehrere Familienangehörige für den/die Patient\*in entscheiden, auch wenn er/sie einwilligungsfähig ist? Hier gibt es durchaus kulturell unterschiedliche Auffassungen von Autonomie. Im Gesundheitswesen in Deutschland wird darunter primär Selbstbestimmung des Einzelnen auf der Basis des westlichen individualistischen Menschenbilds verstanden. Der Gesundheitswissenschaftler und Medizinethiker Ilhan Ilkilic (2014a: 109) führt jedoch aus, dass nach dem chinesischen Medizinethiker Ruiping Fan im ostasiatischen (kollektivistisch-konfuzianischen) Autonomieprinzip daraus die „Familienbestimmung“ abgeleitet werden kann.

Hier ein Beispiel dazu: Eine 78-jährige Patientin chinesischer Herkunft ist mit einer schweren Herzkrankheit in die Klinik gekommen. Es steht zur Debatte, bei ihr einen weiteren Stent zu legen. Als die Patientin mit einer Pflegekraft alleine im Zimmer ist, vertraut sie ihr an, dass sie keine weitere OP wünsche. Sie fühle sich müde und sehe für sich die Zeit gekommen, bald Abschied vom Leben zu nehmen. Zwei Stunden später bemerkt die Pflegekraft, dass sich viele Angehörige um das Bett der Patientin versammelt haben und diskutieren. Als der behandelnde Arzt hereinkommt, teilt ihm der älteste Sohn der Patientin mit, dass die Angehörigen auf die Operation bestehen. Währenddessen bleibt die Patientin stumm und passiv in ihrem Bett liegen. Die Pfl-

# Impressionen

## FAW Forum

2019





gekräft fühlt sich sehr unwohl – dann fasst sie Mut und berichtet, was die Patientin ihr noch vor 2 Stunden gesagt hat und bittet sie darum, dies zu wiederholen. Die Patientin jedoch bleibt stumm im Bett liegen, reagiert nicht und vermeidet den Blickkontakt. Daraufhin bekräftigen einzelne Familienmitglieder, dass die OP für die Patientin das Beste sei und dass es darüber eine „Familienzustimmung“ (*family consent*) gäbe. Solche Situationen, in denen der Wille des Einzelnen dem Willen der Familie untergeordnet wird – oft auch in der Variante, dass der Patient gar nicht erst seinen eigenen Willen aktiv äußert – kommen häufig in kollektivistisch orientierten Familienkontexten vor. Hiesige Ärzt\*innen und Pflegekräfte sind dadurch oft irritiert und sehen darin eine Verletzung der Patientenautonomie. Wie nun mit diesen unterschiedlichen Auffassungen von Autonomie umgehen?

Ilkilic (2014a) weist darauf hin, dass man in einer wertpluralen Gesellschaft nicht davon ausgehen könne, dass alle Menschen mit chinesischem Migrationshintergrund die chinesisch-konfuzianischen Wertvorstellungen teilen. Daher schlägt er vor, „herauszufinden, welches Patientenautonomie-Konzept für den jeweiligen Patienten zutreffend ist“ (2014a: 108). Bei einem solchen Gespräch sollte auch herausgefunden werden, wie gut der/die Patient\*in über seinen/ihren aktuellen Zustand und die Behandlungsoptionen informiert ist. Voraussetzung für ein solches Gespräch ist, dass keine Sprachhürden zwischen Patient\*in und behandelndem Team bestehen. Bei Sprachbarrieren müsste ein\*e unparteiische\*r Dolmetscher\*in hinzugezogen werden (Ilkilic 2014a, 2014b).

Im vorliegenden Beispiel könnte also das behandelnde Team die Patientin etwas später in einem vertraulichen Gespräch fragen, welchen Stellenwert die Familie für sie hat und wie sie dazu steht, dass die Familie für sie entscheiden will. Es kann durchaus sein, dass die Patientin es für sich nun stimmiger findet, dem Familienwillen zu folgen, statt an ihrer ursprünglichen Entscheidung gegen die OP festzuhalten. Vielleicht ist sie es gewöhnt, dass die Familie für sie entscheidet, sei es aufgrund familiärer Autoritätsstrukturen, sei es, weil sie dadurch eigene Verantwortung abgeben kann. Oder aber sie vertraut darauf, dass die Familie für sie nur das Beste will.

Ilkilic regt dazu an, darüber nachzudenken, ob in solchen interkulturellen ethischen Konflikten auch eine Lösung möglich ist, die von den hiesigen Konventionen abweicht (2014b: 198). Für das vorliegende Beispiel könnte das bedeuten: Wenn die Patientin im Einzelgespräch zeigt, dass ihr der Wille der Familie wichtiger ist als ihr eigener ursprünglicher, dann das Behandlungsteam in Einklang mit der „Familienzustimmung“ handeln könnte. Wenn die Patientin jedoch zeigt, dass sie mit der familiären Einflussnahme nicht einverstanden ist, müsste in einem gemeinsamen Gespräch mit den Familienangehörigen der Patientenwille als maßgeblich für die Behandelnden kommuniziert werden.

**Zu 3.)** Bei der Frage unterschiedlicher Auffassungen zu Fürsorge geht es letztlich darum, was dem Patientenwohl dient. Fragen der Fürsorge sind besonders dann schwierig zu klären, wenn der/die Patient\*in sich nicht (mehr) selbst äußern kann, bzw. nicht mehr einwilligungsfähig ist, nicht mehr im Vollbesitz der geistigen Kräfte. Hier noch ein Beispiel: Herr Yilmaz ist 76 Jahre alt. Er leidet an fortgeschrittener Demenz und lebt seit 2 Jahren in einer Demenz-WG. Die eigenen Kinder erkennt er nicht mehr, seine Ehefrau nur noch selten. In der letzten Zeit wurde er immer lethargischer, er spricht kaum noch und verweigert zunehmend die Nahrung. Seine Angehörigen machen sich deswegen große Sorgen und bringen täglich eigens gekochtes Essen mit, von dem Herr Yilmaz jedoch auch kaum etwas zu sich nimmt. Dann bekommt er eine Lungenentzündung und wurde in eine Klinik verlegt. Durch eine intravenöse Antibiotika-Therapie verbessert sich die Lungenentzündung. Da Herr Yilmaz aber nach wie vor sehr wenig isst, stellt sich die Frage einer Ernährung über Infusion.



Eine Patientenverfügung liegt nicht vor und Herr Yilmaz ist aufgrund der fortgeschrittenen Demenz nicht mehr einwilligungsfähig. Der Patient wirkt zunehmend energielos und lethargisch und zeigt kaum noch Lebenswillen. Die Familie ist türkischer Herkunft und muslimischen Glaubens und lebt seit mehreren Jahrzehnten in Deutschland. Die meisten Angehörigen sind der Auffassung, dass das Leben von Gott geschenkt wurde und heilig ist. So verlangen sie, dass alles getan werden sollte, um längerfristig den Ernährungszustand von Herrn Yilmaz zu verbessern. In diesem Zusammenhang bitten sie um künstliche Ernährung mit Magensonde. Besonders der älteste Sohn hat eine enge Bindung an den Vater. Er sagt: „Wenn mein Vater stirbt, stirbt für mich meine Heimat.“ Als die Stationsärztin ihm von der PEG-Sonde für den Vater aufgrund von dessen Zustand abrät, ruft der Sohn: „Aber mein Vater soll nicht einfach verhungern und verdursten!“ Daraufhin ordnet die Ärztin zunächst eine parenterale Ernährung (über Infusion) an, vertritt aber die Auffassung, dass auch diese bald eingestellt werden sollte. Der Sohn wacht jetzt Tag und Nacht über seinen Vater und bittet nicht nur die Ärzt\*innen, sondern auch die anwesenden Pflegekräfte um die Magensonde. Er erklärt, nach seinen kulturellen und religiösen Werten sei es sehr wichtig, kranke Menschen nicht alleine zu lassen und sie mit allem zu versorgen, was sie brauchen.

In seinen Augen ist die Verweigerung der PEG-Sonde und die Einstellung der künstlichen Ernährung mit Mord durch verhungern und verdursten lassen gleichzusetzen. Er

äußert auch die Sorge, dass sein Vater wegen seines Migrationshintergrundes schlechter behandelt wird als andere Patienten. Doch die älteste Tochter des Patienten, die auch gläubige Muslimin ist, ist der Ansicht, dass Muslime das Leben eines Menschen nicht künstlich verlängern sollten. Sie hat Zweifel, ob künstliche Ernährung und besonders eine Magensonde richtig seien. Daher bittet sie ihren Bruder, einen Imam zu einer Beratung mit dem behandelnden Team dazuzuholen. Im gemeinsamen Gespräch erläutert die Ärztin nochmals, dass sie den Eindruck hat, dass der Patient kaum noch Lebenswille zeigt und dass eine PEG-Sonde den natürlichen Sterbeprozess und sein Leid verlängert. Auch nennt sie das erhöhte Risiko von weiteren Lungenentzündungen durch Magensonden. Daraufhin verweist der Imam darauf, dass Gott alleine den Zeitpunkt von Leben und Tod bestimmt und Menschen das Leben nicht künstlich ver-



längern dürfen. Der Verzicht auf die Magensonde und auch auf sonstige künstliche Ernährung sei als „Erlaubnis zum Sterben“ zu werten, also den natürlichen Sterbeprozess zuzulassen. Jedoch verweist der Imam auch darauf, dass Kranke in der letzten Lebensphase nicht durstig bleiben sollen. Doch wenn der Patient nicht viel trinke, reiche es auch, seinen Mund und die Lippen zu befeuchten. Insbesondere im akuten Sterbeprozess sei dies wichtig. Denn nach dem Koran besucht der Teufel in den letzten Stunden den Sterbenden und bietet ihm Wasser an, wenn er seinen Glauben verrät.

