

## **Die Autonomie und die konkrete Sorge um den Einzelnen Zwei Prinzipien im Konflikt**

**Helen Kohlen**

### **Begrüßung und Vorwort**

Sehr verehrten Damen, sehr verehrte Herren, haben Sie vielen Dank für die freundliche Begrüßung! Liebe Frau Huwe, liebe Frau Bannert, haben Sie besten Dank für Ihre Einladung!

Ich freue mich, heute über das Thema Autonomie und Fürsorge zu Ihnen zu sprechen. Und ich freue mich auch über den Austausch mit Ihnen allen!

Wie für die meisten anderen, ist dies stets für mich ein hohes Gut gewesen, denn wer möchte schon unfrei und abhängig sein? Allerdings hat sich meine Perspektive in den letzten Jahren verschoben. Eine kritische Betrachtung des ethischen Diskurses über Autonomie und Selbstbestimmung verweist durchaus auf ihre Grenzen, auch in der Praxis.

Der Begriff, das Sprechen von und über Autonomie sowie Selbstbestimmung ist mir in sowohl in gesundheitspolitischen, medizinischen und pflegewissenschaftlichen als neuerdings auch ethischen Debatten zu laut geworden. Und immer dann, wenn etwas „ganz“ laut oder „ganz“ groß, „ganz“ schick, oder „ganz“ wichtig zu werden scheint, droht – so zeigt es jedenfalls die Historie – etwas anderes verloren zu gehen bzw. in Vergessenheit zu geraten.

Dies ist die Spur, die ich nun verfolgen möchte: *erstens*, das was Autonomie und Selbstbestimmung im ursprünglichen Sinne meinen; *zweitens*, welche Funktionen sie aktuell erfüllen und drittens, was dabei auf dem Spiel steht.

## **Einleitung**

Zunächst so meine ich, sollten wir auf der Hut mit Verwendung neuer Begrifflichkeiten sein. Denn Begriffe sind in der Lage unser Denken in bestimmte Richtungen zu bewegen, und am Ende mag uns das, was dabei heraus kommt gar nicht gefallen.

Pflege und Heilkunst hat weniger mit dem Gegen-stand zu tun, als mit dem *Gegen-über*. Es geht auf der Ebene der Praxis nicht um einen Kampf gegen die Krankheit, sondern vor allem um einen Umgang mit *Kranksein*. Es geht um Trost und Beistand, fürsorgliche Aufgaben, die inzwischen auch an Experten wie beispielsweise Trauerbegleitungsexperten delegiert werden. Neben solchen Begriffen wie Trauerbegleitungsexperten beeindrucken allein sprachlich die Steigerungsformen von Qualitätsmanagementinstrumenten, wie *Total Quality Managment*. Diese suggerieren ein Versprechen von allmächtiger Qualitätskontrolle. Auch das Konzept *Managed Care*, das seit ca. 10 Jahren favorisiert wird, liefert ein Beispiel. Hier wird die ursprünglich durch Fürsorge gekennzeichneten Beziehungen der Heil- und Hilfsberufe zu Patienten zunehmend durch utilitaristische, d.h. zweckrationale Denkmodelle und ökonomische Kalküle bestimmt.

Ich meine, in jeder Profession, in der Kunstlehren ausgeübt, gepflegt und weitergegeben werden, ist das klassische praktische Selbstbewusstsein der Tätigen von Heilkunst weder auf die Rolle von Wissenschaftlern noch auf

die von Ingenieuren und schon gar nicht auf die von Verwaltungs-Managern zu bringen.

Eine erfolgreiche Kunst sowohl pflegerischen als auch medizinischen Handelns und Entscheidens lässt sich in letzter Konsequenz weder mit Maßstäben eines erfolgreichen Zertifizierungsverfahrens, einem „Total Quality Management“, oder einer gewinnbringenden Kosten-Nutzen-Kalkulation, - noch mit einer erfolgreichen Kommunikation durch Regulierung von ethischen Prinzipien und rechtlicher Ansprüchen messen.

