

Katharina Heimerl, Elisabeth Reitingger und Ursula Hermann

Supervision als Ort der care-ethischen Reflexion

Zusammenfassung

Wir gehen in diesem Text der Frage nach den Zusammenhängen zwischen Supervision und ethischer Reflexion in Care-Organisationen nach. Dabei gehen wir von zwei Fallbeispielen aus dem Krankenhaus – eines aus der Supervisionspraxis und eines aus einem partizipativen Forschungsprojekt – aus. Wir definieren zunächst das Beratungsformat Supervision, halten fest, dass Supervision einen ethischen Rahmen braucht und beschreiben die ethischen Richtlinien als Teil des Kontrakts.

Konflikte sind in Care-Organisationen und in sorgenden Beziehungen unvermeidbar, unter anderem, weil diese Beziehungen asymmetrisch sind und weil ihnen Widersprüche zugrunde liegen. Die daraus resultierenden Dilemmata werden oft genug an die Supervision herangetragen, damit ist Supervision ein Ort der ethischen Reflexion.

Wir beschreiben Verbindendes und Trennendes zwischen Supervision und ethischer Fallbesprechung. Für jeden dieser ethischen Reflexionsorte ist es von Bedeutung, explizit zu machen, auf welchen ethischen Grundlagen sie beruhen. Wir beziehen uns in unserem Text und in Bezug auf die Supervision auf die feministische Care-Ethik mit ihren zentralen Konzepten Vulnerabilität, Achtsamkeit, Bezogenheit und relationale Autonomie, sowie Narrativität, die wir im Text explorieren und beschreiben das Wesen von Caring Institutions (Tronto 2013).

Wir kommen zu dem Schluss, dass Supervision zweifelsohne ein Ort für die Beratung zu ethischen Themen und Fragen sein kann und sehen die Art und Weise, wie mit ethischen Dilemmata und Konflikten im Rahmen von Supervision umgegangen wird, in care-ethischen und prozessethischen Diskursen und Grundlagen verortet. Die Supervision ist daher als ein Ort der care-ethischen Reflexion zu bezeichnen. Sie ermöglicht das Ansprechen und Kommunizieren von strukturellen und organisationalen Problemen und kann so auf mehreren Ebenen dazu beitragen, dass aus einer Care-Organisation eine Caring Institution wird.

1. Einleitung

Ethische Fragen, Dilemmata und Konflikte stehen in Care-Organisationen auf der Tagesordnung. Insbesondere Situationen, in denen Menschen am Lebensende begleitet, betreut und behandelt werden, sind mit unauflösbaren Widersprüchen verbunden. Diese werden für das Krankenhaus als „conflicts of care“ (Kohlen 2009) beschrieben.

Auch das Pflegeheim ist in seiner alltäglichen Care mit ethischen Dilemmata konfrontiert. Diese lassen sich entlang des Betreuungsprozesses beschreiben, sie begleiten die Betreuenden und Betroffenen von der Aufnahme ins Pflegeheim über die Betreuung von Menschen mit und ohne Demenz bis hin zur Sterbebegleitung und Verabschiedung (Reitinger, Heimerl 2010): Soll eine hochbetagte Frau mit Demenz, die im Pflegeheim lebt, schon wieder ins Krankenhaus gebracht werden mit dem Risiko, dass sie dort verstirbt? Obwohl sie eigentlich lieber im Pflegeheim, bei ihr vertrauten Menschen und in einer vertrauten Umgebung bleiben möchte? Eines von vielen Beispielen, das sehr unterschiedliche Einschätzungen und Bewertungen zulässt und in jeder einzelnen Situation neu zu entscheiden ist.

Oder: Wem aller ist „die Wahrheit zumutbar“ (Bachmann 1981)? Sollen bestimmte Personen – Patient*innen oder Angehörige in Situationen, in denen unheilbare Erkrankung das Leben bedroht, „geschont“ werden? Es braucht daher – sowohl im klinischen Setting wie dem Krankenhaus, aber auch im Pflegeheim und in der mobilen Betreuung und Pflege – Zeiten und Orte, wo diese schwierigen Fragen miteinander besprochen, reflektiert und unterschiedliche Perspektiven dazu ausgetauscht werden. Dieser Austausch stellt eine wichtige Grundlage für Entscheidungen in Konflikten und in Dilemmasituationen dar.

Wir beginnen diesen Text mit einer Standortbestimmung: Was uns – die Autorinnen des Beitrags – verbindet, ist die reflexive und partizipative Arbeit in und mit Mitarbeiter*innen in Care-Organisationen, im Krankenhaus, im Pflegeheim und in der mobilen Betreuung. Gemeinsam ist uns auch der Schwerpunkt auf das Lebensende und auf Palliative Care in unserer Arbeit, wir arbeiten sowohl mit der spezialisierten Palliativversorgung als auch mit der sogenannten Regelversorgung zusammen. Wir üben unsere Tätigkeiten auf sehr unterschiedliche Weise aus. Katharina Heimerl forscht seit über 25 Jahren zu den Themen Sterben Tod und Trauer, derzeit am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien, immer mit dem Blick auf die Mesoebene, Organisationen, Communities und

Teams und immer in dem Bemühen, die Betroffenen und die Beteiligten in die Forschung aktiv einzubeziehen, methodisch also in der partizipativen Forschung. Elisabeth Reitinger forscht und lehrt seit rund 20 Jahren zu Fragen rund um Palliative Care im Alter, insbesondere im Pflegeheim, um Menschen mit Demenz, um Care Ethik und Gender und ist derzeit ebenfalls am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Wien beschäftigt. Kommunikationsstrukturen zur Reflexion ethischer Konflikte beschäftigen sowohl in Lehrveranstaltungen als auch in Forschungsprojekten. Ursula Hermann arbeitet als selbständige Supervisorin und Coach. Sie hat zum Thema „Palliative Care im Fokus von Supervision“ dissertiert und arbeitet als Supervisorin vorwiegend für Gesundheitseinrichtungen, stationäre und mobile Palliativteams und im sozialen Feld. Neben der Beratungstätigkeit ist sie wissenschaftliche Leitung des Lehrgangs Supervision und Coaching am Schloss Hofen/FH Vorarlberg.

Wir sehen uns in unseren Tätigkeiten in der Supervision, im Lehrgang Supervision und Coaching, in der Lehre im Masterstudiengang Pflegewissenschaft und in unseren partizipativen Forschungsprojekten immer wieder mit Fragen und Aufgaben in Care-Organisationen, die im weiteren Sinn zur Beratung und im engeren Sinn zur Supervision gehören, konfrontiert. Der hier vorliegende Text ist aus einem Diskussionsprozess zwischen uns als Autorinnen entstanden. Ausgehend von zwei Fallbeispielen aus dem Krankenhaus, eines aus der Supervisionspraxis und eines aus einem partizipativen Forschungsprojekt, gehen wir in diesem Text der Frage nach den Zusammenhängen zwischen Supervision und ethischer Reflexion in Care-Organisationen nach. Wir diskutieren einerseits die Prozessethik und die Care Ethik als Reflexionsgrundlagen für die supervisorische Praxis und andererseits die Supervision als Ort der care-ethischen Reflexion in Care-Organisationen.

Wir sprechen bewusst nicht von Organisationen des Gesundheits- und Sozialsystems, sondern von Care-Organisationen, und meinen damit jene Organisationen, in denen Care das Kerngeschäft ist, insbesondere das Krankenhaus und das Pflegeheim, darüber hinaus, neben vielen anderen Einrichtungen auch Dienste für die ambulante Pflege und Hospize.

2. Unvermeidbare Konflikte in sorgenden Beziehungen

Konflikte in Care-Organisationen und in sorgenden Beziehungen sind unvermeidbar. Um welche Konflikte kann es gehen? Da sind zunächst einmal die Bedürfnisse, Lebenssituationen und Wünsche der von Krankheit betroffenen Personen und ihrer pflegenden und betreuenden An- und Zugehörigen. Schon hier sind Spannungsfelder zu beobachten: So wünschen sich durch einen einsamen Alltag geprägte hochbetagte pflegebedürftige Frauen und Männer im Pflegeheim oft mehr Zeit mit ihren Lieben. Diese sind in ihren sehr fordernden Berufs- Familien- Freund*innen- Alltag eingebunden und aus dieser Lebensrealität heraus nur sehr begrenzt in der Lage, ins Pflegeheim zu kommen. Oder umgekehrt: Vielleicht sind die „alten Eltern“ schon bereit, nach langer Krankheit lieber zu Hause zu bleiben und hier auch bis zum Lebensende betreut zu werden und auf lebensverlängernde Maßnahmen zu verzichten. Demgegenüber wünschen sich allerdings Kinder oder auch Enkelkinder vielleicht, dass alles medizinisch Mögliche gemacht wird, um das Leben zu erhalten. Beispiele für diese Art unvermeidbarer Konflikte beschreiben wir in einem der Beispiele weiter unten.

Andere – auch unvermeidbare – Konflikte ergeben sich in den zumeist interdisziplinären Betreuungs- und Behandlungsteams. Nicht nur, dass hier ganz unterschiedliche professionelle Haltungen, Wissen und Sprache, aufeinandertreffen, auch die hierarchisch organisierten Beziehungen der Berufsgruppen untereinander erschweren eine Kommunikation auf Augenhöhe. Helen Kohlen (2009) hat in Bezug auf die Benennung und Definition von ethischen Konflikten im Krankenhaus herausgefunden, dass die Stimme der Pflegenden im Kontext ethischer Komitees oft zu wenig Gehör findet (vgl.: 187ff.). Joan Tronto (2010) plädiert daher dafür, dass es notwendig ist, Care-Organisationen vor dem Hintergrund von Konflikten zu verstehen und führt aus:

„in fact institutional care is better understood in the context of conflict. As such, care institutions need explicit institutional arrangements to help to resolve conflict as it arises (168).“

Konflikte können auch aufgrund von asymmetrischen Beziehungen entstehen. 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 wirken Machtdynamiken. Diese sind mit entsprechender Klarheit zu beobachten und zu benennen. Denn im (Für-)Sorge-Gedanken und Handeln liegt die Gefahr, im besten Wissen und Gewissen gegen die Interessen und Bedürfnisse der mir anvertrauten Personen zu handeln. Zum einen ist es – trotz achtsamer und emphatischer Kommunikation, so wie wir sie weiter unten beschreiben – widersprüchlich, Bedürfnisse von anderen wahrnehmen und verstehen zu wollen, 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 passiert im Alltag des Zusammenlebens und damit auch in Sorgebeziehungen nur zu allzu oft.

2.1. Widersprüche, Dilemmata und Konflikte

Die Prozessethik (vgl. Krainer & Heintel 2010) spricht davon, dass Widersprüche in der menschlichen Existenz vorgegeben sind. Zu diesen zentralen Widerspruchsfeldern zählen laut Krainer und Heintel (2010) existenzielle Widersprüche, wie der Widerspruch zwischen Leben und Tod oder zwischen Jung und Alt. Diese Widersprüche kann man auch Gegensätze oder Polaritäten nennen. Sie treten als unterschiedliche Positionen oder Pole auf, die jede für sich ihre Berechtigung haben. Sie können daher nicht aufgelöst werden, indem ein Standpunkt einfach negiert wird, z. B. durch die Entscheidung, dass die Vertreterinnen einer der beiden Positionen Unrecht haben.

Ein Beispiel aus der Betreuung im Pflegeheim soll das veranschaulichen: Es kommt nicht selten vor, dass die nächste Angehörige (z. B. die Tochter) eines alten Menschen im Ausland lebt und daher nicht von einer Stunde zur anderen zur Stelle sein kann, wenn ihre Mutter im Sterben liegt. Um der todesnahen, schwachen und „lebenssatten“ Hochbetagten unnötiges Leid zu ersparen, wäre es wichtig, ihr Sterben nicht hinauszuzögern. Um der Tochter, die ihre Mutter liebt und sehr an ihr hängt, die Möglichkeit zu geben, sich noch zu verabschieden, wäre es indes wichtig, alles daranzusetzen, die Sterbende bis zur Ankunft der Tochter am Leben zu erhalten. Die beiden Standpunkte stehen zueinander

im Widerspruch, obwohl beide durchaus legitim sind. Hier geht es nicht darum, wer Recht hat und wer nicht (vgl. Heimerl 2022).