Um nicht in Versuchung geführt zu werden, dürfen sterbende Muslime daher keinen Durst haben. Somit stimmt der Imam keiner Sterbehilfe im aktiven Sinn zu, was im Islam verboten wäre, sondern vertritt im Sinne passiver Sterbehilfe das Zulassen des von Gott gewollten Sterbezeitpunkts. Daraufhin gibt die ganze Familie, auch der Sohn, den Wunsch nach der Magensonde auf. Nach weiteren zwei Tagen stimmen sie der Beendigung der parenteralen Ernährung zu und schließlich verstirbt Herr Yilmaz im Kreis seiner Angehörigen.

Ähnliche Reaktionen könnte es auch bei nicht-gläubigen Angehörigen ohne Migrationshintergrund geben, wenn sie nicht über die Nachteile und Risiken von PEG-Sonden bei Demenz aufgeklärt werden. Doch in diesem Beispiel wurden zum Dilemma der Fürsorge (ist es dem Wohl des Patienten dienlich, ihm die PEG-Sonde zu geben oder ist es zum Wohl des Patienten, ihm zu erlauben zu sterben?) auch kulturelle und islamspezifische Argumente und Umgangsformen deutlich. Auch die Sorge vor Schlechterbehandlung als Migrant, gegebenenfalls durch vorherige Diskriminierungserfahrungen oder „*minority stress*“ (alltägliche Befürchtung, als Mitglied einer Minderheit diskriminiert zu werden), kam zutage.

## Interkulturelle Kompetenz im Umgang mit ethischen Konflikten

**„Es zeichnet sich ab, dass interkulturelle Kompetenz in den kommenden Jahren und Jahrzehnten noch mehr an Bedeutung gewinnen wird, nicht nur um den Patienten in ihrer kulturellen Diversität und Individualität gerecht zu werden, sondern auch in Hinblick auf die Zusammenarbeit in multikulturellen Behandlungsteams.“  
(Grützmann 2016: 218)**

Mit interkulturellen Kompetenzen sind nicht stereotype Kultur-Knigge-Regeln gemeint, sondern persönliche soziale Kompetenzen und Haltungen, die durch Fortbildungen gefördert werden und die sich im Lauf der Berufspraxis immer weiter entwickeln. Dazu gehören:

- die Bereitschaft zu Selbstreflexion über die eigene soziokulturelle Prägung und Werte
- Sensibilität für potenzielle Unterschiede in Werten, Normen, Moral im Umgang mit Pflege, Behandlung, Krankheit, Sterben und Tod
- Perspektiven-Wechsel: Versuch, einen Sachverhalt aus der Sicht des/der Patient\*in oder der Angehörigen zu sehen
- Haltung von offener Neugier und Empathie: Interesse zeigen, nachfragen von Dingen, die (noch) unbekannt sind
- Ambiguitätstoleranz: es auszuhalten, etwas nicht zu verstehen; Fremdes auch mal fremd sein lassen zu können
- kommunikative Kompetenzen
- Netzwerk-Kompetenz: Einbindung von Sprach- und Kulturmittler\*innen, Vertreter\*innen von Religionsgemeinschaften und Migrationsorganisationen

Zu interkultureller Kompetenz gehört meines Erachtens auch, kritisch zu fragen, ob es sich überhaupt um einen „interkulturellen ethischen Konflikt“ handelt. Oft wird vorschnell davon ausgegangen, wenn Akteure mit Migrationshintergrund an einem Konflikt beteiligt sind. Es kann auch gut sein, dass gar kein Wertekonflikt zugrunde liegt, sondern nur nicht ausreichend kommuniziert wurde (vergl. Carter/Klugman 2001).

### Individuumsbezogener Ansatz – Vorsicht vor Kulturschubladen!

Kultursensible Ethikberatung und inter- bzw. transkulturelle Kompetenzen können auch dazu beitragen, die Wertesysteme und Lebenswelt jedes/r Patient\*in zu verstehen, um letztlich zu gemeinsamen Lösungen von Konflikten zu kommen. Dazu ist es wichtig, die individuelle Biografie zu beachten, wie auch individuelle Eigenheiten, Werte, Beziehungen zur Familie, (spirituelle) Bedürfnisse, Wünsche und Ängste der Patient\*innen.

## Verstehen, Argumentieren, Entscheiden, Begleiten – Wege ethischer Fallbesprechung im Team bei der Versorgung von Menschen mit Demenz

**Prof. Dr. Norbert Steinkamp,**  
Ethiker im Gesundheits- und Sozialwesen,  
Professor für ethische Grundlagen  
sozialprofessionellen Handelns, Katholische  
Hochschule für Sozialwesen Berlin

### Einleitung

Der renommierte Rhetorikprofessor, Literaturkritiker und Schriftsteller Walter Jens war bekannt als engagierter Verfechter aufklärerischer und freiheitlicher Prinzipien. In den 1990er Jahren veröffentlichte er gemeinsam mit dem Theologen Hans Küng ein Buch, in dem beide die Beachtung von Patientenverfügungen und die Legalisierung aktiver Sterbehilfe forderten. (Jens, Küng 2010) Er erklärte, dass insbesondere die fortgeschrittene Demenz für ihn als *Homme de lettres* ein Schreckensszenario darstelle, das er für sich selbst als nicht lebenswert erachte. Dies legte er auch gemeinsam mit seiner Frau Inge in einer Patientenverfügung fest.

Mit über 80 Jahren erkrankte Walter Jens an einer rasch progredienten Demenz, als deren Resultat er schon bald weder schreiben noch lesen konnte und Angehörige und Freunde oft nicht mehr erkannte. Obwohl er häufig verzweifelt und lebensmüde wirkte, gab es auch Situationen, in denen Menschen in seiner Umgebung ihn als glücklich und lebensfroh erlebten. Der Asthmatiker und frühere Vegetarier, der Kontakt zu Tieren gemieden hatte, besuchte mit seiner Pflegerin mit großer Freude öfters einen Bauernhof und genoss es, die Tiere zu streicheln und „Fleischkäsweckle“ zu essen. Seine Frau bemerkte in einem Interview über ihren Mann: „Er hat seinen Lebenswillen durch die Demenz nicht verloren. Sein Lebenswille bezieht sich nicht mehr auf sein geistiges Wirken. Er hat sich zu einem biologischen Leben in einem Maße verschoben, wie ich es selbst nicht für möglich gehalten hätte.“ (Moos et al. 2013, 295-6)

Ähnliche Situationen dürften vielen vertraut sein, die mit Menschen arbeiten oder leben, bei denen sich eine Demenz entwickelt. Im Zuge demenzieller Veränderungen können sich Vorlieben und Verhaltensweisen ändern. Manchmal steht das Neue in Spannung oder sogar im direkten Gegensatz zu den Bedürfnissen und Wünschen,

die jemand vor dem Auftreten einer Demenz hatte. Dann drängen sich Fragen nach dem richtigen Handeln auf. Wenn, wie es Tom Kitwood in seinem „person-zentrierten Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen“ ausführlich dargelegt hat, (Kitwood 2019) die Wünsche und Vorlieben einer Person den Umgang mit ihr bestimmen, sollen wir uns dann nach dem richten, was jemand in klarer Entscheidungsfähigkeit als freien Willen, vielleicht schriftlich in Form einer Patientenverfügung, erklärt hat? Oder soll die bisweilen fremd und ungewöhnlich erscheinende Freude an dem, was der betroffenen Person vor dem Beginn demenzieller Veränderung ferngelegen hat, gegenüber dem schriftlich Dargelegten den Vorzug erhalten?

Auch wenn sich in der juristischen und politischen Debatte die Position herausgebildet hat, dass der sogenannte natürliche Wille, also das, was ich in der Situation kognitiver Einschränkung als Bedürfnis und/oder Interesse äußere, neben dem freien Willen berücksichtigt werden müsse (May et al. 2015), so erledigen sich damit die Zweifel und Unsicherheiten unter den beteiligten Zugehörigen sowie den pflegenden, behandelnden und versorgenden Fachkräften nicht von selbst. Gerade dadurch, dass wir persönlich wie professionell vom Recht auf Respekt vor dem natürlichen Willen überzeugt sind, können Handlungsunsicherheit und Konflikt emotional als besonders beanspruchend erfahren werden.

