

Care Ethics ist nicht gleich Pflegeethik

Rouven Porz

- 2.1 Einleitung – 14**
- 2.2 Pflegeethik und Care Ethics – 14**
- 2.3 Ein Beispielfall: Das erste Sterben – 16**
- 2.4 Eine Care-Ethics-Perspektive – 17**
 - 2.4.1 Beziehungen – 17
 - 2.4.2 Moralische Verantwortung – 17
 - 2.4.3 Kontext – 17
 - 2.4.4 Giving voice – 18
 - 2.4.5 Perspektivenwechsel – Geschichten ernst nehmen – 18
- 2.5 Fazit – 19**
 - Literatur – 19**

Ich danke den beiden Ethikern Settimio Monteverde und Hubert Kössler für ihre hilfreiche und wohlwollende Durchsicht meines Manuskripts.

2.1 Einleitung

In meiner Arbeit als klinischer Ethiker, Dozent im Medizin- und Pflegestudium bzw. auch in der Pflegeaus- und Weiterbildung bin ich relativ oft mit folgendem Missverständnis konfrontiert: *Care Ethics* sei die neue Pflegeethik, nicht wahr? Ich glaube mit Sicherheit, dass das so nicht stimmt. *Care Ethics* ist eine ethische Theorie, oder sagen wir vorsichtiger eine ethische Stoßrichtung, ein Denkparadigma. Manchmal spricht man auch von feministischer Ethik. Und Pflegeethik ist eine Art Sammelbegriff für die Berufsethik eines Berufsstandes und die ethische Reflexion dieser Berufsethik selber. Damit verorten sich Überlegungen und Aussagen zu *Care Ethics* und Pflegeethik schon *per se* in ganz unterschiedlichen Kategorien. Die feministisch-geprägte *Care Ethics* darf sich zum Blumenstrauß der ethischen Theorien gesellen (wie zum Beispiel die Prinzipienethik, Tugendethik, narrative Ethik, Hermeneutik, Konsequentialismus und/oder Deontologie). Die Pflegeethik mag eingliederbar sein in das Umfeld der sogenannten Bereichsethiken wie Medizinethik, Bioethik, Wirtschaftsethik, Umweltethik etc. Natürlich, das ist keine abschließende Überlegung. Das ist lediglich eine erste, vereinfachte Aufgliederung, die als Einleitung für den Kerngedanken des vorliegenden Textes dienen soll: *Care Ethics* ist nicht gleich Pflegeethik.

Kommen wir zuerst aber nochmal auf das Missverständnis zurück. Ich freue mich nämlich immer, wenn dieses Missverständnis zur Sprache kommt. Bietet die Aufklärung doch einerseits die Chance, zunächst das Ethikverständnis und die eigene Berufsethik der Fragenden zu reflektieren. Andererseits ermöglicht dieses Missverständnis die Gelegenheit, die spannende ethische Theorie der *Care Ethics* besser kennenzulernen. Des Weiteren bietet das Missverständnis die Chance, eigene Praxisbeispiele aus meiner Arbeit in der klinischen Ethik zu nennen, dies um zu illustrieren, wie mir persönlich die *Care Ethics* beim Denken hilft, zum Beispiel in Einzelberatungen, Weiterbildungen und/oder als Moderator von Situationen moralischen Unbehagens bzw. ethischen Fallbesprechungen in Entscheidungssituationen. Genau diesen Weg möchte ich auch in dem vorliegenden Text gehen. Ich verorte zuerst die Moraltheorie der *Care Ethics* und grenze sie von der Disziplin der Pflegeethik

ab (► Abschn. 2.2). Dann führe ich ein Beispiel aus meiner Arbeit auf (► Abschn. 2.3) und verwende es, um es aus einer *Care-Ethics*-Perspektive zu analysieren (► Abschn. 2.4). Ich ende mit einem Fazit und einem Plädoyer für die *Care Ethics* (► Abschn. 2.5).