Die Widersprüche, mit denen jeder und jede von uns umgehen müssen, sind auf sehr unterschiedlichen Ebenen angesiedelt. So beschreiben Krainer und Heintel (2010) Widersprüche auf der existentiellen, der sozialen, der systembedingten, der entwicklungsbedingten und der strukturellen Ebene. In Care-Organisationen begegnen wir zahlreichen Widersprüchen auf allen diesen Ebenen (Reitinger & Heimerl 2007).

Nicht jeder Widerspruch muss zu einem (ethischen) Dilemma führen. Es kann auch gelingen, Widersprüche zu erkennen, explizit zu machen und mit ihnen umzugehen. Widersprüche in Organisationen erfordern einen bewussten Umgang auf mehreren Ebenen: auf der strategischen Ebene, auf der Ebene der Kommunikationsstrukturen und auf der individuellen, persönlichen Ebene.

In Care-Organisationen gibt es, wie auch in anderen Organisationen, zahlreiche Konflikte. Um mit solchen belastenden Situationen umgehen zu können, ist es wichtig, sie als ethische Dilemmata zu begreifen und zu erkennen, dass sie von Widerspruchsfeldern ausgelöst werden. Das ist vor allem von Bedeutung, um sich nicht fälschlich auf die Suche nach einem oder einer „Schuldigen“ zu begeben – eine Dynamik, die in Organisationen des Gesundheitssystems schnell zur Stelle ist, unweigerlich in eine Sackgasse führt und keinen geeigneten Umgang mit Widersprüchen darstellt.

Widersprüche und Konflikte können andererseits – und durchaus in Abgrenzung zum ethischen Dilemma (McCarthy & Gastmans 2015) – auch zu moralischem Stress führen. Dies ist zunächst ein Gefühl. Nämlich jenes Gefühl, das eine Person beschleicht, wenn sie zwar weiß oder spürt, was in einer bestimmten Situation das richtige Handeln wäre, sie diese Handlung aber nicht umsetzen kann. Die am häufigsten zitierte Definition von „moral distress“ ist die des US Amerikanischen Philosophen und Ethikers Andrew Jameton aus dem Jahr 1984, die er immer wieder reformuliert und erweitert hat. Zunächst mit Blick auf die professionelle Pflege formuliert, weitet er 2017 sein Konzept auf das gesamte Gesundheitssystem und alle darin tätigen Professionen aus, und beschreibt moral distress so:

„(a) die psychische Belastung, (b) sich in einer Situation zu befinden, in der man gehindert wird, (c) nach dem zu handeln, was man für richtig hält“ (617).

Als Quellen für den moralischen Stress gilt etwas, was auf Englisch „institutional constraints“ (ders. 1984) heißt und oft mit „institutionellen Zwängen“ (Monteverde 2019) übersetzt wird. Auf Basis einer ausführlichen Literaturrecherche beschreiben McCarthy und Gastmans (2015) die Auslöser für moralischen Stress: Einerseits klinische Situationen, die dem*der Patienten*in schaden, wie aggressive Therapien, unnötige Untersuchungen oder unzureichende Schmerzlinderung. Andererseits lösen schwierige Arbeitsbedingungen moralischen Stress aus, wie zum Beispiel Personalknappheit, das Fehlen von Leitlinien oder wirtschaftliche Effizienzsteigerungen und erhöhte Arbeitsbelastungen.

3. Was haben Supervision und Ethik miteinander zu tun?

Wir wollen über die Zusammenhänge zwischen Supervision und Ethik nachdenken.

3.1. Der ethische Rahmen der Supervision

Dazu ist es wichtig festzustellen, dass Supervision – ebenso wie andere Beratungssettings – einen ethischen Rahmen braucht. Um ebendiesen Rahmen von Supervision setzen zu können, wird im Folgenden das Beratungsformat Supervision definiert, eine theoretische Einordnung vorgenommen und ethische Besonderheiten des supervisorischen Settings beschrieben, die durch den Kontrakt explizit gemacht werden.

Im deutschsprachigen Raum wird Supervision als „Beratung im beruflichen Kontext“ (Möller 2012: 17) definiert. Auf dieser Definition aufbauend wird Supervision auch als „Weiterbildungs-, Beratungs- und Reflexionsverfahren für berufliche Zusammenhänge“ (Belardi 2013: 15) verstanden und gilt als „eine Kunst der Beziehung“. „[...] mit einzelnen Menschen, ihren Rollen und den Gruppen und Organisationen, in denen sich Arbeit vollzieht“ (Leuschner 2007: 14). Die beiden letztgenannten Definitionen zeigen, dass Supervision in einer pädagogischen Tradition (vgl. Pühl 1990: 3) steht und, dass Supervision einen ausgeprägten reflexiven Charakter hat. Menschen stehen mit ihren jeweiligen Professionen, wie auch Rollenerwartungen als Individuen wie auch als Teil von Gruppen, Teams und Organisationen im Mittelpunkt.

Im Vergleich zu dieser Definition bleibt die theoretische Einordnung von Supervision sehr viel offener: Haben sich in den 1970er Jahren diverse „Bindestrich-Methoden“ (Gaertner

2011: 91) der Supervision entwickelt, wie Gestalt-Supervision, systemische Supervision, psychoanalytische Supervision etc., alle hergeleitet aus Therapierichtungen, so wird Supervision mittlerweile als Beratungsformat anerkannt, das sich auf unterschiedlichen Theorien und Konzepte stützt, um der hohen Komplexität auch adäquat begegnen zu können. Die Psychoanalyse, systemisches Denken, die Gruppendynamik, die Rollentheorie und auch die Arbeitssoziologie bieten hilfreiche Grundlagen für supervisorisches Handeln. Die Supervision selbst liefert umfassende Felderkenntnisse und kann daher auch als Forschungsmethode (vgl. Hermann 2018: 125ff.) Anwendung finden. Katharina Gröning (2013) konzeptualisiert Supervision

„(...) als angewandte kritische Sozialwissenschaft mit den Elementen sozialwissenschaftliche Psychoanalyse, Gruppenanalyse und ausgewählten Ansätzen aus der Soziologie, vor allem in der Tradition Bourdieus“ (27).

Supervisor*innen beziehen sich folglich auf unterschiedliche Theorien und nach wie vor auf bestimmte Therapierichtungen, was der Supervision den Vorwurf des Eklektizismus einbringt (vgl. Gaertner 2011: 89). Diese Heterogenität, wie auch Theoriedefizite und der Mangel umfassender empirischer Forschung überlassen es letztlich der Kunst einer jeden einzelnen Supervisor*in unterschiedliche theoretische Positionen zu einem theoretischen Konzept zu verdichten (vgl. Gröning 2013: 15, dies. 2012: 77).

Weniger kontroversiell als die theoretischen Bezüge der Supervision zeigt sich die Praxis des Kontrakts (vgl. Rappe-Giesecke 2009). Der Vertrag, ein Dreieckskontrakt, der die Rechtllichkeit der Supervision sicherstellt, schützt das supervisorische Mandat sowie die Interessen der Supervisand*innen (vgl. Gröning 2013: 135). Dieses Arbeitsbündnis ist im Kern eine Kontraktethik, auf die wir nun genauer eingehen werden (vgl. dies. 2013: 136).

Am Beginn eines jeden Supervisionsprozesses steht die Sondierung, die in der Regel im Zuge eines Vorgesprächs mit der Leitung, dem Team bzw. der Einzelperson passiert. Das Ergebnis der Sondierung ist der Vertrag, der mit den Teams, den Einzelpersonen wie der Organisation geschlossen wird. In diesem werden die Dauer des Supervisionsprozesses, Ort, Zeit, Kosten, Absageregelungen, eine thematische Ausrichtung (so ein bestimmtes Thema im Vordergrund steht), die Evaluierung des Prozesses und die Vertraulichkeit geregelt. Der ethische Rahmen von Supervision umfasst jedoch mehr als die genannten Themen, so hat die Österreichische Vereinigung Supervision auf ihrer Website die „ethischen

Richtlinien für SupervisorInnen der ÖVS“ (2023) in insgesamt 11 Punkten zusammengefasst.⁵

Diese umfassen unter anderem folgende Punkte: Die Verantwortung, die Supervisor*innen für ihr berufliches Handeln tragen, im Wissen um die möglichen persönlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen auf ihre Klient*innensysteme; die fachliche Kompetenzen und Qualitätssicherungsvorgaben von Seiten der ÖVS; die Verpflichtung zu sachlicher und wahrer Information gegenüber den Supervisand*innen; das Vertrauensverhältnis, die Auftragsklärung- und besondere Sorgfaltspflichten gegenüber den Supervisand*innen wie Verschwiegenheitspflicht, Datenschutz, Dokumentationspflicht und den Grundsatz der Auswahl des/der Supervisor*in wie auch die kollegiale Zusammenarbeit und Kooperation (ÖVS 2023).

Die ethischen Richtlinien sind Teil des Kontrakts und bedeuten, dass sich die/der Supervisor*in bereits vorab den Auftrag bewusst macht, den Prozess übernehmen will und sich auch dazu fachlich und persönlich in der Lage sieht. Auch die Auftraggebenden, die Leitung als Vertreterin der Organisation und das Team bzw. die Einzelpersonen, entscheiden sich im Zuge der Sondierung für einen/eine Supervisor*in, können sich durch den Kontrakt auf das bevorstehende Prozessgeschehen einstellen und wissen aufgrund der Sondierung, welche Erwartungen sie an die Supervision haben.

3.2. Supervision als Ort der Reflexion

Nach Sondierung und Kontrakt öffnet sich mit dem Start der Supervision ein Raum für Reflexion, der durch das Setting der Beratung entsteht, wie Peter Heintel (2006) konstatiert:

„Jede Beratung, die sich nicht auf reine Fachberatung einschränkt, [...] ist von sich aus ein Ort der Differenz, der Unterbrechung des Alltagsgeschehens und damit ein solcher der Reflexion, der Nach- und Vordenklichkeit (201)“

Reflexion als Nachdenken, überlegen, als prüfende Betrachtung gehört zur Primäraufgabe der Supervision. Als „reflexive Institution“ (2013) bezeichnet Katharina Gröning im Titel ihres Buches die Supervision und legt eine umfassende theoretische Herleitung

⁵ Auch die Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching (DGSv 2023) wie auch der Schweizer Bundesverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung (bso 2023) haben ethische Richtlinien auf ihren Websites.

dieses reflexiven Charakters vor. Wir werden im Folgenden nicht dieser „reflexiven Supervision“ folgen, sondern den „Ort“ der Supervision betreten. Dieser ist als Setting von ethischen Richtlinien gehalten, unterbricht das Alltagsgeschehen und schafft Raum zum Nachdenken. Wie sind nun die weiteren Schritte, um Reflexivität im supervisorischen Setting entstehen zu lassen?

Voraussetzung für Reflexion ist der sprachliche Ausdruck, den Winfried Münch (2011: 265ff.) in Anlehnung an Ludwig Wittgenstein (1953: 11f.) als „Sprachspiel“ skizziert. Supervision wird von ihm als rahmengebundenes Gespräch definiert, in dem Folgendes passiert:

„Bei diesem Sprachspiel, dem institutionalisierten Sprachgeschehen, findet ein Austausch von Sätzen und nonverbalen Ausdrucksverhalten in der sich vergegenwärtigenden Unmittelbarkeit statt, also von Angesicht zu Angesicht. Es folgt einem Regelgebrauch und beansprucht einen eigenen Formenzwang. Immer sind zwei oder mehrere Personen in unterscheidbaren Rollen und Funktionen im rahmengebundenen Zusammenhang darum bemüht, sich mittels eines Zeichenaustauschs ihres Meinens und Denkens, bezogen auf eine fragliche Angelegenheit, miteinander zu verständigen, um auf diesem Wege zum beidseitigen Verstehen zu gelangen. Daraus entfaltet sich rahmenbezogen eine prozessuale Kontinuität des Wirkens, die sinnbezogen Absichten und Ziele verfolgt“ (Münch 2011: 267).

