

Palliative Haltung

Masterarbeit zur Erlangung des
akademischen Grades "Master of Science"
in überarbeiteter Fassung

im

Masterstudiengang Pflegewissenschaft
der Pflegewissenschaftlichen Fakultät an der
Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

vorgelegt von

Manfred Baumann
Strohberg 11
70180 Stuttgart

Erstprüferin
Juniorprofessorin Dr. Phil. Helen Kohlen

Zweitprüfer
Prof. Dr. Frank Weidner

vorgelegt
25.05.2012

überarbeitet
09.12.2013

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Der Weg zur Forschungsfrage	1
1.2. Ergebnisse aus dem Forschungspraktikum	4
1.3. Forschungsfrage	11
1.4. These	12
1.5. Vorgehen und Aufbau der Arbeit	12
2. Forschungs- und Diskussionsstand	14
2.1. Einführung in das Kapitel	15
2.2. Konzeptionelle Eckpfeiler des Sorgekonzepts Palliative Care	15
2.3. Grundhaltungen im Feld der Palliative Care	23
2.4. Trias Haltung - Wissen - Fertigkeiten	29
2.5. Palliative Haltung als Compassion	35
3. Care-Dimensionen und Palliative Haltung	45
3.1. Das Phänomen der Care nach Eva Feder Kittay	46
3.2. Der Anspruch von Care und Palliativer Haltung und deren Verwirklichung in der Pflege	51
<i>Exkurs: Die Bedingung der Rede von der Ganzheitlichkeit des Menschen</i>	56
4. Das “gute Sterben” und Palliative Haltung	72
4.1. Einleitung	73
4.2. Das “gute Sterben” in der Moderne	74
<i>Exkurs: Das “gute Sterben”</i>	82
4.3. Individualisierende Vergemeinschaftung und Palliative Haltung	87

5. Habitus und Palliative Haltung	98
5.1. Einführung in das Kapitel	100
5.2. Sozialer Raum	103
<i>Exkurs: Transformation von Care durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens</i>	107
<i>Exkurs: Macht und Palliative Haltung</i>	122
5.3. Palliative Haltung im Rahmen der Habitus­theorie	128
5.4. Palliative Haltung im Rahmen der Feldtheorie	146
<i>Exkurs: Anerkennung und Palliative Haltung</i>	161
5.5. Dialektik von Habitus und Feld und das Konzept der Palliative Care und der Palliativen Haltung	176
5.6. Fazit und Ausblick	187
6. Entschleunigung und Palliative Haltung	189
6.1. Einführung in das Kapitel	190
6.2. Zeitdiagnose "Beschleunigung"	191
6.3. Zeitdiagnose "Entschleunigung"	206
6.4. Die Dimensionen von Beschleunigung und Beharrung und Palliative Haltung	213
<i>Exkurs: Beschleunigung und Habitus</i>	228
<i>Exkurs: Abschiedlich leben</i>	233
7. Zusammenfassung und Ausblick	238
7.1. Ergebnisse	238
7.2. Fazit und Ausblick	248
Literaturverzeichnis	250
Abkürzungsverzeichnis	262
Erklärung der Urheberschaft	263

1. Einleitung

1.1. Der Weg zur Forschungsfrage

Im Rahmen eines Forschungspraktikums auf einer Palliativstation und in einem SAPV-Team galt mein Interesse der Verortung und Bewertung der Dimensionen von Care, wie ich sie bei Eva Feder Kittay kennen gelernt hatte¹, im Palliativen Feld im Kontext von Ökonomisierung und Ethisierung des Gesundheitswesens.² Das Care-Konzept arbeitet im Rahmen der Care-Ethik mit der Prämisse einer *conditio humana*, derzufolge der Mensch als Mensch schon immer ein auf andere Menschen Angewiesener und Verwiesener ist und derzufolge sich sein Menschsein erst auf diese Bezogenheit hin im Rahmen einer Care-Beziehung realisiert. Care als "Sorge für" ist damit selbst *conditio humana*, die sich in Fürsorgebeziehungen realisiert. Jede Begegnung realisiert sich als Care. Care als *conditio humana* ist Anspruch und Zuspruch an mein Menschsein zugleich. Ein Anspruch und Zuspruch zugleich, den ich in gelebten Care-Formen verwirklichen oder auch verwirken kann. Palliative Care als Care-Konzept beschreibt Care als Care der Menschen, die im Palliativen Feld arbeiten (interdisziplinär, -professionell, -organisational) und also Care-Gebende innerhalb einer Care-Beziehung sind mit dem Patienten³ und dessen Familie⁴ als Care-Empfangende. Eva Feder Kittay unterscheidet für Care drei Dimensionen, als die sie wirksam ist: als Motivation zur Care (Tugend), als Haltung von Care und als Care-Arbeit.⁵ Diese Unterscheidung voraussetzend betrat ich das Palliative Feld mit folgenden Fragen: Wie verwirklicht sich Care im Palliativen Feld in den Dimensionen Tugend, Haltung und Arbeit als Palliative Care? Welche Dimensionen von Care sind dabei leitend und wahrnehmbar im Palliativen Feld? Welcher Zusammenhang besteht zwischen wahrnehmbaren Care-Dimensionen und der modernen Transformation des Gesundheitswesens im Vollzug von Ökonomisierung und Ethisierung desselben? Besteht ein Zusammenhang zwischen Ökonomisierung und Ethisierung des

¹ Vgl. Kittay, 71f.!

² Vgl. Reitze-Jehles Vortrag „Menschlich sterben - zwischen Ökonomie und Ethik“, in dem sie die institutionalisierte Begleitung Sterbender zwischen ökonomischen Zwängen und ethischer Verantwortung reflektiert!

³ Wie an dieser Stelle verwende ich mehrheitlich die maskuline Schreibweise der besseren Lesbarkeit wegen. Es sind damit immer beide Geschlechter gewürdigt.

⁴ Zur Definition von „Familie“ s. 2.2.1.!

Gesundheitswesens und wie wirkt sich ein solcher Zusammenhang dann auf Care als Handlungsprinzip dieses Feldes aus?

Warum nun aber ein solches Care-Konzept in den Zusammenhang von Ökonomisierung und Ethisierung des Gesundheitswesens stellen? - Angesichts einer sich zunehmend komplexer gestaltenden Gesellschaft mit unterschiedlichen Werthaltungen, stets zunehmenden Möglichkeiten der modernen Medizin⁶ und einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens scheint zur Sicherung einer patientenorientierten Medizin und Pflege die Etablierung professioneller Ethikstrukturen⁷ unabdingbar. Eine solche Ethisierung des Gesundheitswesens zielt darauf ab, fürsorglich für das Wohl des Patienten, seiner Angehörigen und aller an der Therapie Beteiligten, das meint sprachgebend und anwaltschaftlich beratend, einzustehen. Eine Ethisierung gesellschaftlichen Denkens und Handelns findet unabhängig von der Etablierung professioneller Ethikstrukturen im Gesundheitswesen durch eine zunehmende Verbreitung der "Palliativen Idee" innerhalb des Gesundheitswesens und darüber hinaus statt.⁸ Die fürsorgliche und gerechtigkeitsbasierte Stärkung des Willens, der Autonomie und des Nichtschadens des Patienten am Lebensende ist Ziel des Bemühens um eine flächendeckende Verbreitung der "Palliativen Idee" im Rahmen einer Praxis von Palliative Care⁹. Der fürsorglich-schützende Mantel der

⁵ Vgl. Kittay, 71f.!

⁶ Siegmann-Würth identifiziert zwei Konfliktfelder: (1) Die Medizin hat die Grenzen verschoben und neue, komplexe Problemsituationen geschaffen: „Wie weit wollen, sollen oder müssen wir Leben erhalten, verlängern und verbessern, wenn es von unheilbarer Krankheit, Alter oder Sterben bedroht und begrenzt wird?“ (Siegmann-Würth, 14). Leitwerte in dieser Diskussion sind Würde und Freiheit. (2) Die Medizin hat sich in verschiedene Fachdisziplinen spezialisiert und sich dabei auf den somatischen Bereich konzentriert - doch: „der Mensch als Person und Subjekt ist krank und leidet.“ (Siegmann-Würth, 14).

⁷ Klinische Ethikstrukturen sind: Etablierung Klinischer Ethikkomitees, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Klinischen Ethik und Entwicklung ethischer Leitlinien.

⁸ „Durch die zunehmende Institutionalisierung einer konkreten Praxis im Umgang mit Sterben und Tod..., die Verbreitung von (Fort-)Bildungsangeboten zum Thema oder die zunehmende Präsenz von Hospizarbeit in den Medien werden gesellschaftliche Umgangsweisen mit Sterben und Tod gezielt und zum Teil in dezidierter Opposition zu anderen Strömungen zu beeinflussen gesucht“ (Pfeffer, 15). Vgl. auch Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Patienten (2010)!

⁹ Z.B. durch die Etablierung von SAPV-Teams. Die ambulante Versorgung für schwerstkranke und sterbende Menschen in Deutschland ist in die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) und die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) gegliedert. Der Gesetzgeber hat in § 37b Abs. 1 SGB V festgelegt, dass Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, Anspruch auf Leistungen innerhalb der SAPV haben. Bei diesen Patienten kann durch die allgemeine ambulante Palliativversorgung

Palliative Care wird um Patienten und dessen Angehörige gleichermaßen gelegt.

Die Verortung und Bewertung der Care-Dimensionen im Palliativen Feld im Kontext von Ökonomisierung und Ethisierung des Gesundheitswesens hatte ich während meines Forschungspraktikums anhand von Experteninterviews und teilnehmenden Beobachtungen näher betrachten wollen.¹⁰ Dieser doch eher offene Rahmen für das Betreten des Palliativen Feldes erwies sich im Laufe des Forschungspraktikums als äußerst nützlich für die Präzisierung meiner Forschungsfrage, denn mehrfach war - berufsgruppenübergreifend - die Rede von der sogenannten "Palliativen Haltung" gewesen, wobei die im Palliativen Feld Tätigen auf meine Nachfrage hin Mühe hatten, diese von ihnen so benannte Haltung spontan zu präzisieren. "Palliative Haltung" als Care-Dimension im Zusammenhang von Tugend und Arbeit im Palliativen Feld zu betrachten und dabei möglicherweise Hinweise auf Care-Dimensionen und deren Transformation im Kontext von Ökonomisierung und Ethisierung zu erhalten, war für mich von da an leitend. Meine Interviews und teilnehmenden Beobachtungen richtete ich nun gezielt auf die Frage aus, was eine "Palliative Haltung" ist. Die Ergebnisse der Interviews und der teilnehmenden Beobachtungen dieser explorativen Phase waren hilfreich, meine Forschungsfrage zu präzisieren und dabei Aspekte zu entdecken, die ich in der vorliegenden Arbeit theoriegeleitet näher betrachten werde. So soll es gelingen, das Phänomen der Palliativen Haltung konkreter zu fassen. Die in den Interviews und teilnehmenden Beobachtungen gewonnenen Hinweise¹¹ zur inhaltlichen Konkretisierung des Phänomens der Palliativen Haltung will ich im Folgenden thematisch geordnet darstellen, um von da aus meine Forschungsfrage zu präzisieren.

(AAPV) keine befriedigende Symptomkontrolle oder Leidensminderung erreicht werden, da eine besonders aufwändige Versorgungssituation vorliegt. Der Leistungsumfang der SAPV bestimmt sich durch Abgrenzung von der AAPV. Der Gesetzgeber hat vorgegeben, dass etwa 10% aller Sterbefälle als Palliativpatienten mit Bedarf für eine Betreuung durch SAPV anzusetzen sind.

¹⁰ Die gewählten Methoden weisen in ihrer Kombination eine Nähe zur ethnographischen Forschung auf und würden sich eignen, in einer zeitlich größer angelegten ethnographischen Studie das Phänomen der Palliativen Haltung aus dem Feld heraus vertiefend zu betrachten. - In gewisser Weise habe ich während des Forschungspraktikums die Phasen des ethnographischen Prozesses zeitlich sehr verkürzt durchlaufen: In einer ersten kurzen deskriptiven Phase der offenen, teilnehmenden Beobachtung hatte ich mich im Untersuchungsfeld orientiert und aufgrund einer fokussierten Beobachtung das Phänomen der Palliativen Haltung konkretisiert, das ich in der daran anschließenden Phase der selektiven Beobachtung genauer in den Blick nahm (Vgl. Flick, 207; Pfeffer, 111!).

¹¹ Vgl. Anhang!

1.2. Ergebnisse aus dem Forschungspraktikum

Im Rahmen der Interviews¹² und der teilnehmenden Beobachtungen¹³ wurden folgende Aspekte Palliativer Haltung thematisiert, die im Rahmen einer theoretischen Betrachtung vertiefend wieder aufgegriffen werden sollen.

¹² Ausgehend von der Vorstellung, dass sich Experteninterviews am ehesten eignen müssten, im Rahmen der "Ermittlung von **Kontextwissen**" (Mayer, 183) das Phänomen der Palliativen Haltung inhaltlich zu konkretisieren, musste ich die Form meiner Interviews dem Gegenstand und den Interviewten jeweils anpassen. Von Palliativer Haltung wurde entweder eher abgrenzend gesprochen, d.h. die interviewten Mitarbeiter konnten eher sagen, was Palliative Haltung nicht ist. Oder aber die Mitarbeiter erzählten von erlebter Palliativer Haltung, indem sie von mit Patienten erlebten Situationen erzählten, um sich episodisch erzählend dem Phänomen der Palliativen Haltung anzunähern. Anhand eines Leitfadens führte ich "episodische Experteninterviews" mit drei Pflegekräften der Palliativstation (mit Weiterbildung Palliative Care), mit einer Pflegekraft der allgemein-onkologischen Station (die in der Zeit meines Forschungspraktikums auf der Palliativstation arbeitete), mit zwei Pflegekräften der SAPV, ferner mit dem Ärztlichen Leiter der Palliativstation und der SAPV und schließlich ein Gruppeninterview mit der zuständigen Pflegedienstleitung und der zuständigen Stationsleitung.

¹³ Meine teilnehmenden Beobachtungen führte ich in der Rolle eines Teilnehmers im Feld mit Dominanz in der Beobachtung durch (Teilnehmer-als-Beobachter; vgl. Mayer, 200f.; Morse/Field, 103f.!). So arbeitete ich sowohl auf Station als auch in der SAPV mit, war also Teil der Situation, wobei ich bewusst darauf achtete, dass meine Beobachterrolle dominant blieb, ich als Beobachter im Feld also wahrnehmbar blieb. Trotz der Gefahren, die sich mit der Rolle eines Teilnehmers-als-Beobachter verbinden, liegen doch auch deutliche Vorteile darin, als Pflegefachperson im Feld selbst mitzuarbeiten. Denn die Rolle einer Pflegefachperson war "Anschlussmöglichkeit, sowohl Distanzierungs- als auch Sensibilisierungsmittel und ermöglichte es mir, in kürzerer Zeit verstehen zu können, was im Feld eigentlich vor sich ging." (Pfeffer, 124. Vgl. auch Pfeffer, 121ff., wo sie Rollenerwartungen, -zuweisungen und -verpflichtungen im Rahmen ihrer teilnehmenden Beobachtung im hospizlichen Feld diskutiert!) Kritisch ist anzumerken: (1) Die Methode der teilnehmenden Beobachtung über einen längeren Zeitraum hinweg, zumal als mitarbeitender Teilnehmer-als-Beobachter, barg die Gefahr der Beeinflussung des Feldes. (a) Als Gruppenmitglied auf Zeit sorgte das zum einen für Irritationen bezüglich meiner Rolle (Mitarbeiter-Praktikant oder Forscher-Praktikant). (b) Zum anderen bestand die Gefahr, durch eigenes Arbeiten unbewusst Haltungen zu vermitteln, die sich in den Interviews dann als erfüllte Erwartung widerspiegeln. (2) Es bestand ferner die Gefahr der Reziprozität. Selbst pflegerischer Mitarbeiter einer onkologischen Station mit angegliederter Palliativstation bestand in hohem Maß die Gefahr der Übertragung und Gegenübertragung. - Das heißt, das untersuchte Feld hat auch Wirkung auf mich, die ich unbewusst annehme und dann in die Gefahr einer Gegenübertragung gerate oder mit der ich bewusst umgehen kann. "Dabei gelten die Reaktionen des Feldes auf den Forscher und die Reaktionen des Forschers auf das Feld als Erkenntnismöglichkeiten." (Pfeffer, 110; in diesem Zusammenhang diskutiert Pfeffer die Methode der Teilnehmenden Beobachtung als Spagat zwischen Nähe und Distanz und führt als Vertreter einer radikalen Nähe zum Feld Spittlers Konzept der „Dichten Teilnahme“ an; vgl. auch 18!). (3) Ein Hindernis, etwas Neues im vertrauten Feld zu entdecken, war eben diese Vertrautheit mit dem Feld ("Blindheit durch Vertrautheit", so Pfeffer, 18). "Die zentrale Leitdifferenz zwischen dem 'Vertrauten' und dem 'Fremden' [...] muss hier erst künstlich hergestellt werden [durch methodische Befremdung der eigenen Kultur]..., um nicht in der Falle des Selbstverständlichen gefangen zu sein." (Pfeffer, 108; vgl. ebd., 123!)

(1) Beziehungserfahrung ist Sinnerfahrung: Palliative Haltung als Haltung der Nähe stiftet Sinn

In den Interviews wurde über die Nähe zu Patienten gesprochen, die eine familiäre Nähe ist, eine Nähe des wechselseitigen Miteinander-Vertrautseins. Nähe entsteht durch Offenheit auf Seiten der Care-Gebenden, Offenheit einmal für die Wünsche und Bedürfnisse des Sterbenden und seiner Angehörigen (im Sinne einer radikalen Patientenorientierung), Offenheit aber auch durch das private Sich-Öffnen der Care-Gebenden auf den Care-Empfangenden hin. Es ist eine Begegnung von Mensch zu Mensch. Der Sterbende partizipiert an der Lebenswelt der Care-Gebenden, erfährt Harmonie oder Disharmonie, der Care-Gebende fühlt sich verantwortlich für das Klima auf Station oder im häuslichen Pflegesetting, dem der Sterbende ausgesetzt ist und das beide aktiv mitbestimmen. Bis hin an den Tod sollen die Wünsche und Bedürfnisse des Sterbenden wahr- und ernstgenommen werden. Der Patient lebt bis zuletzt, der soziale Tod wird möglichst nahe an den leiblichen Tod herangebracht. Der Sterbende erlebt im Team das Familiäre, er erlebt Beziehung. Dieses In-Beziehung-Sein bis zuletzt erfahren Care-Gebende und Care-Empfangende als sinnhaft. Das Sterben braucht Zeit, um Letztes zu regeln und zu ordnen.

Radikale Patientenorientierung¹⁴ kann in einer solchen Nähe überhaupt erst zustande kommen - radikale Patientenorientierung nimmt den Sterbenden in seiner Individualität und Sozialität zugleich wahr und ernst. Die normative Setzung einer "radikalen Patientenorientierung" wurde immer wieder als Kernelement Palliativer Haltung benannt. Radikale Patientenorientierung zeigt sich als Demut, im Dienst am Menschen, in der Fähigkeit, sich selbst zurück nehmen zu können. Die eigene Entmachtung (Entmachtung von Interpretationen und Konstruktionen) wird als Lernprozess aufgefasst. Eingeleitet wird dies durch einen Perspektivenwechsel. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt nicht so sehr auf der "Versorgung", sondern vielmehr auf einer Ressourcenorientierung. Radikale Patientenorientierung fragt nach den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten, fragt nach deren Lebensqualität. Dominante Haltung ist die Haltung von Empathie, Akzeptanz und

¹⁴ Vgl. zur „radikalen Patientenorientierung“ den Vortrag zur Palliativen Haltung von Martina Kern, auf den sich Experte VII bezogen hatte (vgl. Baumann, 19)!

Kongruenz. Der Patient braucht Fürsprecher, der Patient hat ein Recht auf Wahrheit und Wahrhaftigkeit. Das Ziel muss sein, "dass jeder so gehen kann, wie er möchte"¹⁵. In die Care-Dimensionen übersetzt heißt das: Die Motivation, die Tugend, das Warum von Care ist Dienst; die Haltung, das heißt, wie ich Care übe, ist Demut; die Arbeit, das, was ich tue, ist, mich in meinen Entscheidungen und Handlungen radikal am Patienten zu orientieren. Sinn entsteht im Rahmen der Palliative Care in der Begegnung zwischen sterbendem Care-Empfangendem und sterblichem Care-Gebenden.

Fazit: Care-Beziehungen sind die Grundformen des Beisammenseins von abhängig verfassten Menschen. Sie sind notwendig als Begegnungsräume von Care-Gebenden und Care-Empfangenden (Tugend von Care). Sie werden getragen von einer gemeinsamen Haltung, einer Palliativen Haltung (Haltung von Care). Diese Haltung wirkt in dieses Aufeinanderbezogensein hinein als verantwortliches mitmenschliches Solidarisch-Sein (Care-Arbeit). Die Care Ethik von Eva Feder Kittay soll helfen, die Voraussetzungen von Palliativer Haltung zu klären.

(2) Palliative Haltung ist die Haltung eines Lernenden: Die Erfahrung der eigenen Endlichkeit als Sinnerfahrung

In der Nähe des Todes kommt es zu einer existentiellen Nähe zum Care-Empfangenden. Das Sterben des anderen kommt mir existentiell nahe. Welche Kompensationsmechanismen stehen mir hier zur Verfügung, welche Art der Entlastung ist mir hilfreich? Im Konflikt von Nähe und Distanz braucht es die "professionelle Mitte"¹⁶. Dem Team kommt dabei die Rolle des Stabilisators zu. Trauer wird gemeinsam ausgehalten, Entscheidungen werden gemeinsam gefällt. Das Team wird getragen von einer gemeinsamen Palliativen Haltung.

