

FORUM *Supervision*

Supervision und Verletzbarkeit

Manuela Kleine

Heike Friesel-Wark

Elisabeth Reitinger

Peter Friedrich

Hermann Steinkamp

Katharina Gröning

Wolfgang Schmidbauer

Hans-Peter Griewatz

Sorge-Ethik im Leben mit hochbetagten Frauen und Männern: Gefühle, Bezogenheit, Achtsamkeit und die Notwendigkeit angemessener Strukturen¹

Zusammenfassung:

Ausgehend von der Psychologie der Hochaltrigkeit werden im Kontext von Verletzbarkeit Ethiken der Achtsamkeit, der Sorge und der Generativität erläutert. Vor allem im Kontext von Hilfebedürftigkeit und Angewiesenheit alter Menschen auf ihre Pflegenden und Helfenden werden Haltungen beschrieben, die einen Umgang mit dem Differenten, dem Anderen als ethisches Handeln im Kontext von Professionalität beschreiben.

Unsere westlichen Lebenswelten sind geprägt von Werten wie Individualität, Autonomie und Selbstbestimmung. Diese können als Erfolge unterschiedlicher emanzipatorischer Bewegungen verstanden werden und beinhalten, dass das Leben und die Freiheit jeder Person uneingeschränkt gewahrt werden. In einer einseitigen Betonung von Selbstverantwortung und instrumenteller Tauschrationalität jedoch brauchen Fragen danach, wie es uns in diesen Gesellschaften gelingen kann, dass Frauen und Männer mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Talenten, Neigungen, Schwächen und Verletzlichkeiten gleichberechtigt und anerkannt leben können, Aufmerksamkeit. Ethische Grundhaltungen ebenso wie die Arten und Weisen, wie Beziehungen geführt und Solidaritätsaufgaben übernommen werden, spielen ineinander und bestimmen die „Sorgekultur“ (Klie 2005, IFF-ÖRK 2012; Reitinger/Heller 2010) in der wir leben, mit.

Besonders deutlich stellen sich diese Fragen in konkreten Situationen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit hochbetagter Frauen und Männer. Diese sind oft damit verbunden, dass aus kleinen und unregelmäßigen Unterstützungen regelmäßiger Hilfebedarf entsteht und ein dauerhaftes „da sein“ und Tun erfordern. Im Leben mit Menschen mit demenzieller Erkrankung stellen sich spezielle Herausforderungen im Bewältigen des Alltags ebenso wie in der Begleitung am Lebensende, wo emotionale Verdichtungen und Grenzerfahrungen existenzielle Erschütterungen mit sich bringen (Gröning 2004; Kojer/Schmidl 2011).

Auf der Suche nach ethischen Orientierungen, die ein gemeinsames Leben in Unterschiedlichkeiten, in dem auch Schwäche, Verletzlichkeit und Hilfebedürftigkeit Platz haben, bieten sich verschiedene theoretische Diskurse und Einsichten an (wie z.B. Care-Ethik, postmoderne Ethik, Prozessethik oder Organisationsethik). Im folgenden Beitrag arbeite ich anhand von vier Kernüberlegungen, die besonders für die Begleitung, Betreuung und Pflege hochbetagter, hilfebedürftiger

¹ Dieser Beitrag ist eine überarbeitete Form eines Kapitels aus der Habilitationsschrift (2010) der Autorin

ger Frauen und Männer von Relevanz sind, Spuren heraus, denen zu folgen mir auf dem Weg zu einer Sorge-Ethik hilfreich erscheinen. Zum ersten wird die zentrale Bedeutung von Gefühlen für unser Leben und für die Betreuung von alten, hilfsbedürftigen Menschen und ihre herausragende Rolle in ethischen Fragen beleuchtet. Zum zweiten gehe ich auf das Grundverständnis einer relationalen Autonomie ein, wie sie unser gesamtes Leben hindurch wirkt und noch mehr Aufmerksamkeit in Situationen von besonderer Abhängigkeit, wie es Pflegebedürftigkeit darstellt, erhält. Drittens schließlich widme ich mich der Frage, welche Bedeutung Mitgefühl und Handlungskompetenzen für achtsame Interaktionen haben um viertens aufzuzeigen, mit welchen Spannungsfeldern, Widersprüchen und Konflikten in einer an „Care“ und „Sorge“ orientierten Ethik umzugehen ist und welche Rahmenbedingungen dafür notwendig sind.

1. Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln

Das Verflochten-Sein von Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln entspricht unseren Alltagserfahrungen und bedarf dennoch eines differenzierten Blicks. Agnes Heller (Heller 2009, ursprgl. 1979) zeigt in ihrer „Theory of feelings“ anschaulich, wie Verbindungen zwischen Handeln, Denken, Fühlen und Wahrnehmen aussehen können. Zunächst löst sie die Dichotomie von Denken und Fühlen auf, um daran anschließend anhand der Entwicklung des „Selbst“ das Zueinander der unterschiedlichen Dimensionen zu beschreiben.

„Acting, thinking, feeling and perceiving are therefore, a unified process. During the development of the Self-acting, feeling, perceiving as well as thinking all become functionally differentiated and, in a parallel process, immediately reintegrated into each other. As there are no human feelings without conceptualization, in the same way there can be no thinking (placing in parenthesis plain repetitive thinking) without feeling. As Wittgenstein said >Emotions are expressed in thoughts. [...] A thought rouses emotions in me“ (Heller 2009: 26).

Die besondere Bedeutung, die Gefühlen zukommt, wird in ihrer zentralen Stellung für unser alltägliches Leben deutlich. Mit welchen Lebensgefühlen ich durch den Tag gehe, welche Gefühle mich bewegen und wie ich damit umgehe, haben großen Einfluss darauf, wie ich meine Lebenssituation wahrnehme und bewerte. Alle Gedanken, die ich mir mache, haben, neben den inhaltlichen Aspekten und so genannten fachlichen Dimensionen einen durch Gefühle an mein Leben gebundenen emotionalen Anteil, ohne den Gedanken im körperlosen Raum schweben würden.

Ebenso sind Gefühle, die in der Ausübung von professionellen Rollen entstehen oder angewendet werden, zentrale Kräfte, die wirken und mit denen auf die eine oder andere Art und Weise umgegangen werden muss. In Abhängigkeit von den Tätigkeiten ist es ja oft gerade diese Gefühlsarbeit, die Professionalität ausmacht. Emotionale Arbeit ist ein zentraler Kernbereich von Pflegearbeit, beson-

ders dort, wo es darum geht, mit Menschen mit Demenz zu leben und sie angemessen zu begleiten (Twigg 2006; Piechotta 2006).

Es kann also davon ausgegangen werden, dass in allen Lebenssituationen notwendigerweise ein Zusammenspiel der unterschiedlichen Dimensionen – Wahrnehmen, Fühlen, Handeln und Denken – erfolgt. Einer Gegenüberstellung von Rationalität, Emotionalität und Körperlichkeit, wie dies traditionellerweise auch in wissenschaftlichen Diskursen erfolgt, in denen dann ausschließlich rationale Argumentationen Gültigkeit erlangen, kann hier demnach hier nicht gefolgt werden. Unterschiede können im Grad des Bewusstseins erfahren, beschrieben und analysiert werden, in dem die Verbindung dieses Zusammenspiels erfolgt. Ein bewusster Umgang mit den verschiedenen Ebenen ist daher möglich und – im Sinne eines achtsamen und reflexiven Umgangs miteinander – auch wünschenswert. Carola Meier Seethaler spricht in diesem Zusammenhang von „Besonnenheit“ (Meier-Seethaler 2007: 43).

Dieses Zusammenspiel und wie ein bewusster Umgang mit den unterschiedlichen Dimensionen geübt werden kann, wird besonders deutlich, wenn ethische Fragen zur Diskussion stehen. Ethische Fragen, in denen Werthaltungen zur Sprache kommen, sind immer auch hoch emotional aufgeladen. Welche Bedeutung Gefühle für den „Alltag Ethik“ in den „kleinen Entscheidungen in der Betreuung alter Menschen“ zukommen zeigte sich beispielsweise in einem transdisziplinären Forschungsprojekt zu ethischen Fragen in der stationären Altenhilfe (Heimerl/Reitinger 2007; Reitinger/Heller/Heimerl 2007). Ausgehend von widersprüchlichen, schwierigen Situationen im Alltag von „Pflegegeschichten“ im Pflegeheim untersuchten wir ethische Fragen. Die Erfahrung, dass der Austausch im interdisziplinären Team, also das „darüber reden“ Erleichterung bringt, wurde aus unterschiedlichen Besprechungen rückgemeldet: Vor allem auch die Möglichkeit, eigene Betroffenheit und Gefühle, die in schwierigen Situationen entstanden sind, zu formulieren, wird hoch geschätzt.