Limitierend sei festgehalten, dass meine Darstellung notwendigerweise subjektiv bleibt. In der Darstellung der *Care Ethics* lasse ich mich von meiner Interpretation dessen leiten, was sich mir in der Literatur als feministische Ethik bzw. *Care Ethics* darstellt. Und ich lasse mich noch vorrangiger davon leiten, was mir selbst im klinischen Alltag beim ethischen Denken hilft. Somit erhebe ich methodisch und inhaltlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es sei auch betont, dass ich selbst nicht in der Pflege sozialisiert wurde, mir also die „gelebte Erfahrung“ der Pflegearbeit fehlt. Das Fehlen von „gelebter Erfahrung“ hat natürlich Vor- und Nachteile. Es bringt eine gewisse Distanz und Leichtigkeit mit sich, es handelt einem aber auch leicht den Vorwurf ein, man wisse ja gar nicht, wovon man rede. Ich verbleibe für mich vorliegend bei den Vorteilen und überlasse es den Lesenden, einen ernsthaften Bezug zur eigenen gelebten Berufs- oder Studierenerfahrung herzustellen.

2.2 Pflegeethik und Care Ethics

Um sich einer möglichen Definition von Pflegeethik als Bereichsethik zu nähern, blicke ich zunächst auf den Begriff und das Konzept von Medizinethik. Der Medizinethiker Giovanni Maio (2012) beschreibt den Bereich der Medizinethik als den Versuch, „das systematisch-philosophische Denken [der Ethik, die über das Gute nachdenkt] in einen direkten Bezug zum konkreten Handlungs- und Reflexionsfeld der Medizin zu bringen“ (Maio 2012, S. 4). Somit stellt die Disziplin der Medizinethik also die Fragen nach dem Guten im Kontext der sich rapide entwickelnden Möglichkeiten (und Unmöglichkeiten) der modernen Medizin. Für mich persönlich gehört die Pflegeethik in diesen Bereich der Medizinethik hinein. Aber selbst wenn man die Pflegeethik als Teilgebiet der Medizinethik betrachtet (vgl. hierzu Rehbock 2000), bezweifelt heute niemand mehr, dass Pflege trotzdem einer spezifischen ethischen Reflexion bedarf (Monteverde 2013, S. 272).

➤ **Es lohnt sich also gedanklich, die Pflegeethik als Teildisziplin einer Medizinethik zu verstehen. Dies vor allem, weil Pflege sich als ein Beziehungsgeschehen zwischen Menschen versteht. Dieses Beziehungsgeschehen ethisch zu beschreiben, ethisch zu verstehen und aus philosophischer Sicht zu klären, das sind die erklärten Ziele der Teildisziplin der Pflegeethik (Monteverde 2015, S.317).**

Damit wäre vorliegend eine Arbeitsdefinition für Pflegeethik gefunden.

Wenden wir uns jetzt der *Care Ethics* als ethische Theorie zu.

Die *Care Ethics* ist keine „Frauenethik“. Sie hat sich in all ihren Facetten zwar in den letzten 30–40 Jahren durchaus aus der politischen Frauenbewegung entwickelt, dies stark beeinflusst durch einige namhafte moral- und politikphilosophisch-orientierte Autorinnen. Prominent zu nennen ist hier Carol Gilligan (1982), die zum Beispiel die viel zitierte These darlegte, dass im ethischen Denken von Frauen der Kontext und die Beziehungen oft eine wichtigere Rolle spielen als bei Männern. Auch in der Philosophie von Joan Tronto finden sich wichtige Eckpfeiler eines *Ethics-of-Care*-Denkens: Tronto (1993) führt beispielsweise den Begriff der Verantwortungs-bezogenen Ethik ein (*responsibility-based ethics*) im Gegensatz zu einer eher „männlichen“ Verpflichtungs-bezogenen Ethik (*obligation-based ethics*).