Pflegebedürftigkeit ist eine besonders starke Form menschlicher Angewiesenheit auf Zuwendung und Hilfe, die eine *conditio humana* ist. Die Pflgetätigkeit kann wie jede menschliche Tätigkeit vergesellschaftet werden. Sie kann formell, beruflich und betrieblich organisiert und industrialisiert werden. Folglich kann sie damit rationalisiert werden. Die Frage stellt sich: Wie weit kann Rationalisierung betrieben werden, ohne dass das Ethos fürsorglicher Praxis beschädigt wird?

Trotz Professionalisierung, Zertifizierung, Qualitätsstandards sowie weiterer ökonomischer Maßnahmen ist in jüngster Zeit eine fürsorgliche Praxis in verschiedenen Bereichen, vor allem in Fragen von Betreuungsarrangements kleiner Kinder, gerade aber auch in der Pflege, auf die politische Agenda gekommen. Hier werden Mängel in der elementaren Versorgung mit Blick auf körperliche Bedürftigkeit thematisiert. Es geht um die ausreichende Zufuhr von Flüssigkeit oder die ausreichende Hilfe beim Wechsel der Körperhaltung, um Wundliegen zu verhindern.

Die Befunde einer Untersuchung der Universität Bremen (artec) zum Ethos fürsorglicher Praxis, in der ich involviert war, weisen auf folgendes: Das

Qualitätsproblem hängt im Kern mit der Anwendung der herrschenden Zeitökonomie auf die Pflegesituation zusammen, was deren Eigenzeiten widerspricht (Senghaas-Knobloch 2007). Der natürliche Prozess menschlichen Wachstums, menschlicher Heilungsprozesse und insbesondere das langsame Geschehen abnehmender Lebenskraft am Lebensende, kann im Rahmen von Effizienz kalkülen für aufgewendete Zeit zur Pflege kaum berücksichtigt werden.

Es verwundert deshalb nicht, dass alle Bemühungen, den Zeitaufwand und die Kosten für Pflege durch eine Entmischung der Tätigkeiten, durch Technisierung und Standardisierung zu verringern, an die Grenzen der *conditio humana* stoßen, d.h. der Humanität und menschenrechtlich verankerten Menschenwürde. Aus der Perspektive eines pflegebedürftigen Menschen kann es nicht um *gesparte Zeit* gehen, denn auch die Zeit, in der ein Mensch gepflegt wird, ist seine *Lebenszeit*.

Im beruflichen Ethos fürsorglicher Praxis spielt es eine besondere Rolle, die Pflegebedürftigen in ihrem Eigensein sowie ihrem Eigensinn ihrer Persönlichkeit zu würdigen. Dies zeigen frühere wie heutige Untersuchungen. Daran hat sich nichts verändert! Es wird als gute Pflege angesehen, auf die einzelnen Menschen einzugehen, abzuwägen, wann sich jemand wohl fühlt und wann nicht. Diese Tätigkeiten folgen dem Gesichtspunkt einer eigentümlichen Logik der Pflege bzw. einer Fürsorgerationalität. Sie kommt nicht mit einer an Zweckrationalität orientierten Zeitstruktur überein.

## **Begriffliche Klärungen**

Zunächst zum Begriff.

Die klassische Bezeichnung für das Recht auf Selbstbestimmung bzw. die Willensfreiheit des Menschen ist der Begriff Autonomie.

Immanuel Kant betonte, dass die Würde des Menschen auf seiner Autonomie beruhe. Dies setzt ein Verständnis voraus, dass Autonomie nicht an Leistungen und Funktionen geknüpft ist, d.h. auch der kranke, alte, pflegebedürftige Mensch ist grundsätzlich autonom, unabhängig von der Ausgestaltung seiner Autonomie. Diese kann sehr wohl auf Grund bestimmter, z.B. körperlicher Bedingungen freiwillig und unfreiwillig eingeschränkt sein. Genau genommen ist dann die Ausgestaltung eingeschränkt, aber nicht die Autonomie selbst. Autonomie ist keine Eigenschaft des Menschen, die ihm abhanden kommen kann, sondern, sie ist ein 'proprium'!