Die nachfolgenden Ausführungen gehen von der Voraussetzung aus, dass (1) die unerledigten Zweifel und Verunsicherungen in der skizzierten und in vergleichbaren Handlungssituationen ernst zu nehmen sind und dass es (2) sinnvoll ist, darauf hinzuarbeiten, Menschen mit Demenz, Angehörigen sowie Fachkräften in diesem Bereich strukturell Raum und Zeit einzuräumen, ihr Handeln selbst ethisch zu reflektieren. Als Form einer solchen Reflexion wird die sogenannte Deliberation vorgestellt. Unter Deliberation versteht man die gemeinsam von in einem Team oder in einer anderen Konstellation zusammen handelnden Personen durchgeführte ethische (Fall-)besprechung konkreter moralischer Fragen mit dem Ziel, Verstehen, Klarheit und sorgfältig begründete Entscheidungen zu fördern.

Zu diesem Zweck erläutere ich zunächst Ansatz und Konzept des Deliberierens sowie einer sogenannten deliberativen Ethik (1.). In einem nächsten Schritt skizziere ich ein den Teilnehmer\*innen der Konferenz in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften bereits bekanntes Fallbeispiel aus der Praxis (2.). Sodann stelle ich zwei je unterschiedlich in der Praxis gebrauchte Methoden ethischer Fallbesprechung im Team vor (3.). Dem schließen sich einige Überlegungen zur Bedeutung der Entwicklung einer deliberativen Haltung an (4.). In einem abschließenden Absatz fasse ich die bisherigen Überlegungen noch einmal zusammen und beziehe einige ihrer Elemente aufeinander.

## 1. Deliberation in Einrichtungen und Teams des Gesundheits- und Sozialwesens

Ethische Fallbesprechungen in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens gehen auf die klinische Ethikberatung zurück, die seit Beginn der 1970er Jahre in Kliniken der USA eingeführt und nach und nach zu einem praxisgerechten Konzept ausgebaut wurde. Anfangs wurde vor allem in schwierigen Entscheidungssituationen ein\*e Ethikberater\*in um Rat gefragt mit dem Ziel, in Entscheidungsprozesse einzugreifen und Lösungswege vorzuschlagen (Fox, Myers, Pearlman 2007). Ab 1995 wurden konkrete Anforderungen an die Qualifikation und Expertise von Ethikberater\*innen in den sogenannten Kernkompetenzen der American Association for Bioethics and Healthcare (ASBH), einer landesweiten Berufsorganisation für Ethiker\*innen im Gesundheitswesen, zusammengefasst (ASBH 2006).

Die anfangs nach Analogie fachärztlicher Expertise konzipierte Rolle von Ethikern wurde bald zugunsten interaktiver und partizipativer Ansätze in den Hintergrund gedrängt. Akteure ethischer Reflexion sind nun mehr und mehr die Fachkräfte in der Behandlung, Pflege und Versorgung von Patient\*innen selbst. Ethikberatung verändert sich in einem solchen Ansatz vom Ratschlag zur Moderation. Vornehmlich geht es nun darum, die Handelnden dabei zu begleiten und es ihnen zu erleichtern (to facilitate), in einer methodischen reflexiven Anstrengung selbst zu vertretbaren und gut begründeten Handlungsalternativen zu kommen. Lerneffekt und Akzeptanz der ethischen Beratschlagung sollen damit verbessert werden. Ein solcher Prozess des gemeinsamen Beratschlagens wird mit einem Fachterminus auch Deliberation genannt.

Seit dem Aufkommen klinischer Ethik hat es eine lebendige Diskussion darüber gegeben, worin der Beitrag einer Ethikerin oder eines Ethikers an deliberativen Auseinandersetzungen bestehe. Dabei erscheint, wenn es um das Nachdenken und den Erfahrungsaustausch über moralisches Wissen und moralische Orientierung geht, die Annahme einer Art objektivierbarer ethischer Expertise problematisch. Schon früh wurde vehement bestritten, dass es in moralischen Fragen überhaupt so etwas wie eine abgrenzbare, erlernbare und im Rahmen eines Berufs ausübbar Expertise geben könne (Ayer 1954). Umgekehrt war auch der von der ASBH vertretene sogenannte Ethics Facilitation Approach vielen Fragen und auch scharfer Kritik ausgesetzt. Würde man, so einer der Vorwürfe, die Rolle der Ethikberatung auf bloße Moderation reduzieren, wäre noch nicht die Frage nach ethischen Kriterien sowie auch nach deren Begründbarkeit beantwortet (Steinkamp 2008). Und gerade hierin sehen andere einen unverzichtbaren Bestandteil ethischer Expertise (Singer 1971).

In den 1990er Jahren wurden klinische Ethik und ethische Fallbesprechung auch in Europa verstärkt aufgegriffen und weiterentwickelt. Dabei kristallisierten sich zwei

wichtige Akzentsetzungen heraus. Erstens werden in europäischen Konzepten, deutlicher noch als in den USA, die Fachkräfte (Ärzt\*innen, Pflegende usw.) als Akteure der Deliberation angesehen (Steinkamp, Gordijn 2010). Die zu einem solchen Konzept passende Rolle von Ethiker\*innen beinhaltet Elemente von Moderation, aber auch von ethisch untermauerter Expertise im Rahmen einer solchen Moderatorenrolle. Dementsprechend ist dann auch statt von Ethikberatung (ethics consultation) vornehmlich von ethischer Fallbesprechung (moral case deliberation) oder auch, vor allem in den Niederlanden, etwas allgemeiner von Ethikunterstützung die Rede (Hartmann et al. 2016). Um den Unterschied und die Akzentverschiebung zwischen der ursprünglichen Entwicklung in den USA und der Weiterentwicklung in europäischen Ländern zu verdeutlichen, spricht Rouven Porz vom Inselspital in Bern sogar von zwei Paradigmen klinischer Ethik (Porz 2015).

Zweitens wird die ethische Fallbesprechung darauf abgestimmt, dass Gesundheitsversorgung in komplexen, arbeitsteiligen Gesellschaften immer mehr multidisziplinäres Handeln ist. Das heißt, dass in klinischen Abteilungen, in Pflegeheimen und in der gemeindenahen ambulanten Versorgung Gesundheitsleistungen vor allem in Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen behandelnden, pflegenden und versorgenden Berufsgruppen zu leisten ist. Dementsprechend ist die auch in Deutschland bekanntgewordene und in vielen Einrichtungen gebrauchte Nimwegener Methode ausdrücklich für ethische Deliberationen in multidisziplinären Teams entworfen worden (Steinkamp, Gordijn 2010). Vor allem dort, wo der Pflege eine tragende Rolle zukommt, wie beispielsweise in der Begleitung von Menschen mit Demenz, kann die multidisziplinäre ethische Fallbesprechung ein Bewusstsein dafür offenhalten, dass bis zur gleichwertigen Wertschätzung der unterschiedlichen Berufsgruppen noch ein recht weiter Weg zurückzulegen ist.



Zusammengefasst ergibt sich aus dieser kurzen Darstellung der Entwicklung ethischer Deliberation in Einrichtungen des Gesundheitswesens, dass multidisziplinäre Fallbesprechungen ein Instrument für Teams im Gesundheitswesen sein können, um konkrete moralische Fragen bei der Behandlung, Pflege und Versorgung von Patient\*innen und Bewohner\*innen von Einrichtungen oder in der häuslichen Pflege miteinander zu besprechen. Hierfür kann, wo die Möglichkeit besteht, die inhaltliche und

prozessbezogene Expertise eines speziell trainierten Ethikers beziehungsweise einer Ethikerin sehr hilfreich sein. Fachkräfte sind dabei selbst die Subjekte der Deliberation; Ethiker\*innen übernehmen die Rolle eines Sparringpartners, der die Handelnden dabei unterstützt, sich bei einer solchen Besprechung ganz auf ihre eigene Verantwortung und deren ethische Implikationen zu konzentrieren. Vorrangig geht es dabei um die Verständigung am konkreten Beispiel darüber, was gutes Handeln im jeweiligen Arbeitskontext beinhaltet (Heintel et al. 2006).

## 2. Ein Beispiel aus der Praxis und die Erfahrung moralischer Probleme

Bei der ethischen Fallbesprechung im Team geht es der Definition nach darum, sich gemeinsam über moralische Problemstellungen auszutauschen und nach ethischen Begründungen für gutes Handeln zu suchen. Was aber sind moralische Probleme? Um dieser Frage näherzukommen, bietet sich es sich an, eine weitere Praxissituation anzuschauen.