Er beschreibt weiterführend drei Elemente, die Basis für das supervisorische Sprachspiel sind: die Beratungssituation, das Erzählte, als das Nichtgegenwärtige, das in das Beratungsgeschehen hereingeholt wird und der Bezug, der auf das Erzählte hergestellt wird (vgl. ders. 2011: 269).

Das Sprechen stellt den Bezug zum Jetzt her, zur Beratungssituation, und im Sprechen wird das Anliegen formuliert, welches subjektiv ist, mit Bewertungen und Erwartungen versehen wird und Gefühlsstimmungen zeigt (vgl. ders. 2011, 270). Das Miteinandersprechen ist der Ausgangspunkt für das beraterische Sprachspiel, wobei am Anfang immer die Erzählung der Supervisand*innen steht, der mit Fragen der/des Supervisor*in begegnet wird. Diese sollen so gestellt sein, dass eine größtmögliche Offenheit für die Antworten gegeben ist:

Münch (2011) schildert diese Art des Fragens:

„Das Herausfordernde der Frage [...] zeigt sich in Beratungszusammenhängen gerade daran, dass der Ratsuchende quasi dazu aufgefordert wird, seinem Leben entgegenzugehen, nämlich sich seinem Selbst zuzuwenden, damit er reflexiv sein Denken und Meinen betrachten, zeitgleich in seine Erinnerung eintauchen sowie seinen Empfindungen nachgehen kann. In der Frage selbst, die auf das bereits Gesagte, Bekannte oder Feststehende zurückgreift oder sich davon abhebt, jedenfalls Erinnerung, Meinung und Sichtweisen

desjenigen anspricht, welcher befragt wird, sollte so viel Offenheit aufgehoben sein, dass sie eine Antwort erlaubt, die Entscheidbarkeit ermöglicht. Fehlt diese Offenheit, kann man auch nicht ungezwungen antworten (279)“.

Ziel dieser „zirkulierenden Suchbewegungen“ (ders. 2011: 270), dieses gemeinsamen Reflektierens, ist das Erreichen eines neuen Sinnverstehens, ein deutlicheres Wahrnehmen der formulierten Anliegen und im besten Fall eine Klärung.

Reflexion in der Supervision braucht folglich die Unterbrechung vom Alltagsgeschehen und einen vertraulichen Rahmen, der durch den Kontrakt gehalten wird.⁶ Das ermöglicht ein Beratungsgeschehen, in dem die Erzählung Raum bekommt und ein gemeinsames Nachdenken möglich wird. Gemeinsames Reflektieren bildet auch die Grundlage für Supervision als Ort von Ethik, auf die wir nun eingehen.

3.3. Supervision als Ort von Ethik

Wir begegnen in der Supervision immer wieder ethischen Fragestellungen, ganz besonders in der Supervision im Bereich Palliative Care, setzt sie sich doch mit Themen wie Sterben, Tod und Trauer auseinander. Auch wenn der Kontrakt nur selten explizit die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen enthält, so bringen die Teilnehmer*innen immer wieder ethische Dilemmata in der Supervision zur Sprache. Heintel (2006) meint:

„... es Bedarf also [in der Beratung] keiner gesonderten und speziellen Fokussierung des Ethischen, es ist einfach immer da, kann gar nicht vermieden werden“. Begründen lässt sich das einerseits damit, dass der berufliche Alltag, insbesondere in Palliative Care, durch implizite und explizite Wertvorstellungen gekennzeichnet ist. Andererseits geht es in Beratungen sehr oft um „Dilemmata, Zielkonflikte, etc., die weder funktional noch aus der ‚Sache‘ heraus allein gelöst werden können (201)“.

Wir wollen dies anhand von einem Beispiel aus der Supervisionspraxis veranschaulichen:

Fallbeschreibung 1⁷

Ich wurde von einer Ärztin des Regionalkrankenhauses in Z. kontaktiert, weil der Tod eines Jugendlichen auf der Kinder- und Jugendstation eine sehr große Betroffenheit, Unverständnis, Ärger und auch Schuldgefühle ausgelöst hat. Im Rahmen einer Supervision sollten diese Gefühle thematisiert und bearbeitet werden.

⁶ Virtuelle Beratungssettings bilden hier eine Ausnahme, die Unterbrechung des Alltagsgeschehens und auch der vertrauliche Rahmen ist hier mitunter nicht gegeben.

⁷ Die Fallbeschreibung wurde verfremdet, damit das Team, das Krankenhaus sowie der Patient und seine Familie anonym bleiben.

Ein sechzehnjähriger Patient, der auf der Station seit vielen Jahren bekannt war, hatte eine sogenannte „rare disease“, eine seltene Erkrankung. Nur wenige Monate nach seiner Geburt wurde diese Erkrankung festgestellt und sie erforderte oft wochenlange Aufenthalte im Krankenhaus. Bis zu seinem fünften Lebensjahr ist er in einer deutschen Universitätsklinik behandelt worden. Aufgrund des Umzugs seiner Familie nach Österreich wurde er vom Krankenhaus in seiner neuen Wohnregion Z. übernommen. Dort war er ein gern gesehener Patient, vom Pflegepersonal über die Ärztinnen und Ärzte, alle waren von seiner einnehmenden Art sehr angetan und die intensive Anwesenheit der Familie – er hatte Eltern und zwei ältere und ein jüngeres Geschwisterkind – war von liebevollem Umgang und hoher Aufmerksamkeit geprägt.

Er hatte aufgrund seiner Grunderkrankung eine leichte Entwicklungsverzögerung, daher wirkte er nicht wie ein Sechzehnjähriger, sondern eher wie ein 13 Jahre alter Junge.

Um seinen 15 Geburtstag verschlechterte sich sein Zustand und – nach vielen Untersuchungen – wurde ein Karzinom im Bauchraum diagnostiziert, mit einer sehr schlechten Prognose. Die Eltern wurden umfassend informiert, wussten von der Prognose, wollten jedoch nicht, dass der Junge über seine Erkrankung informiert wird. Sie hatten die Befürchtung er würde sich aufgeben, wusste er von seiner Krebsdiagnose. Er verbrachte ursprünglich viel Zeit zu Hause, besuchte auch die Schule, die Krankenhausaufenthalte wurden nun jedoch zeitlich immer länger und das Pflege- wie auch das ärztliche Personal versuchten die Eltern zu überzeugen, dass eine Aufklärung über die Erkrankung wichtig sei, da davon auszugehen war, dass er nicht mehr lange zu leben hätte. Ärztinnen, Ärzte und das Pflegepersonal, wie auch Ergo- und Physiotherapeutinnen hatte zunehmend Schwierigkeiten mit der auferlegten Schweigepflicht, die sie vom Gesetz her aufgrund des Alters des Jungen nicht hatten, sie fühlten sich jedoch den Eltern gegenüber zu Verschwiegenheit verpflichtet.

Eine zunehmende Verzweiflung war auf der Station in Bezug auf diesen Patienten wahrnehmbar: Der Jugendliche wurde immer schwächer und auch instabiler und der nahe Tod konnte weder vom Pflege- und noch vom ärztlichen Personal thematisiert werden, die Eltern waren zu diesem Zeitpunkt rund um die Uhr am Krankenbett und sprachen immer davon, dass es bald besser werden würde.

Nach vielen Gesprächen gelang ein Einvernehmen, dass dem Jugendlichen gesagt werden könne, wie es um ihn stünde. Doch nach dieser Einigung veranlassten die Eltern innerhalb weniger Stunden eine Verlegung in eine Universitätsklinik, in der der Jugendliche drei Tage nach der Einlieferung verstarb: in unvertrauter Umgebung und unter Schmerzen, da noch eine neue Chemotherapie gestartet worden war.

Erster Eindruck nach der Sondierung:

In diesem Beispiel wird die Supervision, eine zweistündige Akutsupervision, von einer Ärztin beauftragt, um eine Reflexion über diese prägende Situation zu ermöglichen. Gleichzeitig wird am Fallbeispiel deutlich, dass genau das in der konkreten Situation zu wenig stattgefunden hat: es gab zu wenig Austausch, alle haben „alleine gelitten“.

Alle beteiligten Berufsgruppen wollten, dass ein palliatives Setting entsteht, das es dem Jugendlichen ermöglicht, über das nahe Sterben nachzudenken und sich zu verabschieden. Die Eltern haben das verhindert, weil sie Angst hatten, wie ihr Sohn diese Diagnose aufnehmen würde. Es ist zu vermuten, dass es bei der Weigerung der Eltern nicht nur um die Reaktion des Sohnes ging, sondern auch um die Eltern selbst, die mit der Mitteilung der Diagnose wohl auch ihre Hoffnung aufgeben hätten müssen, dass ihr Sohn die Krebserkrankung überleben wird.

Die Reflexionsschleifen der beauftragten Supervision:

In der Supervision wurde deutlich, dass vor allem zwei Gefühle sehr ausgeprägt waren: Am Anfang wurden Ärger und Wut über das Universitätsklinikum geäußert, insbesondere auf jenen Arzt, der sich von den Eltern überzeugen hat lassen, dass der Jugendliche aufgenommen werden sollte und der noch eine Chemotherapie angeordnet hatte. Einige Supervisand*innen empfanden diesen Krankenhauswechsel skandalös und die Chemotherapie als grausam. Wie kann so etwas überhaupt passieren, wurde immer wieder geäußert. Als die Wut und der Ärger Raum bekommen hatten, sind zunehmend Schuldgefühle zum Ausdruck gebracht worden. Einige Reflexionsschleifen wurden genommen, die mit folgenden Fragen veranschaulicht werden sollen: Wie ist es zu verstehen, dass die Verschwiegenheit gemeinsam mitgetragen wurde, obwohl das Team dazu gar nicht verpflichtet war? Was hat das Team durch sein Verhalten dem Jungen, seiner Familie, dennoch möglich gemacht? War das Team tatsächlich einer Meinung? Wie hat die Meinungsbildung in den einzelnen Berufsgruppen stattgefunden? Mit zunehmender Differenzierung

gelang es auch den Arzt des Universitätsklinikums und sein Handeln noch einmal zu betrachten, denn auch er stand, wie das Team, den Eltern gegenüber, die sich als sehr wirkmächtig herausstellten. Ebenso wirkmächtig sind jedoch auch die Behandlungslogiken eines Universitätsklinikums, die sich von jenen eines Regionalkrankenhauses durchaus unterscheiden. Gegen Ende der Supervision war eine sichtliche Erleichterung wahrnehmbar sowie eine Verbundenheit des Teams spürbar. In der Abschlussrunde wurde von einigen Teilnehmenden geäußert, dass sie sich nun wieder als Team fühlen und sie einen regelmäßigen Austausch wollen.

Das Team hatte während der intensiven Zeit der Betreuung weder eine Supervision noch eine ethische Fallbesprechung. Als Konsequenz aus dieser Erfahrung wurde kontinuierliche Supervision beauftragt, um sich in Zukunft solche Dilemmata und Konfliktsituationen früher bewusst zu machen.

Das Fallbeispiel zeigt, dass die konflikthafte Situation, dieses ethische Dilemma, in der Supervision nicht im Nachhinein beurteilt wurde, sondern der Versuch unternommen wurde, Handlungen, Haltungen und die dahinter liegenden Werte zu verstehen.

Wir wollen nun erörtern, welche Zusammenhänge, Gemeinsamkeiten und Abgrenzungen zwischen Supervision und Ethik in der Literatur diskutiert werden.