Dieses zu ignorieren beinhaltet eine Denkweise, in der die Autonomie ausschließlich etwas für den erwachsenen, gesunden angesehen wird, die der Mensch nur in gesunden Tagen besitzt und die er durch Krankheit oder Alter zumindest zeitweise verlieren kann. Aber, Autonomie ist eben kein von der Gesellschaft gestattetes Zuerkennungsprodukt, sondern sie ist unverfügbar!

„Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen“ lautete der einst von Kant ausgegebene Imperativ, der aus der selbst verschuldeten Unmündigkeit in die Freiheit der Selbstbestimmung führen sollte. Ein kluger Verstand ist selten von erfahrener Lebenspraxis zu trennen. Und die

Lebenspraxis zeigt, wie sehr wir alle in Beziehungen mit anderen eingebunden sind. Ja, in der Lebensspanne vom Anfang bis zum Ende ist jeder Mensch mehr oder weniger von anderen Mit-Menschen abhängig, eben weil dies ein menschliches Wesen ausmacht.

Praktisch ist folglich die Selbstbestimmung von Personen nur in Relation zur Freiheit Anderer zu sehen und bei einer gegebenen Einschränkung, wie das hohe Alter, von einer Fürsorge um die Selbstbestimmung zur höchstmöglichen Ausgestaltung nicht zu trennen.

Was bedeutet Selbstbestimmung nun für diejenigen, die tatsächlich auf Hilfe anderer angewiesen sind? Versuchen wir es mit einer Annäherung über ein literarisches Beispiel.

### **75 plus – Zu den Grenzen der Autonomie im Krankenhaus**

Die Figur Maudie Fowler in einem Roman von Doris Lessing möchte nicht ins Krankenhaus und lebt lieber alleine in ihrer Wohnung. Sie lebt in einer kleinen Wohnung in einer Großstadt. Sie ist 86 Jahre alt, unverheiratet und hat eine Katze. Sie isst vorwiegend Brot mit wenig Aufschnitt. Sie kauft diese Sachen ein, wenn sie einmal in der Woche ihre Einkäufe erledigt. Maudie schenkt ihrer Äußerlichkeit und hygienischen Versorgung keine Beachtung. In ihrer Wohnung gibt es nur minimale sanitäre Einrichtungen. Ihre Freunde und Bekannte sowie Nachbarn können diesen Zustand nicht länger mit ansehen und informieren eine Einrichtung für häusliche Pflege. Als eine Pflegekraft sie besucht beschreibt Sie ihre Wohnung:

„Den Flur gingen wir entlang bis zur Küche war eine Verlängerung des Flurs mit einem schmierigen, rußgeschwärzten alten Gaskocher, einer gesprungenen schmieregelben alten Porzellanspüle und einem

Kaltwasserhahn, der mit Lappen umwickelt war und ständig tropfte. Dazu ein gar nicht hässlicher alter Holztisch mit Geschirr darauf, gespült, aber trotzdem schmutzig. Die Wände feucht und stockfleckig. Und der Geruch, dieser grässliche Geruch überall ... Sie (Maudie) sah mich nicht an, während sie Brot, Zwieback und Katzenfutter abstellte. Die sauberen frischen Farben auf den Packungen und Dosen in diesem fürchterlichen Raum! Sie genierte sich.<sup>1</sup>

„Mrs. Fowler, ich finde, Sie sollten einige von den Hilfsdiensten in Anspruch nehmen. Warum denn nicht?“ Ihr Kopf zitterte, und mit ihrem Gesichtsausdruck wäre sie die ideale Besetzung für die böse Hexe gewesen.

„Was ich gerne hätte, ist Essen auf Rädern, aber das bewilligen sie mir nicht‘. „Keine Haushaltshilfe... (oder) zum Beispiel (eine) Pflegerin jeden Morgen, jeden Morgen, solange Sie sich nicht wohl fühlen““.