Ethische Entscheidungen, und das ist für die Frage nach einer Sorge-Ethik hier von Relevanz, erfordern das Wahrnehmen und die Reflexion von Gefühlen. Gefühle erlauben einen sehr direkten Zugang zu Werthaltungen oder auch Verletzungen und Kränkungen. Für den Prozess der Entscheidungsfindung geschieht im Formulieren der Gefühle und Betroffenheit eine Öffnung hin zu Dimensionen, die sich von den Handlungsrationaltäten des Alltagsgeschehens unterscheiden (auch und gerade weil sie mit diesen ja eng verbunden sind). Damit wird eine erweiterte Aufmerksamkeit möglich, die im Zueinander von unterschiedlichen professionellen Perspektiven Anerkennung der verschiedenen Standpunkte erlaubt.

2. Relationale Autonomie

Eine zweite Perspektive auf der Suche nach einer „Sorge-Ethik“, liegt im Verständnis von uns selbst als relationale Wesen (Walser 2010; Reitinger/Heller 2010). Dass wir uns alleine nicht denken können und Zeit unseres Lebens aufei-

einander angewiesen sind, vergessen wir in unserem Alltag, der geprägt ist durch Bestärkung von Unabhängigkeit, Individualität und Abgrenzung immer wieder. Die Konzeption der relationalen Autonomie erlaubt demgegenüber das Anerkennen der Bedeutung des immer schon Hineingeborens in soziale Bezüge einerseits und die Möglichkeit, mit dem erwachsenen Leben verbundene Selbstverantwortung und Freiheit als Subjekt wahr zu nehmen, andererseits. Die Seite der Verbundenheit und Unauflöslichkeit sozialer Bezüge und die Möglichkeit und Notwendigkeit der Selbstbestimmung können in diesem Verständnis balanciert werden. Autonomie als Selbstbestimmung verstehen wird darin als die Chance, eigene Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen davon, wie einzelne Personen ihr Leben auch in Situationen der Abhängigkeit gestalten wollen, verwirklichen zu können, verstanden.

Die Überhöhung des Autonomieverständnisses in unseren heutigen westlichen Gesellschaften kann auch zur „Autonomiezumutung“ (Heintel 2006) werden. Sie entsteht dort, wo ich als Individuum für Ereignisse Verantwortung übernehmen und Entscheidungen treffen muss, die als strukturelle Überforderung gedeutet werden müssen. So tragen beispielsweise Festlegungen, die in PatientInnenverfügungen gefordert werden, Überforderungscharakter in sich. Die Vorstellung, dass ich aus einer gegenwärtigen, vielleicht gesunden Lebenssituation heraus erahnen kann, wie ich mich real in einer zukünftigen, vielleicht durch Abhängigkeit oder von Demenz gezeichneten Lebenssituation fühlen werde, scheint nahezu unmöglich. Autonomie ist andererseits nicht allen Frauen und Männern, Personen unterschiedlicher Herkunft gleich gegeben. So bedingen die sozialen Verhältnisse beispielsweise die Möglichkeit, eigene Wünsche überhaupt wahrnehmen, geschweige denn formulieren zu können und zu dürfen.

Besonders deutlich und klar gelingt es Angelika Walser (2010), Autonomie und Angewiesensein als ethische Fragen einer relationalen Anthropologie zu formulieren.

„Der Ruf nach Autonomie im Sinne persönlicher individueller Selbstbestimmung über das eigene Leben kann dabei als Ausdruck einer verzweifelten Angst angesichts der Realität einer ganz anderen, nämlich genau der gegenteiligen Erfahrung interpretiert werden: Der Erfahrung von Schwäche, Verletzlichkeit und einer daraus resultierenden Angewiesenheit auf andere, die in unserer westlichen Gesellschaft mit Abhängigkeit assoziiert und negativ konnotiert ist“ (Walser 2010: 33).