### Henry E. und sein Wunsch nach Fleischgenuss (nach Banks, Nøhr 2012, 84f.)<sup>1</sup>

Henry E. war mit seiner langjährigen Ehefrau vor einigen Jahrzehnten Gründungsmitglied und Vorkämpfer der Veganer-Bewegung seines Landes. Der heute 75-jährige Mann lebt mittlerweile auf Grund seiner fortgeschrittenen Demenzerkrankung in einem Pflegeheim, wo er auf Wunsch der ihn auch rechtsförmlich betreuenden Ehefrau mit veganem Essen versorgt wird. Durch einen Fehler erhält er eines Mittags einen Teller mit Fleisch, Kartoffeln und brauner Soße. Er genießt seine Mahlzeit sichtlich und bemerkt beim nächsten Mittagessen zum ersten Mal, dass er etwas anderes zu essen bekommt als seine Tischnachbarn. Er lehnt dies vehement mit der Begründung ab, er wolle „keinen Fraß essen“, der nur für ihn gemacht sei. Er beginnt in der Folge, mit seinen Tischnachbarn deren Essen zu teilen, was sie alle erheitert und mit spitzbübischem Scherzen kommentieren.

Die das Essen beaufsichtigenden Pflegekräfte lassen ihn zunächst ohne Intervention gewähren. Sie erwarten, dass sich Henry E. in Kürze wieder seinem gewohnten Essen zuwendet. Sie sind der Auffassung, dass der vehemente Protest gegen das vegane Essen lediglich eine kurze „Verirrung“ seiner aktuellen Wünsche ist, die seiner fortgeschrittenen Demenz geschuldet, keinesfalls aber Ausdruck seines „wirklich bewussten Willens“ seien. Nachdem sich einerseits Henry E.s Protest verstetigt, andererseits das anfängliche Amüsement der Tischnachbarn über das „Essen-Abklauben“ einer zunehmenden Verärgerung gewichen ist, diskutieren die Pflegekräfte seinen Fall auf der nächsten Dienstbesprechung. Nach anfänglich kontroverser Diskussion einigt man sich darauf, der Ehefrau über die Vorfälle zu berichten und ihr vorzuschlagen, dass man Henry E. zukünftig solange „nor-

male Kost" reiche, wie er diese entgegen seinen veganen Lebensgewohnheiten begehre. Die leitende Pflegerin seiner Station nimmt daraufhin Kontakt mit seiner Ehefrau auf. Diese verbietet dem Pflegeheim kategorisch, ihren dementen Mann mit nicht-veganer Kost zu versorgen. Fleischgenuss und ähnliches käme einem schweren Anschlag auf die grundlegende Lebensphilosophie ihres Mannes gleich. Notfalls müsse man ihn isolieren und ihm das Essen auf seinem Zimmer servieren. Auf den Einwand der leitenden Pflegerin, dass man durch diese Maßnahme Henry vom „sozialen Mehrwert“ des gemeinsamen Essens und Trinkens ausschließe, entgegnet sie, dass ihr dann die weitere Betreuung und Lebensbegleitung ihres Mannes nicht mehr möglich sei. Schließlich sei die Entscheidung für eine strikt vegane Ernährung nicht einfach Ausdruck einer kulinarisch geschmacklichen Vorliebe, sondern eine tiefgreifende Entscheidung über eine Lebensphilosophie, die auch ihre Ehe entscheidend präge. Wenn er seine „Verwirrung“ einmal bewusst wahrnehmen könnte, würde er ihr sicherlich schwere Vorwürfe machen, ihn nicht von dieser schweren Abschweifung abgehalten zu haben. Immerhin habe ihr Mann im Vertrauen auf diese „Wächterfunktion“ sie im Rahmen einer Betreuungsverfügung zur Sachwalterin seiner Interessen gemacht. Und überhaupt: Sollte sich ihr Mann wirklich in seinem Zustand von dieser Lebensphilosophie verabschieden, sei ihr eine weitere Verbindung nicht möglich. Ohnehin sei ihr Henry weithin fremd geworden. Aufgrund dieser eindeutigen Position der Ehefrau weist die leitende Pflegerin ihre Mitarbeiter\*innen an, Henry die Mahlzeiten auf seinem Zimmer zu servieren und ihm die Teilnahme an den gemeinsamen Mahlzeiten zu verwehren. Sollte Henry E. dennoch den Speisesaal aufsuchen wollen, so sollten sie ihm sagen, dass dieser wegen dringender Renovierungsarbeiten für längere Zeit geschlossen bleiben müsse. Henry E. würde sich sicherlich nach kurzer Zeit an diese neue Regel gewöhnen und die Zeit gemeinsamer Mahlzeiten vergessen. Tatsächlich legen sich Henrys anfängliche Anstalten, zu den Mahlzeiten in den Speisesaal zu gehen. Zugleich stellt sich eine zunehmende Appetitlosigkeit ein. Später schwankt Henrys Stimmung zwischen Apathie und Aggression. Die Pfleger\*innen sind zunehmend beunruhigt und bringen, nachdem die Ernährungsberaterin die Appetitlosigkeit auf die Isolation zurückführt, den Fall erneut in die Stationsbesprechung.

Bevor es um konkrete Aspekte und Schritte zum Verständnis dieser Situation geht, sei kurz auf die Frage eingegangen, inwiefern es sich hierbei um ein moralisches Problem handelt und warum eine ethische Fallbesprechung ein geeignetes Instrument sein kann, das zur Klärung der Situation beiträgt. In der Auseinandersetzung um ethische Fragen und Probleme in der Praxis hat sich die Verwendung des Begriffs **Moral** durchgesetzt für die gelebten und lebendigen Vorstellungen und Überzeugungen im

1 ♦ Das Fallbeispiel wurde von Andreas Lob-Hüdepohl für die Hochschullehre überarbeitet und erweitert, von Norbert Steinkamp sprachlich überarbeitet und leicht gekürzt.

Bereich des Zwischenmenschlichen sowie auch für den Umgang mit anderen Lebewesen oder der Natur insgesamt für wertvoll und gut gehaltenes Handeln. Der Begriff Ethik dagegen bezieht sich auf die kritische Reflexion der Moral. Wenn diese Reflexion im Rahmen einer Teambesprechung durchgeführt wird, spricht man von Deliberation. Die Unterscheidung zwischen den Ebenen des Gelebten und der Reflexion ist unter anderem deswegen sinnvoll, weil sich gelebte Moralvorstellungen ändern und weil diese Veränderungen unterschiedliche Lebens- und Arbeitsperspektiven moralisch jeweils in anderem Licht erscheinen lassen. Um nicht lediglich aus einem Bauchgefühl



heraus etwas zu behaupten, haben vor allem Philosoph\*innen Methoden und Kriterien entwickelt, mit denen man sich über Moralvorstellungen vernünftig und verantwortungsbewusst Rechenschaft geben kann.

Ethische Auseinandersetzungen in konkreten Handlungssituation im Gesundheits- und Sozialwesen haben es häufig mit Fragen nach individuellem Wohl und Willen von Patient\*innen und Bewohner\*innen innerhalb von Organisationszusammenhängen mit ihren je besonderen Rahmenbedingungen zu tun. So kann es beispielsweise im Umgang mit Menschen mit Demenz zu Unklarheiten oder Konflikten darüber kommen, was denn nun als Wille einer betreffenden Person einzuschätzen sei und welche Verbindlichkeit ein solcher Wille hat. Im zuvor skizzierten Fallbeispiel geht es ja unter anderem darum, dass ein Bewohner in seinem bewussten Leben etwas gelebt und bevorzugt hat, das auch von seiner langjährigen Ehefrau und amtlich bestellten Bevollmächtigten vehement geltend gemacht wird und im Gegensatz zu dem steht, was er aktuell, unter den Bedingungen eines demenziellen Verlaufs, als sein momentanes Bedürfnis erkennbar werden lässt. Alle Beteiligten scheinen nun verunsichert darüber, ob nun der freie oder der natürliche Wille ausschlaggebend sein sollte.

In einem ersten Schritt des Nachdenkens könnte man zu der Vermutung kommen, dass die Pflegenden, wie immer sie sich entscheiden, nicht nur im Sinne von Henry handeln, sondern zugleich seinen Willen (oder jedenfalls bestimmte Aspekte dieses Willens) missachten und sich auch im Widerspruch zu seinem Wohlergehen und damit in einem Dilemma befinden. Bereits die genauere Eingrenzung dessen, was unter einem moralischen Problem zu verstehen sei, konfrontiert alle Beteiligten mit Komplexität. Festhalten kann man also bereits für die Ebene der gelebten Überzeugungen, dass von einem moralischen Problem immer dann die Rede sein kann, wenn die Beteiligten in Bezug auf die moralischen Belange eines anderen Menschen eine Interpretations- und/oder Handlungsunsicherheit erfahren. Diese berühren zugleich die moralischen Belange der Handelnden und führen damit sogar zu einer Verunsicherung im doppelten Sinne.