„Warum sollte ich wohl eine Pflegerin brauchen?“ fragte sie mit abgewandtem Gesicht.“<sup>2</sup>

Lesung: *Maudie*, Seite 297-298.

... „Ich sitze neben ihr und denke: Maudie ist nun zweiundneunzig Jahre alt und hat anscheinend das Gefühl, ihr würde ein Unrecht angetan! Eine von den Nachtschwestern bekam mit, wie Maudie mich entließ – ‚Du gehst schon?‘ -, und sie lief mir den Flur entlang nach, Mrs. Somers, Mrs Somers, Mrs. Somers, sie erwischte mich am Arm und sah mir ins Gesicht mit dem gleichen sanften, freundlichen Lächeln, das für Maudie gleichbedeutend mit Gefangenschaft und Lüge ist... ‚Sie dürfen sich nichts daraus machen‘, sagte sie. ‚Das ist ein Stadium, das sie durchmachen müssen. Verstehen Sie, es gibt drei Stadien. Im ersten finden die Patienten, wenn sie sich über ihren

---

<sup>1</sup> Doris Lessing (1997): Das Tagebuch der Jane Somers, S.17.

<sup>2</sup> Ebd. S.54 – 55.

Zustand klar werden, es sei unfair. Sie empfinden Selbstmitleid.' ,Unfair? Unfair, dass ein Mensch sterben muss?'

,Kranke Menschen reagieren nicht immer unbedingt rational. Als nächstes werden sie dann zornig.'

,Zornig ist sie, das kann man wohl sagen!'

,Nun ja', meinte sie verschmitzt, während ihre kundigen Augen mein Gesicht auf Anzeichen von Überlastung absuchten, ,es ist natürlich für niemanden schön, zu sterben, stelle ich mir wenigstens vor.'

,Können diese Stadien auch einmal durcheinander geraten?'

Sie lachte, und das ganz ehrlich, sie freute sich, über ,das Lehrbuch' lachen zu können. ,Im Lehrbuch heißt es, drei Stadien. Ich meine auch, im wirklichen Leben lässt sich selten etwas so klar aufteilen!'

,Und was ist das dritte Stadium?'

,Wenn sie ihr Ende akzeptieren, sich damit abfinden...“

In dem Moment kam eine andere Schwester gerannt und rief, Schwester Conolly, Schwester Conolly, und mit einer flüchtigen Entschuldigung eilte sie zurück zu irgendeiner kleineren oder größeren Krise. Und ich fuhr heim.

*Unfair... Zorn... sich abfinden.*

Eine über Neunzigjährige findet es ungerecht, dass sie sterben muss?“

Ich komme zu einem zweiten Beispiel. Betroffen ist hier Senor Roncone der Protagonist im Roman „Das etruskische Lächeln“ von Jose Luis Sampedro.

## 2. Roncone: S. 64- 68.

...“Sie schleppen ihn von einer Untersuchung zur anderen, von einem Arzt zum nächsten, von einem hellen Saal mit Milchglasfenstern in einen dunklen Raum, wo er geröntgt wird.

,Donnerwetter! Da steckt ja eine Kugel! Haben Sie keine Beschwerden?'

,Nein. Ein Andenken an die Einnahme von Cosenza.'



Eine halbe Stunde später muss er reglos liegen, damit sie ihn mehrmals röntgen, und schläft dabei fast ein. Er denkt nicht mal mehr ans Rauchen, als wäre er völlig leer. ...

Etwas später.

Dann verschränkt der Arzt die Arme vor der Brust und sieht ... den Alten lächelnd an.