Damit entwickelt die *Care Ethics* bzw. feministische Ethik eine neue Sichtweise, gar ein neues Paradigma. Es ist nicht mehr die abstrakte Reflexion, die im Vordergrund steht, sondern das Anerkennen von Kontext, Verantwortung und Abhängigkeiten. Und in diesem Paradigma spielt es auch eine Rolle, wer man überhaupt ist und über wen man in der ethischen Reflexion redet. Macht, Gender, Rasse, Behinderungen, Beeinträchtigungen, Gleichheiten und Ungleichheiten werden bewusst angesprochen und thematisiert und nicht hinter abstrakten Prinzipien versteckt. In der Entwicklung dieses Paradigmas wären viele Philosophinnen zu nennen: Rosmarie Tong, Eva Feder Kittay, Jackie Leach Scully, Marian Verkerk, aber zum Beispiel auch Margret Urban Walkers *Moral Understandings* (2007) und die Ausführungen zur narrativen Konstruktion und

Rekonstruktion von Lebensereignissen und Situationen von Hilde Lindemann (zum Beispiel 2001 u. 2006). Aber genug mit der scheinbaren Verweiblichung, denn man muss nicht erst Chris Gastmans, Guy Widdershoven oder Per Nordvedt nennen, um zu verstehen, dass das Paradigma der *Care Ethics* sich zwar aus dem Ideenkanon ursprünglich feministisch-geprägter Themen entwickelt hat, heute aber als Moraltheorie verstanden werden kann, die nicht vereinfachend oder simplifizierend auf Genderaspekte der Autoren reduziert werden sollte (vgl. hierzu die hilfreiche Website <http://ethicsofcare.org> [letzte Ansicht 27.02.2017]).

Leider – so scheint es mir persönlich ganz stark – hat die *Care Ethics* aber als Denkparadigma immer noch einen sehr schweren Stand in der ethischen Reflexion von Medizin bzw. Pflege (Porz 2016). Dies scheint mir vor allem mit der Prinzipienethik zu tun zu haben, der prominentesten medizinethischen Theorie der westlichen Medizinethikwelt (Beauchamp u. Childress 1979–2013). In der Prinzipienethik geht es – sehr vereinfacht gesagt – darum, dass die Gesundheitsfachpersonen aus Sicht ihrer Berufsrolle angehalten sind, immer ein Set an ethischen Regeln zu befolgen, die sogenannten vier Prinzipien: Respekt vor der Patientenautonomie zeigen, fürsorglich im Wohle des Patienten handeln, möglichst nicht schaden und gerecht denken. So sinnvoll diese Prinzipien bzw. Regeln auch sein mögen, so wenig scheinen sie es erlaubt zu haben, dass sich auch andere alternative, oder bestenfalls sogar ergänzende, Denktheorien in der Medizinethik durchgesetzt haben, wie beispielsweise die *Care Ethics*.

Wir versuchen, dies vorliegend mal zu ändern und die *Care Ethics* als ergänzendes Denkinstrument einzuführen. Mir selbst hilft es dabei sehr, verschiedene ethische Theorien als unterschiedliche „Brillen“ anzusehen. Je nach Brille sehe ich eine andere Welt. Mit der Brille des Konsequentialismus sehe ich zum Beispiel primär die Folgen von Handlungen und Entscheidungen, mit der deontologischen Brille sehe ich eher die aktuellen Normen für oder gegen eine Entscheidung, und mit der oben in der Medizinethik dominierenden Prinzipienethik sehe ich halt vor allem die Autonomie, das heißt die Selbstbestimmung und die Fürsorge und das Nicht-Schaden.

Mit der Brille der *Care Ethics* sehe ich aber die komplexen Beziehungen, Verstrickungen, meine

Verantwortung und die oft großen Abhängigkeiten der Akteure. Und obwohl ich selbst als klinischer Ethiker die klassischen und modernen ethischen Brillen nahezu alle kenne und meine eigene ausgeleierte Brille der Prinzipienethik natürlich jeden Tag in meiner Arbeit mit mir herumtragen muss, so hilft mir im Vorschlagen von ethischen Empfehlungen und Handlungsmöglichkeiten oft die eher coole Sonnenbrille der *Care Ethics* sehr viel besser. Ich möchte dies nachfolgend an einem Fallbeispiel illustrieren.