Eine solche Handlungsunsicherheit, also im Wesentlichen die Erfahrung, dass ich nicht wirklich weiß, worin gutes Handeln in dieser konkreten Situation besteht, kann als Zweifel erlebbar werden. Handlungsunsicherheit kann sich aber auch verschärft als Konflikt äußern oder sogar zu einem Dilemma verdichten. Von einem Dilemma ist dann die Rede, wenn sich für zwei Handlungsalternativen jeweils gute Gründe finden, bei entsprechendem Handeln aber auch als wesentlich angesehene moralische Güter verletzt werden. Handle ich in einer solchen unübersichtlichen Situation dennoch, werde ich in der Folge davon, traditionell moralphilosophisch gesprochen, möglicherweise von schlechtem Gewissen geplagt. Ich nehme Erfahrungen wie diese vielleicht „mit nach Hause“ und erfahre Reue, ein nagendes Gefühl, nach dem ich vielleicht besser nicht oder ganz anders hätte handeln sollen, auch wenn dies angesichts der konkreten Umstände vielleicht gar nicht möglich war.

Einen interessanten Vorschlag, die eben beschriebenen Erfahrungen auf den ethischen Begriff zu bringen, hat der Philosoph Matthias Kettner (Kettner 2014) erarbeitet. Zunächst einmal bezeichnet Kettner das, was bisher auf einer intuitiven Ebene als moralisches Problem im Sinne von Handlungsunsicherheit oder Zweifel thematisiert wurde, als „Interpretationskonstrukte“. Wenn ich etwas als Problem erfahre, ist dies nicht nur eine vage Empfindung, sondern bereits das Ergebnis bewusster Interpretation. Er schreibt: „(...) wer sich im Handeln vor Probleme gestellt findet, hat gewisse Schwierigkeiten bereits so interpretiert und klassifiziert, dass sie für ihn mindestens ein (oder mehr als ein) Problem bilden.“ Inhaltlich, so Kettner weiter, liege ein moralisches Problem vor, wenn jemandem ein Unrecht geschieht, den oder die die Existenz von Moral eigentlich genau davor schützen sollte. „Moralisch zu handeln“ erweise sich dabei nicht als die Möglichkeit, bestimmte Handlungen vollziehen zu können, sondern Handlungen, die man vollziehen kann, auf eine bestimmte Weise zu vollziehen, nämlich so, dass sie moralisch in Ordnung (moralisch richtig, moralisch gut, moralisch einwandfrei) sind – und natürlich auch moralisch nicht in Ordnung sein können.

Anders ausgedrückt, geht es also bei der Moral nicht in erster Linie um einen Verbotskatalog, in dem bestimmte Handlungen als verboten, andere hingegen als erlaubt oder erwünscht qualifiziert werden. Das Augenmerk liegt vielmehr auf der Frage, ob ich das, was ich in meinem konkreten Handeln tue, moralisch gut, moralisch richtig oder moralisch einwandfrei hinbekommen kann. Um dies näher zu ergründen, kann man in Situationen wie der oben beschriebenen eine ethische Fallbesprechung durchführen.

Rückblickend auf das Fallbeispiel und die sich daran anschließenden Überlegungen können wir nun erstens festhalten, dass das Unbehagen und die Verunsicherung, die die Pflegenden empfinden mögen, nicht nur etwas vage Intuitives ist, sondern bereits Ergebnis von Interpretation und bewusster Auseinandersetzung im Rahmen ihrer pro-

fessionellen Expertise. Zum zweiten wird deutlich, dass es bei moralischen Problemen und damit auch in einer ethischen Fallbesprechung nicht nur um Konflikte und harte Dilemmata geht, sondern immer auch um die subtilen Nuancen einer Situation, sozusagen um das moralische Kleingedruckte, welches vielleicht im Austausch darüber schon Hinweise darauf geben kann, wie man sich eine schwierige Handlungssituation erschließen und sie gegebenenfalls auch bewältigen kann.

### 3. Methoden ethischer Fallbesprechung

Im Laufe einiger Jahrzehnte wurden unterschiedliche Methoden ethischer Fallbesprechung entwickelt. Zum Zwecke der Übersichtlichkeit beschränkt sich dieser Artikel auf einige Gesichtspunkte, mittels derer solche Methoden für Praxiskontexte erschlossen werden können. Die Auswahl des im Weiteren Besprochenen ist durch berufliche Erfahrungen des Autors mitbedingt.

Zunächst einmal kann man zwischen formellen und informellen ethischen Besprechungen unterscheiden. Zwar wird bei ethischer Deliberation in Einrichtungen des Gesundheitswesens zunächst an eine von einem Team oder einer Station angefragte moderierte, multidisziplinäre Teambesprechung über eine konkrete moralische Fragestellung bei der Behandlung, Pflege und/oder Versorgung einer Person gedacht. Dies schließt aber nicht aus, dass ethische Reflexion und Deliberation auch in informellen Zusammenhängen hilfreich sein können. Zu denken wäre an Begegnungen während einer Arbeitspause, bei Übergaben oder beim gemeinsamen Handeln. Die Idee hierbei ist, die bei der formalisierten ethischen Deliberation angewandten Überlegungen so in den Alltag zu integrieren, dass sie in den genannten informellen Situationen von jedem und jeder Einzelnen allein oder mit anderen genutzt werden können, um sich auch niederschwellig über als moralisch problematisch erfahrene Situationen auszutauschen.

Im Falle formalisierter ethischer Teamdeliberationen hat sich die Unterscheidung zwischen normativ begründenden und interpretativ verstehenden Methoden als hilfreich erwiesen. Ist die Bestimmung einer moralischen Fragestellung in einer Handlungssituation relativ klar und deutlich möglich, liegt es nahe, diese normativ begründend zu besprechen. Dann geht es vor allem darum, eine begründete Antwort auf eine spezifische Handlungsfrage zu finden. In Situationen dagegen, in denen sich eine handlungsbezogene moralische Frage nicht oder nur schwer bestimmen lässt, erscheint der Gebrauch einer interpretativen, verstehenden, vielleicht auch zu retrospektiver Sichtweise einladenden Methode sinnvoller. Bei Verwendung einer solchen Methode würde man die von Kettner ins Gespräch gebrachte Interpretation als einen unabgeschlossenen Prozess in den Mittelpunkt stellen und die Teambesprechung eher als einen Verstehensprozess denn als Beantwortung einer bereits als Ergebnis von Interpreta-

tion geklärten Fragestellung durchführen. Als Beispiel für eine zu normativer Begründung anleitende Gesprächsmethode dient die sogenannte Nimwegener Methode; als Beispiel für eine interpretativ verstehende Methode wird das sogenannte hermeneutische Gespräch vorgestellt. Vor allem die in den Niederlanden entwickelte Nimwegener Methode ist auch in Organisationen des Gesundheitswesens im deutschen Sprachraum bekannt geworden, während das hermeneutische Gespräch aufgrund seiner nicht primär entscheidungsbezogenen Ausrichtung bislang eher im Kontext von Schulungen und Seminaren Verwendung gefunden hat.

### 3.1 Nimwegener Methode

Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechung (Steinkamp, Gordijn 2010, 255-80) ist eine Gesprächsstruktur, mit deren Hilfe eine Teambesprechung über ein konkretes moralisches Problem in vier Phasen eingeteilt wird:

(1) Problemstellung

<b>Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechung</b>	
<b>1. Problem</b>	<b>3. Moralische Bewertung</b>
Inventarisieren: Was ist los?	Wohl der Patientin / des Bewohners
Moralische Frage am Anfang	Autonomie d. Patientin/d. Bewohners
	Gerechtigkeit
<b>2. Fakten</b>	Andere Werte (Leben, Sorge etc.)
Medizinisch	Verantwortlichkeiten
Pflegerisch	
Psychosozial	<b>4. Beschlussfassung</b>
Religiös	Anfängliche Fragestellung verändert?
Organisatorisch	Abwägung von Argumenten
Rechtlich	Zusammenfassung der Entscheidung,
	Begründung der Vereinbarungen

In der ersten Gesprächsphase, die etwa 10 bis 15 Minuten beansprucht, werden zunächst unter Anleitung der Gesprächsleitung Vorschläge und Eindrücke über den Anlass der Besprechung gesammelt. Da der praktische Anlass in der Regel schon im Vorfeld zwischen der Abteilung beziehungsweise dem Team und der Gesprächsleitung kommuniziert worden ist, ist diese erste Phase explorativ, aber fokussiert auf eine bestimmte Person (Patient\*in, Bewohner\*in). Ziel ist die Formulierung der im Team als am wichtigsten empfundenen moralischen Frage. Der oder die Gesprächsleiter\*in ist

verantwortlich dafür, das Gespräch auf diesen Fokus hin zu strukturieren. Sollten mehrere Fragen im Raum stehen, wird im Interesse der Fokussierung die im Team als vorrangig empfundene Frage zum Ausgangspunkt genommen. Im weiteren Verlauf bietet das Gesprächsprotokoll die Möglichkeit einer Kurskorrektur, sollte sich die anfängliche Fragestellung im Gesprächsverlauf verändern oder als nicht vorrangig herausstellen.