„Nun gut, mein lieber Roncone. Ihre körperliche Verfassung ist fabelhaft und Ihr allgemeiner Gesundheitszustand beneidenswert angesichts Ihres Alters. Bleibt das Problem, das Sie zu mir geführt hat. Was das angeht, wird es keine Überraschungen geben, wirklich, das kann ich Ihnen versichern. In einfachen Worten zusammengefasst: Signor Roncone weist einen Befund auf.“

Da die ‚einfachen Worte‘ des Professors dieselben sind wie im Radio, übt sich der Alte in Geduld und versteht trotzdem nur Fetzen: ‚pathologisch Prozesse‘, ‚heutige Möglichkeiten‘, ‚Fortschritte der Medizin‘, ‚alternative Behandlungsmethoden‘. ...

Er fragt sich:

„Was hat das Ganze mit mir zu tun? ...“

Schließlich lächelt der Professor gewinnend.

„Haben Sie mich verstanden, lieber Roncone?“

„Will er mich auf den Arm nehmen?“, fragt sich der Alte und geht sofort zum Gegenangriff über, als wäre er im Krieg.

„Nein, ich habe nichts verstanden. Ist mir völlig egal.“

Er hält kurz inne, um den verblüfften Gesichtsausdruck des Professors auszukosten, und fährt fort: „Das Einzige, was ich wissen muss, Signore Professore, ist, wann ich sterben werde.“

... „Wochen... Monate?... Ein Jahr vielleicht? ... Nein, ein Jahr ist wohl zu viel verlangt.“

„Das kann ich Ihnen nicht beantworten, mein lieber Freund!“, stößt der Professor hervor. „In diesen Fällen kommt eine Prognose einem Ratespiel gleich, und angesichts Ihrer körperlichen Verfassung könnte es gut sein, dass...“

„Geben Sie sich keine Mühe, Professor. Ich habe verstanden. Wir brauchen nicht mehr weiterzureden. Schließlich ist mir meine Rusca lieber (Magenkrebs) lieber als an einen Stuhl gefesselt zu sein ...“

Und weiter: „... Mein Tod gehört mir, Professor...“

Bei *beiden* alten Menschen stellen sich die Fragen der medizinischen Versorgung und des Abschieds vom Leben anders. Gemeinsam ist Maudie und Roncone ihr Anspruch auf Selbstbestimmung.

### **Autonomie aus der Patientenperspektive und Fürsorge Ethos**

Eine Befragung an über 12600 (2003) Patienten aus 51 Krankenhäusern in den USA nach ihrer Entlassung ergab als deren Hauptanliegen, mit Respekt und Würde behandelt zu werden und den Ärzten vertrauen zu können; weniger Gewicht wurde der Möglichkeit beigemessen, autonome Entscheidungen zu treffen.

Die Vorstellungen von Patienten differieren, was das Verständnis von Autonomie angeht. Eine Untersuchung in Deutschland hat ergeben, dass für einige Patienten Autonomie bereits bedeutet, Fragen stellen zu können, während andere darunter verstehen, aktive Entscheidungen treffen zu können. Eine Untersuchung in der ambulanten Pflege zeigt, dass Autonomie weniger im Sinne von Selbstbestimmung artikuliert sondern als Erwartung, vom Arzt „ernst genommen“ zu werden (90,1% der Befragten in der ambulanten Versorgung). Dieses Ernstgenommenwerden erscheint aus der Perspektive von Patienten lebensnaher zu sein als der theoretisch bezugslose Begriff *respect for autonomy*.

Einig sind sich die meisten Patienten über das Bedürfnis als autonomes Individuum und nicht als Nummer behandelt zu werden. Der Wunsch nach autonomen Entscheidungen differiert je nach Behandlungsphase. In der diagnostischen Phase neigen Patienten eher dazu, Maßnahmen in die Verantwortung des Arztes zu legen, während beim Abwägen von Alternativen und bei Entscheidungen über das weitere Vorgehen eine aktive Mitbestimmung gewünscht wird. Mit zunehmender Schwere der Krankheit steht häufig eher der Wunsch nach fürsorglicher Behandlung als nach autonomen Entscheidungen (Linus Geisler 2004).