2.3 Ein Beispielfall: Das erste Sterben

Als Beispiel wähle ich die – im ersten Moment vielleicht unspektakulär und harmlos anmutende – Fallgeschichte einer Medizinstudentin kurz vor Abschluss ihres Medizinstudiums. Ich wähle für diesen vorliegenden Praxisband bewusst ein Beispiel einer jungen Ärztin, um die Reflexion auf die eigene Berufsrolle als Pflegende oder Ärztin interdisziplinär aufzubrechen. Es gibt keinen Grund, warum sich Pflegende nicht auch über die Berufsrolle von Ärzten ethische Gedanken machen sollten – und umgekehrt.

Ich beziehe mich also vorliegend auf meine Dozententätigkeit in der Medizinischen Fakultät in Bern, insbesondere auf die in den Jahren 2012–2014 von den Master-Studierenden verfassten sogenannten Ethikarbeiten, die zum Thema hatten, eigene moralische Unklarheiten mit älteren Patienten zu thematisieren. Ziel dieser Versprachlichung war es, dass die Studierenden aufgefordert waren, ihren eigenen moralischen Intuitionen nachzuspüren und diese in einem zweiten Schritt aus Sicht verschiedener ethischen Theorien selbstkritisch zu interpretieren (Porz u. Stuck 2015). Nachfolgend also die Versprachlichung der Medizinstudentin Sara. Sie beschreibt ihr moralisches Unbehagen in Bezug auf eine sterbende ältere Frau. Erlebt hat sie diese Situation gerade in einem Praktikum in der Inneren Medizin (Porz u. Stuck 2013, S. 139):

Fallbeispiel

„Frau R. ist auf der medizinischen Abteilung eines mittelgroßen Spitals hospitalisiert. Sie ist eine polymorbide 78-jähriger Patientin [...]. Frau R. verfügte über keine Patientenverfügung. In mehreren

Gesprächen mit den Angehörigen wurde entschieden, dass eine neurologische Rehabilitation keinen Sinn mehr macht. Entsprechend wurde eine palliative Behandlung eingeleitet. [...]

Der Zustand der Patientin verschlechterte sich allmählich. Die Angehörigen entschieden, dass eine Verlegung in eine andere Einrichtung nicht mehr sinnvoll und zumutbar sei und dass sie die Patientin im Spital versterben lassen möchten. Der Ehemann, Kinder und Enkelkinder der Patientin waren abwechselungsweise rund um die Uhr anwesend. Frau R. war oft unruhig, (ein) Morphinerfusor wurde [...] installiert. Daraufhin wurde Frau R. ruhiger. Die ständige Anwesenheit war für die Familie sehr belastend und anstrengend. In der sechsten Nacht begann die Patientin Atempausen zu machen; die ganze Familie war um das Bett versammelt und beobachtete die Patientin in der ständigen Erwartung, dass der nächste Atemzug der letzte sein könnte. [...] Vier Stunden später verstarb die Patientin.

Was macht diese Situation so besonders für mich: Das Spannende an dieser Situation ist gerade, dass sie nichts Besonderes ist: Es ist eine Situation mit der ich als Ärztin in Zukunft noch oft konfrontiert sein werde – Menschen sterben im Spital. Was mich an diesem Fall besonders interessiert, ist der Umgang der verschiedenen Parteien mit der Situation nach der Entscheidung zur palliativen [Behandlung]. Ein Mensch liegt im Spital und wird in absehbarer Zeit versterben – wie gehen die Angehörigen, aber auch das Spitalpersonal mit der Situation des nahenden Todes um?

Welche Fragen beschäftigen mich konkret: Die Situation macht mir irgendwie etwas aus. Wie soll ich damit umgehen?