3.4. Ethische Fallbesprechung und Supervision: Verbindendes und Trennendes

Es lassen sich eine Reihe von Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen ethischer Fallbesprechung und Supervision identifizieren. Eine solche Differenzierung vorzunehmen, ist als sinnvoll zu bezeichnen. Denn auch wenn es zwar nicht darum geht, „klinische Formate eins zu eins in die verschiedenen Handlungsfelder der Supervision zu übertragen“ (Gröning & Friesel-Wark 2021: 6), so lassen sich „Grenzgänge“ und „Verwirrungen“ (Bannert 2012: 47) in Bezug auf die beiden Beratungsangebote beobachten, die der Ethikberaterin, Supervisorin und Klinikseelsorgerin Regina Bannert (2012) so in ihrem beraterischen Alltag begegnen:

„Sollen wir das in die Supervision einbringen oder ist das etwas für die ethische Fallbesprechung?“, fragen sich Mitarbeiter in einem Team. In einer Ethischen Fallberatung sagt jemand: ‚Da haben wir in der Balintgruppe auch schon drüber gesprochen.‘ Einem Team

wurde vom Medizinischen Dienst empfohlen, Supervision oder Ethische Fallberatung in Anspruch zu nehmen (47)“.

Ähnlich argumentiert Hans-Jörg Stets (2021), Klinikseelsorger und Supervisor, der sich – im Unterscheid zu Bannert – nicht mit der ethischen Fallbesprechung, sondern mit dem umfassenderen Ansatz der Ethikberatung auseinandersetzt. Aus seiner „gelebten Beratungspraxis“ ergebe sich „die Notwendigkeit für eine Verhältnisbestimmung der Formate Ethikberatung und Supervision“, dies sei „im Sinne der Auftragsklärung und Rollenklarheit“ der Berater*innen (ders. 2021: 9).

Mitzscherlich und Reiter-Theil (2017) bezeichnen das Verhältnis zwischen Ethikconsultation und psychologischer Supervision als „ungeklärt“ (289). Ihren Vergleich der beiden Beratungsformen leiten sie damit ein, dass sowohl in der Supervision ethische Fragen als auch in der Ethikberatung psychologisch-interaktionelle Fragen zur Sprache kommen können. Sie plädieren dafür, die beiden Beratungsformen nicht zu vermischen und empfehlen den Berater*innen „Basiskenntnisse über das jeweils andere Verfahren“ (102).

Bannert (2012) sieht Supervision und ethische Fallbesprechung als „verschiedene Wege“, die zu einem gemeinsamen übergeordneten Ziel beitragen, nämlich Belastungen und Konflikte in Organisationen zu bearbeiten. Sie seien beide „Reflexionsformen für das Bearbeiten von moralischen Fragen und ethischen Entscheidungsprozessen“ (Heller & Kroboth 2010: 13). Beide können einen Beitrag zur „Entwicklung der gesamten Organisation hin zu ethisch motivierten Zielen“ (Bannert 2012: 56) leisten.

Allerdings unterscheiden sie sich wesentlich dadurch voneinander, dass die ethische Fallbesprechung ausdrücklich zum Ziel hat, Entscheidungsempfehlungen zu erarbeiten. Dies sehen auch Gröning und Friesel-Wark (2021) so, die die ethische Fallbesprechung als ein „striktes Verfahren der Entscheidung über ethische Dilemmata“ (6) bezeichnen. Hier schließt sich auch die Beschreibung des Ziels der Ethikberatung an, die Stets (2021) vornimmt, nämlich

„...einen konsenshaften und gemeinsam verantworteten Behandlungsweg und Behandlungsumfang mit allen beteiligten Mitgliedern eines Behandlungsteams als Empfehlung für die verantwortlichen Ärzt*innen zu erarbeiten (10)“.

Stets (2021) kommt hier zunächst ohne den Begriff „Entscheidung“ aus, um dann später zu argumentieren, dass der Rahmen der klinischen Ethikberatung stets handlungsorientiert ist, um „schnelle und adäquate Entscheidungen durch Handeln oder Nicht-Handeln“ (11) zu treffen.

Auch wenn, so Bannert (2012), Supervision primär ein Instrument zur Entwicklung und Sicherung von Qualität ist, so werden – gerade bei Supervisionen in Care-Organisationen – regelmäßig Themen benannt, die eine „ethische Dimension“ haben. Supervision bietet einen geschützten Rahmen, moralische Intuitionen vertieft und selbstreflexiv zu verstehen, sie hat jedoch Grenzen, was die Möglichkeit betrifft, ethische Fragen zu klären – schließlich ist das auch nicht ihre explizite Aufgabe.

Auch die ethische Fallbesprechung – so Bannert (2012) weiter – kann in Care-Organisationen an Grenzen stoßen. Durch ihre starke Strukturiertheit kann es dazu kommen, dass Emotionen abgespalten und nicht ausreichend als Quelle von Erkenntnis genutzt werden. Auch erfordern ethische Fallbesprechungen die Kommunikation auf Augenhöhe, diese ist in den meist streng hierarchisch organisierten Care-Organisationen nicht immer möglich. Sie benennt Kompetenzen, die für beide Beratungsformen förderlich sind: Organisationskompetenz, Kommunikative Kompetenz, Rollenkompetenz und Prozesskompetenz.

Angela Kessler-Weinrich (2021) unternimmt eine Analyse von Verbindendem und Trennendem für drei unterschiedliche Beratungssettings: Krankenhauseelsorge, ethische Fallberatung und Supervision. Neben Unterschieden und Gemeinsamkeiten in Aufgaben und Auftrag beschreibt sie sehr treffend, dass sich die drei Beratungsformen, in denen es „um den Menschen – In erster Linie um den Patienten und Klienten, aber auch um die Mitarbeitenden, d.h. die Teilnehmer*innen“ (55) geht, im Ergebnis der Beratung unterscheiden: Während Ethikberatung und Fallsupervision zum Ziel haben, die Situation von Patient*innen und Klient*innen durch einen kommunikativen Prozess der für sie professionell Sorgenden zu verbessern, fehlen bei der Seelsorge die Teilnehmenden, die über eine nicht anwesende Person beraten, die Kommunikation ist hier direkt und unmittelbar mit dem Menschen, der das seelsorgliche Gespräch sucht. Damit identifiziert Kessler-Weinrich eher Gemeinsames für Ethikberatung und Supervision und eher Abgrenzendes für die Seelsorge. Von Interesse ist die Interdisziplinarität der beratenen professionell Sorgenden bei Kessler-Weinrich (2021), während Stets (2021) in seiner oben genannten Definition ausschließlich Ärzt*innen als Adressat*innen der Empfehlung sieht.

Ähnlich wie Bannert (2012) beschreibt auch Kessler-Weinrich (2021) eine Grundkompetenz, die für alle drei Beratungsformen hilfreich ist, nämlich Kontakt- und Beziehungsfähigkeit. Darüber hinaus benennt sie Kompetenzen, die auf einer Ebene liegen, die sich deutlich von jener unterscheidet, die Bannert benennt und eher als Haltungen zu verstehen sind: Einfühlung, Wertschätzung, Zuwendung, Ermutigung, Unterstützung und Vertrauen.

Die hier genannten Kompetenzen sind gerade vor dem Hintergrund der Frage: ‚Um welche Ethik geht es?‘, der wir uns in der Folge widmen wollen, bemerkenswert. Während Bannert (2012) auf prozess- und organisationsethische Kompetenzen rekurriert, stehen bei Kessler-Weinrich (2021) Kompetenzen im Vordergrund, die eher einer care ethischen Herangehensweise entsprechen.

4. Welche Ethik? Care-ethische Reflexionen

Wie in unserer Diskussion zur klinischen Ethikberatung und ethischen Fallbesprechung deutlich wird, liegt den allermeisten in der Literatur beschriebenen und analysierten Modellen (vgl. u.a. und ohne Anspruch auf Vollständigkeit Balogh 2020; Heiland 2018 zitiert n. Stets 2021; Riedel & Linde 2016; Stets 2021) die biomedizinische Prinzipienethik von Beauchamp und Childress (2013) zugrunde, mit ihren vier Prinzipien: Achtung von Autonomie, Nichtschaden, Gutes Tun sowie Gerechtigkeit, hier gehen wir mit Stets (2021) konform. Diese ausgeprägte Fokussierung auf die Prinzipienethik ist nicht unumstritten, so findet sich beispielweise bei Fahr (2013) eine Diskussion der diskursethischen Grundlage von Ethikberatung, mit Bezug sowohl zur Prinzipienethik als auch zur Care Ethik, während Krobath und Heller (2010) kritisieren, dass diese als Grundlage der Ethikberatung zu kurz greift und eine Theorie der Organisationsethik der Versorgung und der Sorgebeziehungen entwickeln.

Stets (2021) zieht aus seiner Beobachtung der Exklusivität der Prinzipienethik in der ethischen Fallbesprechung allerdings die Schlussfolgerung, dass

„nicht so sehr ein einzelnes Ablaufschema einer Ethikberatung und auch nicht die Grundlegung durch einen ethischen Diskurs im Rahmen einer spezifischen normativen Ethik für eine klinische Ethikberatung die zentralen Parameter darstellen, sondern eine umfassende Moderationskompetenz der Berater*in (22f.)“.

Wir stimmen dem nur in Teilen zu. Unbestritten ist aus unserer Sicht die Notwendigkeit der Moderationskompetenz in jeder Form von Beratung, sei es Supervision oder ethische Fallbesprechung. Allerdings gehen wir in unserem Beitrag von der Hypothese aus, dass es für unterschiedliche Beratungssettings sehr wohl von Bedeutung ist, von welchem ethischen Diskurs ausgegangen wird. Wir schließen uns hier Fahr (2013) an, der die Frage: „Welche ‚Ethik‘ soll der Ethikberatung zugrunde gelegt werden?“ (52) als einen der drei zentralen Aspekte in der Frage nach dem „Ethischen in der Ethikberatung“ bezeichnet.

Wir beobachten, dass bei der Diskussion zu den Zusammenhängen zwischen Supervision und Ethik zu wenig auf die Frage geachtet wird: Welche Ethik meinen wir?

Wir wollen zur Beantwortung der Frage, ob und inwieweit die Supervision ein Ort der Reflexion von ethischen Fragen ist, sein kann und auch soll, nicht von den Prinzipien der biomedizinischen Ethik ausgehen, sondern von den Grundlagen und Grundhaltungen der Care-Ethik und ihrer Schwester der Prozessethik. Wir sehen das insofern als relevant an, als mit der Prinzipienethik ein Menschenbild verbunden ist, das oftmals gerade in ethischen Fragen in Palliative Care der realen Bedeutung von Gefühlen, Beziehungen, und dem aufeinander Verwiesen-Sein nur bedingt gerecht wird. Das von uns bearbeitete Forschungs- und Praxisfeld Palliative Care legt eine care-ethische Betrachtungsweise nahe – im Sinne von Palliative-Care-Ethik und wir wollen daher in einem nächsten Schritt deren Grundlagen und Grundhaltungen darlegen.

4.1. Die Verletzlichkeit des Menschen

Die Care Ethik stellt nicht die Autonomie des Menschen in den Mittelpunkt, sondern seine Verletzlichkeit oder auch „Vulnerabilität“ und sieht diese als anthropologische Ausgangslage. zuma die Verletzlichkeit der Würde. Verletzlichkeit ist eine universale menschliche Eigenschaft. „Wir alle sind verletzlich“ formuliert es Berta Schrems (2020: 15). In dieser Verletzlichkeit sind alle Menschen miteinander verbunden (vgl. Brown 2012).

Vulnerabilität bezeichnet einen Zustand, in dem Menschen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, Schaden zu nehmen oder ihre Fähigkeit, sich vor Schaden zu schützen, verringert ist (vgl. Rogers, Mackenzie & Doods 2021). Die drei australischen, feministischen

Forscherinnen, von denen diese Definition stammt, spezifizieren, dass es damit sowohl körperlichen als auch emotionalen Schaden meinen. Als Palliative Care Forscherinnen wollen wir den Blick erweitern und mit Bezug auf das Konzept von Total Pain (Heimerl & Millius 2024) von Schaden in der körperlichen, der psychischen, der sozialen und der spirituellen Dimensionen sprechen. Vulnerabilität – so die drei Autorinnen weiter – wird oft mit einem „Gefühl des Verlustes der Handlungsfähigkeit oder mit Machtlosigkeit assoziiert“ (Roger, Mackenzie & Doods 2021: 190).