Das Verständnis von relationaler Autonomie in diesem Beitrag folgt vor allem dem von Angelika Walser diskutierten Kompetenzmodell, das auf der „Anerkennungstheorie der Autonomie“ von Anderson und Honneth (2005) basiert. Als Kompetenz konzipiert ist Autonomie eine Fähigkeit, die sich in Beziehungen mehr oder weniger entfalten kann. Insofern ist gerade die Autonomiekompetenz von hochaltrigen Frauen und Männern, deren Kräfte zum Ausagieren schwinden, besonders fragil und daher schutzbedürftig. Gleichzeitig stellt sich in dieser Perspektive die Frage, wie Pflegende ihre Autonomiekompetenz im Sinne der Unter-

stützung der ihnen anvertrauten Hilfsbedürftigen leben können. Entsprechende Rahmenbedingungen, die auf organisatorischer und gesellschaftlicher Ebene zu verantworten sind, sind dafür nötig. Eine sorgende und anerkennende Führungskultur, die Gestaltungsspielraum und Vertrauen gibt, sind gefragt.

„Die Entfaltung der Autonomiekompetenz ist auf Fürsorge angewiesen, ist – so gesehen – abhängig von ihr. Fürsorge wiederum zielt auf die Unterstützung von Selbstbestimmung im Hinblick auf Leben, das bis zuletzt Momente des Glücks kennen kann“ (Walser 2010: 41).

Katharina Heimerl und Irene Berlach-Pobitzer (2000) identifizieren in einer qualitativen Studie in der Hauskrankenpflege drei Typen vom Verständnis von Autonomie aus Sicht der PatientInnen. Sie führten eine Befragung mit Frauen und Männern innerhalb weniger Wochen nach einer Krankenhausentlassung in Lebenssituationen durch, in denen die Fähigkeiten der Personen eingeschränkt und Unterstützung notwendig waren. Ein zentrales Ergebnis zeigt, wie wichtig es ist, die subjektive Autonomie aufrecht zu erhalten. Diese subjektive Autonomie allerdings beinhaltet auch das Angewiesen sein auf andere als Teil der Selbstbestimmung. Damit wird deutlich,

„dass sie Autonomie nicht so sehr als eine persönliche Eigenschaft beschreiben, sondern als Eigenschaft des Systems. Die Patienten erleben sich im Zusammenhang eines bestimmten Betreuungssystems als selbständig und beschreiben, dass sie innerhalb dieses Systems die Rahmenbedingungen für die Pflege kontrollieren oder zumindest beeinflussen und auf die Erfüllung ihrer Bedürfnisse einwirken können“ (Heimerl/Berlach-Pobitzer 2000: 120).

Als „systemische Autonomie“ beinhalten diese Erkenntnisse sowohl die hohe Bedeutung von Selbstbestimmung als auch die notwendige Bezogenheit und das Angewiesensein auf andere als zentrale Aspekte von Autonomie bei bestehendem Hilfebedarf. Auf dem Weg zu einer Sorge-Ethik scheint es daher von hoher Bedeutung, relationale Autonomie sowohl als Kompetenz, als auch als Merkmal eines gut funktionierenden Betreuungssystems zu verstehen.

3. Mitgefühl und Handlungskompetenzen in achtsamen Interaktionen

Was bedeuten diese Ausgangslagen nun dafür, wie achtsame Begegnungen, Interaktionen und Beziehungen aussehen können und wodurch sie charakterisiert werden können? Achtsamkeit hat immer etwas mit Berührung zu tun. Achtsamkeit beschreibt die generelle Aufmerksamkeit und Fähigkeit, Bedürfnisse von Menschen, die uns umgeben, erkennen zu können (Tronto 1994: 128f). Dafür ist es notwendig, „leer zu werden“, das eigene Denken und Fühlen ruhen zu lassen, eigene Ziele und Absichten in den Hintergrund zu stellen und sich zu öffnen für die Gegenwart der anderen. Zuhören, mit den Händen und Körpern wahrnehmen und beobachten, werden damit zu ursprünglichen Fähigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit alten, gebrechlichen, auf Unterstützung angewiesene Frauen und Männern. Sowohl das körperliche Berühren, das ja augenscheinlich

zum „Handwerk“ von professioneller Sorgearbeit gehört, es steht beispielsweise im Zentrum von basaler Stimulation, als auch das Berühren auf der zwischenmenschlichen Ebene wie das Schenken eines liebevollen Blicks oder Gesten der Empathie und des Trostes können als zentrale Elemente von Care-Interaktionen beschrieben werden.