## (2) Inventarisierung der Fakten

In den bekannten Formularen der Nimwegener Methode ist die zweite Gesprächsphase in der Regel etwas unglücklich mit dem Titel „Fakten“ gekennzeichnet. Gemeint ist, dass in einem professionellen Handlungsumfeld eine Situation zunächst einmal sorgfältig analysiert und verstanden werden sollte, bevor man zu Wertungen und ethischen Schlussfolgerungen übergeht. So geht es in dieser Phase darum, schrittweise je Berufsgruppe verschiedene Perspektivwechsel vorzunehmen und die Situation aus der jeweiligen Sicht genau zu analysieren. Im Prozess der Analyse aus medizinischer, pflegerischer, psychologischer, aber auch aus der Perspektive der betroffenen Patient\*in oder Bewohner\*in entwickelt sich die Besprechung von einem zunächst analytischen Erklären zu einem mehr und mehr interpretativen Verstehen. Auf diese Weise soll eine solide und möglichst mit allen Beteiligten ausdrücklich besprochene Basis entstehen, auf der dann die ethische Abwägung und Entscheidungsfindung aufgebaut werden können.

Unglücklich ist der Begriff „Fakten“ insofern, als er suggeriert, es gebe so etwas wie wertungsfreie Tatsachen. Da schon die Problemdefinition Ergebnis von Wertung und Interpretation ist, darf Entsprechendes auch für die Auswahl der als relevant erachteten Merkmale einer Handlungssituation vorausgesetzt werden. Nur sind es eben nicht ausschließlich moralische Wertungen, die die Auswahl und den Austausch über diese Merkmale bestimmen, sondern auch die jeweilige professionelle Sichtweise, organisatorische Aspekte und vieles mehr. Im Blick auf diese Unterscheidung der Wertungsebenen erscheint eine analytische Unterscheidung von Situationsanalyse und -interpretation einerseits, ethischer Abwägung und Entscheidungsfindung andererseits jedenfalls gerechtfertigt zu sein.

Die wichtige Frage, ob die in diesem Zusammenhang auch einbezogene Betroffenenperspektive die Anwesenheit von Patient\*in oder Bewohner\*in bei der ethischen Teambesprechung notwendig macht, wird in der fachlichen Debatte zunehmend mit „ja“ beantwortet. Dies schließt nicht aus, dass es im Bereich ethischer Teambesprechungen Situationen geben kann, in denen die involvierten Fachkräfte sich auch intern miteinander austauschen können und dafür Raum und Zeit haben sollten. Dennoch müsste, wenn der in der Reflexion und Deliberation ethischer Fragen zentrale Partizipationsgedanke ernstgenommen wird, zumindest die Frage nach Anwesenheit und einer

entsprechenden Gestaltung von Prozess- und Ergebnisqualität sowie auch, wenn dies aufgrund eingeschränkter oder fehlender Einwilligungsfähigkeit nicht anders möglich ist, die Frage nach guter Vergegenwärtigung/Vertretung von Patient\*in oder Bewohner\*in mitbedacht werden.

### (3) Bewertung

In der Phase der Bewertung kommen explizit ethische Bewertungskriterien zur Sprache. Die bisher ausgearbeiteten Protokolle der Nimwegener, aber auch anderer Methoden ethischer Fallbesprechung beziehen sich bei der inhaltlichen Ausgestaltung dieser Besprechungsphase beispielsweise auf die von Tom Beauchamp und James Childress (Beauchamp, Childress 2019) vorgeschlagenen sogenannten mittleren Prinzipien der Ethik im Gesundheitswesen, nämlich Respekt vor Autonomie, Vermeidung von Schäden, Mehrung des Nutzens sowie Gerechtigkeit. Hinzu kommen normative Überlegungen im Blick auf die Bewertung von Lebensqualität und, vor allem im Kontext der Pflege, im Blick auf die Haltungen der Sorge und der Achtsamkeit (Conradi, Vosman 2016). Von manchen mag eine solche normative Vorstrukturierung als einengend empfunden werden. Im Sinne einer reflektierenden Urteilskraft könnten dann auch die ethischen Bewertungsmaßstäbe zum Gegenstand gemeinsamer Deliberation gemacht werden. Wichtig für die Praxis der Moderation ethischer Fallbesprechungen scheint jedenfalls zu sein, inhaltliche Vorstrukturierung nicht einengend, sondern heuristisch und kreativ als eine Art Fangnetz zu gebrauchen, das zu reflektierter Situationsbewertung anregt.

### (4) Beschlussfassung

Am Beginn der Beschlussfassung wird den Gesprächsteilnehmer\*innen die Möglichkeit angeboten, noch einmal die Ausgangsfrage anzuschauen und sie gegebenenfalls zu ändern. Dies schließt die Möglichkeit ein, eine eventuell in der Eingangsrunde bereits genannte Frage, der anfangs keine Priorität zuerkannt worden war, in die Besprechung hinein zu holen. Wichtig ist, am Ende der Besprechung die getroffene Entscheidung einschließlich der für sie sprechenden ethischen Gründe zusammenzufassen und dabei auch die konkreten Vereinbarungen und Absprachen darüber, wie und durch wen das Beschlossene umgesetzt werden soll, mit einzuschließen. Eine direkt normativ argumentierende Methode der ethischen Deliberation zeichnet sich dadurch aus, dass sie zwar in einer Unterbrechung täglicher Routine einen Diskurs strukturiert, dabei jedoch noch relativ nah an der vor allem im klinischen Bereich vorherrschenden Lösungsorientierung orientiert bleibt. Sowohl die angebotene Struktur als auch die Interventionen der Gesprächsleiter\*innen sollen die Fachkräfte im Team sowie die eventuell anwesenden Patient\*innen, Bewohner\*innen oder deren Stellvertreter\*innen dahingehend unterstützen, dass sich diese auf ihre jeweilige Rolle und Verantwortung in Behandlung, Pflege und Versorgung konzentrieren und sich von der Verantwortung

der Gesprächsleitung befreien können. Eine Einschränkung bei der Verwendung prospektiver, direkt normativ argumentierender Fallbesprechungsmethoden besteht darin, dass diese die Möglichkeit voraussetzen, recht klare und deutliche moralische Fragestellungen bereits am Beginn des Gespräches formulieren zu können. Handlungssituation im Gesundheits- und Sozialwesen lassen sich aber nicht ohne weiteres in allen Fällen auf bestimmte Fragestellungen fokussieren, ohne dass gerade diesem Aspekt zunächst einmal gesonderte Aufmerksamkeit zukommt. So könnte es im Falle von Henry, der sich in der Situation demenzieller Veränderungen Dinge wünscht oder Verhaltensweisen zeigt, welche er in der Zeit vor seiner Demenz aus grundsätzlichen Überlegungen abgelehnt hätte, als sinnvoll und hilfreich erweisen, sich der Situation statt lösungsorientiert zunächst einmal behutsamer und mit dem vorrangigen Interesse des Verstehens und der Interpretation anzunähern.

### 3.2 Hermeneutisches Gespräch

Solche und ähnliche Überlegungen haben zur Entwicklung von Gesprächsmodellen geführt, die zu hermeneutisch interpretativer oder konzeptionell reflexiver Auseinandersetzung mit der Erfahrung komplexer Handlungssituation anleiten. Zu nennen wären für die konzeptionell reflexive Deliberation das Sokratische Gespräch beziehungsweise das Sokratische Philosophieren, für die interpretative Auseinandersetzung das Hermeneutische Gespräch. Letzteres wird in den restlichen Abschnitten dieses Paragraphen näher erläutert, bevor am Schluss auf die Entwicklung einer deliberativen Handlung eingegangen wird sowie einige Einsichten des bisher Entwickelten kurz zusammengefasst werden.

Der philosophisch weniger erfahrenen Leser\*innen vielleicht unbekanntem Begriff Hermeneutik wird etymologisch, also was die Entstehungsgeschichte des Wortes angeht, gewöhnlich mit der mythologischen Figur des Götterboten Hermes in Verbindung gebracht. Dessen Aufgabe bestand darin, die Mitteilungen der olympischen Götter zu „übersetzen“ und sie damit den Menschen überhaupt erst verständlich zu machen. Das griechische Tätigkeitswort *hermēneúein* bedeutet übersetzen, verstehen, interpretieren. Dies deutet an, dass der heutige Gebrauch des Wortes Hermeneutik sich nicht allzu weit von seiner wortgeschichtlichen Herkunft entfernt hat. Es geht kurz gesagt darum, sprachliche Äußerungen auf eine methodisch reflektierte Weise zu interpretieren und zu verstehen.