Gleichzeitig ist Vulnerabilität innerhalb von Gesellschaften aber auch weltweit zwischen dem globalen Norden und Süden ungleich und ungerecht verteilt (vgl. Browne, Danely & Rosenow 2021). So führen beispielsweise Armut, geringere Bildung und Alter zu einem höheren Risiko, mit unterschiedlichen Krankheiten zu leben, bestimmte Behandlungen nicht zu erhalten und in „ungesünderen“ Wohngebieten zu leben. Dies haben gerade die vergangenen Jahre der Pandemie gezeigt (vgl. Heimerl, Reitinger & Pichler 2021). Im hohen Alter führen zahlreiche Verluste und Leistungseinbußen zu einer Zunahme der körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Vulnerabilität (vgl. Gastmans 2013), das gilt ganz besonders für Menschen mit Demenz.

4.2. Achtsamkeit als zentrales Konzept

Eine Antwort auf die Erkenntnis, dass wir alle mit Verletzlichkeit leben, ist es, achtsam mit sich und anderen umzugehen. Achtsamkeit enthält aus care-ethischer Sicht ganz unterschiedliche Aspekte, Haltungen, konkrete Praktiken aber auch Fähigkeiten und soziale Zuwendung. Achtsamkeit gewinnt an Bedeutung, wenn es um sorgende Aktivitäten geht. Care bzw. Fürsorglichkeit kann als eine Praxis der Achtsamkeit und Bezogenheit angesehen werden, in der es um zuwendende Aufmerksamkeit, um pflegende und versorgende menschliche Interaktionen geht. Die Bereitschaft, zu akzeptieren, dass Menschen grundlegend aufeinander angewiesen sind, ist für das (Er-)Leben von Achtsamkeit, die Fähigkeit Achtsamkeit zu schenken und zu empfangen, wichtiger als das Betonen von Autonomie (vgl. Conradi 2001).

Achtsamkeit hat auch immer etwas mit Berührung zu tun. Die Aufmerksamkeit und Fähigkeit, Bedürfnisse von Menschen, die uns umgeben, erkennen zu können (vgl. Tronto 1994: 128f.), ist dafür zu schulen. Über Praktiken, die es ermöglichen, das eigene Fühlen

und Denken ruhen zu lassen und damit auch eigene Ziele und Absichten in den Hintergrund zu stellen, kann ein sich Öffnen für die Gegenwart einer anderen Person gestärkt werden. Im weitesten Sinne erfordert dies ein Zuhören mit allen Sinnen. Mit den Händen und Körpern wahrnehmen und beobachten, das körperliche Berühren gehört ja augenscheinlich zum „Handwerk“ von professioneller Sorgearbeit. Aber auch das emotionale Berühren durch aufmerksame Blicke oder Gesten der Empathie und des Trostes können als zentrale Elemente von achtsamen 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).“

4.3. Verantwortung für sich selbst und andere

Personen, die sich sorgend um andere kümmern und in Sorge-Interaktionen treten, benötigen besondere Kompetenzen. Aus der Wahrnehmung einer konkreten Situation ergeben sich 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 in 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. Das klingt anspruchsvoll und ist es auch. Denn gleichzeitig finden Kommunikation und Handlungen statt, die auf Basis erlernter Fähigkeiten und Erfahrungswissen aufbauen. Jede Begegnung innerhalb einer Care-Interaktion steht damit vor dem Risiko, angemessen auf Bedürftigkeiten – eigene und die der anderen Person – zu reagieren oder auch nicht. In letzter Konsequenz 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 (vgl. 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.

4.4. Erzählen als Ausgangspunkt

Achtsamkeit drückt sich darin aus, dass wir das Erzählen ermutigen und dass wir einander Zuhören. Das Erzählen von Geschichten ist eng verbunden mit einem care-ethischen Zugang und hat eine entlastende und leid-lindernde Funktion, wie zahlreiche Beispiele der partizipativen Forschung zeigen. Die US-amerikanische Kommunikationswissenschaftlerin Carolyn Ellis (2016) beispielsweise forscht mit Überlebenden des Holocaust. Sie ermutigt die Teilnehmer*innen ihre vergangenen und aktuellen Geschichten wieder und wieder in ganz verschiedenen Weisen zu erzählen und so ihre Bedeutung zu analysieren und sie resümiert:

“In compassionate storytelling, researchers— sometimes with participants—write and tell stories empathetically and respectfully, accompanied by a desire to relieve or prevent suffering” (437).

In ihren Reflexionen auf den Forschungsprozess bezeichnen die Holocaust-Survivors das Erzählen als „healing“ (dies. 2016: 433). Durch das Erzählen – so die Schlussfolgerungen in diesem Forschungsprojekt – werden gemeinsam neue Handlungsstränge und Erkenntnisse entdeckt.

Erzählen und Zuhören tragen dazu bei, dass Mitarbeiter*innen in sorgenden Berufen Empathie und Verständnis entwickeln. Erzählen und Zuhören gehören zu den wichtigsten Aufgaben der professionellen Pflege. Das Erzählen von Geschichten macht auch einen großen Teil der Aktivitäten von Angehörigen anderer sorgender Berufe aus, von der Medizin über therapeutische Berufe bis hin zur Sozialarbeit und Sonderpädagogik – auch wenn die Art und Länge der Geschichten, die Menschen erzählen, je nach Beruf unterschiedlich ist. Auch in den helfenden Berufen hat das Erzählen mitunter eine therapeutische Funktion (vgl. Fairbairn 2002).

Das Erzählen, vor allem das biographische Erzählen in Gruppen hat eine lange Tradition in den „Erzählcafés“ (Dressel, Kohn & Schnelle 2022). Einen besonderen, wenn auch noch deutlich zu wenig beachteten und beschriebenen Stellenwert hat das Erzählen in Gruppen in der Forschung. In mehreren partizipativen Forschungsprojekten in Palliative

und Dementia Care haben wir die Teilnehmer*innen an Gruppengesprächen dazu eingeladen, über ihre Erfahrungen mit dem jeweiligen Thema des Forschungsprojekts (unter anderem: Ethische Entscheidungen im Pflegeheim; Umgang mit Menschen mit Demenz in Organisationen; Perspektiven auf „gutes Sterben“; Geschichten vom Lebensende) zu erzählen. Dabei konnten wir die Erfahrung machen, dass das Erzählen in Gruppen immer auch bedeutet, dass einander erzählt und zugehört wird und somit einen Impuls zur Veränderung bieten kann, insbesondere, wenn das Erzählen im Rahmen einer Organisation – in unserem Fall einer Care-Organisation – stattfindet (vgl. Heimerl, Reitinger, Dressel & Pichler 2023).

So sind wir beispielweise im partizipativen Forschungsprojekt „Ethische Entscheidungen im Pflegeheim“ zuerst von der Erzählung von konkreten Situationen ausgegangen. Der erzählgenerierende Impuls am Beginn der Fokusgruppe lautete: „Bitte erzählen Sie uns von einer Situation, in der ein*e Bewohner*in im Zentrum steht, die Sie mit einem ungu-ten Gefühl zurückgelassen hat.“ Die so erzählten Geschichten wurden zum Ausgangspunkt für gemeinsame Reflexion und das Entwickeln von Handlungsoptionen in ähnlichen Situationen (vgl. Reitinger et al. 2014).

4.5. Gefühle als Quelle von Erkenntnis

Ethische Reflexion erfordert das Wahrnehmen und Ausdrücken von Gefühlen. Gefühle erlauben einen sehr direkten Zugang zu Werthaltungen oder auch Verletzungen und Kränkungen. Im Formulieren von Gefühlen und Betroffenheit geschieht eine Öffnung hin zu Dimensionen, die sich von den Handlungsrationitäten 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. „Darüber reden tut gut“ war eine der wichtigsten Erkenntnisse im Forschungsprojekt „Ethische Entscheidungen im Pflegeheim“ (ebd.).

Insbesondere das Erzählen von Geschichten ermöglicht es, Betroffenheit und Gefühle auszudrücken. Dies soll an einem weiteren Beispiel aus einem partizipativen Forschungsprojekt aufgezeigt werden. Im Projekt „Sterbewelten – die Perspektive der professionell Sorgenden auf ‚gutes Sterben‘ haben wir Mitarbeiter*innen in unterschiedlichen Care-

Organisationen eingeladen, einander in einem Gruppengespräch „Geschichten über gutes und nicht so gutes Sterben“ zu erzählen. Wir haben die Gespräche auf Tonträger aufgenommen und wörtlich transkribiert.

Fallbeispiel 2

Im Forschungsprojekt „Sterbewelten. Die Perspektive der professionell Sorgenden auf „gutes Sterben““ erzählt eine Pflegende von einer Erfahrung, die sie in ihren allerersten Berufsjahren auf einer Intensivstation gemacht hat. Die Geschichte liegt schon viele Jahre zurück die Erzählerin bezeichnet sie als besonders prägend. Sie sei damals sehr unerfahren gewesen, und die Situation hätte sie noch lange beschäftigt. Es ging um eine junge Patientin, zwischen zwanzig und fünfundzwanzig Jahre alt, etwa so alt wie die Erzählerin damals. Die Patientin hatte bei einem Verkehrsunfall ein schweres Schädel-Hirn-Trauma und eine massive Hirnblutung erlitten. Sie war als hirntot erklärt worden. Die für eine Organtransplantation erforderliche Diagnostik wurde durchgeführt. Obwohl zwar für das ganze Team klar war, dass es um Organentnahme ging, wurde mit den Angehörigen nicht über den Hirntod und die bevorstehende Explantation gesprochen.

Dem Lebensgefährten wurde es ermöglicht, täglich bis spät in die Nacht bei der Patientin zu bleiben. Das Team wurde dazu angehalten, die Dienstübergaben nicht im Zimmer neben der Patientin, wie sonst üblich, zu machen. Es war nicht gewollt, dass der Lebensgefährte im Rahmen der Dienstübergabe von der geplanten Organtransplantation erfuhr, weil die Ärzte nicht mit ihm darüber gesprochen hatten.

Auch die Eltern waren oft zu Besuch. Der Vater hatte eine Herztransplantation hinter sich. Aber auch mit ihm wurde nicht über den Hirntod seiner Tochter gesprochen. Da die Patientin lange auf der Station lag und die Angehörigen oft zu Besuch kamen, hatten die Pflegenden eine besondere Beziehung zu ihnen aufgebaut. Die Pflegende erzählt: „Man denkt sich, oh, warum spricht niemand mit denen? Das war ganz, ganz furchtbar, man hat’s ihnen bis zum Schluss nicht gesagt. Dass die Patientin dann wirklich verstorben ist, das war für die Angehörigen überraschend.“

In der Reflexion im Forschungsprojekt meint die Erzählerin: „Mir haben die Strategien gefehlt, wie ich das am besten auch selbst verarbeiten kann.“ Auch im Team wäre die Situation nicht besprochen worden, die Kolleg*innen wären zudem der Meinung gewesen: „Der Papa hat eh selber auch ein Herz gekriegt, da muss er ja quasi wissen, wo es

herkommt.“ Sie schließt die Erzählung mit der Überlegung, dass dies zwei Ebenen seien: einerseits selbst ein Organ zu erhalten und andererseits zu verstehen, dass die Tochter zur Organspenderin wird. Der Vater hätte den Zusammenhang nicht sehen können (GG6: 582-630).