„Die geglückte Begegnung entpuppt sich als diejenige, bei der ich eine Chance habe, ..., in einer Art kreatürlichen Solidarität die Daseinslast des Anderen mitzutragen (Gürtler, 1999: 109).“

Mit Elisabeth Conradi (2001) können Sorge-Interaktionen („Care-Interaktionen“) als Praxis der Bezogenheit und Zuwendung, die Ausgangspunkt allen menschlichen Handelns füreinander sind, verstanden werden. Das Schenken von Achtsamkeit ist nicht an Reziprozität geknüpft und zumeist sind die an Care-Interaktionen beteiligten Menschen unterschiedlich autonom. Damit werden Sorge-Interaktionen oft asymmetrisch, und die daraus entstehenden Dynamiken sind ernst zu nehmen. In durch Asymmetrien gekennzeichneten Beziehungen sind Machtdynamiken mit entsprechender Klarheit zu beobachten und dort zu benennen, wo es darum geht, ihre unterschiedlichen Wirkungen zu analysieren. So ist es notwendig, die im Fürsorge-Gedanken immer schon immanente Gefahr, im besten Wissen und Gewissen gegen die Interessen und Bedürfnisse der mir anvertrauten Personen zu handeln, deutlich zu machen. Einerseits befinden sich alle Sorgenden in der oben schon beschriebenen widersprüchlichen Situation, Bedürfnisse von anderen wahrnehmen und verstehen zu sollen, die – wenn ich das Anderssein anderer Menschen ernst nehme – prinzipiell unverständlich sind. Eine Verwechslung der eigenen Bedürfnisse mit denen der zu Pflegenden und damit eine Projektion des Eigenen in die andere Person kann leicht passieren.

Eine der drastischsten Varianten dieses Mechanismus, der gekoppelt ist an die Verdinglichung von Menschen, wird von Klaus Dörner (2007a) als „tödliches Mitleid“ beschrieben. Im besten Glauben daran, anderen etwas Gutes zu tun, oder aus der „sachlichen Notwendigkeit“ heraus, werden Menschen getötet.

Damit wird klar, dass Personen, die sich sorgend um andere kümmern und in Sorge-Interaktionen treten, besondere Kompetenzen benötigen. Zunächst ist die Wahrnehmung einer konkreten Situation gefordert und die sich daraus ergebenden Folgen für das Handeln. Sorge-Interaktionen fordern von den jeweiligen Personen, wenn sie sich selbst gleichzeitig als autonomes und in Verbundenheit begriffenes menschliches Wesen verstehen, sowohl Verantwortung für sich selbst, als auch, in der jeweiligen Situation angemessener Weise, für andere zu übernehmen. Gefühle als Grundlage für die Fähigkeit zur Einfühlung und zum Mitgefühl sind mit kognitiven Erkennungsstrategien und Wissen um die eigene Person und das Gegenüber zu verbinden. Gleichzeitig finden Kommunikation und Handlungen statt, die auf Basis erlernter Fähigkeiten und Erfahrungswissen aufbauen. Jede Begegnung innerhalb einer Care-Interaktion steht vor dem Risiko, angemessen auf Bedürftigkeiten – eigene und die der anderen Person – zu reagieren oder auch nicht. Finden nun diese Begegnungen innerhalb von bestimmten Rollen,

wie etwa der einer Pflegeperson mit einer hilfsbedürftigen älteren Person, statt, so sind zusätzliche Aspekte, wie beispielsweise die Dominanz der Bedürfnisse der abhängigen Person, zu berücksichtigen (vgl. Heimerl 2007: 405).