Der Unterschied zwischen der griechischen Antike und unserer Zeit besteht darin, dass wir auf eine inzwischen etwa fünfhundertjährige Geschichte der Entwicklung hermeneutischen Denkens in der Philosophie zurückblicken können, damit über ausgearbeitete Konzepte verfügen und uns deshalb nicht auf einen mythischen Interpreten verlassen müssen. Dabei soll hier an dieser Stelle nur erwähnt, nicht aber vertieft

werden, dass die Hermeneutik als philosophische Denkweise sich am Anfang zunächst auf autoritative, vor allem biblische, Texte beschränkt hat und erst in einer längeren Entwicklung vor allem im 19. und 20. Jahrhundert auf jegliche sprachliche und schriftliche Äußerung des Menschen, ja sogar auf die verstehende Analyse der menschlichen Existenz überhaupt angewendet wurde. Für den Kontext der ethischen Deliberation bedeutet dies, dass die hermeneutisch inspirierte Besprechung von Handlungssituationen im Gesundheits- und Sozialwesen auch fachphilosophisch durchaus legitim ist. Die vielleicht wichtigste Einsicht, die die hermeneutische ethische Deliberation mit sich bringt, besteht darin, eine Fallschilderung nicht einfach als etwas Gegebenes, sondern als von einer bestimmten Person in einer bestimmten Rolle aus einer bestimmten Perspektive erzählte Geschichte wahrzunehmen. Einem genaueren Verstehen einer solchen Geschichte nähert man sich an, indem man in mehrfachem Wechsel sowohl das eigene Vorverständnis, die Umstände, denen die Geschichte sich verdankt, und die Elemente, die zu ihrer Erzählung verwandt werden, interpretierend möglichst genau zu eigen macht. Damit wird ein im Vergleich zum ersten Vorverständnis genaueres Bewusstsein der Geschichte und ihrer Bedingtheiten ermöglicht, was zu vertieftem Verständnis führen und günstigstenfalls bisher nicht entdeckte neue Perspektiven aufzeigen kann. Ähnlich wie die Nimwegener Methode teilt auch ein hermeneutisches Gesprächsprotokoll (Steinkamp, Gordijn 2010, 280-93) eine Teamdeliberation in aufeinander aufbauende Phasen ein.

### Handreichung Hermeneutisches Gespräch

#### Erste Intuitionen

1. Erste, durch den Fall angeregte Intuitionen

#### Analyse der narrativen Perspektiven

2. Perspektive und Stil

#### Analyse der Erzählung

3. Struktur
4. Inhalt

#### Elemente der Erzählung

5. Schlüsselbegriffe
6. Ethische Theorien

#### Zurück zur Fallgeschichte

7. Bedeutung der Besprechung für das Verständnis des Falles  
Unterschiede zu den ersten Intuitionen

In der ersten Phase des Gespräches werden auf einer intuitiven Ebene Eindrücke dessen gesammelt, was durch die beschriebene Situation im Team ausgelöst wird. Ähnlich wie bei der Nimwegener Methode ist auch diese Vorgehensweise von der Annahme geprägt, dass intuitive Antworten auf Handlungssituationen auf mehr oder weniger

bewussten Wertungen beruhen. In diesem Falle repräsentieren sie ein erstes Vorverständnis und halten deshalb erste Anhaltspunkte für die Interpretation bereit. In den folgenden Prozessschritten wird die Falldarstellung als perspektivisch erzählte Geschichte herausgearbeitet, verbunden mit der Annahme, dass das Bewusstmachen dieser Perspektivgebundenheit dabei hilft, ein genaueres Verständnis der Situation und ihrer Handlungsimplicationen zu gewinnen. Praktisch hat es sich für die Analyse von Perspektive und Stil in Phase 2 des hermeneutischen Gesprächs bewährt, einige der Teilnehmenden zu bitten, die Geschichte ein oder zweimal aus jeweils anderen Perspektiven noch einmal neu in der Ichform zu erzählen.

Die Geschichte von Henry wird nicht nur dadurch lebendiger und vollständiger, dass sie aus seiner eigenen wie auch aus der Perspektive seiner Ehefrau, vielleicht auch aus der Perspektive seiner Mitbewohner noch einmal nacherzählt wird. Zu dieser Verlebendigung trägt auch das Bewusstsein, dass die professionelle sozialarbeiterische oder pflegerische Perspektive, aus der die Verschriftlichung vermutlich erzählt wurde, keine objektive Wahrheit darstellt, sondern den Bedingungen der Sichtweise einer konkreten Fachperson mit ihren Wahrnehmungen und Überzeugungen unterliegt. Im Mittelpunkt der hierauf folgenden Gesprächsphase steht die Analyse der als perspektivische Erzählung erkannten und durch weitere perspektivische Schilderungen erweiterten Situationsdarstellung. Es geht darum, sich den Plot der Geschichte bewusst zu machen und zu schauen, wie diese Dramatisierung sowohl den Inhalt selbst als auch seine Wahrnehmung beeinflusst. Bei der weiteren Analyse der Elemente der Erzählung werden zunächst verwendete Schlüsselbegriffe identifiziert, die die Gesprächsteilnehmer\*innen mit ihrer moralischen Bewertung der Fallgeschichte in Verbindung bringen können. Ausgehend von diesen Schlüsselbegriffen – im vorliegenden Fall zum Beispiel Henrys freier und natürlicher Wille, Henrys Beziehung zu seiner Frau, das Entwenden von Nahrung von den Tellern anderer Bewohner und deren anfangs humorvoller Umgang damit – wird sodann versucht, die erweiterte Fallschilderung durch die „Optik“ verschiedener ethischer Denkweisen anzuschauen und damit das Denken zu vertiefen, also beispielsweise aus der Perspektive einer Ethik der Pflichten und der Menschenrechte, aus utilitaristischer Sichtweise oder unter dem Vorzeichen von Tugenden als langfristig zu entwickelnder Haltungen.

Das Ziel der Besprechung ist noch nicht, zu konkreten Handlungsweisen zu kommen. Vielmehr wird empfohlen, hiervon zunächst einmal abzusehen und stattdessen das Gespräch von prospektiven, handlungsbezogenen Erwartungshaltungen zu lösen und sich auf Vertiefung und Verstehen zu richten. Für die Reflexion darüber halten die beiden letzten Gesprächsphasen Raum und Zeit offen: Zunächst wird festgehalten, was die Besprechung und die im Verlaufe derselben günstigenfalls erlangte Horizonterweiterung für das Verständnis der vorliegenden Handlungssituation zu bedeuten habe.

Zum Schluss wird noch einmal der Bogen zum Beginn des Gesprächs gespannt. Durch einen Vergleich des nunmehr erlangten Verständnisses mit den anfänglichen, intuitiv erschlossenen Vorverständnissen im Team können Erkenntnisgewinn und Lernerfolg der Besprechung verdeutlicht werden.

#### 4. Zur Bedeutung und Funktion einer deliberativen Haltung

Im Rückblick setzen beide Methoden voraus, dass eine ethische Fallbesprechung nicht von einem fiktiven Nullpunkt der Ahnungslosigkeit, sondern auch auf der intuitiven Ebene bereits von komplexen Interpretationen und Beurteilungen ausgeht, durch die eine Handlungssituation überhaupt erst als moralisches Problem erkannt und kommuniziert werden kann. Im Falle von Henry wird die Erfahrung der Handlungsunsicherheit und des damit verbundenen moralischen Unbehagens unter anderem gemessen an anthropologischen Interpretationen der Demenz im Zusammenhang mit Henrys Identität, an pflegerischen Handlungstheorien, moralischen Überzeugungen und, so vorhanden, auch institutionellen Leitlinien. Wichtig ist deshalb, dass die Teamdeliberation – ob sie nun normativ argumentativ oder eher verstehend interpretativ durchgeführt wird – nicht als eine von der Praxis abgetrennte theoretische Aktivität, sondern als eine besondere Form des Diskurses mit direkter Beziehung zur Praxis gilt, für die man auf der Suche nach besserer Orientierung ist.



Umgekehrt bietet es sich deshalb an, die ethische Teamdeliberation so in die Praxis zu implementieren, dass sie nicht den Charakter eines losgelösten Glasperlenspiels erhält, sondern zu einer für das moralische Bewusstsein von Fachkräften wie auch Patient\*innen und Bewohner\*innen sinnvollen Praxis werden kann. Eine Praxis, mit der im Bedarfsfall – wenn beispielsweise individuelle Professionalität nicht die zum Bewältigen komplexer Situationen in multidisziplinären Settings nötige Handlungsorientierung ermöglicht – Einsichten und Ansprüche explizit abgeglichen werden können. Für die ethische Fallbesprechung greife ich deshalb eine Anregung des spanischen Medizinethikers Diego Gracia Guillen (Gracia Guillen 2003) auf. Gracia Guillen unterstreicht die Bedeutung von Methoden in der Deliberation, weist jedoch zugleich darauf hin, dass diese erst dann lebendig werden können, wenn sie in einer deliberativen Haltung eingebettet sind, welche, so könnte man seinen Gedanken weiterführen, zum Bestandteil der Kultur von Teams und Organisationen werden. Die Entwicklung einer solchen Haltung in professionellen Handlungszusammenhängen würde dann der Wirklichkeit gerecht werden, dass zumindest die beteiligten Fachkräfte von Teamdeliberationen in der Tat Expert\*innen sind,

für die die Entscheidungsfindung ohne explizite und diskursive Aufmerksamkeit zwar zum täglichen Geschäft ihrer Berufsausübung gehört, die sich jedoch hin und wieder mit Situationen konfrontiert sehen, in denen es eines diskursiven „mehr“ bedarf. Es würde dann auch auf dieser Ebene ein Zusammenhang hergestellt zwischen beruflicher Expertise und intuitiv eingängigem Handeln einerseits, und der Erfahrung andererseits, dass gerade moralisch komplexe Situationen eingespielte Handlungsweisen auch unterbrechen und zwischenzeitlich diskursives Deliberieren notwendig und sinnvoll machen können.