Der Care-Gebende wird in seiner Arbeit mit dem Sterbenden und dessen letzten Fragen hinsichtlich seiner Endlichkeit in Beziehung zu sich selbst gebracht. Er muss für sich Antworten finden in Auseinandersetzung mit der Frage der eigenen Endlichkeit. Der Care-Gebende erfährt in der Haltung der Offenheit für den

¹⁵ Experte III (Baumann, 16).

¹⁶ Expertin I (Baumann, 11).

Sterbenden sich selbst als sterblich, im Umgang mit der Endlichkeit des Anderen begegnet der Care-Gebende sich selbst als endlich und tritt als Fragender und Lernender an den Sterbenden heran. Sterbende und Lebende sind vereint in der Frage nach dem Sinn des Lebens, des Sterbens und des Todes. Es kommt nicht nur beim lebenden Sterbenden zum veränderten Lebenskonzept, sondern auch bei den sterblichen Betreuenden. Er lernt, Prioritäten neu zu setzen aufgrund veränderter Wertvorstellungen.

Fazit: Die Beschäftigung mit der eigenen Endlichkeit öffnet mich als Care-Gebenden für mich selbst und bringt meine sehr persönlichen Wertvorstellungen auf den Tisch. Diese Wertvorstellungen gilt es mit den Wertvorstellungen des Feldes abzugleichen, das heißt mit den Vorstellungen einer Norm des "guten Sterbens". Die ethnografische Studie von Christine Pfeffer soll helfen, normative Voraussetzungen des Palliativen Feldes offen zu legen, die dann auch Voraussetzungen einer Palliativen Haltung sind.

(3) Palliative Haltung und Palliatives Feld

Zum ersten Mal hörte ich von der Palliativen Haltung in einer Diskussion über den Mitarbeiter eines Pflegedienstes, dem die Palliative Haltung in Palliativen Situationen offensichtlich fehlte. Drei Aspekte einer Palliativen Haltung nahm ich in dieser Diskussion wahr: (a) Palliative Haltung ist Zeichen meiner Zugehörigkeit zum Palliativen Feld. Sie entscheidet darüber, ob ich als zugehörig akzeptiert werde und anerkannt bin. (b) Palliative Haltung wirkt sich als Haltung auf meine Arbeit aus. (c) Palliative Haltung verleiht eine gewisse Dominanz im Palliativen Feld - sie wirkt als Haltung machtvoll in das Palliative Feld hinein.

(a) Der Eintritt ins Palliative Feld: In der Auswahl der Teammitglieder für das Palliative Feld finden Selektionsprozesse statt. Die Mitarbeiter des Palliativen Feldes befinden darüber, ob jemand in das Palliative Feld passt oder nicht. Es sind die im Feld Arbeitenden, die über diese Passung entscheiden, jemandem seine Palliative Haltung an- oder aberkennen. - **Palliative Haltung als Bedingung für Anerkennung:** Arbeiten im Palliativen Feld verschafft Anerkennung durch die tägliche Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. Es besteht dabei die Gefahr der

“Selbstaufwertung”¹⁷ durch die Arbeit. Ein wichtiger Aspekt Palliativen Arbeitens ist das selbstständige pflegerische Arbeiten und Entscheiden in der Nähe des Todes mit flachen Hierarchien. Die Orientierung an anerkannten Vorbildern im Palliativen Feld schafft Sicherheit für das eigene Entscheiden und Handeln. Mit der Gewissheit der eigenen Palliativen Haltung (Anerkennungsmerkmal) entsteht eine große Ungeduld mit einer “Nichtpalliativen Haltung”.

(b) Verbindliche Werthaltungen des Palliativen Feldes sind: Die Achtung der Autonomie, Zuverlässigkeit, Menschenliebe, Toleranz, Liebenswürdigkeit, die Haltungen von Akzeptanz, Empathie und Kongruenz sowie die Anerkennung und Verteidigung der Würde des Menschen bis zuletzt und die Anerkennung und Verteidigung der Wahrheit. Die Arbeit im Palliativen Feld richtet sich am Anspruch von Ganzheitlichkeit aus, wobei die Vorstellung von Ganzheitlichkeit vage und ungeklärt bleibt. So tauchen dualistische Vorstellungen von der Verfasstheit des Menschen auf (“Seele streicheln”¹⁸). Es finden sich außerdem normative Aussagen zum Ort des Sterbens (zu Hause besser als im Krankenhaus¹⁹) und zur Art des Sterbens. Es finden sich Aussagen zum guten und schönen Sterben. - **Wertekollisionen:** Wo Werte unausgesprochen und auch ausgesprochen wild walten, kommt es unweigerlich zu Wertekollisionen. Emotional eingefärbte Wertediskussionen finden offen oder verdeckt statt. Widerstand entsteht offen oder verdeckt. Am Prinzip der Fürsorge scheiden sich die Geister. Die fürsorglich an der Betreuung Beteiligten geraten in Konkurrenz zueinander. Hier entstehen Konflikte in der Vernetzung zwischen Koordinierenden und Kooperationspartnern, zwischen den Berufsgruppen der Ärzte und der Pflegefachpersonen (mit der Seelsorge in der Vermittlung), zwischen Pflegenden und Angehörigen (“Fürsorge ist ja nicht nur essen”²⁰). Umgekehrt entstehen Widerstände gegen die Koordinierenden von Seiten der Kooperationspartner, gegen ärztliche Entscheidungen, ärztlichen Aktionismus und Arztdominanz von Seiten der Pflegenden und gegenüber Pflegenden von Seiten der Ärzte, die sich von den Pflegenden überfordert fühlen. Die Frage, was jetzt noch getan werden **kann**, wird normativ umformuliert in die Frage, was in

¹⁷ Expertin I (Baumann, 12).

¹⁸ Expertin II (Baumann, 14).

¹⁹ Vgl. Expertin I (Baumann, 12f.)!

²⁰ Expertin I (Baumann, 13).

einer Palliativen Situation noch getan werden **darf**: "Ist das noch palliativ?"²¹ Auch hier wird ein weiteres Mal deutlich, dass konkurrierende Einschätzungen darüber bestehen, was fürsorgliches Handeln in einer Palliativen Situation ist.

(c) Fürsorge-Dominanz: Die Akteure des Palliativen Feldes zeichnet eine fürsorgliche Dominanz aus, die anderen in ihrer Entscheidungsbefugnis Grenzen setzt. Die Frage der Führung im Palliativen Haushalt wird diskutiert, denn nur einer kann im Palliativen Feld führen, sonst entsteht Verwirrung und Verunsicherung. Es geht darum, das Betreutensystem "in die Spur zu bekommen"²² und "in der Spur zu halten"²³. Von dieser mächtigen Haltung aus werden Aushandlungsprozesse gesteuert. - **Macht und Palliative Haltung:** Macht entsteht da, wo ich das Sterben im Palliativen Feld zu beherrschen scheine. Macht habe ich durch meine Selbstbeherrschung gegenüber gesellschaftlicher Angst und Panik im Umfeld von Sterben und Tod ("Gestorben wird im Krankenhaus"²⁴). Macht findet Ausdruck in kommunikativer Klarheit, indem ausgesprochen wird, wo die Grenzen und die Möglichkeiten des eigenen Tuns sind, was also getan werden kann und was nicht. In kommunikativer Offenheit, indem Sterben und Tod in den Mund genommen werden. Im Klären, wer reanimiert wird und wer nicht. In vorausschauendem Handeln, denn die Notfallprophylaxe für zu Hause schafft Sicherheit und nimmt Ängste. Im Vermitteln von Sicherheit und im Setzen und Befolgen von Normen (wo gestorben wird: zu Hause; wie: nicht allein; was zu tun ist: die letzten Dinge regeln).

Fazit: Die gegenseitige Bedingtheit von Palliativer Haltung und Palliativem Feld, das heißt deren dialektisches Ineinander-Verwoben-Sein, verbunden mit Vorstellungen von Spielregeln, Konflikten und Strategien des Palliativen Feldes und der habituell erworbenen und habituell sich äußernden Palliativen Haltung innerhalb und außerhalb des Palliativen Feldes sowie die Vorstellung der Wirkmächtigkeit einer solchen Haltung im Palliativen Feld sind für mich Hinweis darauf, das Phänomen der Palliativen Haltung von Pierre Bourdieus Habitus Theorie und seiner Annahme einer Dialektik von Habitus und Feld her zu vertiefen.

²¹ Expertin I (Baumann, 10).

²² Expertin V (Baumann, 17).

²³ Expertin V (Baumann, 17).

(4) Zeit und Palliative Haltung

Zeit zu haben, war eine der häufigsten Nennungen in Bezug auf die Palliative Haltung. Der Zeit kommen im Palliativen Feld verschiedene Deutungen zu. (1) Sie ist Bedingung für die Palliative Haltung (als Tugend), nämlich Zeit zu haben (als Haltung), um Zeit in der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender zur Verfügung stellen zu können (als Arbeit), was Palliatives Arbeiten als palliativ erst qualifiziert. Wo Zeit knapp ist (erlebt als Zeitdruck), entsteht Distanz zum Betreuensystem. (2) Während die Vorstellung eines guten Sterbens mit einem längeren Zeitraum zur Vorbereitung auf das Sterben verbunden wird, wird Zeit im selben Zusammenhang als knapp und begrenzt qualifiziert, so dass aufgrund der Begrenztheit der Zeit letzte Dinge geregelt werden müssen. (3) Die Betreuung von Menschen am Lebensende bedingt ein verändertes Lebenskonzept der Betreuenden aufgrund eines veränderten Zeitkonzepts, das Zeit als wertvolles Gut begreift - in Bezug auf die Alltagszeit und die Lebenszeit.

Fazit: Der Überfluss an Zeit des Palliativen Feldes innerhalb eines beschleunigten Gesundheitswesens einerseits und das Paradoxon von gefühlter Zeitknappheit am Lebensende (zum Regeln all der letzten Dinge) und einem längeren und langsameren Sterben andererseits lässt die Frage nach der Palliativen Haltung zur Frage nach dem Verständnis von Zeit im Zusammenhang einer Palliativen Haltung werden. Diesen sehr dominanten Aspekt Palliativer Haltung will ich näher betrachten von der Zeitsoziologie Hartmut Rosas her, die Antworten bereit hält für ein besseres Verständnis beschleunigender und entschleunigender Phänomene der Moderne, denen sich auch eine Palliative Haltung zuordnen lässt. - Das ist damit das dritte Theoriemodell und damit der dritte gesellschaftstheoretische Entwurf dreier Forscher, die nicht über Palliative Care gearbeitet haben, aber meiner Auffassung nach durch die Nähe ihrer Konzepte zu den genannten Aspekten Palliativer Haltung hilfreich sein werden, um die Voraussetzungen eines solchen Phänomens beschreiben zu können.

²⁴ Expertin I (Baumann, 12).

1.3. Forschungsfrage

Im Rahmen meines Forschungspraktikums im Palliativen Feld war ich auf das Phänomen der "Palliativen Haltung" gestoßen. Diese Haltung wurde von den im Palliativen Feld Arbeitenden (berufsgruppenübergreifend) anderen in der Sterbegleitung Arbeitenden entweder zu- oder abgesprochen. Da einer solchen Palliativen Haltung die Schlüsselfunktion für die Qualität der Betreuung sterbender Menschen zugesprochen wurde, richtete ich meine Interviews mit Mitarbeitern der Palliativstation und der SAPV sowie meine teilnehmenden Beobachtungen darauf aus, mehr über das Phänomen der Palliativen Haltung in Erfahrung zu bringen. Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive fragte ich: Was ist eine Palliative Haltung? Wie entsteht eine solche Haltung? Wie wirkt sich eine solche Haltung auf pflegerisches Handeln aus?

Die in den Interviews und teilnehmenden Beobachtungen explorierten Aspekte Palliativer Haltung (Haltung im Rahmen von Care; die Norm des guten Sterbens; Haltung in der Dialektik von Habitus und Feld; Funktion von Zeit) will ich zunächst in den Zusammenhang des aktuellen Forschungs- und Diskussionsstandes stellen und daran anschließend auf ihre Voraussetzungen hin befragen. Dies will ich in hermeneutischer Offenheit²⁵ anhand dreier gesellschaftstheoretischer Konzepte und einer ethnographischen Studie tun und mich auf diese Weise dem Phänomen der Palliativen Haltung klärend annähern.

²⁵ Hier folge ich Figals Auffassung von Hermeneutik als einer Philosophie der begrenzten Vernunft, einer „Philosophie, die der geschichtlichen und sprachlichen Gebundenheit des Denkens und Erkennens Rechnung tragen will und die Besonderheit und Jeweiligkeit des Denkens und Erkennens nicht leugnet.“ (Figal, 12) Die Konzeption einer „Hermeneutik wirkungsgeschichtlichen Geschehens“ (ebd., 22) im Sinne Gadamers und die Konzeption einer „Hermeneutik perspektivischer Integration“ (ebd.) im Sinne Nietzsches lassen sich nach Figal zusammenführen in einer „Hermeneutik sich ereignender Konstellationen“ (ebd.) im Sinne Benjamins (vgl. Figal, 11-31: „Die Komplexität philosophischer Hermeneutik!“): „Wo ein Text als lesbar erscheint und so im Augenblick einen Sinn verspricht, treten Text und Interpret in eine Konstellation, mit der zum Vorschein kommt, was in keinem von beiden allein angelegt und durch keine Überlieferung garantiert war. Augenblicklich ereignet sich ein Freiraum, in dem der Text sich auf neue Weise zeigen, der Interpret sich auf neue Weise artikulieren kann.“ (Figal, 28)

1.4. These

Die Palliative Haltung bestimmt das pflegerische Handeln am Lebensende in grundlegender Weise. Im Rahmen von Care-Beziehungen vermittelt Palliative Haltung den Anspruch von Care mit der Wirklichkeit von Pflege und stiftet damit Sinn am Lebensende (Eva Feder Kittay). Palliative Haltung ist die Haltung abschiedlichen Lebens in dialektischer Bezogenheit auf die Norm des guten Sterbens des Palliativen Feldes (Christine Pfeffer). Palliative Haltung ist die habituell im Feld erworbene und habituell im Feld wirksame Haltung des sozialen Akteurs - Palliative Haltung ist also Produkt der Dialektik von Palliativem Habitus und Palliativem Feld (Pierre Bourdieu). Palliative Haltung ist die Haltung des Zeit-Habens und damit ein Anachronismus in der beschleunigten Moderne (Hartmut Rosa).

1.5. Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Mit der vorliegenden Arbeit will ich diese These inhaltlich ausführen. Motivation meiner Betrachtung der Palliativen Haltung sind die Ergebnisse aus den Interviews und teilnehmenden Beobachtungen während meines dreiwöchigen Forschungspraktikums im Palliativen Feld. Im ersten Kapitel der Arbeit hatte ich den Weg zur Forschungsfrage aufgezeigt, der in die Formulierung der Forschungsfrage und der These dieser Arbeit mündete. Im zweiten Kapitel werde ich den aktuellen Forschungs- und Diskussionsstand darstellen. In den Kapiteln 3-6 werde ich das Phänomen der Palliativen Haltung mehrperspektivisch betrachten und damit die Voraussetzungen eines solchen Phänomens offen legen. In einem ersten Schritt werde ich das Phänomen der Palliativen Haltung im Kontext der Care Ethik von Eva Feder Kittay näher betrachten. Dies dient der Verortung der Fragestellung in einem pflegetheoretischen Kontext. Das Phänomen der Palliativen Haltung werde ich dabei zum einen im Rahmen einer Näherbestimmung von Care als Tugend, Haltung und Arbeit betrachten, und zum anderen werde ich Fragen der anthropologischen Voraussetzungen einer solchen Haltung näher betrachten (Kapitel 3). In einem zweiten Schritt werde ich die Norm des "guten Sterbens" anhand der ethnographischen Studie von Christine Pfeffer näher betrachten, mit der als Norm des

Palliativen Feldes Palliative Haltung umzugehen hat (Kapitel 4). In einem dritten Schritt werde ich in Anlehnung an Pierre Bourdieu die Dialektik von Palliativem Habitus und Palliativem Feld im Kontext seines Habituskonzeptes näher betrachten und dabei Fragen der Ökonomisierung des Gesundheitswesens, Fragen der Professionalisierung von Pflege sowie Fragen von Macht und Anerkennung zur Sprache bringen (Kapitel 5). In einem vierten Schritt werde ich der Frage nach der Bedeutung des Redens von Zeit im Palliativen Feld im Rahmen des Beschleunigungsdiskurses von Hartmut Rosa nachgehen (Kapitel 6). Ich schließe mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse und einem Ausblick hinsichtlich offen gebliebener Fragen (Kapitel 7).

2. Forschungs- und Diskussionsstand

2.1. Einführung in das Kapitel	15
2.2. Konzeptionelle Eckpfeiler des Sorgekonzepts Palliative Care	15
2.2.1. Palliative Care und Familie	15
2.2.2. Konzeptionelle Eckpfeiler in historischer Annäherung	17
2.3. Grundhaltungen im Feld der Palliative Care	23
2.3.1. Anlass der Studie	24
2.3.2. Definition von Grundhaltung	24
2.3.3. Ergebnisse der Studie	25
2.4. Trias Haltung - Wissen - Fertigkeiten	29
2.4.1. Haltung ist lehr- und lernbar	29
2.4.2. Trias wahrnehmen - verstehen - schützen	32
2.5. Palliative Haltung als Compassion	35
2.5.1. Haltung von Compassion	36
2.5.2. Kultur der Compassion	42

2.1. Einführung in das Kapitel

In meinen Recherchen der deutsch- und englischsprachigen Literatur zur Palliativen Haltung stieß ich lediglich auf eine Veröffentlichung, die explizit auf das Phänomen der "Palliativen Haltung" im Palliativen Feld fokussierte - die Studie von Steffen Simon et al. aus Oldenburg über "Grundhaltungen" (Core Attitudes) in der Palliative Care. Der Begriff der Haltung findet sich in der Literatur zur Palliative Care ansonsten vor allem im Rahmen der Trias "Haltung - Wissen - Fertigkeiten" wieder. Cornelia Knipping und Andreas Heller stellen ihrem Lehrbuch zur Palliative Care ein Kapitel zur Haltung voran, weil Haltung für sie eine Schlüsselfunktion für das Verständnis und die Praxis von Palliative Care hat, und sie konkretisieren diese Haltung als "Compassion". Diese Beschreibungen von Haltung, (1) Haltung als "Grundhaltung" in Bezugnahme auf die Studie von Simon et al., (2) Haltung im Rahmen der Trias "Haltung - Wissen - Fertigkeiten" und (3) die Konkretisierung von Haltung als "Compassion", finden sich so auch in jüngeren Arbeiten zur Palliative Care wieder.

In Annäherung an den Kontext einer solchen Haltung, den Kontext von Palliative Care, werde ich in einem ersten Schritt die konzeptionellen Eckpfeiler von Palliative Care darstellen (2.2.). In einem zweiten Schritt werde ich die genannten Beschreibungen zur Haltung in der Palliative Care darstellen (2.3., 2.4., 2.5.).

2.2. Konzeptionelle Eckpfeiler des Sorgekonzepts Palliative Care

2.2.1. Palliative Care und Familie

Vorab möchte ich darauf hinweisen, was ich im Rahmen dieser Arbeit unter Palliative Care und Familie verstehe.

Palliative: "Palliative" (engl.) ist abgeleitet vom römischen Schutzmantel, dem Pallium. Dieser legt sich um den ganzen Menschen - das bedeutet auch um den Menschen in seinen sozialen Bezügen, womit das Holistische des Palliative Care-

Konzepts impliziert ist. Palliative Care verstehe ich mit Knipping dann als Care-Konzept, "das nicht erst dem sterbenden Menschen zuteil wird, sondern allen zuteil werden soll, *die es brauchen...* Allen, die im Erleben und in der Auseinandersetzung mit einer unheilbaren, chronischen Krankheit, einem fortschreitenden Alterungsprozess stehen, allen, die sich in der letzten Lebensphase befinden"²⁶.

Care: Der englische Begriff "Care" bedeutet in diesem Zusammenhang Fürsorge, Care ist Pflege in einem umfassenden Sinne.²⁷ Dies stimmt mit der Definition der EAPC von Palliative Care von 1989 überein: "to offer the most basic concept of care - that of providing for the needs of the patient wherever he or she is cared for, either at home or in the hospital"²⁸. In der vorliegenden Arbeit fasse ich den Begriff der Care noch konkreter. Im Verständnis von Care beziehe ich mich auf die Care-Ethik und folge darin der Bestimmung Eva Feder Kittays, die Care als eine Art philosophisches Konzept auffasst. Ein Konzept mit anthropologischen Vorannahmen, ein Konzept mit einer gesellschaftsrelevanten Ausrichtung, ein Konzept, das Care multidimensional begreift.²⁹

Familie und Angehörige: Einen relevanten Eckpfeiler von Palliative Care stellt das Einbeziehen von Familie und Angehörigen dar. Deshalb will ich hier klären, was unter Familie und Angehörigen verstanden werden soll. "Der Begriff von Familie und Angehörige... wird nach der WHO-Definition (1990) für Personen verwendet, die entweder mit dem erkrankten Menschen in einem verwandtschaftlichen Verhältnis stehen oder von ihm *als ihm familiär zugehörig und angehörig* benannt wurden... Somit wird hier von einem offenen Familienbegriff ausgegangen, bei dem allein die Sichtweise des Betroffenen richtungsweisend ist, was er unter Familie versteht und welche Personen er als Familienmitglied erklärt."³⁰

²⁶ Knipping, 17. Vgl. auch Student/Napiwotzky, VIIf.: Palliative Care ist „keineswegs nur ein Handlungskonzept, das sich auf die allerletzte Lebensphase bezieht. Immer mehr Pflegekräfte entdecken, dass diese Art des Umgangs mit schwerer Krankheit auch im Alltag von Pflegeheimen, Krankenhäusern und ambulanten Diensten - lange bevor das Sterben beginnt - eine Möglichkeit darstellt, Erleichterung und Zufriedenheit sowohl für die Kranken als auch für die Pflegenden zu schaffen.“

²⁷ Vgl. Steffen-Bürgi, 31!