Zitat: „*Erstens*. Wenn ich mich wohl genug fühle; *zweitens* wenn ich genug weiß und *drittens*, wenn ich kann“. Erst nach Erfüllung dieser Voraussetzungen sehen sich Patienten in der Lage aktiv in Entscheidungsprozesse eingebunden zu sein.

Folglich gilt es hierfür Sorge zu tragen! Die Hilfs- und Schutzbedürftigkeit von Schwerkranken und Sterbenden darf nicht gegen einen absoluten Autonomiebegriff ausgespielt werden. Es geht folglich medizinischen und pflegerischen Praxis nicht isoliert beziehungslos um Autonomie, sondern um die *Sorge um Autonomie*.

Auf dem Wege der Verständniskerngewinnung, was Selbstbestimmung sein soll, verschiebe ich nun die Perspektive auf die Seite der Heil- und Hilfsberufe, d.h.: *Was haben Pflegende und Ärzte mit Selbstbestimmung zu tun?*

Von seinen Wurzeln her ist das ärztliche und pflegerische Ethos ein Ethos der Fürsorge. Fürsorge findet ihren Grund in der Natur des Menschen, nämlich in seinem Angewiesensein auf die Zuwendung anderer. Im Hippokratischen Eid finden sich bereits zwei der vier Prinzipien der

modernen Prinzipienethik. Diese sind, *dem Patienten keinen Schaden zuführen* (Non-Malefizienz) und ihm *Wohl zu tun* (Benefizienz). Das Prinzip der Selbstbestimmung kommt nicht vor!

Während das Prinzipienmodell ein Menschenbild zugrundelegt, nach dem eine Person selbständig, rational und ohne den Einfluss anderer über sich – und am Ende des Lebens – auch über ihr Sterben entscheidet, geht das Care-Modell von einem Menschenbild aus, nach dem Personen grundsätzlich aufeinander angewiesen sind und eingebunden in Beziehungen handeln (Beziehungshandeln).

Eine Ethik der Fürsorge betont die Interrelationalität anstelle eines unabhängigen autonomen Selbst. Fürsorge ist m.E. nach wie vor die Ethik der Heilkunst von Pflege und Medizin, ohne sie lässt sich medizinisches und pflegerisches Handeln für und mit bedürftigen, abhängigen Menschen nicht begründen.

Fürsorge-Interaktionen in Medizin und Pflege sind vor allem im praktischen Tun auch non-verbal. Dann haben sie etwas mit Berührung zu tun, d.h. es geht um ein „Berührtsein“ von der Situation oder einer daran beteiligten Person.

### **Die Thematisierung von Autonomie und Fürsorge in Klinischen Ethikkomitees**

Dreht es sich bei Gesprächen in den Komitees um Entscheidungen, dann, ich zitiere aus den Feldstudie von Patricia Flynn (1991) in den USA: „singen die Komiteemitglieder das Prinzip der Autonomie wie ein Refrain im Chor“.

Meine eigene Feldstudie zu klinischen Ethikkomitees (2008) zeigt ebenso die Vorrangstellung des Prinzips der Autonomie, wenn über ethische Fragen in den Komiteesitzungen diskutiert wird.

Hierzu ein Beispiel:

Ein Stationsarzt der geriatrischen Abteilung berichtet im Komitee von einer alten schwerhörigen Dame mit Diabetes und der *Diagnose Demenz*. Er erzählt: „Sie äußert stetig den Wunsch nach Hause zu wollen, was man allerdings in ihrem Zustand nicht ernst nehmen kann. Heute morgen hat mir das Pflegeteam mitgeteilt, dass die Dame zum Kiosk wollte und seitdem nicht mehr aufzufinden sei.“ Auf die Frage einer Komiteeteilnehmerin, ob die Dame denn keine Angehörigen habe, meint der Arzt: „Die Dame kann keine eindeutigen Angaben machen und hatte auch keine Telefonnummer. Die Arbeitsbelastung ist so hoch (so der Arzt), dass man sich nicht mehr mit solchen Dingen beschäftigen kann.“