In diesem Fallbeispiel wird deutlich, wie sehr das Fehlen der Möglichkeit, miteinander im Team und mit den Betroffenen zu sprechen, zu Belastung werden kann: Die Geschichte wird – so unsere Interpretation – primär nicht deswegen erzählt, weil der Tod der Patientin so belastet hat, sondern weil weder miteinander im Team noch mit den Angehörigen über den Hirntod der Patientin gesprochen wurde. In der Reflexion des Gruppengesprächs spricht die Erzählerin davon, dass sie es als entlastend erlebt hat, nach vielen Jahren mit der Geschichte gehört zu werden.

4.6. Beziehung und Bezogenheit – Relationale Autonomie

Die Angst vor Abhängigkeit prägt unsere westlichen Gesellschaften. Wir leben in einer Zeit, in der Selbstbestimmung und Autonomie „beinahe vergöttert werden“ (Rüegger 2021). Für viele gehören diese Werte zu den wesentlichen Aspekten des Menschseins. Peter Heintel (2005) spricht in dem Zusammenhang von „Autonomiezumutung“ (18) als gesellschaftlichem Phänomen. Sie entsteht dort, wo Individuen für Ereignisse Verantwortung übernehmen und Entscheidungen treffen müssen, die als strukturelle Überforderung gedeutet werden müssen. So tragen beispielsweise Festlegungen, die in Patient*innenverfügungen 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.

Diese „Vereinseitigung der Wertedebatte zugunsten von Selbstbestimmung“ (Klie & Kruse 2015: 36) und die damit einhergehende unglaublich hohe Bewertung der Autonomie in der Gesellschaft stellen jene Menschen, deren körperliche und geistige Fähigkeiten, Autonomie zu leben, abnehmen, Palliativpatienten ebenso wie Menschen mit Demenz vor unlösbare Probleme. Der Gedanke an das hohe Alter macht vielen Menschen Angst, unter anderem, weil sie um ihre Selbstbestimmung fürchten und ein Leben in Abhängigkeit für

nicht mehr lebenswert halten. Das führt zu einer Entwertung jedes Lebens in Abhängigkeit.

Autonomie ist sowohl ein Status als auch eine Fähigkeit. Als Status gesehen bedeutet Autonomie, dass der Einzelne das Recht auf Selbstbestimmtheit hat. Als Fähigkeit bezieht sich Autonomie auf die Möglichkeit, sich selbst zu definieren und selbst zu leiten (vgl. Mackenzie 2019). Autonomie ist – und darauf wollen wir hier noch einmal ausdrücklich hinweisen – sowohl als Status als auch als Fähigkeit nicht allen Frauen und Männern oder Personen unterschiedlicher Herkünfte gleich gegeben. So bedingen die sozialen Verhältnisse beispielsweise die Möglichkeit, eigene Wünsche überhaupt wahrnehmen, geschweige denn formulieren zu können und zu dürfen.

“In liberal democratic societies, the principle of respect for personal autonomy is widely accepted – in theory, if not always in practice – as a fundamental normative principle, the importance of which is enshrined in a number of legal and political rights” (146),

formuliert die feministische Theoretikerin Catriona Mackenzie (2019) und spricht davon, dass wir gesellschaftlich gegenwärtig ein “maximal choice” Konzept von Autonomie leben, das sie aus feministischer Perspektive kritisiert.

Demgegenüber ist die Care-Ethik geprägt von einem Verständnis von uns selbst als relationale Wesen (Walser 2010; Reitinger & Heller 2010). Dass wir uns allein nicht denken können und Zeit unseres Lebens aufeinander angewiesen sind, vergessen wir in unserem Alltag, der geprägt ist durch Bestärkung von Unabhängigkeit, Individualität und Abgrenzung immer wieder. Relationale Autonomie meint also 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 wird darin als die Chance verstanden, eigene Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen davon, wie einzelne Personen ihr Leben auch in Situationen der Abhängigkeit gestalten wollen, verwirklichen zu können. 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 wer-

den: Der Erfahrung von Schwäche, Verletzlichkeit und einer daraus resultierenden Angewiesenheit auf andere, die in unserer westlichen Gesellschaft mit Abhängigkeit assoziiert und negativ konnotiert ist“ (33).

Das Verständnis von relationaler Autonomie in diesem Beitrag folgt vor allem dem von Angelika Walser (2010) 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 Unterstützung 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.

4.7. Macht und asymmetrische Beziehungen

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,

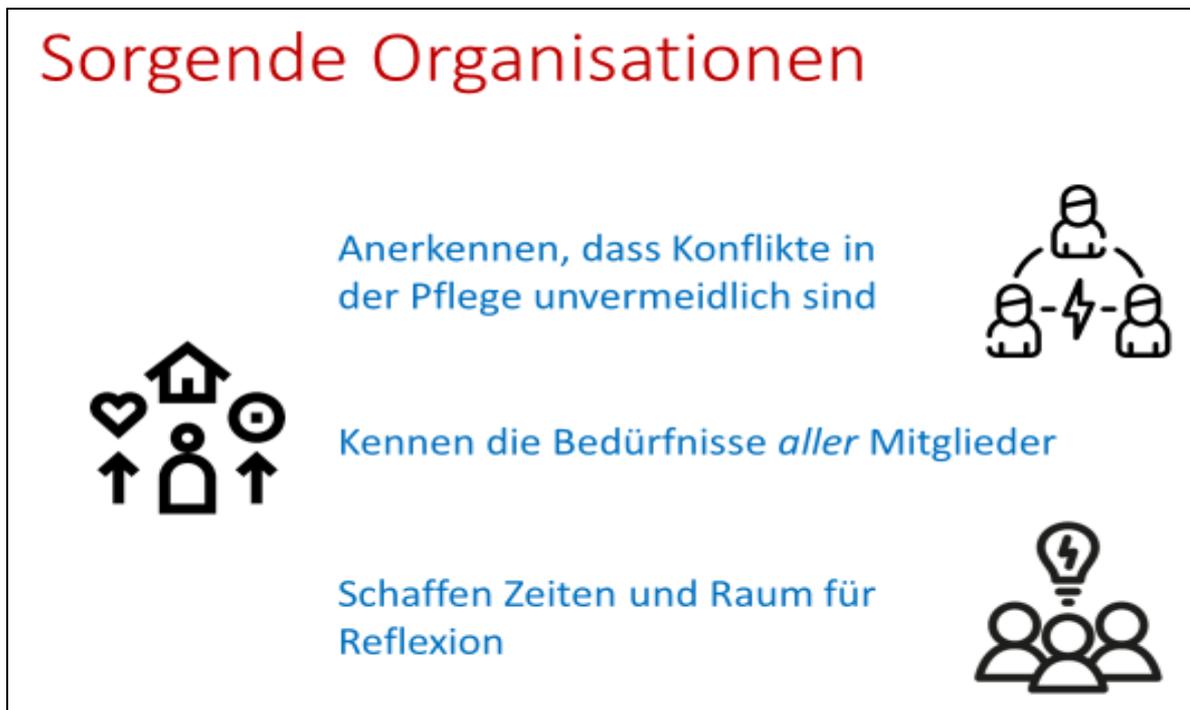
wird von Klaus Dörner (2007) als „tödliches Mitleid“ beschrieben. Im besten Glauben daran, anderen etwas Gutes zu tun, oder aus der „sachlichen Notwendigkeit“ heraus, werden Menschen getötet.

5. Care Ethik in Organisationen – Caring Institution

Auch und gerade in Care-Organisationen drückt sich Macht in der hierarchischen Strukturierung aus. Die Care, die gute Sorge füreinander, ist zunächst natürlich eine Haltung, mit der wir einander in Mitmenschlichkeit begegnen. Care ist aber auch ein wichtiger Aspekt von Organisationen.

Hier ist es wichtig, – und das gilt unseres Erachtens für alle Beratungsformen –, dass den Überlegungen und Umsetzungen eine differenzierte Betrachtungsweise von Care-Organisationen zugrunde gelegt wird und die Gegebenheiten und Unterschiedlichkeiten von Care-Organisationen berücksichtigt werden. Die Konflikte und Dilemmata rund um die Betreuung von Patient*innen und Angehörigen im Krankenhaus unterscheiden sich deutlich von jenen im Pflegeheim (vgl. Reitinger & Heimerl 2007, 2010). So postulieren Sauer, Bockenheimer-Lucius und May (2012) einen Bedarf an Ethikberatung im Altenheim, den sie mit der besonderen Vulnerabilität der Bewohner*innen begründen und damit, dass das Altenpflegeheim (zumeist) die letzte Wohnstätte ist. Daraus entstehen im Alltag spezifische ethische Fragen, die sich von jenen des Krankenhauses unterscheiden. Auch die Organisationsethik (vgl. Krobath & Heller 2010) geht davon aus, dass es „eine kontextsensiblere Differenzierung organisationsspezifischer Bezugsrahmen“ braucht. „Modelle klinischer Ethikberatung“, so Krobath und Heller (2010), „sind nicht ohne weiteres auf Bereiche der Pflegeheime, der ambulanten Versorgung übertragbar“ (427).

Die kanadische Politikwissenschaftlerin und Care Ethikerin Joan Tronto (2010) entwickelt das Konzept der „Caring Institution“, der sorgenden Organisation, und macht das vor allem an drei wesentlichen Merkmalen fest (vgl. Abb. 1).



(Abb. 1: Sorgende Organisationen n. Joan Tronto (2010))

1. Sorgende Organisationen anerkennen, dass Konflikte in der Pflege und Betreuung unvermeidbar sind. Hochbetagte Menschen und Menschen am Lebensende haben Bedürfnisse, die in Zeiten von Personalmangel nicht immer voll und ganz erfüllt werden können. Oft kommt es auch zu Konflikten zwischen den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen, zum Beispiel wenn ein lebenssatter alter Mensch sein Lebensende herbeiwünscht und die Angehörigen sich noch nicht von ihr oder ihm trennen können. Solche Konflikte sind in der Unterschiedlichkeit der Bedürfnisse der an der Care Beteiligten grundgelegt und sie sind unvermeidlich. Das Anerkennen von diesen Konflikten steht oft im Widerspruch zum Harmoniebedürfnis aller Betreuenden in Care-Organisationen. Voraussetzung dafür, dass eine Organisation eine „Caring Institution“ wird, ist aber – so Tronto (2010) – dass es eine Bereitschaft gibt, Konflikte anzuerkennen und mit ihnen umzugehen.

2. Sorgende Organisationen kennen die Bedürfnisse *aller* Mitglieder. Im Zentrum stehen die Bedürfnisse der Patient*innen, Bewohner*innen, Klient*innen, die in einer Einrichtung oder von einem Dienst betreut werden, sowie ihrer Angehörigen. Alle Mitglieder, um deren Bedürfnisse es geht, meint in Care-Organisationen darüber hinaus auch die Mitarbeiter*innen der unterschiedlichsten Berufsgruppen, die der Reinigung, der Küche, die Therapeut*innen, die Pflege, die Medizin, die Seelsorge, die Psychotherapie und die Verwaltung um nur die wichtigsten zu nennen. Auch die Leitung der Einrichtung oder des Dienstes hat Bedürfnisse, die zu berücksichtigen sind. Eine Organisation kennt die Bedürfnisse ihrer Mitglieder dann, wenn es geeignete Instrumente gibt, diese kennenzulernen und zu dokumentieren. Wohlverstandene Biographiarbeit ist ein Beispiel dafür, sie hilft in der Lebensgeschichte begründete Bedürfnisse zu erfahren und biographischen Schmerz zu lindern.
3. Sorgende Organisationen schaffen Zeiten und Raum für Reflexion. Auch wenn die Personaldecke noch so dünn ist, braucht es Besprechungen, in denen die Mitglieder der Organisation sich miteinander austauschen können. Die von Tronto angesprochenen Reflexionsorte müssen nicht unbedingt lange Besprechungen sein, die alle Mitglieder und eventuell sogar externe Kooperationspartner*innen oder Moderator*innen einbeziehen. Oft genügt ein sogenanntes „Blitzlicht“, die kurze Abfrage in der Morgenbesprechung, ob es etwas gibt, was eine*n Teilnehmer*in gerade besonders beschäftigt und was im Laufe des Tages bedacht oder auch weiter besprochen werden soll.