²⁸ European Association for Palliative Care.

²⁹ Mehr dazu im Kapitel "Care-Dimensionen und Palliative Haltung", in dem ich Eva Feder Kittays Konzept darlegen werde.

³⁰ Knipping, 18f.

Im Folgenden sollen nun die konzeptionellen Bestimmungen der Hospizbewegung vorgestellt werden, wie diese sie für Palliative Care³¹ vorgeschlagen hat.

2.2.2. Konzeptionelle Eckpfeiler in historischer Annäherung

Um Palliative Haltung als Phänomen im Feld Palliativer Praxis besser fassen zu können, werde ich in einer historischen Annäherung an das Konzept der Palliative Care Eckpfeiler dieses Konzepts beschreiben. So begründen die Anfänge der Hospizbewegung mit ihren christlichen Wurzeln einerseits und der Rückgriff auf die Idee mittelalterlicher Hospizarbeit andererseits zwei Auffassungen, die in der Praxis von Palliative Care relevant sind und die Grundlage der karitativen Motivation von Palliative Care bilden: Zum einen die Auffassung vom **“Leben”** als einer Reise mit dem Ziel ersehnter Ruhe und Glückseligkeit und zum anderen die Idee von **“Gastfreundschaft“** als Pflege und Rast für die durchreisenden Pilger.³² Die Pioniere der Palliative Care in Großbritannien wählten die Bezeichnung **“Gastfreundschaft”** mit Bedacht aus. **“Sie verstanden darunter eine Beziehung, in der Pflege... ohne jede Bedingung und ohne Einflussnahme auf das Ziel des Reisenden gewährt wird.”**³³ Das heißt eine so bestimmte karitative Motivation liegt als tugendethische Verankerung der Neugründung von Hospizen in Dublin (Mary Aikenhead, Irish Sisters of Charity, 1879) und in London (Irish Sisters of Charity, St. Joseph's Hospice, 1902) und von da ausgehend auch der modernen Hospizbewegung zugrunde. Die karitative Motivation (Care-Tugend) manifestiert sich in einer Haltung von Güte, Barmherzigkeit und Solidarität³⁴ (Care-Haltung) und verwirklicht sich in der Sorge für Notleidende und Kranke (Care-Arbeit).³⁵

Die moderne Hospizbewegung mit ihrer Entwicklung des Konzepts **“Palliative Care”** ist eine Entwicklung der letzten 50 Jahre. Die Hospizbewegung der 60er

³¹ Zur Diskussion der Definitionen von Palliative Care und der Abgrenzung von Begriffen, die im Palliativen Feld diskutiert werden, vgl. Steffen-Bürgli

³² Vgl. Pleschberger, 25, und in Anlehnung an Pleschberger auch Siegmann-Würth, 16f.! Vgl. außerdem Davy/Ellis, 15!

³³ Davy/Ellis, 15.

³⁴ Vgl. Siegmann-Würth, 15!

³⁵ Vgl. Siegmann-Würth, 16!

Jahre verstand sich als Gegenbewegung gegen den staatlichen Gesundheitsdienst, in dem Sterben und Tod als Misserfolg wahrgenommen wurde. Es ist die Gegenbewegung gegen den Umgang der modernen Medizin mit dem Tod, gegen deren Machbarkeitswahn und Todesverdrängung.³⁶ Sie wollte Sterben und Tod von der Medizin und den Fachleuten trennen. Patienten sollten als Menschen, nicht als Probleme behandelt werden. Das Verständnis von Sterben und Tod sollte verändert werden: "Der Tod wurde als Ereignis oder Prozess gesehen, den es zu unterstützen und sogar zu begrüßen galt, und nicht als Feind, der um jeden Preis bekämpft werden musste."³⁷ Als zweite Ursache für die Entstehung der modernen Hospizbewegung sieht Siegmann-Würth in Anlehnung an Eschenbruch "die Erfolge der modernen Medizin in Diagnostik und Therapie. Sie erlaubten erst, dass das Sterben zu einer eigenen, längeren Lebensphase wurde. Damit konnte es überhaupt erst zum 'Gegenstand von Hospizarbeit' werden."³⁸

Im Mittelpunkt der modernen Hospizbewegung steht Cicely Saunders (1918-2005). Sie hat im Kontext der Gründung des ersten modernen Hospizes (St. Christopher's Hospice, 1967) die Eckpfeiler eines Konzepts definiert, das als "Palliative Care" wesentlicher Bestandteil nationaler Gesundheitssysteme in über 50 Ländern ist.³⁹ "Das Konzept der Palliative Care formuliert gewissermaßen eine Antwort auf die verstandesorientierte Rationalität, Individualität und zunehmende Ausdifferenzierung der Gesellschaft in der Moderne."⁴⁰ Eine Vielzahl von Definitionen und Beschreibungen dieses Konzepts (wegweisend die Definition der EAPC von 1989

³⁶ Vgl. Siegmann-Würth in Anlehnung an Eschenbruch, 17! Vgl. auch Kränzle, 5: „Palliative Care dagegen lebt von Menschen, die das Prinzip ‚low tech, high touch‘ praktizieren“. - Vgl. auch Student/Napiwotzky, die in Anlehnung an Ariès von der Verwilderung des Todes sprechen, der dafür die Kennzeichen (1) Verheimlichen und Isolieren des Todes, (2) Belügen und Entmündigen des Sterbenden und (3) Abschaffen der Trauer angab (vgl. ebd., 5!). Mit der Entfremdung von Sterben und Tod werde der Tod fremd, er werde zu etwas Wildem. Das setze einen Teufelskreis der Angst vorm Tod in Gang: „Mit dieser Vernachlässigung des Gebietes von Sterben, Tod und Trauer stieg zugleich die Angst vor dem Tod.“ (Ebd.)

³⁷ Davy/Ellis, 15! Vgl. als sehr aktuelles Beispiel Beyers Besprechung der „Kulturgeschichte des Krebses“ von Siddhartha Mukherjee, in der Krebs zum Feindbild stilisiert ist!

³⁸ Siegmann-Würth, 17.

³⁹ Vgl. Pleschberger, 28! Erst der kanadische Onkologe Balfour Mount prägte dann den Begriff „Palliative Care“ (1975), den die EAPC 1989 definierte und die WHO in ihren Definitionen von 1990 und 2002 aufgriff, um unter diesem Begriff für die Idee der Palliative Care zu werben.

⁴⁰ Siegmann-Würth, 13.

und die Definitionen der WHO von 1990 und 2002⁴¹) sowie unterschiedliche Entwicklungen auf nationaler und internationaler Ebene belegen, dass das Verständnis der Palliative Care weder einheitlich noch eindeutig ist.⁴² Dennoch lassen sich in der Vielfalt der Auffassungen von Palliative Care Eckpfeiler des Konzepts beschreiben, das sich Cicely Saunders verdankt und in den Definitionen der EAPC und WHO weiter geführt und präzisiert wurde.

(1) Das Konzept der “Active Total Care”

Das Konzept einer aktiven und ganzheitlichen Betreuung von Patienten und deren Familien ist das Ergebnis eines Paradigmenwechsels im Gesundheitssystem. “Die einseitige, oft inadäquate medizinische Versorgung schwer kranker und sterbender Menschen sollte ersetzt werden durch einen Betreuungsansatz, der auf die Bedürfnisse und das Befinden dieser Patientengruppe ausgerichtet ist.”⁴³ Der ganze Mensch, nicht mehr nur seine Krankheit, steht also im Mittelpunkt der Betreuung. Dieses holistisch verfasste Sorgekonzept umfasst neben den physischen auch die psychischen, sozialen, kulturellen und spirituellen Betreuungsbedürfnisse und ist damit Antwort auf Cicely Saunders Konzept des “Total Pain”. Für die Vorstellung, dass der Mensch bis zum Lebensende aktives Subjekt im Rahmen seiner Krankheitsgeschichte bleibt, also nicht passiv hinnehmend und damit reines Objekt von Care, sind zwei Aspekte des Verständnisses der Palliative Care zentral: Zum einen “die Bedeutung einer ressourcenorientierten und salutogenetischen Betreuung... [, zum anderen] die Abkehr von einem paternalistisch geprägten medizinischen Betreuungsverständnis und Hinwendung zu einer partizipativen

⁴¹ Steffen-Bürgi weist auf eine wichtige Veränderung im Verständnis von Palliative Care von der WHO-Definition 1992 zur WHO-Definition 2002 hin: „An die Stelle des ursprünglichen *Phasenmodells* der Palliativen Versorgung - bei dem die Palliative Versorgung erst einsetzt, wenn kurative Therapien aussichtslos erscheinen -, ist das *integrierte Modell* getreten, bei dem simultan und/oder in Ergänzung präventive, kurative, rehabilitative und palliative Behandlungskonzepte und Interventionen zur Anwendung kommen können.“ (Ebd., 34) Auf weitere wichtige Veränderungen weist Siegmann-Würth hin - vgl. ebd., 26ff.! Wichtig finde ich ihren Hinweis: „Das Wort ‚Kontrolle‘ kommt in der Definition von 2002 nicht mehr vor... Angesprochen sind die Leidfähigkeit des Menschen und die menschheitliche Erfahrung, dass Leiden nie vollständig kontrollierbar oder gar eliminierbar ist, auch nicht durch die moderne Medizin. Die sogenannte Medikalisation des Leidens erzeugt teilweise bei den Patienten eine nicht erfüllbare Erwartungshaltung, mit der die Medizin, insbesondere die Palliative Care, neu umzugehen hat.“ (Ebd., 27)

⁴² Vgl. Steffen-Bürgi, 30!

⁴³ Steffen-Bürgi, 32.

Gestaltung der Beziehung zwischen Patienten und professionellen Betreuungspersonen, in der die Patienten als kompetente und selbstbestimmte Personen wahrgenommen werden.“⁴⁴ Auf die Vorstellungen von Ganzheitlichkeit und Selbstbestimmtheit werde ich im Rahmen der Klärung vorausgesetzter anthropologischer Grundsetzungen von Care näher eingehen. Auf die Vorstellungen von Individualisierung werde ich in der Darstellung der ethnographischen Studie von Christine Pfeffer zu sprechen kommen.

In der Frage nach dem Sinn unserer Arbeit, dem warum unserer Arbeit also, ihrem wohin und wozu, verweist Saunders auf die Bedeutung von Spiritualität am Lebensende. Sie verweigert sich einer christlichen Verengung und fordert demgegenüber Interreligiosität und damit eine philosophische Basis, das heißt die Fähigkeit, die eigene Arbeit begründen zu können und damit eine Basis für die eigene Arbeit zu haben.⁴⁵ Es ist die Frage der **Motivation** für die eigene Arbeit (Tugend von Care nach Eva Feder Kittay).

(2) Das Konzept der Lebensqualität

“Das Ziel der Palliative Care ist die Erreichung der bestmöglichen Lebensqualität für die Patienten und ihre Familien.“⁴⁶ Maßstab der Beurteilung der Wirkung und des Nutzens palliativer Maßnahmen ist damit “das subjektive Erleben des Gesundheitszustands, d.h. das Befinden und Wohlbefinden der Patienten und Angehörigen, die erlebten Möglichkeiten, ihren Alltag und die sozialen Beziehungen befriedigend zu gestalten... Entsprechend diesem Verständnis gelten die Patienten als die Experten für das, was ihrem Leben Qualität verleiht... Die Orientierung an der Lebensqualität erfordert somit eine individuelle, patientenbezogene Betreuung. Sie erfordert das stets individuelle, patientenbezogene Erfassen von persönlichen Bedürfnissen und Werten im körperlichen, seelischen, sozialen, kulturellen und spirituellen Bereich... mit anschließender patienten- und familienorientierter Gestaltung der Entscheidungsfindungsprozesse.“⁴⁷

⁴⁴ Steffen-Bürgi, 32. Das in Zitaten in [...] Gesetzte sind vom Autor dieser Arbeit verantwortet.

⁴⁵ Vgl. Pleschberger, 26!

⁴⁶ Steffen-Bürgi, 31.

(3) Das Konzept des Symptommanagements

“Ein wichtiges Konzept zur Förderung und Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität ist die Symptomkontrolle, die oft auch als Symptommanagement bezeichnet wird. Symptomkontrolle bedeutet die gezielte Vermeidung, Erfassung und Behandlung körperlicher Beschwerden sowie psychischer, sozialer und spiritueller Belastungen, um die bestmögliche Lebensqualität der Betroffenen zu gewährleisten.”⁴⁸ Das heißt, auch das Symptommanagement ist auf Individualität und Ganzheitlichkeit ausgerichtet. Es geht nicht nur um die Behandlung eines **Symptoms** und einhergehend damit um die **Reduzierung** des Patienten auf dieses eine Symptom durch die Fokussierung der Behandler darauf, sondern auch die Angst vor dem Symptom und weitere Dimensionen des Menschen, auf die sich das Symptom auswirkt bzw. die sich auf das Symptom auswirken, geraten in den Blick. Deutlich wird diese multidimensionale Betrachtung des Menschen (physisch, psychisch, sozial, kulturell und spirituell) wiederum im Konzept des “Total Pain”. Ein wichtiger Aspekt des Symptommanagements ist “die Befähigung und Unterstützung der Betroffenen mittels Wissensvermittlung, Beratung und Instruktion..., um die Entwicklung geeigneter Selbstpflege- und Selbstmanagementfähigkeiten zu fördern.”⁴⁹ Steffen-Bürgi weist außerdem kritisch darauf hin, “dass Patienten entsprechend der lateinischen Herkunft des Begriffs ‘patiens’ auch Leidende sind und dass das Leiden sehr oft nicht vollumfänglich kontrolliert und gelindert werden kann”⁵⁰ und deshalb die Frage der Möglichkeit der Kontrollierbarkeit menschlichen Leidens kritisch hinterfragt werden müsse.

(4) Das Konzept des Teams

Basierend auf der Idee der Hospice Care wendet sich Palliative Care gegen den Monopolanspruch **einer** Leitdisziplin. Care, die den Menschen individuell und ganzheitlich wahr- und ernstzunehmen sucht, kann nur multiprofessionell und interdisziplinär ausgerichtet sein.⁵¹ Fragen nach Transdisziplinarität⁵² und Profes-

⁴⁷ Steffen-Bürgi, 32, die hier seelisch mit psychisch gleichsetzt.

⁴⁸ Steffen-Bürgi, 33.

⁴⁹ Steffen-Bürgi, 33.

⁵⁰ Steffen-Bürgi, 33.

⁵¹ Vgl. Steffen-Bürgi, 32!

sionalität⁵³ ließen sich daran anschließen.

(5) Das Konzept als internationaler gesellschaftlicher Auftrag

Hospice Care sucht den **anderen** Umgang mit Sterben und Tod in die Gesellschaft hinein zu tragen, um nicht nur in eigener Praxis, sondern auch darüber hinaus den gesellschaftlichen Umgang mit Sterben und Tod positiv, das heißt in ihrem Sinne, zu beeinflussen. Der Konzentration nach innen - auf eigene Einrichtungen außerhalb der Regelversorgung (stationär, ambulant, beratend)⁵⁴ - steht der Weg nach außen gegenüber. Zum einen durch ein großes Engagement für Forschung und Ausbildung (Palliative Care als eigenes Forschungsgebiet) und zum anderen durch eine Internationalisierung der Hospizbewegung (Hospizidee als globales Konzept). Vor allem aber durch die Bedeutung der **Ehrenamtlichkeit** als einem Grundprinzip von Palliative Care, das als Bindeglied zwischen innen und außen die Verbindung von Palliative Care und Gesellschaft herstellt. Ziel der Ehrenamtlichen ist es, "Sterbebegleitung zu einem Teil alltäglicher mitmenschlicher Begegnungen zu machen und damit der Integration des Sterbens in den Alltag zu dienen. Sie ermöglichen damit Sterbenden und Trauernden (wieder) die Teilhabe an der Gesellschaft."⁵⁵

Im Nachgang dessen, was die EAPC 1989 als Palliative Care definierte, nämlich als "most basic concept of care"⁵⁶, fragt Steffen-Bürgi und berührt damit das Anliegen meiner Arbeit: "Handelt es sich bei Palliative Care lediglich um eine Philosophie der Betreuung und Pflege von Sterbenden, wie sie seit jeher praktiziert

⁵² Schneider, 22-23, unterscheidet in Anlehnung an Häfliger für den Bereich der Forschung vier Formen von Disziplinarität: Monodisziplinarität, Multi- oder Pluridisziplinarität (die Disziplinen informieren sich gegenseitig über ihre Forschungsergebnisse), Interdisziplinarität und Transdisziplinarität. Interdisziplinär koordinieren die Disziplinen ihre theoretischen und methodischen Ansätze - unter Beibehaltung ihrer disziplinimmanenten Konzeptionen. Über ein solch enges Verständnis hinaus können gemeinsame Ziele, theoretische Begründungen und eine gemeinsam erarbeitete Forschungsmethode festgelegt werden. Damit wird die Grenze zur Transdisziplinarität fließend, die Schneider in Anlehnung an Häfliger beschreibt als: „ein Zusammenarbeiten von Wissenschaftsdisziplinen *unter gegenseitiger Befruchtung und die Entwicklung neuer, integrierter Theorien und Forschungsmethoden*“ (23). Und er schließt daraus: „Bezogen auf Interventionen bedeutet das ein gemeinsames, in das die Vorteile jeder der beteiligten Disziplinen integriert sind.“ (Ebd.)

⁵³ Auf diesen Aspekt komme ich in meiner Arbeit immer wieder zurück.

⁵⁴ Pleschberger, 26: „Die Hospizidee gründet auf der Vorstellung, dass nur *in eigenen Häusern außerhalb der Regelversorgung* der Tabuisierung des Sterbens entkommen und ein neuer Umgang damit erlernt werden kann.“

⁵⁵ Student/Napiwotzky, 9.

wird? Oder ist Palliative Care ein neuer (professioneller) Versorgungsansatz, der spezielle ausgebildete Haltungen, Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt? Wenn ja, sollten alle Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen damit vertraut sein, die Schwerkranken und Sterbenden in unterschiedlichen Settings betreuen? Oder ist es lediglich ein Ansatz für Spezialisten? Oder gilt auch hier das Prinzip des Sowohl-als-Auch?“⁵⁷ Sie beantwortet ihre Frage dann selbst so: “Die Klärung des Verständnisses und die Ausbildung und Entwicklung der Grundhaltung der Palliative Care sind zur Erreichung gemeinsamer Ziele... von großer Bedeutung. Deshalb erscheint es unumgänglich, diese Klärungsprozesse in die Entwicklung und Implementierung von Palliative-Care-Angeboten und -Konzepten zu integrieren.“⁵⁸ Eine solche Klärung will ich mit meiner Arbeit voranbringen, indem ich sage: Palliative Care ist eine Philosophie - das ist ihr tugendethischer Zugang zum Palliativen Feld (Motivation bzw. Tugend von Care nach Kittay). Eine solche braucht es, um eine Palliative Haltung entwickeln zu können (Haltung von Care nach Kittay bzw. Trias von Haltung, Wissen und Fertigkeiten, wie sie in der Literatur zur Palliative Care begegnet), aus der heraus im Palliativen Feld gehandelt wird (Care-Arbeit). Das heißt Palliative Care ist nicht das eine oder das andere, Philosophie oder Sorgekonzept, sondern sie ist als Philosophie Praxis gewordenes Sorgekonzept. Nicht nur für Spezialisten, sondern für alle mit Sterbenden Arbeitenden, weil Care Anspruch für die Wirklichkeit von Palliative Care ist.

2.3. Grundhaltungen im Feld der Palliative Care

Im Folgenden werde ich die Studie “Core attitudes of professionals in palliative care: A qualitative study” von Steffen Simon et al. darstellen.⁵⁹

⁵⁶ European Association for Palliative Care.

⁵⁷ Steffen-Bürgi, 36. Auch hier die Trias Haltung - Wissen - Fertigkeiten!

⁵⁸ Steffen-Bürgi, 36.

⁵⁹ Vgl. Simon et al.; vgl. außerdem Geiss-Mayer et al., die auf dieser Studie aufbauend das Projekt der Erforschung von Grundhaltungen fortführten: „Ziel des Projekts ist es, verschiedene Komponenten der inneren Haltung von SterbebegleiterInnen zu ermitteln und auf dieser Basis den Begriff der Grundhaltung mit Inhalten zu füllen.“ (Geiss-Mayer et al., 18)

2.3.1. Anlass der Studie⁶⁰

Die Forschergruppe um Simon ging im Rahmen einer qualitativen Studie der Frage der Grundhaltung von professionellen Helfern im Feld der Palliative Care nach. Es ist die erste Studie, die die Grundhaltung von Professionellen in der Palliative Care beschreibt.⁶¹ Anlass für die Studie war die Vermutung, dass die Grundhaltung professioneller Helfer (core attitude) von grundlegender Relevanz in der Palliative Care ist - zusätzlich zu deren Wissen (knowledge), Fertigkeiten (skills) und zum pflegerischen Umfeld.⁶² Ziel war herauszufinden, was professionelle Helfer im Palliativen Feld unter einer Grundhaltung verstehen und ob es eine spezifische Grundhaltung in der Palliative Care gibt. Hierzu führte die Forschergruppe qualitative Interviews mit Experten des Palliativen Feldes durch.⁶³

2.3.2. Definition von Grundhaltung

Nach Simon et al. beschreibt Grundhaltung die Art und Weise, wie eine Person sich selbst und die Welt wahrnimmt. Sie ist die Haltung zum eigenen Leben, zur anderen Person und zur Umwelt.⁶⁴ Sie bildet als solche den Ausgangspunkt für das Denken und das Handeln.⁶⁵ - Damit kommen m.E. folgende zwei Aspekte von

⁶⁰ Vgl. Simon et al., 405!