Im Konzept der relationalen Würde wird diese an Beziehungen geknüpfte Anerkennung deutlich beschrieben (Pleschberger 2005; Klie 1998). Aus Sicht alter Menschen im Pflegeheim erhält sowohl die innerhalb der Person aufrecht zu erhaltende Würde als auch die Würde, die sich in der Begegnung mit anderen zeigt, hohe Bedeutung. Sie kann „trotz des Alters“ oder gerade „wegen des Alters“ (Pleschberger 2005: 214ff) im Prozess der Würdigung erfolgen. Krankheit und Pflegebedürftigkeit allerdings können Würde auch bedrohen.

Die Sorgfalt, die diese Idealvorstellung von würdigenden Sorge-Interaktionen benötigt, ist im Alltag professionell aber auch informell Pflegenden zumeist aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen kaum möglich, zu verwirklichen. Zum einen werden die benötigten Kompetenzen und die Hingabe, die für die Übernahme dieser Aufgaben wünschenswert wären, wenig gesehen, kaum wertgeschätzt und sozialpolitisch nicht aufgenommen. Gleichzeitig fehlen die Ressourcen, die eine entsprechende Zeitwidmung, die ebenso Voraussetzung für absichtslose Präsenz und das Einstellen auf den Rhythmus einer anderen Person ist, ermöglichen würden. In unserer sozialen Realität ist also immer zu fragen, welche der Aspekte gelingender Care-Interaktionen vielleicht trotz der „(hunds-)miserablen“ (Loewy/ Springer-Loewy 2002) Rahmenbedingungen gelebt werden können. Manchmal bewirken einige achtsame und aufmerksame Augenblicke mehr als eine Stunde lustlose Routinepflegearbeit.

4. Widersprüche, Konflikte und Organisationsethik

Ein achtsamer Umgang miteinander ist also auf dem Weg zu einer Sorge-Ethik mit hochbetagten Frauen und Männern gefordert. Gefordert auch, wenn wir als Gesellschaft ernst nehmen, wofür „Zivilisation“ immer wieder erhalten muss: Für eine Verbesserung der Lebensverhältnisse. Mit Klaus Dörner (2003) bin ich der Überzeugung, dass wir als Gesellschaft daran „gemessen“ werden können, wie wir mit unseren Schwächsten umgehen. Dass in den Lebens- und Arbeitsrealitäten vieler pflegenden und betreuenden Frauen und Männern – sei es nun informell oder als Professionelle – dieser achtsame Umgang miteinander auch aufgrund fehlender Rahmenbedingungen oft Wunschvorstellung bleibt, ist nicht neu.

Für die Arbeit in der Betreuung, Begleitung und Pflege hochbetagter Frauen und Männer sind Konflikte oft da zu beobachten, wo entweder unterschiedliche Einschätzungen von verschiedenen Familienangehörigen, innerhalb des interdisziplinären Teams oder unterschiedliche Systemlogiken, innerhalb von oder zwischen Organisationen wirksam werden. So haben gerade An- und Zugehörige von Pflegebedürftigen, die in Altenpflegeheimen leben, oftmals bestimmte Vorstellungen davon, wie „gute Pflege“ aussehen soll und treten damit einerseits in Konflikt mit

den professionell Pflegenden. Andererseits werden bestehende Familienkonflikte in die Organisation getragen.

Eine Zuspitzung bestehender Familienkonflikte erfolgt regelmäßig in den letzten Lebensphasen der Betroffenen, wo beispielsweise Unterschiede in der Einschätzung, ob eine künstliche Ernährungssonde gelegt werden soll, zu Eskalationen in der Kommunikation führen können. Ebenso spiegeln sich in der interdisziplinären Zusammenarbeit Widersprüche zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen, aber auch Hierarchieebenen und Geschlechtern wider.

Organisationale Systemlogiken, die in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen sind etwa die Anforderungen an Qualität, die hohe Zuwendungszeiten durch das Personal erfordern mit der Notwendigkeit der Kosteneinsparung oder Effizienz, wie sie eine ökonomische Logik formulieren. Auch die Unmöglichkeit der Auflösung der Gegensätze von kollektiven und individuellen Interessen ist tagtäglich zu prozessieren. Der Widerspruch von Hierarchie und Partizipation wird in der Art und Weise der Organisationsgestaltung (Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen und –prozessen) und dem Leitungsverständnis deutlich.