6. Die Supervision als Ort der care-ethischen Reflexion in Organisationen

Die Supervision ist ein Ort des gemeinsamen Reflektierens. Dies ist Teil ihrer Definition. Nun ist es so, dass bestimmte Berufsfelder und Organisationen reich sind an Widersprüchen und ethischen Dilemmata und daraus resultierenden Konflikten. Insbesondere in Organisationen des Gesundheits- und Sozialsystems – Care-Organisationen – gehören Spannungsfelder und ethische Fragen zum Arbeitsalltag der Mitarbeitenden und zur Lebensrealität der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Welche Themen es sind, die zu diesen ethischen Dilemmata führen, unterscheidet sich durchaus zwischen den spezifischen

Care-Organisationen (insbesondere Krankenhaus, Pflegeheim oder ambulante Pflege). Diese ethischen Fragen tragen Care-Organisationen oft an die Supervision heran oder in die Supervision hinein. Widerspruchsfelder und moralischer Stress werden vielfach in der Supervision an- und ausgesprochen und oft auch als solche benannt. Damit wird die Supervision zu einem Ort der ethischen Reflexion.

Die Supervision bietet so einen Rahmen, in dem über Konflikte und ethische Fragen nachgedacht werden kann - ohne Anspruch auf Lösungsorientierung. Hier knüpft die Supervision an die Prozessethik an, die Konflikte nicht für lösbar, wohl aber für bearbeitbar hält. Unter anderem können die Beratenden in der Supervision zur Erkenntnis kommen, dass es ein stärker lösungsorientiertes Format braucht, das die Supervision nicht herstellen kann. Die Lösung kann also in einem anderen Beratungsformat liegen, zum Beispiel im Fehlermanagement im Rahmen des Critical Incident Reporting System (CIRS) oder in der ethischen Fallbesprechung.

Damit ist eine unserer Antworten auf die Frage nach dem Verhältnis zwischen Supervision und Ethik: Supervision kann zweifelsohne ein Ort für die Beratung zu ethischen Themen und Fragen sein. Die Argumentationen im Zusammenhang mit der Frage, ob und welche Relevanz unterschiedliche ethische Bezugsrahmen (Prinzipienethik, Prozessethik, Care-Ethik, Organisationsethik) hierfür spielen, haben gezeigt: Ja, es macht einen Unterschied, von welchem ethischen Grundmodell ausgegangen wird. So zeigt sich einerseits, dass der Fokus auf Prinzipienethik, wie er üblicherweise ethischen Fallbesprechungen zugrunde gelegt wird, auf lösungsorientierte Entscheidung zielt und in der Gesprächsstrukturierung stärker an abstrakten Darstellungen von Situationen orientiert ist.

Demgegenüber sehen wir die Art und Weise, wie mit ethischen Dilemmata und Konflikten im Rahmen von Supervision umgegangen wird, stärker in care-ethischen und prozess-ethischen Diskursen und Grundlagen verortet. Auf deskriptiver Ebene lässt sich damit die Supervision, aufgrund ihrer Definition und ihrer gelebten und beschriebenen Praxis, in mehreren zentralen Aspekten als ein Ort der care-ethischen Reflexion bezeichnen und das ist auch auf einer durchaus normativen Ebene wünschenswert.

In der Supervision kommen Menschen – Patient*innen, Bewohner*innen, Klient*innen und Angehörige aber auch die Mitarbeiter*innen selbst – in ihrer Verletzlichkeit und in

ihrem aufeinander angewiesen Sein in den Blick. Als Gesprächsort, der aus dem alltäglichen Geschehen herausgelöst ist, wird die notwendige Zeit zur Verfügung gestellt, um ins Spüren, Wahrnehmen und Erzählen zu kommen. Gefühle werden wahrgenommen, gehört, anerkannt und erhalten für die Reflexion von Werten, Handlungen und Entscheidungen angemessenen Stellenwert.

Im supervisorischen Sprachspiel erhält die Erzählung der Supervisand*innen eine zentrale Bedeutung. Sie steht am Beginn der Beratung und eröffnet damit gleichzeitig einen achtsamen Raum. In der Krisensupervision ermutigt die Supervisorin zuallererst zum Erzählen mit der Frage: Was ist passiert? Das Erzählen hat in der Supervision einen besonderen Stellenwert, es trägt dazu bei, zu verstehen: In welcher Rolle war ich da? Warum agiere ich so? Warum agieren andere so? In der Supervision – aber nicht nur dort, sondern überall, wo erzählt wird – wirkt das Erzählen entlastend, vor allem dann, wenn von unerwünschten Gefühlen wie Zorn, Scham oder Ekel erzählt wird. Insbesondere Gefühle von Ohnmacht und Angst bekommen im Alltag eines Krankenhauses oder eines Pflegeheims zu wenig Raum, dienen aber in der Supervision als „Quelle der Erkenntnis“. Supervision stellt eine besondere Form des Erzählens in Gruppen dar, mit dem ja immer auch das Zuhören verbunden ist. Erzählen und Zuhören ermöglichen einen Perspektivenwechsel und stellen Verstehen her, unter anderem auch deswegen, weil das Erzählen es ermöglicht, aus dem Schema „richtig oder falsch“ auszusteigen und stattdessen subjektiv erzählte Wirklichkeit anzuerkennen. Das Erzählen und Zuhören wird zur mitfühlenden Praxis („compassionate storytelling“) und eröffnet so einen Raum für care-ethische Achtsamkeit. Die Achtsamkeit bezieht sich nicht nur auf die Anderen – die anderen Teilnehmer*innen der Supervision oder die Patient*innen, Bewohner*innen und Angehörigen – sondern auch auf die Ratsuchenden selbst, sie werden eingeladen, sich ihrem Selbst zuzuwenden.

Darüber wird „Berührung“ mit sich selbst und anderen und auch Verbindung mit anderen gestärkt. Als „Kunst der Beziehung“ rückt die Supervision die Relationalität von Autonomie stärker in den Mittelpunkt als Fragen von Unabhängigkeit in Zusammenhang mit Autonomie. Sie ermutigt Verbundenheit: Im Rahmen von Supervision können gemeinsam ethische Dilemmata und Konflikte zur Sprache gebracht werden, dies schafft in den Teams eine starke Verbundenheit und Vertrauen.

Fragen der asymmetrischen Beziehungen und hierarchischer Abhängigkeiten werden im Rahmen von Supervision in mehrfacher Hinsicht aufgenommen und thematisiert. Zum einen wird die Organisation als Hierarchie über den Kontrakt sowohl mit dem Team als auch mit der Leitung ernst genommen. Die Supervision bietet aufgrund dieses Kontraktes immer auch die Möglichkeit der Rückmeldung an die Organisation. Ethische Fragen, die sich im Rahmen der Supervision stellen, sind oft auch mit systemischen und strukturellen Rahmenbedingungen verbunden, gerade in Zeiten von personellen Unterbesetzungen. Strukturelle Missstände, die auch in der Supervision zur Sprache gebracht und lokalisiert werden, können von Team, Leitung oder im Zuge eines Rückkoppelungsgesprächs der Supervisor*in an die Organisation zurückgespielt werden. Die Verschwiegenheit im Persönlichen, die Anonymität der Teammitglieder bleibt bestehen, kritische organisationale Aspekte können offen kommuniziert werden.

Die Supervision kann somit auf mehreren Ebenen dazu beitragen, dass aus einer Care-Organisation eine Caring Institution wird. Sie anerkennt Konflikte als unumgänglich und trägt zu ihrer Bearbeitung bei. In der Supervision werden die Bedürfnisse der unterschiedlichen Beteiligten zur Sprache gebracht und explizit gemacht. Und last not least ermöglicht sie eine Unterbrechung vom Alltagsgeschehen und stellt so einen Ort dar, an dem Konflikte und Bedürfnisse miteinander ausgehandelt werden können. Die folgende Forderung von Joan Tronto (2010) kann abschließend einen zukunftsweisenden Ausblick geben: „In practical terms, this requirement dictates that hierarchies become flattened in caring institutions“ (168).

Literatur

- Anderson, Joel & Honneth, Axel (2005): *Autonomy, Vulnerability, Recognition and Justice*. In: Christman John, Anderson Joel (Hrsg.): *Autonomy and the Challenges to Liberalism. New Essays*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 27-149.
- Bachmann, Ingeborg (1981): *Die Wahrheit ist dem Menschen zumutbar. Essays, Reden, Kleinere Schriften*. München: Piper.
- Bannert Regina (2012): *Ethische Fallbesprechung und Supervision. Vergleich – Abgrenzung – Perspektiven*. In: Frewer, Andreas; Bruns, Florian & May, Arnd T. (Hrsg.): *Ethikberatung in der Medizin*. Berlin: Springer, S. 45-64.
- Beauchamp, Tom & Childress, James (2013): *Principles of biomedical ethics*. 7. Auflage, Oxford University Press: Oxford.

- Belardi, Nando (2013): Supervision. Grundlagen, Techniken, Perspektiven. 4. Auflage, München: C. H. Beck.
- Balogh, Regina (2020): Grundlagen der Ethischen Fallberatung: Auf welche normativen Ethiktheorien stützen sich die Mitglieder eines Klinischen Ethikkomitees? Dissertation Universität Regensburg [online] URL: <https://epub.uni-regensburg.de/41337> [Stand: 02.09.2021] [zit. n. Stets 2021].
- Brown, Brené (2012): Daring Greatly. How the Courage to be Vulnerable Transforms the Way We Live, Love, Parent, and Lead. New York: Penguin.
- Browne, Victoria; Danely, Jason & Rosenow, Doerthe (2021): Introduction. In: dies. (Hrsg.): Vulnerability and the Politics of Care: Transdisciplinary Dialogues. Oxford: Oxford University Press, S. 1-30.
- BSO (2023): Bundesverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung: Ethikrichtlinien des Berufsverbands für Coaching, Supervision und Organisationsberatung bso.
- Conradi, Elisabeth (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt am Main: Campus.
- DGSv (2023): Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching: Ethische Richtlinien, [online] URL: https://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2023/10/DGSv_Ethische-Leitlinien_2023.pdf [Stand: 26.10.2023].
- Dörner, Klaus (2007): Tödliches Mitleid. Zur sozialen Frage der Unerträglichkeit des Lebens. Neumünster: Paranus-Verlag.
- Dressel Gert & Kohn, Johanna & Schnelle, Jessica (2022) (Hrsg.): Erzählcafés. Einblicke in Praxis und Theorie. Weinheim: Beltz, Juventa.
- Ellis, Carolyn (2016): Compassionate Research: Interviewing and Storytelling from a Relational Ethics of Care. In: Goodson, Ivor; Andrews, Molly & Antikainen, Ari (Hrsg.): The Routledge International Handbook on Narrative and Life History. New York: Routledge, S. 431-445, <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.4324/9781315768199>.
- Fahr, Uwe (2013): Die Diskursethische Grundlage der Ethikberatung. In: Steger, Florian (Hrsg.): Klinische Ethikberatung: Grundlagen, Herausforderungen und Erfahrungen. Paderborn: Brill I menti, S. 45-80.
- Fairbairn, Gavin (2002): Ethics, empathy and storytelling in professional development. Learning in Health and Social Care, 1 Jg., Heft 1, S. 22-33.
- Gaertner, Adrian (2011): Über das allmähliche Verschwinden einer jungen Profession – Zeitgeschichtliche Aspekte zur Entwicklung der Supervision. In: Forum Supervision, 19. Jg., Heft 37, S. 71-92.
- Gastmans, Chris (2013): Dignity-enhancing nursing care: A foundational ethical framework. Nurs Ethics, 20. Jg., Heft 2, S. 142-149, <https://doi.org/10.1177/0969733012473772>.
- Gröning, Katharina (2012): Professionssoziologische Reflexionen zum verbandspolitischen Kurs der Deutschen Gesellschaft für Supervision. In: Forum Supervision, 20. Jg., Heft 39, S. 72-81.
- Gröning, Katharina (2013): Supervision. Traditionslinien und Praxis einer reflexiven Institution. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Gröning, Katharina & Friesel-Wark, Heike (2021): Vorwort. In: Forum Supervision 29. Jg., Heft 56, S. 5-8.
- Gürtler, Sabine (1999): Ethik des Angesichts – Ethik des Hörens. Sonnemann und Lévinas. In: Klenke, Claus-Volker; Lehmann, Johann Georg; Schafstedde, Maria; Schmied-Kowarzik, Wolfdietrich & Warsitz, Peter (Hrsg.): Existenz, Negativität und Kritik bei Ulrich Sonnemann. Würzburg: Königshausen