⁶¹ Vgl. Simon et al., 410! „The value of this study is that it presents the first exploration of the understanding of core attitudes in palliative care described by experienced professionals in the field.“ (Ebd., 411)

⁶² Auch hier ist die Trias Haltung - Wissen - Fertigkeiten zugrunde gelegt. - Vgl. außerdem Geiss-Mayer et al., 18: „Frage, welche Elemente bei der Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen tatsächlich wirksam sind.“ Fachliche Kompetenz wird als bestehend in medizinischen Fertigkeiten, medizinischem Wissen und der Grundhaltung des besonderen Palliativen Geistes verstanden. Diese fachliche Kompetenz bildet die Voraussetzung für eine holistische Betreuung. Der Palliative Geist ist beschrieben als „Auffassungen und Werte, auf die sich Menschen in ihrer Arbeit mit Sterbenden stützen.“ (Geiss-Mayer et al., 18)

⁶³ Vgl. Simon et al., 405f.!

⁶⁴ Vgl. Simon et al., 410!

⁶⁵ Vgl. Simon et al., 405: „the way in which a person is aware of himself and the world around, and in which he forms the basis of his thoughts and actions.“ Vgl. hierzu auch Geiss-Mayer et al., 18, die hier die Wirksamkeit der Grundhaltung beschreibt: „Die Grundhaltung bestimmt die Art und Weise des Umgangs untereinander und wird als eine tiefe, innere Überzeugung beschrieben, als eine Werthaltung und Auffassung, die das Denken und Handeln einer Person bestimmt.“ Geiss-Mayer et al. setzen das Konzept der Grundhaltung gleich mit Menschenbild oder Weltsicht (Geiss-Mayer et al., 18): „Das Konzept kann mit den Synonymen Menschenbild oder Weltsicht umschrieben werden.“ Sie bleiben aber schuldig, was sie unter Menschenbild und Weltsicht verstehen. M.E. klingt im Konzept der Grundhaltung, wie ich das später noch zeigen werde, eher das Konzept Bourdieus von der Dialektik von Habitus und Feld an. Menschenbild bzw. Weltsicht greifen als Begriffe schon deshalb zu kurz, weil hier nicht

Grundhaltung in den Blick: (1) Haltung ist der Dreh- und Angelpunkt für die Wahrnehmung⁶⁶, das Denken und das Handeln⁶⁷. Das heißt meine Haltung wirkt sich auf meine Wahrnehmung aus und bestimmt damit mein Denken und mein Handeln im Feld. Haltung ist der Kompass des Palliativen Feldes, die Brille, durch die ich das Feld wahrnehme und das Feld entsprechend denkend und handelnd betrete. (2) Haltung ist die Brille, durch die ich mich selbst und die Welt und mich in ihr wahrnehme. Das heißt in meiner Haltung bin ich nicht auf mich selbst gestellt, sondern immer schon auf die Welt hin ausgerichtet. Person (Individualität) und Welt (Sozialität) sind in meiner Haltung miteinander verbunden.⁶⁸ Individualität und Sozialität sind in der Haltung dialektisch miteinander verwoben. Damit kommen Aspekte von Haltung im Sinne des Habitus-Konzepts von Bourdieu in den Blick, die ich im Kapitel über Bourdieu vertiefen werde.

2.3.3. Ergebnisse der Studie

Ergebnisse der Studie sind, dass (1) Palliative Haltung die Haltung der ganzen Person ist, dass (2) die Merkmale einer solchen Haltung zugleich universelle Merkmale von Care sind und dass (3) Palliative Haltung lehr- und lernbar ist.

(1) Palliative Haltung als Haltung der ganzen Person - Konzept der Grundhaltungen in der Palliative Care⁶⁹

Anhand der drei Bereiche (a) Persönlichkeit, (b) Care-Erfahrung und (c) Care-Kompetenz kann die Grundhaltung beschrieben werden. Palliative Haltung ist inhaltlich bestimmt durch Kongruenz (als Zugang zum Feld entspricht das der

deutlich wird, wie Menschenbild/Weltsicht sich im Denken und Handeln in die Welt hinein verflüssigen können - das Habituskonzept vermag dies zu leisten, und es weist auf ein weiteres hin: die Dialektik von „Menschenbild/Weltsicht“ und „Welt“ muss bedeuten, dass beide sich gegenseitig durchdringen, bedingen und verändern. Das heißt die Bewegung kann keine einseitige von der Haltung auf die Welt hin sein, sondern die Person steht mit ihrer Haltung im Spannungsfeld von Haltung und Welt. Sie vermittelt sich selbst an die Welt in ihrem Habitus, aufgrund Palliativer Tugend mittels Palliativer Haltung in Palliativer Arbeit, um hier mit den Dimensionen der Care Ethik zu sprechen. Allein die Synonymisierung mit Weltsicht/Menschenbild reicht nicht aus, um diese Dialektik ausreichend berücksichtigen zu können.

⁶⁶ Vgl. Erkenntnisprinzip nach Bourdieu!

⁶⁷ Vgl. Konstitutionsprinzip nach Bourdieu!

⁶⁸ Vgl. Bourdieus Dialektik von Habitus und Feld!

⁶⁹ Vgl. Simon et al., 408ff.!

Care-Tugend). Palliative Haltung wird ermöglicht durch die Schlüsselkompetenz der Empathie (Care-Haltung der Aufmerksamkeit).⁷⁰ Palliative Haltung manifestiert sich als Akzeptanz in Care-Beziehungen (Care-Arbeit). Geiss-Mayer et al. verdeutlichen die Bedeutung dieses Ergebnisses, indem sie darauf hinweisen, dass Grundhaltung eben nicht nur aus einer professionellen Kompetenz bestehe oder einem Rollenbild, sondern die Person des Care-Gebenden als Ganze umfasse - der Care-Gebende bringe sich "als Person" in die Begleitung ein.⁷¹

(a) Persönlichkeitsmerkmale: Welche persönlichen Charakteristika sind essenziell für die Grundhaltung? Kongruenz (Authentizität, Ehrlichkeit, Aufrichtigkeit, Wahrhaftigkeit), Akzeptanz (Achtung, Wertschätzung, Verantwortlichkeit) und Empathie (Achtsamkeit⁷², Aufmerksamkeit, Offenheit, persönliche Präsenz, radikale Patientenorientierung). Haltung wird in Verbindung gebracht mit Werthaltungen als Zugang zur Care-Beziehung (Aspekt von **Care als Tugend**).⁷³ Dabei bestand in den Interviews offensichtlich die Schwierigkeit, Haltung abstrakt zu definieren, weshalb die Interviewten eher deskriptiv mittels Beispielen beschrieben, was Haltung ist und was nicht.⁷⁴

(b) Erfahrbarkeit der Grundhaltung: Die Grundhaltung ist erfahrbar in Care-Beziehungen, im Dialog, in systemischer Annäherung, im Ausbalancieren von Nähe

⁷⁰ Die Forschergruppe verweist hier auf das personenzentrierte Modell von Carl Rogers und auf die Care Ethik von Conradi.

⁷¹ Vgl. Geiss-Mayer et al., 18! Geiss-Mayer et al. erläutern dies (18): „Die innere Arbeitseinstellung hat demnach viel mit dem eigenen Selbstverständnis, der eigenen Identität und dem inneren Halt zu tun.“ Der Hinweis auf die Person bestätigt den holistischen Ansatz der Palliative Care oder der Care generell, lässt aber die Reziprozität von Person und Feld an dieser Stelle, wie das Habituskonzept Bourdieus das anbietet, unberücksichtigt. Allein der Hinweis auf die Person reicht nicht aus, um auf das habituelle Gefüge aus Person und Feld und dessen Bedeutung für die Palliative Haltung aufmerksam zu werden. Als Hinweis auf das Feld kann der Verweis auf die Ausbildung der Identität in der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit als Resultat ständiger Konfrontation mit Sterben und Tod im Palliativen Feld gelesen werden (vgl. ebd., 18!). Geiss-Mayer et al. verweisen außerdem auf den dadurch begründeten sehr hohen Anspruch des Idealbilds einer guten Sterbebegleitung, in die ich mich als Person ganz einbringe, und den damit verbundenen Gefahren einer Debalancierung der eigenen Person (19).

⁷² In der Bedeutung der Achtsamkeit wird die Nähe zur Care-Ethik Conrads gesehen.

⁷³ Vgl. auch Geiss-Mayer et al., 18: „Es sind gerade Werte - neben dem Einbringen der eigenen Person -, die in der Begleitung des Sterbenden und in der Beziehungsgestaltung wirksam sind.“ Dies finde ich allerdings dahingehend etwas unglücklich formuliert, als ob Werte von der Person getrennt werden könnten.

⁷⁴ Vgl. Simon et al., 406! Vgl. auch meine eigenen Interviews im Anhang!

und Distanz, im Loslassenkönnen und in der Körpersprache der professionellen Helfer⁷⁵. Die Grundhaltung wird also offenbar in der Beziehung zu Patienten, persönliche Charakteristika der Grundhaltung sind Beziehungs-Konzepte (Aspekt der **Care-Arbeit**). - Dem liegt die Grundannahme der Sozialität des Menschen zu Grunde, die Bedingung für Solidarität und Gemeinschaft ist und damit Voraussetzung des Sich-Einlassen-Könnens, aufgrund dessen der andere überhaupt erst verstanden werden kann.⁷⁶ Diese Grundannahme lege ich auch meiner Arbeit zugrunde und werde sie im Rahmen anthropologischer Grundannahmen als Voraussetzung einer Care-Beziehung im Kapitel über "Care-Dimensionen und Palliative Haltung" begründen.

(c) Grundhaltung als Care-Kompetenz in Verhalten und Praxis: Schlüsselkompetenzen der Grundhaltung (Aspekt der **Haltung von Care**) sind: Wahrnehmen des anderen in seiner Individualität und Einzigartigkeit, aktives Zuhören, Beziehungsarbeiter sein (sich einlassen können), Raum geben (Hilfe zur Selbsthilfe), Intuition, Kreativität und Mut. - Diese Schlüsselkompetenzen sind als solche sehr allgemeine Kompetenzen, die im Rahmen gelingender Kommunikation als Empathie konkretisiert wird und damit in die Nähe des Rogersschen personenzentrierten Modells von Akzeptanz, Empathie und Kongruenz tritt⁷⁷, wie auch die inhaltlichen Bestimmungen der Haltung nahe legen. Ist Haltung dann die Haltung gelingender Kommunikation und damit eine ganz allgemeine Haltung?

(2) Universalität Palliativer Haltung⁷⁸

In dieser Allgemeinheit ist die Haltung universal und nicht spezifisch für das Palliative Feld. Die Universalität liegt begründet in der sozialen Verfasstheit des Menschen, die sich in Care-Beziehungen verwirklicht und das Prinzip von Solidarität und Gemeinschaft erklärt. Der Hinweis auf die Person des Care-Gebenden ist dann ein Hinweis auf die Qualität der Solidarität: da der Care-Gebende sich als Person einbringt, ist er dem Anderen nicht nur professionell nahe, sondern als

⁷⁵ „It expresses itself in the professional's body language“ (Simon et al., 409).

⁷⁶ Vgl. Simon et al., 410!

⁷⁷ Vgl. Simon et al., 410!

⁷⁸ Vgl. Simon et al., 407f.!

Mensch nahe.⁷⁹ Der Anspruch der Universalität gilt also für die Care von kranken Menschen. Das bedeutet zum einen die Bejahung einer allgemeinen Haltung, diese aber konkretisiert als Haltung im Rahmen einer Care-Beziehung. Das bedeutet außerdem, dass diese Grundhaltung weder spezifisch für ein bestimmtes soziales Feld noch spezifisch für eine bestimmte Berufsgruppe ist. Was dies für die Haltung im Palliativen Feld in Abgrenzung zu anderen Feldern und in Abgrenzung zu anderen sozialen Akteuren des Feldes bedeutet, kommt in der Studie aber nicht in den Fokus der Betrachtung. Was das Besondere des Palliativen Feldes hinsichtlich dieser Haltung ist, ist aber doch gerade dessen Fokussierung auf Tod und Sterben.⁸⁰ Diese Fokussierung wirkt wie ein Vergrößerungsglas, das diese Haltung erst offenbar macht.⁸¹ Palliative Care ist das Vergrößerungsglas, das meine eigenen Grundhaltungen sichtbar macht.⁸²

(3) Vermittelbarkeit Palliativer Haltung⁸³

Grundhaltungen sind lehr- und lernbar⁸⁴, da sie sich durch persönliche und professionelle Erfahrungen und durch inneres Zwiegespräch in der Auseinandersetzung mit existentiellen Krisen entwickeln.⁸⁵ Grundhaltungen entwickeln sich also durch Sozialisation. Im Laufe des Lebens entwickelt sich die Grundhaltung durch Einsicht weiter. Im Palliativen Feld ist der Kontakt mit Sterben und Tod der Angel-

⁷⁹ Vgl. hierzu den Hinweis von Simon et al. auf Cicely Saunders, die sie im Rahmen der Klärung des literarischen Kontextes von Haltung zitieren: „there has always been a human as well as a professional basis that is fundamental to the work that we do“ (Simon et al., 405). Dieser Hinweis ist für das Verständnis von Solidarität als Compassion hilfreich (2.5.). Während Geiss-Mayer et al. Daniela Tausch-Flammer genau in diesem Sinne zitieren - „wir können durch unser Tun helfen, aber auf der tiefsten Ebene helfen wir durch die Qualität dessen, was wir sind“ (Geiss-Mayer et al., 19), Haltung und Person sind hier identisch -, formulieren sie dort selbst etwas unglücklich: „Neben erlernbarem Wissen und Fertigkeiten sind die Haltung und das Einbringen der eigenen Person in die Arbeit von essentieller Bedeutung“ - als ob sich Haltung von der Person trennen ließe, worauf sie doch selbst als Ergebnis der Studie hingewiesen hatten.

⁸⁰ Vgl. hierzu Riedel, die in ihrem Aufsatz fragt, ob die konzeptionellen Bausteine von Palliative Care Grundlage für die Begleitung Sterbender in der stationären Altenhilfe sein können, und dabei feststellt, 69: „Die Besonderheiten in der letzten Lebensphase verändern die Richtung und die Gewichtung bestimmter Prinzipien in der Pflege, die Berücksichtigung personenbezogener Konzepte erhält eine andere Bedeutung“.

⁸¹ Vgl. Simon et al. 408!

⁸² Vgl. Simon et al., 410!

⁸³ Vgl. Simon et al., 407!

⁸⁴ Vgl. Simon et al., 407!

⁸⁵ Vgl. Simon et al., 410!

punkt für die Entwicklung von Grundhaltungen. In der Annahme der Vermittelbarkeit Palliativer Haltung kann sich dann auch eine "Kultur der achtungsvollen Begleitung Sterbender"⁸⁶ herausbilden.

2.4. Trias Haltung - Wissen - Fertigkeiten

2.4.1. Haltung ist lehr- und lernbar

"Wir brauchen eine Veränderung des Umgangs mit Sterbenden, und dazu braucht es Palliative Care im Krankenhaus, Pflegeheim und ambulanter Pflege. Im Grunde bedarf es einer Palliative Care Philosophie in der ganzen Gesellschaft. Am Beginn der Hospizidee zog die Hospizbewegung aus dem organisierten Gesundheitssystem aus. Um Palliative Care in allen Institutionen zu etablieren und damit den meisten Sterbenden zugänglich zu machen, bedarf es der Rückkehr der Hospizidee in die Einrichtungen des Gesundheitssystems."⁸⁷ Diesen Bedarf entdeckt Georg Bollig und er fragt - das ist der Fokus seiner Arbeit: Ist Palliative Care lehr- und lernbar? Wenn dies so ist, und davon ist Bollig überzeugt, wie ist das dann zu leisten? Er untersucht Programme und Curricula zur Implementierung von Palliative Care, entdeckt dabei die Trias Haltung - Wissen - Fertigkeiten, bezieht sich für sein Verständnis von Haltung auf die Studie von Simon et al. und auf die Auffassung von Haltung im Sinne von Heller/Knippling, weshalb ich ihn exemplarisch für die Trias Haltung - Wissen - Fertigkeiten zwischen die Studie von Simon et al. (2.3.) und Heller/Knippling (2.5.) stellen möchte.

"Die meisten Ausbildungskonzepte in Palliative Care zielen auf das Erlernen und Aneignen von Wissen, Haltungen und Fertigkeiten ab."⁸⁸ Eine eigene Bestimmung dessen, was er unter Wissen, Haltung und Fertigkeit versteht, bleibt er schuldig.⁸⁹

⁸⁶ Geiss-Mayer et al., 19. Die Erläuterung des Kulturbegriffs bleibt dabei offen. Darf er so verstanden werden, dass ich Kultur schon immer in mir trage, die sich dann in der Begegnung mit dem Anderen und dessen Kultur verwirklicht?

⁸⁷ Bollig, 23. Die Idee einer Palliative Care Philosophie führt er leider nicht aus.

⁸⁸ Bollig, 43. Vgl. ebd., 28, wo er vom „Erwerb von Palliativen Haltungen, Wissen und Fertigkeiten“ spricht.

⁸⁹ Implizit freilich tut er dies dann doch zumindest für den Begriff von Haltung in Anlehnung an Simon et al. und an Heller/Knippling.

Stattdessen verweist er auf die Ausbildungsangebote, die sich auf diese Trias beziehen. Als wegweisend für andere Curricula erachtet er das Canadian Palliative Care Curriculum von 1991, in dem Lernziele und Inhalte den drei Bereichen Attitude (Haltung, Einstellung), Skill (Fertigkeiten, Können) und Knowledge (Wissen) zugeordnet werden.⁹⁰ Die Trias ist für ihn kein Nebeneinander gleichwertiger curricularer Inhalte. In der Haltung entdeckt er die Voraussetzung für den Erwerb von Wissen und Können: "Haltung ist meiner Ansicht nach die Basis[,] von der aus der weitere Wissenserwerb und das Erlangen von Fertigkeiten erst erfolgen können."⁹¹ - "Haltung und Wissen gehen dem Lernen neuer Fertigkeiten voraus."⁹² - Wenn das so ist, muss freilich angesichts einer Fülle an Ausbildungsangeboten gefragt werden: Was ist Haltung? Ist Haltung lehr- und lernbar?⁹³ Ist sie in den Curricula genügend berücksichtigt? Welcher weiteren Voraussetzungen bedarf es für die Ausbildung einer solchen Haltung?

Eine eigene Definition von Haltung bleibt Bollig schuldig. Stattdessen stellt er inhaltliche Annäherungen an Haltung, wie sie den Ausbildungsangeboten zugrunde liegen, neben die Auffassungen von Simon et al. und Heller/Knippling. Als Beispiel nennt er den Kurs "Palliative Praxis" der Robert Bosch Stiftung, dessen Ziel u.a. die Förderung einer professionellen Haltung ist, die gekennzeichnet ist durch Wertschätzung und Respekt, die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen ermittelt und ernst nimmt und unnötige Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen

⁹⁰ Vgl. Bollig, 30f.! In anderen untersuchten Arbeiten findet sich eine Nähe von Fertigkeit und Kompetenz - darauf geht Bollig nicht weiter ein, sondern stellt die Lernziele eher unvermittelt nebeneinander.

⁹¹ Bollig, 49; vgl. hierzu Kränzle et al., IX: „Palliative Care ist nicht nur eine Aneinanderreihung von sinnvollen Maßnahmen und aus Erfahrung und Forschung gesammeltem Wissen - Palliative Care ist zuallererst Reflexion und Auseinandersetzung mit unserer persönlichen Haltung, mit der wir sterbenden Menschen und ihren Angehörigen begegnen.“ Auch hier findet sich die Trias mit einer Leitfunktion der Haltung.

⁹² Bollig, 75. Vgl. hier auch den beraterischen Ansatz für das Palliative Feld von Davy/Ellis. Der englische Originaltitel "Counselling Skills in Palliative Care" weist ihre Arbeit dem Bereich der Skills zu. Doch auch sie gehen davon aus, dass den beraterischen Fähigkeiten eine Haltung zugrunde liegen muss, die sich in die Beratung hinein auswirkt, dass wir uns in der Beratung nämlich nicht nur wie Fachleute verhalten, sondern wie Menschen, die verletzlich sind, mit Schwächen versehen sind und selbst auch Unterstützung brauchen - "wir können Hilfe annehmen und gewähren" (Davy/Ellis, 22).