Auf die Frage, ob die Pflegenden nichts hätten machen können, denn es gäbe ja schließlich Pflegekonzepte für Menschen mit Demenz, die auch einen Zugang zu ihnen erlaubten, ist die Antwort: „Wissen Sie, manche sind so grottendement, da kann man nichts machen!“

Im Anschluss an eine Diskussion über Möglichkeiten der Entmündigung und Betreuungsverfügungen beendet der Leiter des Komitees die Fallbesprechung mit einem Fokus auf die Autonomiefrage. Er sagt: „Die Frage zur Autonomie der Patientin und was sie wirklich will ist ungeklärt und damit unbefriedigend, aber nun sollten wir uns dem Tagesordnungspunkt der Patientenverfügung zuwenden.“

Ich meine, dieser Auszug über die diskursiven Praktiken klinischer Ethikkomitees ist irritierend. Warum?

Zunächst ist es erstaunlich, dass es der Stationsarzt ist, der die Flucht der alten Dame als Problemfall vorträgt. Es gehört eigentlich in den Kompetenz- und Verantwortungsbereich der Pflegenden, sich in die Welt der Verirrungen der alten Dame einzulassen und den klassischen Bewegungsdrang der zu diesem anderen Dasein gehört zu erkennen. Es wird nicht nach einem fürsorglichen Umgang mit der alten Dame gefragt, nicht nach einer notwendigen Achtsamkeit und einem verantwortlichen, kompetenten Handeln. Stattdessen wird beziehungslos über Entmündigung und – paradoxerweise - gleichzeitig über Autonomie gesprochen. Der Arzt thematisiert die hohen Arbeitsbelastungen als Ursache keinen Kontakt zum Hausarzt der Patientin aufzunehmen. Dieses mögliche strukturelle Problem als ein auslösender Faktor für das Problem wird nicht in die ethische Analyse aufgenommen.

Als es um Patientenverfügungen zur Sicherung von Patientenautonomie am Lebensende geht, bemerkt der Vorsitzende, dass es im Hause kein einheitliche Verfahren gäbe und fragt die Qualitätsbeauftragte, inwiefern eine Standardisierung von Patientenverfügungen durchgesetzt werden könne. Die Leiterin der Altenpflegeeinrichtung interveniert und meint, dass eine Standardisierung von Patientenverfügungen alten Menschen nicht gerecht werden könne. Eine Erklärung wird ihr nicht ermöglicht, denn die Komiteeleitung bemerkt schroff, dass „Sonderentscheidungen“ jetzt nicht zur Diskussion gehörten. Genau genommen, wird eine Care- Perspektive in Bezug auf alte Menschen am Lebensende ausgeschlossen und die individuellen Anliegen dieser Patienten an den Rand gedrängt.

## **Resumee**

Die bisherige Dominanz des Prinzips der Autonomie bedarf einer Reflexion unter Bezugnahme auf die Realität der Praxis, in der es letztlich um eine *Sorge um die Autonomie* geht, d.h. konkret: sie zu stützen und die Ausgestaltung der Selbstbestimmung (wieder) herzustellen.

Eine Beschäftigung mit Theorien und Konzepten der Fürsorge/ Care lohnt sich, um alltägliche Praktiken von Seelsorge, Medizin und Pflege (u.a.) in den Blick zu nehmen, die sich um Selbstbestimmung bemühen. Kompetenz zum Dialog und eine Klärung von Verantwortlichkeiten sind dabei unverzichtbar.

Fehlt eine Sprache der Praxis Care, um einzelne fürsorgliche Aktivitäten zu beschreiben, dann besteht die Gefahr, dass sie als Berufspraktiken einschließlich notwendiger Bedingungen wie ausreichend Räume, Zeit und Kompetenz nicht repräsentiert, sondern an den Rand gedrängt, gar ignoriert werden, einschließlich ihrer Konflikte.

*Haben Sie recht herzlichen Dank für ihre Aufmerksamkeit!*