### Schlussbemerkung

Die Überlegungen in diesem Artikel entstanden im Anschluss an eine Konferenz in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, während der vornehmlich Pflegende, die mit Menschen mit Demenz arbeiten, sich miteinander und mit Fachreferent\*innen über moralische Fragestellungen ihrer oft sehr anspruchsvollen Tätigkeit auseinandersetzten. Im Mittelpunkt der Konferenz standen praktische Übungen, in denen unter anderem die hier geschilderte Handlungssituation gemeinsam analysiert und interpretiert wurde. In der Literatur über die verwendeten sowie auch über andere Methoden der ethischen Fallbesprechung gibt es zahlreiche Beispiele gelungener Reflexion und Deliberation in vergleichbaren Zusammenhängen. Zur vertieften Auseinandersetzung sei der eine oder andere Titel in der unten angeführten Literaturliste empfohlen. Für eine Implementierung der Auseinandersetzung mit moralischen Fragen professionellen Handelns im institutionellen Kontext bedarf es gesonderter Analyse wie auch konzeptionellen, praktischen und edukativen Handelns, auf das hier nicht näher eingegangen werden kann. Diese zu initiieren liegt nicht zuletzt in der Verantwortung derer, die im Gesundheits- und Sozialwesen Leitungsverantwortung tragen und die zum Bewältigen komplexer Situationen nötigen organisatorischen und politischen Rahmenbedingungen gestalten.

## Literaturverzeichnis Dr. phil Günther Meyer

- Beauchamp T. L., Childress J. F.** (2019). Principles of Biomedical Ethics. 8th edition. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Birnbacher D.** (2007). Analytische Einführung in die Ethik. 2., durchges. und erw. Aufl. Berlin: de Gruyter.
- Dinges S., Kittelberger F.** (2014). Zurecht kommen. Ethikkultur in der Altenhilfe; Leitfaden zur Orientierung und Organisation einer ethischen Entscheidungskultur in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.
- Fraenkel C.** (2016). Mit Platon in Palästina. Vom Nutzen der Philosophie in einer zerrissenen Welt. München: Carl Hanser Verlag.
- Hübner D.** (2014). Einführung in die philosophische Ethik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kettner M.** (2014). „Wann haben wir ein moralisches Problem?“ In: Bereichsethiken im interdisziplinären Dialog [Online]. Karlsruhe: KIT Scientific Publishing
- Körtner U.** (2017). Grundkurs Pflegeethik. 3., aktualisierte Auflage. Wien: facultas.
- Krobath T., Heller A.** (2010). Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Quante M** (2008). Einführung in die allgemeine Ethik. 3. Aufl., unveränd. Nachdruck der 2., durchges. und korrigierten Aufl. 2006. Darmstadt: Wiss. Buchges.
- Staudt F.-P., Sauter W.** (2016). Strategisches Kompetenzmanagement 2.0. Potenziale nutzen – Performance steigern. Springer, Heidelberg.
- van Schayck A.** (2000). Ethisch handeln und entscheiden. Spielräume von Pflegenden u. d. Selbstbestimmung des Patienten. Stuttgart: Kohlhammer.

## Literaturverzeichnis Dr. phil. Ute Siebert

- Bittl, K.-H. / Moree, D.** (2008). Wertekiste. Transkulturelles Lernen mit Werten. Nürnberg.
- Carter, M. A. / Klugman, C. M.** (2001). Ethics Consultation in a Culturally Diverse Society. Public Affairs Quarterly 17(2).
- Coors, M. (et. al.)** (2014). Interkulturalität und Ethik: Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege. Göttingen.
- Geertz, C.** (1973). The Interpretation of Cultures. New York.
- Grützmann, T.** (2016): Interkulturelle Kompetenz in der klinisch-ethischen Praxis. Münster.
- Ilkilic, I.** (2002). Der muslimische Patient. Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft. Münster.
- Ilkilic, I.** (2014a). „Interkulturalität in der Ethikberatung.“ In: Coors, M. (et. al.): Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege. Göttingen.
- Ilkilic, I.** (2014b). „Culture and Ethical Aspects of Truth-Telling in a Value Pluralistic Society.“ In: Teays/Gordon/Renteln (eds.) Global Bioethics ad Human Rights. Lanham.
- Roth, J. / Ettlign, S.** (2014). Interkulturelle Kompetenz in Gesundheit und Pflege. Edumedia
- Thurn, H.-P.** (2014): „Kultur, Zivilisation, Alltag. Bemerkungen zur Ideengeschichte der Kultursoziologie“. In: Stephan Moebius/Clemens Albrecht (Hg.): Kultursoziologie. Klassische Texte der neueren deutschen Kultursoziologie. Springer.
- Terpstra, J./ Von Bose, A.** (2012). Muslimische Patienten pflegen. Springer.

## Literaturverzeichnis Prof. Dr. Norbert Steinkamp

- American Society for Bioethics and Humanities (ASBH)** (2006). Core Competencies for Health Care Ethics Consultation. Glenview, IL.
- Ayer A. J.** (1954). Philosophical Essays. London: MacMillan.
- Banks S., Nøhr, K (Eds.)** (2011). Practising Social Work Ethics around the World. Cases and Commentaries. London, New York: Routledge.
- Beauchamp T. L., Childress J. F.** (2019). Principles of Biomedical Ethics. 8th edition. Oxford, New York: Oxford University Press.

- Conradi E., Vosman F. (Hrsg.)** (2016). Praxis der Achtsamkeit: Schlüsselbegriffe der Care-Ethik. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Fox E., Myers S., Pearlman R. A.** (2007). Ethics Consultation in United States Hospitals: A National Survey. *Am J Bioeth.* 7(2): 13-25.
- Gracia Guillen D.** (2003). Ethical case deliberation and decision-making. *Medicine, Healthcare and Philosophy* 6(3): 227-33.
- Hartman L., Weidema F., Widdershoven G., Molewijk, B.** (2016). Handboek Ethiek-Ondersteuning. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Heintel P., Krainer L., Ukowitz M.** (2006). Beratung und Ethik. Praxis, Modelle, Dimensionen. Berlin: Verlag Leutner.
- Jens W., Küng H.** (2010). Menschenwürdig Sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. Mit einem Text von Inge Jens. München: Piper Taschenbuch.
- Kettner M.** (2014). Wann haben wir ein moralisches Problem? In: Maring M. (Hrsg.) Bereichsethiken im interdisziplinären Dialog. Karlsruhe: KIT Scientific Publishing, 25-44.
- Kitwood T.** (2019). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Aus dem Englischen von Michael Herrmann. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Christian Müller-Hergl und Helen Güther. Mit einem aktualisierten Beitrag von Helen Güther. 8., ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe.
- May A. T., Kreß H., Verrel T., und Wagner T. (Hrsg.)** (2015). Patientenverfügungen. Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Moos Th., Rehmann-Sutter Chr. und Schües Chr. (Hrsg.)** (2016). Randzonen des Willens. Anthropologische und ethische Probleme von Entscheidungen in Grenzsituationen. Frankfurt: Peter Lang.
- Singer P.** (1972). Moral Expertise. *Analysis* XXXII: 115-7.
- Steinkamp N., Gordijn B., ten Have H. A. M. J.** (2008). Debating ethical expertise. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 18(4): 173-92.
- Steinkamp N., Gordijn B.** (2010). Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. 3., überarbeitete Auflage. Köln: Luchterhand.

## Impressum

FAW Forum 15. Mai 2019

Einsteinsaal der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, Gendarmenmarkt, Jägerstraße 22 - 23, 10117 Berlin

**Veranstalter und Herausgeber** FAW gGmbH, Gesellschaft zur Förderung altersgerechten Wohnens

**Fotografie** Torsten Falk **Konzeption und Gestaltung** Oliver Kandale, Abenteuer Design

**Veranstaltungs- und Projektmanagement** Gabriele Lang von fokus EHRENAMT



Eberhard Warns »Mut zur Wut« 2004



FAU  
För Uta



The logo consists of three overlapping, teardrop-shaped elements in a vibrant blue color. The central element is the largest and contains the text 'FAW Forum 2019'. The other two elements are smaller and positioned above and below the central one, creating a sense of depth and movement.

FAW  
**Forum**  
2019



FAU  
Forum



ISBN 9783982158037



9 783982 158037 >

2019