Medizinstudentin Sara, Ethikarbeit, Bern“

Alle studentischen Fallgeschichten wurden gesammelt und in Kleingruppen mit den Studierenden besprochen. Auch Saras Fall wurde in einer Kleingruppe ethisch analysiert, Sara selbst war anwesend. In einem ersten Schritt kam die Prinzipienethik zur Anwendung, um der moralischen Intuition eine erste medizinethische Reflexion folgen zu lassen. Das war leicht: Die Selbstbestimmung der älteren Dame war offenbar respektvoll erfüllt, alle hatten auch den Eindruck, dass fürsorglich gehandelt wurde, und dass man versucht hatte, nicht zu schaden. Dann meldete

sich Sara: Das sei gut und schön für die Patientin, aber die bisherige Analyse helfe ihr nicht, besser zu verstehen, warum ihr die Situation moralisch so viel ausmache. Schließlich wolle sie einmal Ärztin sein, und jetzt gelänge es ihr noch nicht mal, eine Frau sterben zu sehen?

2.4 Eine Care-Ethics-Perspektive

Mit dieser Wortmeldung von Sara wird schnell deutlich, dass die Prinzipienethik leicht an ihre Grenzen stoßen kann. Die vier Prinzipien boten hier für Sara kein gutes gedankliches Rüstzeug, um eine ethische Reflexion ihres eigenen moralischen Unbehagens zu ermöglichen. Zeit also, sich einem anderen Denkparadigma zuzuwenden. Ziehen wir uns eine neue ethische Brille an, die Brille der *Care Ethics* (Wick u. Porz 2015). Ich strukturiere meine nachfolgende *Care-Ethics*-Perspektive, indem ich inhaltlich fünf Charakteristika des Denkparadigmas der *Care Ethics* nutze (Feder 2006, S. 324 ff.). Meine Interpretationen bleiben notwendigerweise subjektiv, aber die Lesenden sind gerne aufgefordert, ihre eigenen Interpretationen und Schlüsse zu ziehen.

2.4.1 Beziehungen

Während man in der Prinzipienethik wissenschaftstheoretisch davon ausgeht, dass Menschen grundsätzlich selbstbestimmt handeln können und wollen und dass wir alle unabhängig voneinander sind, betont die Sichtweise der *Care Ethics* eher das genaue Gegenteil: Wir stehen immer in Beziehungen zueinander. Wir sind immer in Abhängigkeiten gebunden.

In einer solchen Abhängigkeit befindet sich auch Sara. Sie ist nicht freiwillig anwesend, es ist ihr neuer Beruf. Nein, noch nicht ihr Beruf, ein Praktikum. Aber gerade dieses Setting sollte hier reflektiert werden. Sara hat keine klare Rolle, und damit muss es für Sie schwer gewesen sein, sich hier in solch einem existenziell-geprägten Beziehungsgeschehen professionell verorten zu können. Sie kann wohl kaum gegenüber einer Sterbenden einfach sagen: „Hallo, ich mache hier mein Praktikum.“ Und es muss auch schwer sein, ihre Anwesenheit vor den Angehörigen moralisch zu rechtfertigen, immerhin handelte

es sich um eine ganze Fraktion von Angehörigen, Ehemann, Kinder, Enkelkinder. Halten wir fest: Ihre Beziehung zu den Hauptakteuren (Familie und Sterbende) scheint unklar.

2.4.2 Moralische Verantwortung

Die Prinzipienethik geht in ihrer Sichtweise davon aus, dass Menschen Rechte haben. Im Gegensatz dazu betont die Sichtweise der *Care Ethics* nicht so sehr unsere juristischen Verpflichtungen, sondern vielmehr unsere moralischen Verantwortungen gegenüber unseren Mitmenschen, Freunden, Arbeitskollegen, Patienten etc.

Natürlich lässt sich im Gesundheitswesen nie vermeiden, dass Verantwortung auch immer normative und durchaus auch rechtliche Konsequenzen nach sich zieht, aber nicht für Sara. Sie hat als Praktikantin keine direkte juristische Verantwortung. Und ihre moralische Verantwortung scheint unklar, das hatten wir oben schon festgestellt. Ganz offensichtlich möchte sie Präsenz zeigen, aber sie hat jetzt, in genau dieser Situation, noch keine wirkliche professionelle Verantwortung. Das hätte man ihr sagen können, von Seiten der Ärzteschaft. Vielleicht hätte ihr das geholfen.