⁹³ Bollig, 47: „Ist es überhaupt möglich, eine Haltung... im Rahmen eines Palliative Care Kurses zu erwerben, oder geht es dort vielleicht eher um die Reflexion bereits erworbener Haltungen, Einstellungen oder Wertvorstellungen?“ Wie sich zeigen wird - beides. Denn aus der Reflexion erst kommt es zum Erwerb bzw. zur Veränderung einer Haltung.

vermeidet.⁹⁴ Bezugnehmend auf Simon et al. referiert er: "Die Grundhaltung professioneller HelferInnen in Palliative Care besteht aus Authentizität, zeigt sich in Beziehungen zu anderen und erfordert einen hohen Grad an Wahrnehmungsfähigkeit"⁹⁵, und er benennt im folgenden die hierzu erforderlichen Kompetenzen und Fertigkeiten und die für die Entwicklung der Grundhaltung förderlichen Faktoren des Erlebens von Grenzen, tiefen Bewegtseins und Lernens am Modell.⁹⁶ "Zur Haltung in Palliative Care gehört untrennbar auch die Reflexion der eigenen Haltungen, Wertvorstellungen und des eigenen Sterbens (vgl. Heller und Knipping 2006)."⁹⁷

Haltung ist lehr- und lernbar. Da es sich um affektiv-emotional besetzte Inhalte handelt, kann ein Erlernen nur stattfinden in der Reflexion eigener Einstellungen - zum Leben, zum Sterben, zum Tod, zur eigenen Endlichkeit.⁹⁸ Erst in dieser Reflexionsarbeit kann sich eine Haltung herausbilden und eine Verhaltensänderung stattfinden.⁹⁹ Hierin ist eine Nähe zu einer Palliative Care Philosophie zu sehen, die dann nicht exklusiv bleiben darf für das Palliative Feld, sondern gesamtgesellschaftlich verankert sein muss. Es gilt, „Palliative Care und Hospice-Philosophie in den Haltungen der gesamten Bevölkerung zu verankern. Palliative Care sollte also zu den geistigen und moralischen Grundlagen unserer modernen Gesellschaft werden.“¹⁰⁰ Bollig schlägt vor, eine Art „Letzte Hilfe Kurs“¹⁰¹ in Analogie zum Erste-Hilfe-Kurs für die gesamte Bevölkerung anzubieten, und er vergleicht beide Kurse in einer begrifflichen Nähe zu den Kittayschen Care-Dimensionen: „Ist Erste Hilfe eher Technik und Letzte Hilfe eher Haltung?... beide Bereiche brauchen eine entsprechende Grundhaltung und Motivation, um auch in

⁹⁴ Vgl. Bollig, 31!

⁹⁵ Bollig, 48f.

⁹⁶ Vgl. Bollig, 49!

⁹⁷ Bollig, 49.

⁹⁸ Vgl. Bollig, 39!

⁹⁹ Fallbeispiele „ermöglichen eine Reflexion der eigenen Praxis und der eigenen Haltung“ (Davy/Ellis, 12).

¹⁰⁰ Bollig, 64. - Vgl. auch Davy/Ellis, 16, für die die Philosophie der Palliative Care für das Gesundheitswesen an sich Bedeutung hat und nicht nur für die Minderheit des Palliativen Feldes. Vgl. außerdem das Geleitwort von Markus Feuz zu Davy/Ellis, 11: „Dies bedeutet, dass die Umsetzung von Palliative-Care-Konzepten heute und in Zukunft nach einem veränderten und erweiterten Verständnis von Begleitungs-, Organisations- und Finanzierungsverständnis verlangt. Eine Palliative-Care-Kultur, die sich radikal an den Betroffenen orientiert, bedingt einen Haltungswandel auf breiter Ebene im weitesten Sinne.“

¹⁰¹ Vgl. Bollig, 72f.!

praktisches Tun umgesetzt zu werden.¹⁰² Neben dieser Reflexionsarbeit steht das Lernen am Vorbild in der Praxis. Das heißt der Erwerb einer Haltung kann nur in praxi stattfinden¹⁰³ - damit rückt er in die Nähe des Habitus-Konzepts von Bourdieu mit seiner Dialektik einer gegenseitigen Bedingtheit von Habitus und Feld, von Haltung und Praxis: Der Habitus ist einverleibte Praxis - Haltung, Wissen und Fertigkeiten können nicht getrennt werden.¹⁰⁴ - Fazit: "Das bedeutet, dass die Reflexion eigener Praxis, eigener Vorstellungen und Werte und nicht zuletzt der eigenen Einstellung gegenüber Tod und Sterben ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung sein sollte."¹⁰⁵ Als förderliche und notwendige Voraussetzung eines solchen Lernens aber sieht er die Organisationskultur der Häuser: "Implementierung von Palliative Care in Organisationen und Institutionen kann nur durch eine Kombination von Qualifizierung möglichst aller MitarbeiterInnen, Unterstützung durch die Leitung und Veränderung der Organisationskultur erreicht werden."¹⁰⁶ "Zusammengefasst braucht es zur Integration von Palliative Care Raum, Wissen und Haltung."¹⁰⁷

2.4.2. Trias wahrnehmen - verstehen - schützen

Johann-Christoph Student und Annedore Napiwotzky gehen ebenfalls von einer Erlernbarkeit Palliativer Haltung aus, einer Haltung, die wesentlich verbunden ist mit Veränderungen eigener Vorstellungen und Werte in Bezug auf Leben und Sterben. Diese Veränderungen im Sinne eines innerlichen Wachsens kommen zustande durch die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, das heißt durch die Bewusstwerdung der eigenen Endlichkeit im Rahmen eines Menschenbildes, das ganzheitlich angelegt ist. "Dass Palliative Care immer den ganzen Menschen be-

¹⁰² Bollig, 72f.

¹⁰³ Als Methoden zum Erwerb von affektiven Inhalten (Haltungen) empfiehlt die European Association for Palliative Care (EAPC, 2007): Lernen in der Praxis (inklusive Diskussion), Vorbilder, Rollenspiele und Supervision. Vgl. Bollig, 44! Auch diesen Empfehlungen liegt die Trias Haltung - Wissen - Fertigkeiten zugrunde. Vgl. ebd.!

¹⁰⁴ Bei Bourdieu also findet sich eine Begründung für diese Trias, für deren Zusammenhang und für die Notwendigkeit dieses Zusammenhangs. Dazu mehr im Kapitel Habitus und Palliative Haltung.

¹⁰⁵ Bollig, 45.

¹⁰⁶ Bollig, 91. Vgl. hierzu den organisationalen Zugang in den Aufsatzbänden von Andreas Heller 2000 und 2010! Vgl. insbesondere Alsheimer und Heimerl (2010), die in ihren Aufsätzen danach fragen, wie eine Hospizkultur (Alsheimer) bzw. Palliative Kultur (Heimerl) im Pflegeheim entwickelt werden kann: „Palliative Kultur lässt sich als das Handeln der Organisation entlang der Prinzipien von Palliative Care bezeichnen.“ (Heimerl (2010), 336)

¹⁰⁷ Bollig, 24.

trifft, zeigt sich nicht zuletzt darin, dass über ihrer Anwendung auch bei den Helfenden bisweilen neue Einstellungen entstehen, die Auswirkungen bis ins Private hinein haben.“¹⁰⁸ In der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und der Endlichkeit eines ganzheitlich wahrgenommenen Patienten entsteht “eine besondere Haltung und Einstellung kranken Menschen und ihren Angehörigen gegenüber: Ein geduldiges Zulassen, das Bemühen, Wohlbefinden zu ermöglichen, Sinn zu entdecken und die Kranken wie ihre Angehörigen dabei zu unterstützen, ihren eigenen Weg zu finden.“¹⁰⁹

Zum Tragen kommt eine solche Haltung im Rahmen einer Pflegebeziehung, die für die Autoren den Kern der Pfl egetätigkeit ausmacht.¹¹⁰ Zur Darstellung einer solchen Beziehung der Care-Gebenden zu den Care-Empfangenden nutzen sie die Schlüsselkompetenzen des “umfassenden Wahrnehmens”¹¹¹, der “Kommunikation/Kooperation”¹¹² und des “Schutz Gebens”¹¹³. “Die Pflegebeziehung... ist mit den drei Pflegekompetenzen... als Basis der Pflege und als Basis in der Pflegewissenschaft zu akzeptieren.”¹¹⁴ Pflegende haben innerhalb einer Pflegebeziehung die Rolle von “Generalisten“: “Dies entspricht der Rolle, die eine Mutter für ihr noch abhängiges Kind hat, in professionalisierter Form.”¹¹⁵ Der schon immer abhängig verfasste Mensch trifft innerhalb einer Pflegebeziehung auf professionelle Pfleger, die “wie eine (ideale) Mutter nicht die Abhängigkeit, sondern die Unabhängigkeit”¹¹⁶ fördern. Palliative Care verstehen die Autoren als Konkretisierung professioneller Pflege, so dass die Kennzeichen einer Palliative Care eigentlich allen Bereichen von Medizin und Pflege eignen und nicht nur dem Bereich des Sterbens und des Todes.¹¹⁷ Daraus schließe ich für meine Arbeit: Die zu beschreibende

¹⁰⁸ Student/Napiwotzky, VIII. Vgl. auch Sr. Liliane Juchli im Geleitwort, V: „Palliative Care lebt in der „Respektierung jener Grundwerte und Haltungen, die sich orientieren an der Ganzheit des Menschen, die sich eben auch darin zeigt, dass die Angehörigen in den Prozess des Begleitens über den Tod hinaus miteinbezogen sind.“

¹⁰⁹ Student/Napiwotzky, VII.

¹¹⁰ In Orientierung an Weidner - vgl. Student/Napiwotzky, 21ff.!

¹¹¹ Student/Napiwotzky, 25: „umfassend heißt, das Gegenüber nicht zu reduzieren auf eine Krankheit, sondern beim Gegenüber das wahrzunehmen, was jetzt notwendig ist.“

¹¹² Kommunikation basiert und zielt auf Kooperation. Vgl. Student/Napiwotzky, 27!

¹¹³ Das Schutz Geben ist auf Reziprozität angelegt. Vgl. Student/Napiwotzky, 28!

¹¹⁴ Student/Napiwotzky, 30.

¹¹⁵ Student/Napiwotzky, 29.

¹¹⁶ Student/Napiwotzky, 30.

¹¹⁷ Vgl. Student/Napiwotzky, 10!

Haltung ist nicht nur die Haltung von Palliative Care, sondern die Haltung von Care an sich - anders gesagt: der Anspruch von Care verwirklicht sich in der Haltung von Palliative Care. "Palliative Care umfasst nach Derek Doyle circa 10% Wissen und 90% Haltung... Diese Haltung beinhaltet Fähigkeiten wie menschliche Wärme, Einfühlsamkeit und wohlthätige Einstellung."¹¹⁸ Wissen und Fähigkeiten sind Palliativer Haltung auch hier zugeordnet innerhalb der Trias von Haltung - Wissen - Fertigkeiten.

Die Pflegebeziehung als Basis der Pflege ist Voraussetzung für die Entfaltung einer Palliativen Haltung.¹¹⁹ In der Pflegebeziehung geschieht Begegnung, ich begegne mir selbst. Die Auseinandersetzung mit dem Anderen ist die Auseinandersetzung mit dessen Endlichkeit und führt zur Auseinandersetzung mit meiner eigenen Sterblichkeit. Ich erkenne mich im Anderen als sterblich, und ich erkenne seine Sterblichkeit erst durch das Bewusstsein von meiner eigenen Sterblichkeit. Die Auseinandersetzung mit dem Anderen fordert mich also als ganze Person heraus, mit all meiner Ambivalenz - in der Sterbebegleitung bringe ich mich als ganze Person ein, schule meine Wahrnehmung und Intuition und wage Offenheit. In der Begegnung mit dem Anderen entwickle ich eine "Persönlichkeit, die sich ihrer eigenen Ängste und Begrenzungen bewusst sein kann."¹²⁰ Durch Offenheit entdecke ich Ähnlichkeiten zwischen dem Anderen und mir, der Andere wird mir **ent-fremdet**, er ist nicht mehr der Andere, der Wilde, der Fremde. - In der Haltung der Empathie erkenne ich den Anderen als den, der er ist, und ich erkenne ihn an als den, der er ist. Dadurch entsteht Solidarität. Im Rahmen dieses Solidarisch-Seins ist nun eine Haltung von Empathie entstanden, die ganz beim Anderen sein kann. Durch die Palliative Haltung und die drei Pflegekompetenzen erkennt die Pflegefachperson die Bedürfnisse des Anderen.¹²¹ Haltung bedeutet demnach "in erster Linie ein Miteinander und eine Solidarität von Menschen, die in dem Bewusstsein ihrer eigenen Sterblichkeit leben. Dieses Bewusstsein macht sensibel für eigene Bedürfnisse und damit auch für die Bedürfnisse Anderer - im Leben wie im Sterben."¹²²

¹¹⁸ Student/Napiwotzky, 34.

¹¹⁹ Vgl. Student/Napiwotzky, 35!

¹²⁰ Student/Napiwotzky, 36.

¹²¹ Vgl. Student/Napiwotzky, 36!

¹²² Student/Napiwotzky, 36.

Mit meiner Palliativen Haltung treffe ich auf angewiesene Menschen, deren Würde mit Respekt begegnet werden soll.¹²³ Wie ich mit angewiesenen Menschen umgehe, zeigt, wie menschlich eine Gesellschaft ist.¹²⁴ „Die Palliative Haltung umfasst die rechtliche und die emotionale ethische Dimension, sie lebt eine menschliche Ethik vor. Die Palliative Haltung vermittelt Würde, denn es geht ihr um den individuellen Umgang mit Leiden, um die Sehnsucht nach persönlicher Unversehrtheit und um die Inanspruchnahme der Freiheitsrechte.“¹²⁵ Die Reichweite und Dimensionen der Palliativen Haltung wird anhand der drei Pflegekompetenzen deutlich, in Wahrnehmung (Krankenbeobachtungskompetenz), Kommunikation (Interaktionskompetenz) und Schutz (Interventionskompetenz).

2.5. Palliative Haltung als Compassion¹²⁶

Palliative Care lediglich als Sorgekonzept zu verstehen, greift zu kurz. Palliative Care ist „eine Haltung von Personen und eine Orientierung in und zwischen Organisationen“¹²⁷. Als Haltung der Compassion, des mitleidenschaftlichen Helfens, ist Palliative Care eine Haltung von Personen (2.5.1.) und zugleich kulturprägende Orientierung in und zwischen Organisationen (2.5.2.). Aus einer solchen Haltung und Kultur erst erschließen sich die konzeptionellen Eckpfeiler von Palliative Care als Sorgekonzept. Cornelia Knipping stellt deshalb Überlegungen zum Grundverständnis von Haltung und Kultur im Palliativen Feld bewusst an den Anfang ihres Lehrbuchs zur Palliative Care, um von Haltung und Kultur einer Palliative Care (Care-Haltung) ausgehend zum einen nach deren Voraussetzungen (Care-Tugend) und zum anderen nach deren Auswirkungen auf die Praxis der Palliative Care (Care-Arbeit) zu fragen. „Behandlung und Versorgung gehen nicht ohne Haltung“¹²⁸. Palliative Haltung und Kultur sind also Schlüssel zur Palliativen Praxis:

¹²³ Vgl. Student/Napiwotzky, 36!

¹²⁴ Vgl. Student/Napiwotzky, 36!

¹²⁵ Student/Napiwotzky, 37.

¹²⁶ Vgl. Knipping sowie Heller/Knipping! Vgl. auch Siegmann-Würth!

¹²⁷ Heller/Knipping, 39. Vgl. Kränzle, 5, die das ins „rechte“ Verhältnis setzt: Palliative Care lebt „von einzelnen Menschen, da es sich in erster Linie um eine persönliche Haltung handelt und erst in zweiter Linie um Institutionen und Orte.“

¹²⁸ Knipping, 15; vgl. auch Heller/Kittelberger, 9: „dass notwendige professionelle Distanzierung kein Gegensatz sein muss zur menschlichen Fähigkeit der Mitleidenschaft und Empathie, Hohe Fachlichkeit hängt mit Solidarität

“Der *methodisch-didaktische Ansatz zur Erschließung der Kernthemen in der Palliative Care*... wurde dahingehend gewählt, dass... über dem anfänglichen Zugang zu Haltung und Kultur das erforderliche Wissen, die Fachexpertise und Fertigkeiten zu den Schlüsselthemen der Palliative Care patientenorientiert, interprofessionell, organisationsübergreifend aus holistischer, hermeneutischer und systemischer Perspektive spezifisch aufbereitet werden”¹²⁹. Haltung und Kultur bilden die Basis für Wissen, Expertise und Fertigkeiten der Palliative Care-Praxis. Palliative Care geht dabei “mit einer Handlungsänderung einher, insofern sie in Palliativen Situationen nicht mehr die Heilung und das Machen und das Machbare in den Vordergrund stellt, sondern die Anerkennung der Grenzen und das Angewiesensein aufeinander.”¹³⁰ Durch eine “Respektierung der Würde des Menschen und eine Kultur der Solidarität und Gerechtigkeit... können zutiefst menschliche Bedürfnisse bestmöglich gestillt werden.”¹³¹

2.5.1. Haltung von Compassion

Palliative Care ist Konzept und Philosophie zugleich. Als Basis der philosophischen Reflexion und Selbstreflexion von Palliative Care identifizieren Andreas Heller und Cornelia Knipping die Haltung der Compassion. Diese Haltung realisiert sich im Konzept der Palliative Care. Sie realisiert sich in den konzeptionellen Eckpfeilern der Palliative Care als individualisierende Haltung der Care-Gebenden in der beruflichen Praxis und von da aus als intra- und interinstitutionell verankerte Kultur. Compassion ist eine anthropologisch bedingte Grundhaltung, die durch Palliative Care in der Gesellschaft verwirklicht wird und damit notwendigerweise ihren gesellschaftlichen Auftrag erfüllt, der mit einer solchen Haltung immer schon gegeben ist.

Compassion ist das den im Palliativen Feld Tätigen Gemeinsame als Haltung von Care. Sie ist als Tugend von Care das kulturstiftende und -prägende Prinzip der Palliativen Praxis (Care-Arbeit), die Haltung, die Palliative Praxis als palliativ qualifiziert. Durch die Haltung der Compassion entsteht eine Kultur des mitleidenschaft-

zusammen.“

¹²⁹ Knipping, 16.

¹³⁰ Siegmann-Würth, 180.

lichen Helfens, eine Kultur, die sich dadurch definiert, die Schwachen und Kranken zu stützen. Die Sorge um den Anderen ist begründet in einer Moral der Barmherzigkeit und Güte einerseits und im Prinzip der Solidarität andererseits.¹³² Die Haltungen und Handlungsweisen Patienten gegenüber orientieren sich dabei an der a priori angenommenen Würde des Menschen. Sie ist seinem Wesen inhärent, unverlierbar, aber verletzbar. Diese "Würde und damit die Persönlichkeit mit seiner Lebensgeschichte [gilt es] bestmöglich und bis zuletzt zu stützen und zu schützen."¹³³

Der Begriff der Compassion stammt aus der lateinamerikanischen Befreiungsethik und ist dort Grundlage des solidarischen Einsatzes für Menschen in Not, wurzelt also in asymmetrisch angelegten Anerkennungsverhältnissen. Es ist die Asymmetrie zwischen bemitleideter und mitleidender Person.¹³⁴ "Konstitutiv für das Mitleid ist, dass fremdes Leiden nie selbst übernommen werden kann. Der von Mitleid Ergriffene kann sich nicht voll mit dem Leiden des anderen identifizieren."¹³⁵ Die Brücke zum anderen ist die Solidarität mit ihm. In dem Eingehen einer Beziehung werde ich dem Anderen zum Nächsten, die situative Asymmetrie wird aufgehoben. Die mitleidenschaftliche Haltung der Compassion stellt Gleichheit her, eine Gleichheit, die in der *conditio humana* schon immer da ist und nur situativ verdeckt ist.¹³⁶ Theologisch begründet ist dies nach Lea Siegmann-Würth im Gleichnis vom Barmherzigen Samariter (Lk 10, 25-37). Das Gleichnis verweist auf die "Ermöglichung und Beanspruchung, anderen zu Nächsten zu werden *und* andere als Nächste zuzulassen, im Bewusstsein der persönlichen Grenzen und befreit von der Vorstellung 'karitativer Allmacht'... In diesem Sinne löst sich eine... Asymmetrie zwischen dem barmherzigen Samariter und dem von den Räubern Überfallenen auf in der Liebe als wechselseitiges Geben und Nehmen, Sich Zuwenden und Sich Öff-

¹³¹ Siegmann-Würth, 181.

¹³² Dies ist die Grundannahme der theologisch-medizinisch fundierten „Ethik in der Palliative Care“ von Lea Siegmann-Würth. Vgl. ebd., 15, wo sie das Programm ihrer Ethik vorstellt: „In individual- und sozialetischer Hinsicht gilt es, die relevanten Aspekte der Palliative Care herauszustreichen; dies ganz im Dienste des kranken Mitmenschen, der ein Recht und einen Anspruch auf ein menschenwürdiges Dasein bis zuletzt hat.“ Vgl. zu Mitleid/Compassion ebd., 61ff.!

¹³³ Siegmann-Würth, 95.

¹³⁴ Vgl. Siegmann-Würth, 61!

¹³⁵ Siegmann-Würth, 61.

¹³⁶ Vgl. Siegmann-Würth, 173!

nen.”¹³⁷ Dem liegt ein Menschenbild zugrunde, das individuelle Freiheit und Abhängigkeit ins rechte Verhältnis zueinander setzt: “dass Autonomie eben keine radikale individuelle Freiheit und ein Losgelöstsein von anderen bedeutet, sondern dass ich als Mensch... immer auch zugleich auf andere angewiesen und verwiesen bin”¹³⁸, Autonomie also immer nur “gestaltete Abhängigkeit” sein kann.¹³⁹ Eine Radikalisierung dieser Abhängigkeit bedeutet dann, dass ich darauf angewiesen bin, “dass Dritte advokatorisch, mitleidenschaftlich für mich, meine Lebensinteressen, meine Werte und Wünsche einstehen, weil ich sie selber nicht mehr zur Geltung bringen kann.”¹⁴⁰ Die anthropologisch bedingte Abhängigkeit und die Haltung der Compassion bedingen einander. Compassion als “radikale Mitleidenschaft mit dem konkreten anderen Menschen, dessen Leben und Sterben mich nicht gleichgültig lassen kann[,] ...anerkennt, würdigt das Leiden und die Autorität des Leidens anderer.”¹⁴¹ Compassion ist damit Ausdruck einer Verantwortung füreinander und realisiert sich folglich in einer Haltung des Helfens in einer Begegnung mit dem Fremden. Durch diese Haltung erst werde ich meiner Verantwortung, in die ich als Mensch immer schon gerufen bin, gerecht. Eine Haltung des **(1) solidarischen, mitleidenschaftlichen Helfens** bedingt eine Haltung der Aufmerksamkeit für den Anderen, die sich in **(2) Beziehungen**, die durch Aufmerksamkeit erst Beziehung sind, und in einer **(3) Kommunikation** der Aufmerksamkeit realisiert.¹⁴²

(1) Solidarität

Compassion realisiert sich in einer radikalen Orientierung an der Lebensrealität und an den Lebensäußerungen der Betroffenen. Diese radikale Orientierung gelingt im Bewusstsein einer existentiell verankerten Form der Solidarität, die sich in persönlichem Aushalten und engagiertem Dasein realisiert. Sich “auf die schwankenden Planken existentieller Ausgeliefertheit zu begeben, verweist aufeinander und macht uns selbst zu Angewiesenen.”¹⁴³ Das Bewusstsein der eigenen Ohn-

¹³⁷ Siegmann-Würth, 52.