- und Neumann, S. 196-210.
- Heimerl, Katharina (2007): Erfahren, wie alte Menschen sterben wollen. Systemische Evaluation im Rahmen des Projekts „Organisationskultur des Sterbens“. In: Heller, Andreas, Heimerl Katharina & Husebø, Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Lambertus: Freiburg im Breisgau, S. 397-423.
- Heimerl Katharina (2022): Pflegeheime als „Caring Institutions“. In: Kojer, Marina; Schmidl, Martina & Heimerl, Katharina (Hrsg.) (2022): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. 3. überarbeitete Auflage, Wien, New York: Springer, S. 319-332.
- Heimerl, Katharina & Millius, Sabine (2024): Total Pain – das ganzheitliche Leiden von hochbetagten Menschen. In: dies. (Hrsg.): Total Pain in der Palliativen Geriatrie. Bern: Hogrefe, S. 23-34.
- Heimerl, Katharina; Reitinger, Elisabeth & Pichler, Barbara (2021): Die Pandemie trifft alle, aber nicht alle gleich. Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit und Care. In: Platzer, Johann; Schaupp, Walter; Ruckenbauer, Hans-Walter & Kröll Wolfgang (Hrsg.): Die Corona-Pandemie. Leben lernen mit dem Virus. Graz: Nomos, S. 81-100.
- Heimerl, Katharina; Wegleitner Klaus & Reitinger Elisabeth (2015): Organisationsethik – von Caring Institutions und Compassionate Communities. In: Forum Supervision, 23. Jg., Heft 45, S. 63-73.
- Heimerl, Katharina; Reitinger, Elisabeth; Dressel, Gert & Pichler, Barbara (2023): Von Erzählcafés und „small stories“ – Erzählen in Gruppen als Methode der partizipativen Forschung. In: Rauch, Franz; Schuster, Angela & Lechner, Christine (Hrsg.): Aktionsforschung: Vergangenheit– Gegenwart – neue Zukunft. Wien: Praesens, S. 304-321.
- Heintel, Peter (2005): Widerspruchsfelder, Systemlogiken und Grenzdialektik als Ursprung notwendiger Konflikte. In: Falk, Gerhard; Heintel, Peter & Krain, Ewald E. (Hrsg.): Handbuch Mediation und Konfliktmanagement. Schriften zur Gruppen- und Organisationsdynamik 3. Wiesbaden: Springer VS, S. 15-33.
- Heintel, Peter (2006): Das Klagenfurter prozessethische Modell. In: ders. (Hrsg.): Beratung und Ethik. Berlin: Leutner, S. 196-243.
- Heiland, Julia (2018): Ethische Fallbesprechung in der Klinik. Die praktische Bedeutung theoretischer Modelle. Veröffentlichte Dissertationsschrift, Ludwig Maximilian Universität München [zit. n. Stets 2021].
- Hermann, Ursula (2018): Palliative Care im Fokus von Supervision: eine ethnografisch-partizipative Untersuchung von Palliativ- und Hospizteams. Wiesbaden: Springer VS.
- Jameton, Andrew (1984): Nursing practice: the ethical issues. New Jersey: Prentice-Hall.
- Jameton, Andrew (2017): What moral distress in nursing history could suggest about the future of health care. AMA J Ethics 19, S. 617-628.
- Kessler-Weinrich, Angela (2021): Moderation - Seelsorge - Supervision im klinischen Feld der Ethikberatung. Unterschiede und Gemeinsamkeiten - Erfahrungen aus der Praxis. In: Forum Supervision, 29. Jg., Heft 56: 47-58.
- Klie, Thomas (1998): Menschenwürde als ethischer Leitbegriff für die Altenhilfe. In: Blonski, Harald (Hrsg.): Ethik in Gerontologie und Altenpflege. Leitfaden für die Praxis. Hagen: Brigitte Kunz, S. 123-138.
- Klie, Thomas & Kruse Andreas (2015): Verzicht auf gesetzliche Regelung zum assistierten Suizid. Sterbehilfedebatte - Das Sonderheft. In: Die Hospizzeitschrift 67, S. 35-37.

- Kohlen, Helen (2009): *Conflicts of Care. Hospital Ethics Committees in the USA and Germany*. Frankfurt am Main: Campus.
- Krainer, Larissa & Heintel, Peter (2010): *Prozessethik. Zur Organisation ethischer Entscheidungsprozesse*. Wiesbaden: Springer VS.
- Krobath, Thomas & Heller, Andreas (2010): *Organisationsethik als kritische Differenz zu Professionsethiken und Organisationskontexten*. In: dies (Hrsg.): *Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik*. Freiburg im Breisgau.: Lambertus, S. 427-450.
- Leuschner, Gerhard (2007): *Supervision – eine Kunst der Beziehung*. In: *Supervision 2*, S. 14-22.
- Mackenzie, Catriona (2019): *Feminist innovation in philosophy: Relational autonomy and social justice*. In: *Women's Studies International Forum 72*, S. 144-151, <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.05.003>.
- McCarthy, Joan & Gastmans, Chris (2015): *Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature*. In: *Nursing Ethics, 22*. Jg., Heft 1, S. 131-152, Doi: 10.1177/0969733014557139.
- Mitzscherlich, Beate & Reiter-Theil, Stella (2017): *Ethikkonsultation oder psychologische Supervision? Kasuistische und methodische Reflexionen zu einem ungeklärten Verhältnis*. In: *Ethik in der Medizin 29*, S. 289-305.
- Monteverde, Settimio (2019): *Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege*. In: *Ethik in der Medizin 31*, S. 345-360, <https://doi.org/10.1007/s00481-019-00548-z>.
- Möller, Heidi (2012): *Was ist gute Supervision? Grundlagen – Merkmale – Methoden*. Kassel: Kassel University Press.
- Münch, Winfried (2011): *Tiefenhermeneutische Beratung und Supervision*. Frankfurt am Main: Brandes und Apsel.
- ÖVS (2023): *Österreichische Vereinigung für Supervision und Coaching. Ethische Richtlinien für SupervisorInnen der ÖVS*, [online] URL: https://www.oevs.or.at/fileadmin/user_upload/Ethische_Richtlinien.pdf [Stand: 19.10.2023].
- Pühl, Harald (2009): *Was Supervision auszeichnet*. In: ders. (Hrsg.): *Handbuch der Supervision 3. Grundlagen – Praxis – Perspektiven*. Berlin: Leutner, S. 12-24.
- Pleschberger, Sabine (2005): *Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus Sicht alter Menschen in Pflegeheimen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Rappe-Giesecke, Kornelia (2009): *Sondierung – von der Beratungsanfrage zum Kontrakt*. In: Pühl, Harald (Hrsg.): *Handbuch der Supervision 3. Grundlagen – Praxis – Perspektiven*. Berlin: Leutner, S. 64-80.
- Reitinger, Elisabeth (2013): *Sorge-Ethik im Leben mit hochbetagten Frauen und Männern: Gefühle, Bezogenheit, Achtsamkeit und die Notwendigkeit angemessener Strukturen*. In: *Forum Supervision, 21*. Jg., Heft 41, S. 37-46.
- Reitinger, Elisabeth & Heimerl, Katharina (2007): *Alltag Ethik? Die „kleinen Entscheidungen“ in der Betreuung alter Menschen*. In: Heller, Andreas; Heimerl, Katharina & Husebø, Stein (Hrsg.): *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 283-295.
- Reitinger, Elisabeth & Heimerl, Katharina (2010): *Transdisziplinär Forschen heißt Ethik organisieren. Wie die Universität mit stationärer Altenhilfe zusammenarbeiten kann*. In: Krobath, Thomas, Heller, Andreas (Hg.): *Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik*. Freiburg im Breisgau.: Lambertus: 847-869

- Reitinger, Elisabeth & Heimerl Katharina (2022): Care-ethische Fragen in der Forschungspraxis mit Menschen mit Demenz. In: Dinges, Stefan; Körtner, Ulrich & Riedel Annette. (Hrsg.): Pflege- und Gesundheitsethik: Potentiale, Reflexionsräume und Handlungsimpulse für ein solidarisches Gesundheitswesen. Wien: Nomos, S. 37-54.
- Reitinger, Elisabeth; Heimerl, Katharina; Heller, Andreas; Pleschberger, Sabine & Wegleitner, Klaus (2014): Sorgeskultur entwickeln. Ethische Entscheidungen in der stationären Altenhilfe. In: Dressel, Gert; Berger, Wilhelm; Heimerl, Katharina & Winiwarter, Verena (Hrsg.): Inter- und transdisziplinär forschen. Methoden und Praktiken. Bielefeld: transcript, S. 231-242.
- Reitinger Elisabeth & Heller Andreas (2010): Ethik im Sorgebereich der Altenhilfe. Care-Beziehungen in organisationsethischen Verständigungsarrangement und Entscheidungsstrukturen. In: Kroboth, Thomas & Heller, Andreas (Hrsg.): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik, Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 737-765.
- Riedel, Annette & Linde, Anne-Christin (2016): Herausforderndes Verhalten bei Demenz als wiederkehrender Anlass ethischer Reflexion im Krankenhaus. Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik, 1/2016, S. 1-19.
- Rogers Wendy; Mackenzie Catriona & Dodds Susan (2021): Warum die Bioethik ein Konzept von Vulnerabilität benötigt. In: Biller-Andorno, Nikola; Monteverde, Settimo; Krones, Tanja & Eichinger, Tobias (Hrsg.): Medizinethik. Wiesbaden: Springer VS, S. 189-219.
- Rüegger, Heinz (2021): Würde und Autonomie im Alter. Bern: CURAVIVA Schweiz.
- Sauer, Timo; Bockenheimer-Lucius, Gisela & May, Arnd T. (2012): Ethikberatung in der Altenhilfe. Theoretische und konzeptionelle Überlegungen. In: Frewer, Andreas; Bruns, Florian & May, Arnd T. (Hrsg.): Ethikberatung in der Medizin: Berlin: Springer, S. 151-164.
- Schrems Berta (2020): Vulnerabilität in der Pflege. Was verletzlich macht und Pflegende darüber wissen müssen. Weinheim: Beltz Juventa.
- Stets, Hans-Jörg (2012): Plädoyer für einen mehrdimensionalen Beratungsansatz in der klinischen Ethikberatung Interdisziplinäre Indikationsstellung, Klärung von Meinungsverschiedenheiten im Behandlungsteam, Güterabwägung mithilfe einer Prinzipienethik. In: Forum Supervision 29. Jg., Heft 56, S. 9-39.
- Tronto, Joan C. (1994): Moral boundaries. A political argument for an Ethic of Care. New York: Routledge.
- Tronto, Joan C. (2010): Creating caring institutions: politics, plurality, and purpose. Ethics Soc Welf 4. Jg, Heft 2, S. 158-171, <https://doi.org/10.1080/17496535.2010.484259>.
- Walser, Angelika (2010): Autonomie und Angewiesenheit: ethische Fragen einer relationalen Anthropologie. In: Reitinger, Elisabeth & Beyer, Sigrid (Hrsg.): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 33-44.
- Wittgenstein, Ludwig (1953): Philosophische Untersuchungen. Philosophical Investigations. Oxford: Basill Blackwell.