2.4.3 Kontext

Die Prinzipienethik geht in ihrer Sichtweise tendenziell davon aus, dass Situationen verallgemeinerbar und tendenziell vergleichbar sind. Im Gegensatz dazu betont die Sichtweise der *Care Ethics* die Besonderheiten im Kontext jeder neuen Problemsituation. Für mich ist ein besonderer Kontextfaktor des Fallbeispiels die Empathie der Studierenden. Wäre diese Empathie nicht gegeben, hätte die Studierende kaum diese Situation für ihre Ethikarbeit ausgewählt. Aber, wie soll sie ihre Empathie in diesem Kontext ausleben? Sie macht ein Praktikum, und sie hat keine professionelle Verantwortung. Dann diese Situation: Die Tragik des Sterbens, die unklare Umgangsweise damit, aber auch die Schmerzen der Sterbenden, die Morphingaben, dies alles lässt die Situation als schwierig erscheinen. Die Studierende ist ein Puzzle-teil innerhalb der Gesamtsituation. Sie hat eine rein beobachtende, lernende Funktion.

2.4.4 Giving voice

In der Sichtweise der *Care Ethics* ist es wichtig, anzuerkennen, dass nicht jeder die gleiche Macht hat. Nicht jeder kann somit gleich gut die eigenen Interessen durchsetzen. Manche Akteure im Klinikalltag werden gar nicht als Akteure wahrgenommen. Oder ihrer Meinung wird nicht ausreichend Bedeutung geschenkt. Die *Care Ethics* versteht sich deshalb auch als moralischer Anwalt der Vulnerablen und versucht gerade denjenigen eine Stimme zu geben, die sonst nicht „gehört“ werden; dies wird manchmal ausgedrückt in dem Slogan *giving voice*.

Auch für unsere Überlegungen zu Sara mag das ein interessanter Interpretationspunkt sein, insbesondere wenn man sich kurz auf das Gedankenexperiment einlässt, Sara selbst die Rolle der vulnerablen Person zuzuschreiben. Sie hatte keine offizielle Rolle und keine offizielle Verantwortung, Grund genug von Vulnerabilität zu sprechen. Ganz offensichtlich versucht sie sich vorzustellen, wie sie als zukünftige Ärztin mit solchen Situationen umzugehen vermag. Aber es wird nie mehr eine solche Situation geben. In Zukunft wird sie eine professionelle Rolle als Ärztin haben. Das wird das Setting ändern. Sie selbst scheint sich klarmachen zu wollen, dass Sterben zu ihrem Berufsfeld dazugehören wird und beschreibt deshalb diese Situation als „nichts Besonderes“ (dritter Absatz). Gerade weil es nichts Besonderes sei, habe sie diese Situation für die Ethikarbeit ausgewählt. Ich selbst halte diese Situation aber für etwas sehr Besonderes. Und ich halte Sara für vulnerabel. Ein fremder Mensch stirbt vor den eigenen Augen, ohne dass man etwas Entscheidendes dazu beitragen kann. Einem Sterbenden beizuwohnen ist immer etwas Besonderes. Es macht betroffen und konfrontiert uns mit der eigenen Sterblichkeit. Natürlich trifft es tatsächlich den Kern der ärztlichen Berufsrolle, dem Tod ins Auge schauen zu müssen. Aber ganz offensichtlich werden die zukünftigen Ärzte dazu weder ausreichend geschult, noch in der Verarbeitung solcher Erlebnisse psychologisch betreut. Ich zumindest habe die Vermutung, dass die junge Studentin keinen adäquaten Ansprechpartner in ihrem Praktikum hatte, mit dem sie diese herausfordernde Situation in Bezug auf ihre eigenen Emotionen hätte besprechen können. Die Ausbildung der Ärzteschaft müsste auch die Reflexion der eigenen Sterblichkeit beinhalten. Dieses Bedürfnis scheint mir in der Fallbeschreibung dieser Studentin

implizit vorhanden. Und deshalb scheint es mir wichtig, dieser jungen Frau einzugestehen, dass sie hier eigentlich gar keine „Stimme“ hat.