¹³⁸ Heller/Knipping, 43.

¹³⁹ Vgl. Heller/Knipping, 43!

¹⁴⁰ Heller/Knipping, 43.

¹⁴¹ Heller/Knipping, 42.

¹⁴² Vgl. Simon et al.!

¹⁴³ Heller/Knipping, 41.

macht und Hilflosigkeit, gerade in der Begegnung mit Menschen in ihrer Gebrochenheit angesichts des Todes, verbindet Helfende und Betroffene miteinander. Durch die Begegnung mit Menschen in ihrer Gebrochenheit angesichts des Todes gerate ich als "Person in einen Prozess der Reflexion des eigenen Lebens..., in dem Sterben und Endlichkeit, Abschied und Trauer Themen werden können"¹⁴⁴. In unserer Endlichkeit und in unserer Erfahrung der eigenen Endlichkeit werden wir solidarisch füreinander. Zum einen werden durch Mitleiden die Bedingungen des Leidens verändert, sie werden solidarisch erträglicher. Im Bewusstsein von Solidarität können Autonomie und Würde des Schwächeren gefördert (engagiertes Dasein) und Leiden miteinander ausgehalten (persönliches Aushalten) werden. Zum anderen kommt es zur Umkehr der asymmetrisch angelegten Beziehung, denn die Kranken haben einen Vorsprung vor den vermeintlich "Gesunden": "Die Sterbenden machen Erfahrungen, die uns fehlen. Wir lernen von ihnen, und zwar radikal."¹⁴⁵ Wir gestalten unser Leben neu. Trotz dieser solidarischen Verbundenheit bricht die Brücke der Verbundenheit mit dem Tod radikal ab. "Für uns, die wir überleben, stirbt ein Mensch. Für diesen Menschen stirbt die ganze Welt... Der Unterschied ist nicht überbrückbar. Insofern haben Menschen... Haltungen angesichts dieser Distanz entwickelt, die ihren Ausdruck finden im Verneigen, im rituell geformten Respekt, in der individuellen Würdigung, in der lebendigen Erinnerung, im liebend-dankbaren Verbundenbleiben."¹⁴⁶

(2) Beziehung der Aufmerksamkeit

Das individuelle Leiden der Patienten ist nur zu erfassen durch eine "offene, aufmerksame Haltung des mitleidenschaftlichen Berührtseins von den Betreuenden her"¹⁴⁷ - durch das Eingehen einer Beziehung. Radikale Orientierung am Betroffenen realisiert sich also in einer Haltung der Aufmerksamkeit in der Interaktion und Kommunikation mit den Betroffenen und deren Familien. Erst eine solche Haltung der Aufmerksamkeit, die sich auf einen fremden Menschen verstehend und also hermeneutisch bezieht, schafft eine Zuversicht und Vertrauen stiftende Beziehung zwischen Care-Gebenden und Care-Empfangenden, die es dem Care-Empfan-

¹⁴⁴ Heller/Knippling, 42.

¹⁴⁵ Heller/Knippling, 43; vgl. Interview mit Expertin I (Baumann, 10; 14)!

¹⁴⁶ Heller/Knippling, 43.

genden ermöglicht, sich dem Care-Gebenden anzuvertrauen, und die es als Folge davon dem Care-Gebenden überhaupt erst ermöglicht, das menschliche Leben und Leiden des Gegenübers in seiner Multidimensionalität (physisch, psychisch, sozial, spirituell, kulturell) wahrzunehmen.¹⁴⁸ Dies ist keine für die Palliative Care spezifische Haltung, sondern Haltung von Care als solcher - unabhängig davon, wer die Care-Gebenden sind. Denn die *conditio humana*, dass wir beides zugleich sind, Hilfsbereite und Hilfsbedürftige, ist die Bedingung dafür, uns im Anderen als seinem Nächsten wieder erkennen zu können.¹⁴⁹ "Hilfsbedürftigkeit und Hilfsbereitschaft sind anthropologische Komponenten... Die Hilfsbereitschaft selbst entspringt einer Intuition des Menschen, ...weil jeder Mensch auf Hilfe angewiesen sein kann und sich mit Leiden, Sterben und Tod auseinandersetzen muss."¹⁵⁰ "Beides, die Sorge um den Anderen und die Sorge des Anderen, sind im 'Care' aufgehoben"¹⁵¹. Dem Anderen ein "Nächster" werden fokussiert in der Palliative Care auf den leidenden und sterbenden Menschen. "Seine Person, seine Autorität im Leiden, seine Bedürfnisse, seine Prioritätensetzung haben eine handlungsleitende Funktion für das, was ihm bei den gegebenen Umständen bestmöglich Leben bis zuletzt erschließt."¹⁵² Bei der Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen kommt es darauf an, dass Mensch und Mensch sich begegnen, "dass wir uns gegenseitig als Menschen wahrnehmen und erkennen, dass unsere Beziehung zu anderen einen viel höheren Stellenwert hat als das, was wir für sie tun."¹⁵³ Deshalb verhalten wir uns nicht nur wie Fachleute, sondern wie Menschen, verletzlich, schwach, unterstützungsbedürftig, Hilfe annehmend und gewährend.¹⁵⁴ "Letztendlich befinden wir uns alle auf der Reise zum Tod"¹⁵⁵.

¹⁴⁷ Siegmann-Würth, 52.

¹⁴⁸ Vgl. Heller/Knipping, 41!

¹⁴⁹ Vgl. Siegmann-Würth, 52f.!

¹⁵⁰ Siegmann-Würth, 174.

¹⁵¹ Siegmann-Würth, 52.

¹⁵² Siegmann-Würth, 52.

¹⁵³ So Davy/Ellis, 22, im Sinne der Haltung einer Compassion.

¹⁵⁴ Vgl. Davy/Ellis, 22!

¹⁵⁵ Davy/Ellis, 22.

(3) Kommunikation der Aufmerksamkeit

Radikale Orientierung am Gegenüber, am Anderen und Fremden, realisiert sich in einer Kommunikation der Aufmerksamkeit. Eine solche Kommunikation überschreitet Grenzen, die Grenzen zwischen mir und dem Anderen, zwischen Care-Gebendem und Care-Empfangendem. Erst in einer solch grenzüberschreitenden Kommunikation zwischen Care-Gebenden und Care-Empfangenden entsteht echtes Verstehen und aus echtem Verstehen erst realisiert sich echtes Verständnis. Der Fokus geht weg vom Konzept der Kontrolle (Symptomkontrolle und Willenskontrolle durch Vorsorgeverfügungen als Versuch der Leidenskontrolle) hin zum Konzept echter Interaktion und Anerkennung, "um die reale Lebenswelt des Betroffenen zum Ausgangspunkt aller professionellen Leistungen zu machen"¹⁵⁶ und mit dem Betroffenen selbst die Sorgegestaltung individuell auszuhandeln.¹⁵⁷ Erst durch Aufmerksamkeit als leitendes Prinzip einer Haltung der Compassion gelingt eine echte Begegnung mit Menschen in ihrer Gebrochenheit angesichts des Todes. Eine interprofessionell angelegte Kommunikation der Aufmerksamkeit überschreitet dann auch die Grenze zwischen den Care-Gebenden selbst. Compassion realisiert sich in einer interprofessionell angelegten Kommunikation zwischen Care-Gebenden. Die Bedürfnisse der Betroffenen sind Anlass, sich zusammen zu setzen, um sich auseinander zu setzen und um eine gemeinsame Sprache zu ringen. Dies wirkt sich aus in kulturprägenden Orientierungen der Interdisziplinarität und Interprofessionalität, der Interorganisationalität sowie der Interkulturalität und Interreligiosität. Schließlich überschreitet eine solche Kommunikation auch die Grenzen des eigenen Feldes. Care im Verständnis einer anthropologisch grundgelegten Haltung der Compassion ist Care über die Grenzen einer Organisation hinaus in die Gesellschaft hinein. Solidarität mit den Schwachen und Kranken aus einer Haltung der Compassion heraus ist kein Spezifikum des Palliativen Feldes, wenngleich im Palliativen Feld konzentriert verwirklicht. Es ist "das anthropologisch tiefe Erbe im Menschen, im menschlichen Bedürfnis, sich mit

¹⁵⁶ Heller/Knippling, 40.

¹⁵⁷ Dies gelingt durch Einsatz patientenbezogener Handlungskonzepte (Assessment, Patientenedukation, Caring), die die Bedürfnisse des Betroffenen selbst zu erschließen suchen, dessen Bewertungen und Beurteilungen seiner Situation, dessen realen Zustand, dessen Krankheits- und Versorgungswirklichkeit, dessen Ressourcen, Perspektiven und Probleme und dessen Verständnis seiner Lebensqualität und Würde.

Schmerz, Tod und Krankheit gleichwohl auseinanderzusetzen¹⁵⁸.

2.5.2. Kultur der Compassion

Der selbstbestimmte Mensch und seine Familie stehen im Mittelpunkt der Care-Arbeit.¹⁵⁹ Care wird bis zuletzt mit den Betroffenen selbst gestaltet und gesichert. Institutionen des Palliativen Feldes sind deshalb nicht nur Behandlungs-, sondern auch Sorge-Orte. Die radikale Orientierung an den Betroffenen, und zwar eine Orientierung an der selbstbestimmten Verfasstheit der Person, ist Leitprinzip. Sie ist ausgerichtet an "individuellen und lebensweltlichen Realitäten schwer kranker, alter und sterbender Menschen"¹⁶⁰. Die mitleidenschaftliche Haltung im Rahmen einer radikalen Patientenorientierung wird damit zum hermeneutischen Schlüssel des Verstehens des Anderen und des Verständnisses für den Anderen, das erst ein gutes Leben und Sterben bis zuletzt ermöglichen kann. "Palliative Kultur ist und bleibt... eine Kritik, eine Differenzierung jeder therapeutischen und begleitenden Praxis, die nicht radikal die Betroffenen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stellt."¹⁶¹ Care-Arbeit in der Tugend und Haltung von Compassion ist interagierend (interprofessionell/interdisziplinär), integriert (alle sind in ein großes Symphonieorchester integriert/organisationsübergreifend) und umfassend (holistische/hermeneutische/systemische Perspektive). Sie ist qualitativ und würdevoll hinsichtlich Behandlung, Pflege und Begleitung. Angewendet auf die institutionell verankerte Gastfreundschaft fassen Heller/Knipping für die Haltung der Compassion zusammen: Die "mitleidenschaftliche Bereitschaft ('compassion') und absichtlose Offenheit, sich wieder und wieder neu einzulassen auf die letzten Wünsche der Gäste, kennzeichnet das, was palliative Kultur als Gastfreundschaft meinen könnte."¹⁶² Der Betroffene wird institutionell verankert in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gestellt. "Hier liegt der (hermeneutische) Schlüssel für ein gutes Leben und Sterben bis zum Schluss. Die Betroffenen bleiben der Widerspruch zu allen Plänen, die im guten Glauben erstellt werden, ihnen zu helfen."¹⁶³ Care orientiert Fürsorge an

¹⁵⁸ Heller/Knipping, 41.

¹⁵⁹ Vgl. Knipping, 17!

¹⁶⁰ Knipping, 16.

¹⁶¹ Heller/Knipping, 44.

¹⁶² Heller/Knipping, 44.

¹⁶³ Heller/Knipping, 44.

der Lebenswirklichkeit und an den Lebensbedürfnissen des Anderen, die Lebenswirklichkeit definiert Form und Inhalt von Fürsorge. Die Werte des Anderen in den Prinzipien der eigenen Arbeit ernst zu nehmen, setzt den Paradigmenwechsel des Perspektivenwechsels voraus, ein ethischer Diskurs zur würdevollen Gestaltung der letzten Lebensphase ist orientiert an einer (hermeneutisch-) ethischen Grundhaltung, die mit ethischen Rahmenbedingungen in der Organisation korreliert.¹⁶⁴

Die Haltung der Compassion realisiert sich in einer Haltung der radikalen Betroffenenorientierung. Diese Haltung wiederum konkretisiert und realisiert sich in bestimmten Sorgkontexten (Institutionen). Der institutionalisierte Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden und deren Familien als Alltag beruflichen Handelns erfordert die kulturprägenden Orientierungen von (1) Interdisziplinarität und -professionalität, (2) Interorganisationalität, (3) Interkulturalität und -religiosität.

(1) Kulturprägende Orientierung “Interdisziplinarität und Interprofessionalität”

“Die eigene selektive Blindheit bedarf wesentlich der Ergänzung durch andere.“¹⁶⁵ Interdisziplinarität und -professionalität bewahren die Care-Gebenden davor, sich mit ihrer Perspektive absolut zu setzen, und sind eine ständige Übung der Fähigkeit zu Reflexion und Selbstreflexion mit Relativierung der eigenen Perspektive. Die Haltung von Bescheidenheit und Demut bildet die Voraussetzung für interdisziplinäres und -professionelles Arbeiten.¹⁶⁶

(2) Kulturprägende Orientierung “ Interorganisationalität”

Eine radikale Betroffenenorientierung erfordert eine “grenzüberschreitende ‘Vor-Sicht’ und ‘Rück-Sicht’, die Antizipation von Zukünften... Letztlich geht es um die Organisation dessen, was aus der Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen in der letzten Lebensphase zählt, um es mit ihnen individuell zu realisieren..., damit

¹⁶⁴ Vgl. Knipping, 18!

¹⁶⁵ Heller/Knipping, 44.

¹⁶⁶ Vgl. Heller/Knipping, 44f.!

keine Diskontinuitäten entstehen, die oft mit dem Verlust von Sicherheit, Orientierung und Lebensqualität verbunden sind... Für alle Handelnden im Feld der Palliative Care bedeutet dies, die Eigenlogik der anderen überhaupt erst einmal zuzulassen, sie besser zu verstehen, um dann mit der eigenen Logik anschließen zu können.“¹⁶⁷ Das heißt die Haltung von Demut und Bescheidenheit ist Bedingung der Interorganisationalität und diese wiederum ist die Bedingung von echter Interdisziplinarität und -professionalität.

(3) Kulturprägende Orientierung “Interkulturalität und Interreligiosität”

Das Leben in einer pluralistisch ausdifferenzierten Gesellschaft mit einem hohen Grad an Individualisierung bedeutet, dass Leben nicht mehr vorgeschrieben ist, sondern selbst entwickelt werden muss. Palliative Praxis (Care-Arbeit) setzt damit voraus (Care-Tugend und Care-Haltung), dass ich mich an den unterschiedlichen kulturellen und spirituellen Konzepten der Betroffenen und deren Familien orientiere. “Sie ergibt sich selbstverständlich aus der Achtung und dem Respekt vor der Unmittelbarkeit und Individualität jedes einzelnen Menschen“¹⁶⁸.

¹⁶⁷ Heller/Knipping, 45.

¹⁶⁸ Heller/Knipping, 45.

3. Care-Dimensionen und Palliative Haltung

3.1. Das Phänomen der Care nach Eva Feder Kittay	46
3.1.1. Care als Phänomen in drei Dimensionen	46
3.1.2. Care als Reaktion auf anthropologisch-ontologisch bedingte Abhängigkeit	47
3.1.3. Care und Verantwortung	49
3.1.4. Ziel von Care: ein erfülltes Leben	50
3.2. Der Anspruch von Care und Palliativer Haltung und deren Verwirklichung in der Pflege	51
3.2.1. Care als Tugend: Anthropologische Grundlegung	54
<i>Exkurs: Die Bedingung der Rede von der Ganzheitlichkeit des Menschen</i>	56
3.2.2. Care als Haltung: Professionelle Haltung und Palliative Haltung	64
3.2.3. Care als Arbeit: Beziehungsarbeit in solidarischer Verantwortlichkeit	66
3.2.4. Fazit und Ausblick	69

3.1. Das Phänomen der Care nach Eva Feder Kittay

3.1.1. Care als Phänomen in drei Dimensionen

Aus der doppelten Perspektive einer Philosophin und Mutter einer behinderten jungen Frau¹⁶⁹ beschreibt Eva Feder Kittay im Rahmen einer Entstigmatisierung des Phänomens "Abhängigkeit" das Phänomen "Care". Die Notwendigkeit von Care entstehe als Reaktion auf Abhängigkeit und Vulnerabilität als Verfasstheit und Bedingung menschlichen Lebens.¹⁷⁰ Care verwirkliche sich dabei in drei Dimensionen, die je für sich allein stehen könnten oder aber durch das Miteinander aller drei Dimensionen erst eine "gute Care"¹⁷¹ darstellten, die darauf abziele, den Empfänger von Care darin zu unterstützen, integriert (nicht isoliert) und geliebt zu werden und in diesem Sinne "ein erfülltes und reiches Leben zu führen."¹⁷² So verstanden wirkt Care sinnstiftend und -erschließend im Rahmen der Care-Beziehung.

Die drei Dimensionen von Care sind Tugend (Care als Eigenschaft ist Motivation zur Care), Haltung (Haltung der Care) und Arbeit (Care-Arbeit):¹⁷³ Tugend meint das "warum" von Care - sie beschreibt die Motivation und Bereitschaft, Care-Gebender zu sein, das heißt sich fürsorglich zu verhalten in Haltung und Arbeit. Haltung beschreibt das "wie" von Care - die innere Einstellung und Empathie, mit der ich Care ausübe.¹⁷⁴ Das bedeutet eine "positive affektive Verbindung zum Anderen und heißt, in das Wohlbefinden des Anderen zu investieren."¹⁷⁵ Arbeit beschreibt das "was und dass" von Care - das, was im Rahmen von Care getan werde: Bedürftige versorgen.

¹⁶⁹ Vgl. Kittay, 67!

¹⁷⁰ Als „speziestypische“ Verfasstheit. Vgl. Kittay, 78f.!

¹⁷¹ Vgl. Kittay, 72!

¹⁷² Kittay, 68. Und weiter, „dass Fürsorge unabdingbar und ... zentral ist für ein gutes Leben für Menschen mit einer *bestimmten* Art von Behinderungen.“ (Ebd., 71)

¹⁷³ Vgl. Kittay, 71f.!

¹⁷⁴ Diese Haltung schütze den Empfänger von Care vor einer Über- bzw. Unterversorgung, indem sie mich befähige, genau zu hören, was der andere tatsächlich brauche. Care-Arbeit, die mit dieser Haltung verbunden sei, mache Care zu einer „guten“ Care. Vgl. Kittay, 72!

¹⁷⁵ Kittay, 72.

3.1.2. Care als Reaktion auf anthropologisch-ontologisch bedingte Abhängigkeit¹⁷⁶

Abhängigkeit als Bedingung für Care zu begreifen, führt Kittay zu einer Betrachtung des Phänomens der Abhängigkeit. Ob Menschen als abhängig und folglich als hilfsbedürftig angesehen würden, ist auch für Kittay "bis zu einem gewissen Grad eine soziale Konstruktion."¹⁷⁷ Aber - und hier nimmt Kittays Entstigmatisierung des Phänomens der Abhängigkeit ihren Ausgangspunkt: "Es ist... nicht nur eine soziale Konstruktion"¹⁷⁸, sondern Realität, mit der man umzugehen habe.¹⁷⁹

Die Ursache der Stigmatisierung sieht Kittay in der fatalen und für die Bewertung sowohl von Care-Empfangenden als auch von Care-Gebenden folgenreichen und machtvollen Gleichsetzung von Abhängigkeit mit der Abweichung von der Norm der Selbstständigkeit. Diese Norm gründe in gerechtigkeitsethischen Ansätzen und finde ihren Ausdruck in der "Selbstbestimmt-Leben-Bewegung"¹⁸⁰. Von dieser Setzung rückt Kittay ab. Denn zu meinen, Selbstständigkeit, Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit (Autonomie) seien die eigenliche Bestimmung des Menschen, sei der eigentliche Irrtum dieser Bewegung. Nicht Abhängigkeit sei das soziale Kon-

¹⁷⁶ Wie sie zu ihrer Vorstellung einer solchen anthropologisch-ontologischen Verfasstheit des Menschen gelangt, führt sie in ihrem Aufsatz nicht explizit aus. Sie gibt lediglich implizit einen Hinweis, wenn sie zu Beginn ihres Aufsatzes ihre doppelte Perspektive offenlegt: als Philosophin und Mutter entwickle sie ihre Gedanken. Das heißt sowohl philosophisch (möglicherweise im Anschluss an Aristoteles Auffassung vom Menschen als eines zoon politikon) als auch durch eigene Erfahrung begründet. Vgl. Kittay, 67!

¹⁷⁷ Kittay, 68. Kittay verschließt sich hier nicht der Kritik derer, die Abhängigkeit als durch ökonomische, politische und soziale Kräfte erzeugt sehen. Aber eben nicht nur!