„Die Bewusstseinsänderung von Personen führt nicht automatisch zu Veränderungen in Organisationen“ (Heller 2000: 42).

Für die letzte Lebensphase untersucht Andreas Heller (2000: 17ff) „Ambivalenzen des Sterbens“ und die Widersprüche, die „mit Sterbebegleitung und Bedingungen des Sterbens“ verknüpft sind. Vor dem Hintergrund, dass „Trauern (ist) zur Arbeit geworden“ ist und „Sterben und Trauern als persönliche und intime menschliche Erfahrungen (werden) immer professioneller und geschäftsförmiger bearbeitet“ (S. 17) werden. Darin werden das gleichzeitige Umschweigen und Thematisieren von Sterben, die „Hospitalisierung“ und Entinstitutionalisierung ebenso wie die Parallelität von Ideologisierung und Relativierung, Professionalisierung und Laikalisierung anschaulich und eindrücklich diskutiert und analysiert. Die „ideale Sterbebegleitung“ wird gebrochen an ihren Normen und Verhaltensstandards, die so in vielen Realitäten nicht lebbar sind und oftmals auch gar nicht gewünscht werden. So wird beispielsweise der Anspruch, dass in den letzten Lebensmonaten oder -wochen noch das ganze Leben „aufgearbeitet“ wird oder werden soll, in Frage gestellt.

„Das friedliche, versöhnte, integrierte Sterben kann zum Maßstab eines alle überfordernden Sinnfindungsterrorismus werden, einer Zwangsvorstellung von Spiritual Care, die alle beschädigt. Es muss Platz sein für menschliche Not und abgrundtiefe Verzweiflung, für die Widersprüche des Lebens, die nicht lösbar sind, für die laute Klage und die Trostlosigkeit der Tränen und all das, was unvollendet bleibt, das sich nicht sedieren lassen sollte, ohne dass Menschlichkeit verloren geht“ (Heller/Heller 2009: 11).

Diese Einsichten verstanden als Basis von Sorge-Ethik bauen daher auf Haltung, individuellen Werten, Kompetenzen und Verhaltensweisen ebenso auf wie auf der Notwendigkeit, Verhältnisse wie gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Strukturen, Organisationen und Institutionen näher in den Blick zu nehmen. Or-

ganisationsethik, die sowohl innerorganisationale Prozesse als auch Prozesse zwischen Organisationen und kommunale Kulturentwicklung ernst nimmt (Kro-bath, Heller 2010) erhält damit zentrale Bedeutung für dieses Verständnis von Sorge-Ethik. Strukturelle soziale und gesellschaftliche Gegebenheiten wie etwa Generationsverhältnisse oder Geschlechterverhältnisse können darin reflektiert und weiterentwickelt werden.

Literatur:

Anderson, J./Honneth, A. (2005): *Autonomy, Vulnerability, Recognition and Justice*. In: Chrsitman, J./Anderson, J. (eds.): *Autonomy and the Challenges to Liberalism. New Essays*. Cambridge University Press: Cambridge. P 127-149.

Conradi, E. (2001): *Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*. Campus: Frankfurt am Main.

Dörner, K. (2003): *Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt. Zwölf Thesen zu ihrer Heilung*. Econ: München.

Dörner, K. (2007): *Tödliches Mitleid. Zur sozialen Frage der Unerträglichkeit des Lebens*. Paranus-Verlag: Neumünster.

Gröning, K./Kunstmann, A.-C./Rensing, E./Röwekamp, B. (Hrsg.) (2004): *Pflege-geschichten. Pflegende Angehörige schildern ihre Erfahrungen*. Mabuse: Frankfurt am Main.

Gürtler, S. (1999): *Ethik des Angesichts – Ethik des Hörens*. Sonnemann und Lévinas. In: Klenke, C.-V./Lehmann, J./Schafstedde, M.; Schmied-Kowarzik, W./Warsitz, P. (Hrsg.): *Existenz, Negativität und Kritik bei Ulrich Sonnemann*. Königshausen und Neumann: Würzburg. S. 196-210.

Heimerl, K. (2007): *Erfahren, wie alte Menschen sterben wollen. Systemische Evaluation im Rahmen des Projekts „Organisationskultur des Sterbens“*. In: Heller, A./Heimerl, K./Husebø, S. (Hrsg.): *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können*. 3. vollständig überarbeitete Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 397-423.