2.4.5 Perspektivenwechsel – Geschichten ernst nehmen

Die *Care Ethics* geht davon aus, dass die unterschiedlichen Akteure unterschiedliche Sichtweisen zu einer Situation haben können – unterschiedliche Geschichten. Dieses Konzept des Perspektivenwechsels stellt eine direkte Schnittstelle zu weiterführenden ethischen Theorien dar, zur sogenannten narrativen und/oder hermeneutischen Ethik (Porz et al. 2011). Eine genauere Darstellung dieser Theorien wäre sicherlich einen weiteren Text wert. In diesen Zugängen zur Ethik wird den Wert- und Normvorstellungen persönlicher Erzählungen besondere Beachtung geschenkt. Das heißt: Die Erzählungen werden so genommen, wie sie sind, phänomenologisch, nicht psychologisch. Theoretische Grundlage ist die Idee, dass die von uns allen ständig durchgeführte Narration in und über unsere persönliche Lebenswelten geradezu konstitutiv für eben unsere Identitäten und unser Zusammenleben ist und dass man aus diesen Narrationen die für den erzählenden Akteur relevanten Werte herauslesen kann (Lindemann 2001, 2006; Walker 2007).

Schauen wir uns also mal noch genauer an, wie Sara ihre Geschichte in der Ethikarbeit erzählt: Sie betont den Faktor Zeit. Die Angehörigen waren „rund um die Uhr anwesend“, sie waren „ständig“ vor Ort (zweiter Absatz). Trotzdem versucht die Studentin eine erste Ordnung in das zeitliche Chaos zu bringen. In der „sechsten“ Nacht merkt man, es geht zu Ende, nach weiteren „vier“ Stunden ist die Patientin dann tot (zweiter Absatz). Natürlich denkt eine Medizinstudentin in zeitlich definierbaren Dimensionen, ohne präzise Stundenpläne und Zeiteinteilung ist ein Medizinstudium auch nicht zu bewältigen. Die Zeit im Studium ist definiert und kalkulierbar. Dieses Zeitverständnis steht in einem sehr großen Gegensatz zur vorliegend beschriebenen Situation. Sterben ist ein Paradebeispiel für eine zeitlich nicht definierbare Situation. Menschen sterben nicht nach Zeitplänen und vorgegebenen Lernzielen. Zumindest implizit scheint es unserer Studentin hier deutlich geworden

zu sein, dass der zeitliche Verlauf im Umfeld eines Sterbenden keinen kalkulierbaren Richtlinien folgt.

2.5 Fazit

Mir selbst hilft die *Care Ethics* beim Denken. Sara hat sich im Unterricht meine Interpretationen angehört, genau wie oben beschrieben. Sie war weitaus nicht mit allem einverstanden, aber von einigen Punkten war sie sehr angetan. An die „Zeit“ hätte sie noch nie gedacht, auch nicht daran, dass sie selbst in Beziehungen und Abhängigkeiten verstrickt ist. Sie selbst als „vulnerabel“ zu klassifizieren, hat sie erstaunt, aber gleichzeitig auch erleichtert. Vieles hätte ihr gute Denkanstöße gegeben. Und genau darum geht es.

➤ **Care Ethics ist ein Denkparadigma, es muss beim Denken helfen, sonst verfehlt es seinen Zweck: *The proof of the pudding is in the eating*. Will sagen, man kann die Qualität und die Möglichkeiten der *Care Ethics* erst beurteilen, wenn man sie ausprobiert hat. Die praktische Anwendbarkeit zeigt, ob die Theorie etwas nützt.**

Ich hoffe, dass sich die Vertreter der Pflegeethik in Zukunft dafür entscheiden werden, möglichst viele verschiedene Puddings zu probieren bzw. unterschiedliche Ethikansätze zum Denken zu benutzen.