¹⁷⁸ Kittay, 68.

¹⁷⁹ Sozial konstruierte *Wirklichkeit* vs. *Realität* anthropologisch-ontologischer Verfasstheit. - Vgl. auch Beyer (2012a), die beschreibt, wie Hirnforscher, Psychologen und Historiker aktuell ein neues Menschenbild propagieren. Bezogen auf David Brooks konstatiert sie: „Tatsächlich könnten wir erst durch die Verbindung mit anderen überhaupt existieren.“ (ebd., 125)

¹⁸⁰ Diese Bewegung, „die in den USA in den späten 1960er- und frühen 70er-Jahren in Erscheinung trat, wurde von Menschen gegründet, die jung, intellektuell begabt, weiß und vor allem männlich waren.“ (Kittay, 70) Hier bezieht Kittay sehr deutlich Position als Vertreterin einer „Care Ethik“, die ihre Wurzeln in der englischsprachigen feministischen Ethik hat und von daher mit einem „emanzipatorischen und machtkritischen Anliegen“ einer Ethik, „die vor allem auf Anteilnahme und Achtsamkeit in personalen Nahbeziehungen unter Wahrung der Autonomie aller Beteiligten abzielt“ (Kittay, 97, Anm.19). Ergänzen ließe sich die Reihe jung, intellektuell begabt aus heutiger Sicht noch durch die gesellschaftlich modernen Werte schön und gesund, die ebenfalls im Rahmen eines Selbstbestimmtheits diskutiert werden. Vgl. Hallwirth-Spörk/Weiler, 206: „In unserer Gesellschaft, in der das Schöne und Starke gilt, ist die Verletzlichkeit des Menschen eine Herausforderung.“

strukt, sondern die normative Setzung von Unabhängigkeit als quasi höchstem Gut¹⁸¹. Sie sei soziale Konstruktion und somit als Fiktion zu entlarven.¹⁸² Erst die normative Setzung von Unabhängigkeit als "höchstem Gut" und die damit einhergehende negative Bewertung des Phänomens der Abhängigkeit ist nach Kittay Ursache nicht für mehr Gerechtigkeit (im Sinne von Gleichheit), sondern für die ungerechte, weil negative gesellschaftliche Bewertung derer, die Care empfangen, und derer, die Care leisten.

In Abgrenzung zu gerechtigkeitsbasierten Ethiken konturiert sie ihren eigenen Ansatz einer Care-Ethik als Beziehungsethik. Während gerechtigkeitsethische Ansätze davon ausgehen, "dass der moralisch Handelnde ein unabhängiges, autonomes Selbst ist, das anderen moralisch Handelnden gleich ist"¹⁸³, gehe Care-Ethik davon aus, dass das Selbst nicht von anderen getrennt sei, sondern Beziehungen zu anderen einschlieÙe. Der Mensch sei damit immer schon ein In-Beziehung-Seiender und damit immer schon von anderen abhängig. Abhängigkeit sei damit kein negativ zu bewertendes soziales Konstrukt als Abweichung von der Norm der Unabhängigkeit, sondern eine ontologische Setzung des So-Verfasst-Seins des Menschen¹⁸⁴. Ein erfülltes Leben könne dann auch nur da entstehen und gelingen, wo Abhängigkeit als natürlich gesetzte menschliche Lebensbedingung akzeptiert und gut, nämlich verantwortlich, damit umgegangen würde. Denn moralische Beziehungen "umfassten nicht nur Ebenbürtige, sondern auch Abhängige... sowie Menschen, die bezüglich ihrer Fähigkeiten und Kräfte nicht gleich sind. Diese Beziehungen sind durch Verantwortung gegenüber anderen geprägt."¹⁸⁵

¹⁸¹ Den Begriff eines „höchsten Gutes“ führe ich hier ein.

¹⁸² Vgl. Kittay, 75;79! - Also eine Art „Religionskritik“ als „Fiktionskritik“ neuer „persönlich-religiöser“ Werte?

¹⁸³ Kittay, 72.

¹⁸⁴ Abhängigkeit „als wertneutrale Eigenschaft der menschlichen Gegebenheit.“ (Kittay, 75)

¹⁸⁵ Kittay, 72f.

3.1.3. Care und Verantwortung

Abhängigkeit als Last zu bewerten, als das, was meiner Unabhängigkeit im Wege stehe, setzt nach Kittay einen verantwortungslos gesellschaftlich verschuldeten Teufelskreis in Gang: Die Abwertung von Abhängigkeit führe zur Abwertung dessen, der Care benötige. Die Abwertung dessen, der Care benötige, führe zu einer Abwertung derer, die Care leisteten.¹⁸⁶ Die Abwertung derer, die Care leisteten, führe bei den so Abgewerteten zu einer Abwertung ihrer geleisteten Care¹⁸⁷ und damit zu ihrer Abwertung der Menschen, für die sie Care-Gebende seien. Ein Teufelskreis der Entwürdigung.

Begreife der Mensch sich selbst dagegen als ein In-Beziehung-Seiender, begreife er damit, dass sein Wohlergehen mit dem des Anderen stets verbunden sei.¹⁸⁸ Hierdurch begründe sich die Verantwortlichkeit des Selbst im Umgang mit dem Anderen und damit die Verantwortlichkeit einer fürsorgenden Gesellschaft als Zweck der sozialen Organisation: "Es ist Verpflichtung und Verantwortung der Mehrheitsgesellschaft, Abhängigkeitsbeziehungen und Abhängigkeitsarbeit zu ermöglichen und zu unterstützen".¹⁸⁹

Care-Ethik sei dann nicht die Moral von Unterdrückten¹⁹⁰, sondern Sprache der Unterdrückten. Durch eine Care-Ethik würden Care-Empfangende und Care-Gebende für die Gesellschaft hörbar.¹⁹¹ Care verschwinde damit auch nicht im privat-informellen Bereich, sondern weise über die Care innerhalb dieses Bereichs hinaus auf strukturell problematische Rahmenbedingungen, die im Widerspruch stünden zu einer Care, die gesellschaftlich verantwortet sein wolle.¹⁹² Care und

¹⁸⁶ Dies vor allem durch eine Bewertung von Care als instrumenteller Care-Arbeit! Vgl. Kittay, 70f.! Dass „die fürsorgende Person ausschließlich zum Instrument zur Erlangung der Unabhängigkeit eines behinderten Menschen wird.“ (Kittay, 75)

¹⁸⁷ Das betrifft alle drei Dimensionen von Care: Tugend, Haltung, Arbeit!

¹⁸⁸ Kittay, 78: „...dass wir alle in verwobenen Abhängigkeiten eingebettet sind“.

¹⁸⁹ Kittay, 78.

¹⁹⁰ Keine „Sklavenmoral“ nach Kittay, 73f.!

¹⁹¹ Kittay, 74: „...weil sie neue Werte in eine Gesellschaft einführt, die einige ihrer Mitglieder nicht gut behandelt.“

¹⁹² Im Sinne einer Verteilungsgerechtigkeit gesprochen hieße das: „Vorkehrungen, die eine gerechte Gesellschaft braucht, um Fürsorge leisten zu können, und die Fürsorgebeziehungen benötigen, um gerecht sein zu können.“ (Kittay, 77)

Gerechtigkeit bedingten demnach einander!¹⁹³ Care sei mehr als Mittel zum Zweck der Erfüllung eines selbstbestimmten Lebens. Care sperre sich hier sowohl einer kognitiven Verengung der Wahrnehmung der Care-Empfängenden als auch einer Reduzierung von Care auf eine rein körperbezogene Arbeit. Care sei mehr - Care unterstütze den Care-Empfängenden im Führen eines erfüllten Lebens, das kein gesetzt selbstbestimmtes, sondern abhängiges und deshalb ein integriertes und nicht isoliertes Leben sei.¹⁹⁴ Eine solche Care-Beziehung erfordere gegenseitige Verantwortlichkeit, Respekt und Würdigung des je Anderen. Eine Verwirklichung des "Konzeptes des Selbst"¹⁹⁵ bedeute dann im Rahmen einer Care-Beziehung: Selbst großzügig Care zu geben und selbst Care wohlwollend zu empfangen. Es bedeute darüber hinaus aber auch gesellschaftliche Verantwortlichkeit, Respekt und Würdigung der Care-Empfängenden und der Care-Gebenden.¹⁹⁶ Dann erst ist Care-Arbeit gut zu machen! Das ist der Sinn von Care. So verstanden erschließt und stiftet sie Sinn - innerhalb der Care-Beziehung und darüber hinaus in die Gesellschaft hinein!

3.1.4. Ziel von Care: ein erfülltes Leben

Abhängigkeit als solche ist also gesetzt und bleibt damit unbewertet. Ein gänzlich abhängiges Leben sei damit lediglich eine Möglichkeit gelebten Lebens im Rahmen dieser Setzung.¹⁹⁷ Ein erfülltes Leben führen heiße dann nicht in größtmög-

¹⁹³ „Ich trete für eine öffentliche *Care Ethik* ein, in der sowohl Fürsorge als auch Gerechtigkeit umgestaltet werden.“ (Kittay, 77; vgl. ebd., 72f.!) Kittay überwindet damit den Widerspruch von Care-Ethik und Gerechtigkeitsethik, indem sie Care-Ethik zur *Bedingung* einer Gerechtigkeitsethik macht!

¹⁹⁴ Das heißt nun natürlich nicht, dass Kittay den Wert der Autonomie als Unabhängigkeit und Selbstbestimmung verwerfen würde. Das hieße, das Kind mit dem Bade ausschütten. Diese bleiben freilich Werte im Rahmen eines erfüllten Lebens, das aber nicht erst durch die Erreichung von größtmöglicher Autonomie erfüllt ist, sondern durch die Anerkennung und den verantwortungsvollen Umgang mit der gesetzten Abhängigkeit des Menschen. Im Rahmen dieser Setzung kann Autonomie als ein Aspekt gesehen werden, der im Rahmen von Care Unterstützung durch die Care-Gebenden findet. Bezugspunkt ist dann die Haltung der Care-Gebenden. Vgl. zum Gegensatz von Abhängigkeit und Isolation Kittay, 78f.!

¹⁹⁵ Kittay, 76.

¹⁹⁶ Auch im Sinne einer angemessenen Vergütung und Anerkennung der Care-Arbeit. Fürsorge und Gerechtigkeit schließen sich auch hier nicht aus, sondern unterstützen einander. Vgl. Kittay, 76!

¹⁹⁷ Vgl. Kittay, 76: „die dem Menschen inhärente Möglichkeit der unumgänglichen Abhängigkeit!“ - Vgl. auch Kohelets anthropologisch deutbares Lied über die dem Menschsein inhärenten Lebensmöglichkeiten (Koh 3,1-15), das oft missverstanden wurde als Lied über die Zeit und den rechten Zeitpunkt (Kairos). Kohelets weisheitskritische Position wird greifbar, wenn er hier eben nicht mit der alttestamentlichen Weisheit vom Kairos, sondern

licher Unabhängigkeit leben, sondern in der Akzeptanz des eigenen Abhängigseins Schutz (vor Einsamkeit und Isolation), Geborgenheit, Liebe und Freude zu erleben. Damit wird allen, unabhängig vom Ausmaß eines Mehr oder Weniger an Abhängigkeit, die Möglichkeit eines erfüllten Lebens zugestanden. Ein erfülltes Leben entsteht also nicht erst da, wo eine größtmögliche Unabhängigkeit besteht, sondern da, wo ich mich in die meinem Menschsein geschuldeten Bedingungen füge und gut damit umgehe. Es wird gut im guten Umgang. So ist Kittay eine neutrale Betrachtung derer, die Care benötigen¹⁹⁸, und derer, die Care-Gebende sind, gelungen.

3.2. Der Anspruch von Care und Palliativer Haltung und deren Verwirklichung in der Pflege

Im Lichte eines anthropologisch-ontologischen Gesetztseins von Abhängigkeit als Grundbedingung menschlichen Seins entfaltet Kittay ihr Verständnis von Care. Care ist Reaktion auf Abhängigkeit und damit sinnhaft im Menschsein verankert. Mit der Anerkennung der Abhängigkeit als menschlicher Grundbestimmtheit steht und fällt Care. Abhängigkeit ist der Dreh- und Angelpunkt für die sinnhafte und dann auch sinnerschließende Verwirklichung von Care als Tugend, Haltung und Arbeit in der Palliative Care als Motivation zur Palliative Care, als Palliative Haltung und als Palliative Praxis. Eine gute Care, so Kittay, zeichnet sich dadurch aus, dass diese drei Dimensionen gleich wirksam sind, dass sie sich im Gleichgewicht befinden. Diese Aussage muss noch zugespitzt werden und darum gesagt werden, dass Care als Care nur Sinn macht im Anspruch dieser drei Dimensionen und in der Verwirklichung dieser drei Dimensionen. Die Balance der drei Dimensionen ist Voraussetzung dafür, dass Care sich in Anspruch und Wirklichkeit selbst entspricht. Wo eine dieser Dimensionen zu wenig Gewicht hat oder zu viel Gewicht

von lediglich gesetzten Möglichkeiten und Gelegenheiten spricht, die das menschliche Leben bestimmen als reellem Rahmen menschlicher Wirklichkeit.

¹⁹⁸ Positiv bewertet kann ich gerade von ihnen unheimlich viel lernen - denn Kittay schreibt ihren Text nicht *für* ihre Tochter, auch nicht *an ihrer statt*, nein, sie bleibt ganz bei sich und schreibt „darüber, was ich durch sie und durch diejenigen gelernt habe, die mir dabei geholfen haben, für sie zu sorgen.“ (Kittay, 67) Diese lernende Offenheit ist ja gerade das Charakteristikum von Care: Offenheit für das Lernen am Anderen, für dessen Anders-Sein und für das Selbst-Erkennen im Anders-Sein des Anderen.

bekommt, gerät das Ganze von Care in Schiefelage. Care verwirklicht sich im Feld der Care in den Care-Gebenden. Das sind nicht nur die Pflegenden - es sind auch die Angehörigen, die Ehrenamtlichen, die Ärzte, das heißt alle an der Care Beteiligten. Care ist das Dach, unter dem sich alle Care-Gebenden versammeln, und zugleich das Fundament des Hauses, innerhalb dessen Care verwirklicht wird. Das Haus ist das Feld, auf dem die sozialen Akteure mit dem Care-Empfangenden und miteinander in Beziehung treten. Wie ich in der Betrachtung von Bourdieu zeigen werde, spielen hier die Bedingungen des Sozialen Raums der Gesellschaft, die Spielregeln des Feldes und der Habitus der sozialen Akteure eine entscheidende Rolle in der Verwirklichung von Care. So wie Care Dach und Fundament zugleich ist, trifft das auch für das Konzept der Palliative Care zu, die sich in das Care-Konzept einordnet und im Care-Konzept ihre theoretische Verankerung findet. Das Konzept von Care setzt den Ermöglichungsrahmen für die Verwirklichung von Palliative Care als Palliativer Tugend, Haltung und Arbeit. Das Konzept der Palliative Care im Lichte von Care zu betrachten, heißt dann aber auch, die Bedingungen von Palliative Care und die Ansprüche, die daraus entstehen, näher zu betrachten.

Abhängigkeit wirkt sich also in die Dimensionen von Care hinein aus: (1) In der Motivation zur Care (**Tugend**) entspreche ich also ganz, d.h. als ganzer Mensch, mir selbst. Da der Mensch ein Abhängiger ist, macht der Care-Arbeiter also seine Grundbedingtheit zum Beruf. Er erkennt sich als Care-Arbeiter selbst, ist ganz bei sich und seiner menschlichen Bestimmung. In diesem Auf-sich-selbst-geworfen-Sein begegnet sich der Mensch als Ganzer selbst. Der Mensch begegnet sich und damit dem Anderen in der Care "ganzheitlich", das heißt er begegnet sich und dem Anderen in seiner Ambivalenz und dessen Ambivalenz, er begegnet sich und dem Anderen im Rahmen einer Care-Beziehung sinnhaft und sinnerschließend. (2) Das heißt als Care-Gebender ist der Mensch als Ganzer ganz bei sich selbst und beim Anderen. Das beschreibt seine **Haltung**, die von einem Zugang zur Care also nicht zu trennen ist. In der Begegnung mit dem Leben und dem Sterben des Anderen begegnet sich der Care-Gebende selbst mit seinem eigenen Lebendigsein und Sterblich- bzw. Endlichsein, er begegnet sich selbst in seiner Endlichkeit. Die Anerkennung von Abhängigkeit und Endlichkeit führt zur Palliativen Haltung - einer Haltung, die die eigene Endlichkeit und die der Anderen aushält und sich zu ihr verhält, das heißt mit ihr umgeht. Eine Haltung außerdem, die im Rahmen einer Care-

Beziehung solidarisch ganz beim Anderen ist, eine Haltung schließlich, die dadurch sinnvoll ist, dass sich der Mensch in dieser Haltung selbst begegnet und erkennt und anerkennt, die also dadurch sinnvoll ist, dass sich der Care-Gebende als Mensch voll und ganz selbst entspricht, ganz bei sich selbst ist. Eine negative Bewertung von Care, von Care-Gebenden und Care-Empfangenden wird aus dieser Haltung heraus absurd. Denn in der Haltung von Care als einem Verhalten zur eigenen Abhängigkeit und zur Abhängigkeit des Anderen nimmt der Care-Gebende sich selbst ernst in seiner Abhängigkeit, ebenso den Care-Empfangenden und die Care-Beziehung und ist damit sinnstiftende wuchernde Zelle inmitten unserer Gesellschaft. Die Norm der Selbstbestimmtheit ist entmachtet, sie ist nicht länger habitusprägend. (3) Als Abhängiger aber ist der Mensch auf Beziehung angewiesen. In der Care-Beziehung ist er sich und dem Anderen nahe in einer affektiven positiven Verbindung zum Anderen. Dies begründet die Verantwortlichkeit des Menschen, seine solidarische Verantwortlichkeit. Dies schließlich bestimmt die **Care-Arbeit**. Care-Arbeit ist also Beziehungsarbeit aus einer Palliativen Haltung heraus, die den Anderen schützend umfängt. Im Rahmen einer Care-Beziehung geht der Care-Gebende verantwortlich mit seiner eigenen Abhängigkeit und der des Anderen um.

Care verwirklicht sich u.a. als Pflege. Care ist also der Anspruch von Pflege, der sich in den Dimensionen Tugend, Haltung und Arbeit in die Care-Beziehung hinein verwirklicht. Diese Care-Beziehung verbindet mich mit dem Anderen, setzt im Anderen mich mir selbst aus und wirkt in dieser Verbundenheit in die Gesellschaft hinein. Im Anspruch von Care manifestieren sich also Ansprüche an die Wirklichkeit von Pflege, die das anthropologisch-ontologische Gesetztsein von Abhängigkeit als Grundbedingung menschlichen Seins anerkennt und in dieser Anerkennung zur Haltung wird, die sich in die Care-Arbeit hinein auswirkt. - Welche Ansprüche an Care und damit an Palliative Care und damit an eine Palliative Haltung im Palliativen Feld von Care lassen sich nun von Kittays Care-Konzept ableiten? Ein Blick auf die christliche Anthropologie von Doris Nauer, die Care Ethik von Elisabeth Conradi, den Professionalisierungsdiskurs von Sabine Bartholomeyczik und den Bedeutsamkeitsdiskurs von Barabra Duden sollen den Blick für den sinnhaften Anspruch an Care und Palliative Haltung schärfen und dabei Aspekte aktueller pflegewissenschaftlicher Diskurse einbeziehen.

3.2.1. Care als Tugend: Anthropologische Grundlegung

Anspruch 1: Care als Korrektiv gesellschaftlicher Werte

Kittay folgend ist Unabhängigkeit als normative Setzung und Fiktion gerechtigkeitsethischer Ansätze der eigentliche Irrtum moderner westlicher Gesellschaften (sozial konstruierte Wirklichkeit). Eine solch fiktive Setzung führt nicht zu mehr Gerechtigkeit, sondern zur Isolation derer, die dieser fiktiven Setzung nicht entsprechen, und zu einem Teufelskreis der Entwürdigung derer, die Care empfangen, und derer, die Care geben. Care als Tugend verweigert sich einem solchen Teufelskreis.

In der Frage nach dem Selbstverständnis von Pflege, ihrer Bedeutsamkeit, möchte ich Barbara Duden zu Wort kommen lassen, die die Bedeutsamkeit pflegerischen Handelns im modernen Medizinsystem analysiert.¹⁹⁹ Das Selbstverständnis von Pflege entwickelt sie in ihrer Betrachtung dabei nicht aus sich selbst heraus, sondern im Gegenüber zu einer Medizin²⁰⁰, die sich seit den 1970er Jahren in der Krise befinde, der "Krise der persönlichen Beziehungen zum Patienten"²⁰¹. Dieser Patient bleibe trotz des Postulats der Autonomie ein Angewiesener, Abhängiger. Diesem abhängigen Menschen fehle es im modernen Medizinbetrieb an einem persönlichen Gegenüber.

Mit Kittay gesprochen aber bleibt der Mensch ein Abhängiger, weil er immer schon ein Abhängiger ist. Das heißt das Postulat der Autonomie irritiert den Abhängigen in seiner Abhängigkeit. Erst im Glauben an diese normativ-fiktive Setzung von Autonomie verliert der von mir abhängige Mensch sein Gegenüber. Ich bleibe zwar Gegenüber, handle aber in Wirklichkeit nicht als ein solches Gegenüber. Statt inne zu halten und mir bewusst zu werden, dass ich dieses Gegenüber immer schon bin und deshalb verantwortlich für mein Gegenüber, muss ich dieses Gegenüber gegen das Postulat der Autonomie stets mühsam konstruieren, neu erschaffen. Statt meinem Gegenüber als Gegenüber zu begegnen, schaffe ich mir mein Ge-

¹⁹⁹ Vgl. Duden!