Heintel, P. (2006): *Das Klagenfurter prozessethische Beratungsmodell*. In: ders./Krainer, L./Ukowitz, M. (Hrsg.): *Beratung und Ethik. Praxis, Modelle Di-mensionen*. Leutner Verlag: Berlin. S. 196-243.

Heller, A. (2009): *A Theory of Feelings*. ursprgl. 1979, Lanham: Lexington Books.

Heller, A. (2000): *Ambivalenzen des Sterbens – Einschätzungen zum gegen-wärtigen Umgang mit dem Sterben und den Sterbenden*. In: ders./Heimerl, K./Metz (Hrsg.): *Kultur des Sterbens: Bedingungen für das Lebensende gestalten*. Lambertus: Freiburg im Breisgau, S. 17-34.

Heller, B./Heller A. (2009): *Spiritualität und Spiritual Care*. In: Heller, B./Heller, A. (Hrsg.): *Praxis Palliative Care. Spiritualität und Spiritual Care*. Das Jahresheft. S. 8-11.

IFF-ÖRK (2012): *Für mich und andere Sorgen. Plädoyer für eine neue Sorge-kultur*. 7. Internationales IFF-ÖRK Symposium, 19.-21. April, Palais Auersperg, Wien.

- Klie, T. (1998): Menschenwürde als ethischer Leitbegriff für die Altenhilfe. In: Blonski, H. (Hrsg.): Ethik in Gerontologie und Altenpflege. Leitfaden für die Praxis. Brigitte Kunz Verlag: Hagen. S. 123-138.
- Klie, T. (2005): Würdekonzept für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, Balancen zwischen Autonomie und Sorgeskultur. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38, S. 268-272.
- Kojer, M., Schmidl M. (2011): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenkranker Menschen. Springer: Wien, New York.
- Krobath, T./Heller, A. (2010) (Hrsg.): Ethik organisieren. Handbuch zur Organisationsethik. Lambertus: Freiburg im Breisgau.
- Loewy, E. H.; Springer-Loewy, R. (2002): Ethische Fragen am Ende des Lebens. In: Pleschberger, S./Heimerl, K.; Wild, M. (Hrsg.): Palliativpflege. Facultas: Wien. S. 131-142.
- Meier-Seethaler, C. (2007): Gefühl und Urteilskraft. Emotionale Vernunft aus feministischer Sicht. In: Neumayr, A.(Hrsg.): Kritik der Gefühle. Feministische Positionen. Wien: Milena, S. 30-44.
- Piechotta, G. (2006): Die Gefühle kehren zurück. Ein Plädoyer für einen offenen Umgang mit Emotionen in der Pflege. In: Heilberufe, 58. Jg., 11, S. 22-24.
- Pleschberger, S. (2005): Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Lambertus: Freiburg im Breisgau
- Reitinger, E./Beyer, S. (2010) (Hrsg.): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Mabuse: Frankfurt am Main.
- Reitinger, E./Heimerl, K. (2007): Alltag Ethik? Die „kleinen Entscheidungen“ in der Betreuung alter Menschen. In: Heller, A./Heimerl, K./Husebø, S. (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun, 3. Auflage. Lambertus: Freiburg im Breisgau, S. 283-295.
- Reitinger, E./Heimerl, K./Heller, A. (2007) (Hrsg.). Ethische Entscheidungen in der Altenbetreuung – Mit Betroffenen Wissen schaffen (TRAFO), kursbuch palliative care 11, Wien.
- Reitinger, E./Heller, A.(2010): Ethik im Sorgebereich der Altenhilfe. Care-Beziehungen in organisationsethischen Verständigungsarrangements und Entscheidungsstrukturen. In: Krobath, T./Heller, A. (Hrsg.): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Lambertus: Freiburg im Breisgau. S. 737-765.
- Twigg, J. (2006): The body in Health and Social Care, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Walser, A. (2010): Autonomie und Angewiesenheit: ethische Fragen einer relationalen Anthropologie. In: Reitinger, E./Beyer, S. (Hrsg.): Geschlechtersensible Hopiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Mabuse: Frankfurt am Main. S. 33-44.