Literatur

- Beauchamp TL, Childress JF (1979–2013) Principles of Biomedical Ethics, 1.–7. Aufl. Oxford University Press, New York
- Feder KE (2006) The Concept of Care Ethics in Biomedicine: The Case of Disability. In: Rehmann-Sutter C, Düwell M, Mieth D (Hrsg) Bioethics in Cultural Contexts. Reflections on Methods and Finitude. Springer, Dordrecht, S 319–340
- Gilligan C (1982) In a different voice. Harvard University Press, Cambridge, MA
- Huxtable R, Meulen RT (Hrsg) (2015) The Voices and Rooms of European Bioethics. Routledge, Taylor & Francis Group, London
- Lindemann H (2001) Damaged identities, narrative repair. Cornell University Press, Ithaca
- Lindemann H (2006) Wrinkles in time: narrative approaches to ethics. In: Pfeleiderer G, Rehmann-Sutter C (Hrsg) Zeithorizonte des Ethischen. Zur Bedeutung der Temporalität in der Fundamental- und Bioethik. Kohlhammer, Stuttgart, S 123–132
- Maio G (2012) Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Schattauer, Stuttgart
- Mathwig F, Meireis T, Zimmermann M, Porz R (Hrsg) (2015) Macht der Fürsorge? Moral und Macht im Kontext von Medizin und Pflege. TVZ Theologischer Verlag Zürich, Zürich
- Meireis T (Hrsg) (2013) Altern in Würde. Das Konzept der Würde im vierten Lebensalter. TVZ Theologischer Verlag Zürich, Zürich
- Monteverde S (2013) Pflegeethik und die Sorge um den Zugang zu Pflege. Pflege 26(H4):271–280
- Monteverde S (2015) Pflegeethik – eine Standortbestimmung. Pflege 28(6):317
- Pfeleiderer G, Rehmann-Sutter C (Hrsg) (2006) Zeithorizonte des Ethischen. Zur Bedeutung der Temporalität in der Fundamental- und Bioethik. Kohlhammer, Stuttgart
- Porz R (2016) Ethische Theorien als gedankliche Tools – die Care Ethics. Teil 4 der Serie „Klinische Ethik neu gedacht“. Schweizerische Ärztezeitung 97(7):262–265
- Porz R, Stuck AE (2013) Zur impliziten Normativität im Denken von Medizinstudierenden – am Beispiel Würde. In: Meireis T (Hrsg) Altern in Würde. Das Konzept der Würde im vierten Lebensalter. TVZ Theologischer Verlag Zürich, Zürich, S 135–150
- Porz R, Stuck AE (2015) Teaching Medical Students: more room for an ethical, differential analysis, please? In: Huxtable R, Meulen RT (Hrsg) The Voices and Rooms of European Bioethics. Routledge, Taylor & Francis Group, London, S 180–191
- Porz R, Landeweer E, Widdershoven G (2011) Theory and practice of clinical ethics support services: narrative and hermeneutical perspectives. Bioethics 25(7):354–360
- Rehbock T (2000) Braucht die Pflege eine eigene Ethik? Pflege 13(5):280–289
- Rehmann-Sutter C, Düwell M, Mieth D (Hrsg) (2006) Bioethics in Cultural Contexts. Reflections on Methods and Finitude. Springer, Dordrecht
- Tong R (1997) Feminist approaches to bioethics. Westview Press, Boulder
- Tronto J (1993) Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. Routledge, Taylor & Francis Group, New York
- Walker MU (2007) Moral Understandings. A Feminist Study in Ethics, 2. Aufl. Oxford University Press, New York
- Wick A, Porz R (2015) Implizite Machtstrukturen in der Psychiatrie – Eine Care Ethics Perspektive. In: Mathwig F, Meireis T, Zimmermann M, Porz R (Hrsg) Macht der Fürsorge? Moral und Macht im Kontext von Medizin und Pflege. TVZ Theologischer Verlag Zürich, Zürich, S 195–209

Ethische Reflexion in der Pflege

Konzepte – Werte – Phänomene

Riedel, A.; Linde, A.-C. (Hrsg.)

2018, XVII, 216 S. 8 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-55402-9