²⁰⁰ „...führt zu der Frage, welche neue Bedeutsamkeit die Pflegenden in diesem Kontext haben oder haben müssten.“ (Duden, 27)

genüber, das als mein Geschöpf schon immer in eine asymmetrische Schiefelage zu mir gerät. Er ist ja nicht das Gegenüber selbst, sondern Abbild dieses Gegenübers. Handlungsleitend ist eine dann nicht partizipativ agierende Care, sondern herrschaftlich dominierende Pflege und Medizin. Das heißt: meine anthropologischen Voraussetzungen (Tugend/Motivation von Care) sind Bedingung für meine Haltung, mit der ich das Feld der Care betrete. Die Bedingungen meines Verständnisses vom sterbenden Menschen, ob bewusst oder unbewusst, wirken sich auf meine Palliative Haltung aus und wirken sich über diese Haltung vermittelt in meine Care-Arbeit hinein aus. Gehe ich also - gegen das Postulat der Autonomie - von Abhängigkeit aus, verliere ich mein Gegenüber nicht und er verliert mich nicht als Gegenüber. Eine so verstandene Care macht sich ihre Verantwortung bewusst und muss diese nicht erst schaffen. Care öffnet sich damit ihrer Verantwortlichkeit im Rahmen wechselseitiger Verantwortlichkeit von Care-Gebenden, Care-Empfangenden und Gesellschaft also stets neu.

Dieses Desiderat hat sich in der Pflege trotz aller Transformationsprozesse erhalten - sie bestimmt das Proprium von Pflege. Die Pflege müsse nach Duden also die Tradition einer persönlichen Beziehung aufrechterhalten, mahnende Instanz sein und Kontrapunkt im modernen Medizinbetrieb, "weil sie aufgrund ihrer Tätigkeit vom leidenden Menschen und seiner gelebten Körperlichkeit, aber auch von Ohnmacht, Angst und dem Erleben der eigenen Sterblichkeit" wisse.²⁰² Dieses Dasein als Kontrapunkt führe allerdings zur "Bedrohung" der Pflege.²⁰³ Das heißt in der Wahrung der Werte, die den Mensch Mensch sein lassen, sieht Duden Bedeutung und Sinn von Pflege im modernen Gesundheitswesen.

Fazit

Das Leben im Angesicht des Postulats von Autonomie ist ein mühsames. Nicht nur schaffe ich mir selbst im Autonomen ein neues Gegenüber, sondern auch dem Autonomen muss ein Gegenüber geschaffen werden, er hat seines im modernen Gesundheitsbetrieb ja verloren. Ein Gegenüber freilich, das er immer wieder ver-

²⁰¹ Duden, 27.

²⁰² Duden, 28. Hier spricht sie in Gänze vom Menschen: körperliche, psychische und spirituelle Dimension. Vgl. hier auch Weischedels „abschiedlich leben“ (Weischedel, 194-197 und 209-215)!

lieren kann. Das heißt ich verliere mich als Gegenüber stets aufs Neue und muss mich stets neu konstruieren, während ich demgegenüber einem Abhängigen schon immer ein Gegenüber bin und bleibe. Dieser Realität kann ich mich öffnen oder aber verschließen und durch andere Werte verstellen, beides wird dann je für sich zur wirklichen Begegnung mit einem Gegenüber. Im Verständnis einer Care, die von der Abhängigkeit des Menschen ausgeht, muss ich mir in einer Care-Beziehung nicht das Gegenüber eines Autonomen mühsam sozial konstruieren, sondern darf ganz Gegenüber sein. In der Care offenbart sich praktisch, was schon immer da ist. Care ist dann nicht Produkt, sondern Wirkung einer anthropologischen Setzung.

Was Duden deduktiv in Abgrenzung zu den Medizinerinnen ableitet²⁰⁴, kann m.E. induktiv im Rahmen einer solchen anthropologischen Setzung als Anspruch der Pflege an sich selbst aus dem darin gründenden Verständnis von Care heraus begründet werden: Der Sinn der Pflege als Anspruch der Pflege an sich selbst ist die Care eines persönlichen Gegenübers, ist die Care eines ganzheitlichen Seelenwesens. Bereitschaft zur Care entspringt aus ihrer Sinnhaftigkeit als anthropologischem Gesetztsein, in der Haltung eines persönlichen Gegenübers leistet Pflege Care-Arbeit am ganzen Menschen. Die Rede vom ganzheitlichen Gegenüber, das ja auch Grundlage des Palliative Care Konzepts ist, möchte ich nun im folgenden Exkurs näher betrachten.

Exkurs: Die Bedingung der Rede von der Ganzheitlichkeit des Menschen

Der ganze Mensch als ein immer schon abhängiger Mensch ist der Mensch als ein schon immer in-Beziehung-seiender Mensch. Autonomie kann sich dann nur im

²⁰³ Vgl. Duden, 31!

²⁰⁴ Den Weg waren Ärzte und Pflege gemeinsam gegangen. In der Krise der Medizin haben die Ärzte den gemeinsamen Weg verlassen, die Pflege geht den Weg allein weiter und trägt den Banner alter Traditionen eines persönlichen Gegenübers gegen die Bedrohungen der Moderne vor sich her. Das begründet m.E. aber noch nicht das Proprium des Anspruchs der Pflege und grenzt es vom Proprium des Anspruchs der Ärzte ab, begründet vielmehr ein gemeinsames Proprium und mahnt die Ärzte, dass der Anspruch doch eigentlich ein anderer sei, ein mit der Pflege gemeinsamer!

Rahmen dieser Bedingtheit verwirklichen. Das heißt diese so bestimmte Bedingtheit des Menschen bestimmt den Rahmen für die Möglichkeiten seines In-der-Welt-Seins. Die christlichen Wurzeln von Palliative Care und die Nähe einer so bestimmten menschlichen Bedingtheit zur christlichen Anthropologie legen es m.E. nahe, an dieser Stelle nach den Bedingungen eines holistisch verfassten Menschenbildes zu fragen, das einer so bestimmten Care zugrunde liegt. Als Beispiel für ein so gefasstes christliches Menschenbild wähle ich den Ansatz von Doris Nauer²⁰⁵, die darauf hinweist, dass es das EINE christliche Menschenbild nicht geben kann, sondern dass „nur Ecksteine“ dargestellt werden können, die jedoch ein solides anthropologisches Fundament bilden.²⁰⁶ Der ganze Mensch, den Nauer als „gottgewollte lebendige Seele“²⁰⁷ beschreibt, zeichnet sich durch verschiedene, durch die christliche Tradition bestimmte Merkmale aus. Menschsein lässt sich in dieser Tradition nicht eindeutig und eindimensional als Summe dieser Merkmale beschreiben. Menschsein aus christlicher Sicht ist vielmehr gekennzeichnet durch eine grundsätzliche Ambivalenz, durch eine Zerrissenheit zwischen Anspruch, Zuspruch und Wirklichkeit. Ganzheitliches Menschsein ist Menschsein in Ambivalenz, was Nauer anhand der Merkmale des Menschseins aufzeigen kann. Nauers Ecksteine einer christlichen Anthropologie verstehe ich als Hinweise auf eine menschliche Bedingtheit, die in der Sprache des Alten und Neuen Testaments das zum Ausdruck bringt, als was sich der Mensch als Mensch begreifen kann. Die Ecksteine, die nach Nauer den Rahmen für eine christliche Beschreibung dessen, was der Mensch ist, bilden, will ich deshalb aus Sicht einer Care auf die Wirklichkeit der Pflege hin betrachten.

Eckstein 1: Der Mensch ist einzigartig, er ist frei und zugleich verantwortlich, denn er ist Geschöpf, Bundespartner und Ebenbild Gottes. Er ist als Geschöpf Gottes lebendige Seele und Staub zugleich. Er ist endlich.

Des Menschen Einzigartigkeit, Freiheit und Verantwortlichkeit wird theologisch von der Geschöpflichkeit des Menschen (des Menschen coram Deo - Psalm 8!) her

²⁰⁵ Vgl. Nauer!

²⁰⁶ Vgl. Nauer, 61!

²⁰⁷ Nauer, 62.

begründet.²⁰⁸ Da des Menschen Einzigartigkeit, Freiheit und Verantwortlichkeit grundlegende Werte gerade auch im Rahmen einer pflegerischen Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem darstellen, muss sich Pflege zum einen fragen lassen, wie sie diese Werte für sich begründet, und zum anderen, wie sie diese Werte inhaltlich füllen will. Welchen normativen Setzungen und Axiomen folgt eine Pflege, wenn sie von der Einzigartigkeit des Menschen ausgeht und von dieser aus argumentiert? Welchen Normen und Axiomen folgt sie, wo es um des Menschen Freiheit im Handeln und Entscheiden, um seine Gesundheit und Krankheit und wo es im Rahmen seiner möglichen Pflegebedürftigkeit um die Verarbeitung seiner Krankheit und seiner Abhängigkeit im Pflegesetting geht? Worin gründet seine Freiheit, wenn er sich gegen angebotene Therapien entscheidet, worin seine Verantwortlichkeit, compliant oder eben nicht compliant zu sein? - Pflege tut gut daran, das eigene Pflegeverständnis und -handeln dahin gehend zu hinterfragen, welchen normativen Setzungen und Axiomen dieses folgt - sie fragt nach den Bedingungen (im Sinne von Tugend und Haltung) von Care und danach, wie sich diese auf die Praxis (Care-Arbeit) auswirken.

Des Menschen Endlichkeit ist innerhalb der Pflege vor allem im Kontext der Palliative Care und der Altenpflege thematisiert. Hier hat sie ihre auch in der Gesellschaft wahrnehmbare Heimat gefunden. Aber unterliegt das Sterben dabei nicht der Gefahr, aus der Gesellschaft **hinaus** in besondere Einrichtungen des Gesundheitswesens **hinein** verlagert zu werden? Folgt der Enttabuisierung des Sterbens nun eine Ghettoisierung des Sterbens in Pflegeheimen, Hospizen und Palliativstationen? Ist Sterben nur noch etwas für Profis? Was ist dabei die Rolle der Pflege? Inwieweit folgt die Pflege dieser Ghettoisierung oder leistet ihr gar Vorschub? Was kann Pflege tun, um die Endlichkeit als Wahrheit der Wirklichkeit wieder ins gesellschaftliche Bewusstsein zurückzubringen?

Die Nauersche Rede von der Ambivalenz menschlicher Verfasstheit als lebendiger Seele und endlichem Staubwesen zugleich gilt dabei auch und gerade für das Pflegesetting! Dass der Mensch endlich **und** lebendig zugleich ist, nimmt Palliative Care von ihrem Anspruch her ernst, wenn sie davon spricht, nicht dem Leben mehr Tage, sondern den Tagen mehr Leben geben zu wollen. Auch die Bemühungen

²⁰⁸ Vgl. Nauer, 62!

um die Etablierung einer AAPV und SAPV gehen in diese Richtung, die zum Ziel haben, das Sterben wieder „gesellschaftsfähig“ zu machen, das heißt, das Sterben zurück in die Mitte der Gesellschaft zu den Lebenden zu bringen. Den sterbenden Endlichen in die Lebendigkeit des häuslichen Umfelds zurückzubringen, bedeutet dann aber auch, die eigene Endlichkeit wieder sichtbar, wieder wahrnehmbar und erfahrbar zu machen. Denn nicht nur ist der Sterbende **zugleich** lebendig, auch der Lebende ist **zugleich** ein Sterbender. Die Grenzen sind fließend. Sterben und Tod, aber auch „Unvollkommenheit, Fragmentarität, Gebrechlichkeit, Gebrochenheit, Behinderung, Krankheit, Unheilbarkeit, Leid, Vergänglichkeit und Altwerden“²⁰⁹ sind somit untrennbar mit dem menschlichen Leben verbunden. Mensch-Sein ist gekennzeichnet durch die Integration der Begrenztheiten in das eigene Leben unter Ausschöpfung der individuellen Lebens-Möglichkeiten. Das heißt der Mensch ist als Mensch zum einen endlich und als solcher endlicher Mensch zum anderen in der Lage, sich mit seiner Endlichkeit auseinanderzusetzen. Pflege ist von ihrem Auftrag her mittendrin in dieser Erfahrbarkeit und damit sind die Mitarbeiter der Pflege auch mittendrin im Bewusstsein vom eigenen Leben und Sterben. Pflege kann hier gesellschaftliches Vorbild und Sprachrohr für die Lebendigkeit der Endlichen und die Endlichkeit der Lebenden in die Gesellschaft hinein sein.

Eckstein 2: Der Mensch besitzt eine gleiche und unantastbare Würde, die sich direkt aus seiner Gottebenbildlichkeit ableiten lässt.

Des Menschen Würde leitet sich demnach nicht von seiner Kognitionsfähigkeit ab, ist nicht ursächlich mit ihr verbunden, sondern von seiner Gottebenbildlichkeit. Diese theologisch-normative Setzung findet sich auch im Grundgesetz wieder, und zwar in der Betrachtung des Menschen coram Deo in der Präambel des Grundgesetzes.²¹⁰ Die Würde des Menschen ist also nichts dem Menschen vom Menschen Zugesprochenes, sondern etwas mit seiner Natur als Mensch Verbundenes, mit seinem Menschsein wesentlich Verbundenes und daher unveräußerlich. Welchen Sinn macht dann die Rede vom menschenwürdigen Sterben? Da menschliches Leben im Wesen mit Würde verbunden ist, ist Würde nichts Verlierbares. Im Sinne

²⁰⁹ Nauer, 66.

²¹⁰ Vgl. Deutscher Bundestag, 13!

eines zugesprochenen Wertes aber ist sie verletzbar. Die Würde des Menschen ist in der Achtung des sterbenden Menschen als Mensch unverlierbar, dennoch ist sie doch zugleich verletzbar - dies ist in der Ambivalenz des Würdebegriffs begründet.²¹¹

Eckstein 3: *Der Mensch ist peccator und iustus zugleich. Das heißt, der Mensch ist als Gottes Geschöpf nicht vollendet, er ist sündig und schuldig und dennoch gleichzeitig durch Gottes Gnade geliebt, erlöst und gerechtfertigt. Als solcher steht die Vollendung noch aus, durch die Gnade Gottes lebt er aber bereits in der verheißenden Hoffnung der Vollendung. Der Mensch ist in seiner Fragmentarität eingebunden in das ewige Leben.*

Das paulinische „noch nicht vollendet, aber bereits erlöst“ und das lutherische „simul iustus et peccator“ übersetzt Nauer hier in die Begrifflichkeit der Ambivalenz des Menschen und deutet damit die Rede von der „Ganzheitlichkeit“ des Menschen theologisch um.²¹² Was kann Pflege für ihren Gegenstand und für ihren Anspruch ganzheitlich verantworteter Pflege daraus ableiten?

Ganzheitlich heißt also nicht nur „**umfassend**“. Natürlich ist es unumgänglich, dem (ganzen) Menschen gerade im Pflegesetting so viel (umfassende) Aufmerksamkeit wie möglich entgegenzubringen, um mit Konzepten wie zum Beispiel der Biografiearbeit, der Basalen Stimulation und der Validation überhaupt erst arbeiten zu können. Der Mensch kommt ganzheitlich dadurch in den Blick, dass ganz genau hingeschaut wird, und zwar mit allen „Sinnen“ (damit auch mit der Intuition des pflegerischen Experten), es wird umfassend geschaut. - Ganzheitlich heißt auch nicht der ganze, weil „**heile**“ Mensch. Ganzsein heißt nicht per se Heilsein. Das zeigt die Erfahrung der Pflegenden, die auch im kranken den heilen Menschen wahrzunehmen imstande sind. Der heile Mensch ist ein Aspekt des Menschen im Rahmen seiner körperlich-psychisch-geistigen Verfasstheit einerseits und seiner sozial-kontextuellen Einbindung dieser seiner Verfasstheit andererseits.

²¹¹ Vgl. Wetz, 5, der den Begriff der Würde und damit die Würde selbst gefährdet sieht: „Heute ist die Menschenwürde nicht mehr nur in der konkreten Praxis gefährdet, sondern auch in der abstrakten Theorie; wir sind unsicher geworden, ob es sie überhaupt gibt.“

Ganzheitlichkeit im theologischen Sinn fokussiert also weniger auf das, was der Ganzheit, dem Ganz- und Heilsein fehlt, der Blick der Theologie ist hier nicht defizitär. Der Blick der Theologie ist ein anderer, ein realistischer: der Mensch ist ganzheitlich „ganz“ in seiner „**Ambivalenz**“. Ganzheitlich ganz ist der Mensch durch seine Ambivalenz. Der Mensch ist heil und nicht-heil zugleich. Beides gehört in dieser unserer Wirklichkeit zusammen. In der bejahenden Wahrnehmung dieser Ambivalenz liegt die Chance der Versöhnung mit der Wirklichkeit. Das heißt erst dann, wenn ich in der Lage bin, den Menschen in seiner grundlegenden Zerrissenheit wahrzunehmen, nehme ich den Menschen als Ganzen wahrhaftig wahr. Der Mensch ist lebendig (heil) und sterbend (unheil) zugleich. Das beeinflusst und lenkt meine Haltung und mein Tun in der Pflege, wenn ich mir dessen bewusst bin. Das beeinflusst und lenkt aber auch die Haltung und das Tun des Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen, wenn sie sich dessen bewusst sind und das wahr sein lassen können. Der Mensch **ist nicht** heil, der Gesundheitsbegriff der WHO²¹³ greift hier nicht, der Mensch ist ambivalent, er ist lebendig und sterbend zugleich, er ist frei und unabhängig zugleich. Das ist die ganzheitliche Sicht des Menschen, dass ich mit dieser Ambivalenz schon immer zu tun habe, wenn ich mit Menschen umgehe. Diese Ambivalenz löst sich in dieser Wirklichkeit nicht auf. Für den Glaubenden allerdings ist sie eingebettet in die Wahrheit und Hoffnung des Glaubens. Durch den Glauben lebt der Glaubende bereits in der Hoffnung der Vollendung. Dies ist der Trost des Glaubens, der dem Glaubenden vorbehalten bleibt und dann im Rahmen der Frage nach der Spiritualität relevant wird.

Eckstein 4: Die lebendige Seele Mensch ist ein multidimensional angelegtes und ambivalentes Wesen, wobei die Dimensionen des Menschen eng miteinander verwoben sind.

Die Ambivalenz des Menschen wurde betrachtet. - Welches sind nun aber die Dimensionen des Menschseins? Auf welche Dimensionen des Menschseins wirkt sich des Menschen Zerrissenheit wie aus? Nauer führt von der grundsätzlich ambivalenten Verfasstheit des Menschen tiefer ein in die Dimensionen des Mensch-

²¹² Vgl. Nauer, 69!

²¹³ WHO-Definition von 1948: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO, 1)

seins und die Auswirkung seiner ambivalenten Verfasstheit auf die Dimensionalität des Menschen. Sie beschreibt den Menschen als lebendiges Seelenwesen hinsichtlich seiner Körper-, Psyche- und Geist-Dimension einerseits und als Mensch in Bezogenheit auf die Welt andererseits (soziale und Kontext-Dimensionen), wobei auch gerade in der multidimensionalen Verfasstheit des Menschen die Ambivalenz des Menschseins zum Ausdruck kommt. Der Mensch als Mensch ist nicht ein Mensch per und qua se, sondern als Mensch ein auf die Welt hin geordneter Mensch. Als solcher steht er von Anfang an in Beziehung, er ist ein **soziales Wesen**. In diesem Sinne ist gegenseitige Abhängigkeit (Reziprozität) als Stärke des Menschseins zu betrachten, da sie seiner Geschöpflichkeit entspricht. Diese Dimension ist insofern höchst ambivalent, „dass Menschen zwar nicht ohne einander, aber auch nicht miteinander leben können, weshalb sie beinahe unvermeidlich aneinander scheitern“²¹⁴.

Was bedeutet das nun für die Pflege? Mit welchen Dimensionen des Menschen geht Pflege wie um? - Mit dem Menschen als Körper und der Gefahr einer funktionalen Verengung auf eine mehr oder weniger somatische Sicht des Menschen? - Mit dem Menschen als Psyche? Der Blick auf die Krankheitsverarbeitung (Coping) fokussiert hierauf. Aber ist Coping nicht viel mehr? Zeigt sich Coping nicht auch körperlich (beim Patienten und in der „Berührung“ durch Pflege) und hat Coping nicht auch eine spirituelle Seite (als Unterstützungssystem)? - Damit ist die dritte Dimension benannt: Die Pflege hat es auch mit des Menschen Geist zu tun, mit seiner spirituellen Seite, seinen oft unbewusst gelebten und erlebten spirituellen Ritualen und Bedürfnissen. Palliative Care betont sehr stark diesen Aspekt des Menschen, der der Pflege verloren gegangen scheint.²¹⁵ Auch hierdurch wird der Mensch ganzheitlich wahrgenommen. Nicht nur in seiner Ambivalenz, sondern auch in seiner Multidimensionalität.

Ganzheitlich heißt dann aber auch, dass die Pflegefachpersonen selbst als soziale und kontextuell verankerte Personen einerseits und als multidimensional verankerte Personen andererseits in einer Care-Beziehung als solch verfasste Personen präsent sind und in ihrer Ambivalenz ihrem ambivalenten Gegenüber aufgrund

²¹⁴ Nauer, 88.

²¹⁵ Vgl. Nolte, 87!

dieser Ambivalenz menschlich nahe kommen. Diese Ambivalenz ist dann tragende Basis von Tugend, Haltung und Arbeit von Care. In dieser Ambivalenz findet Begegnung statt: mit dem Anderen und vermittelt über den Anderen mit sich selbst und mit der Gesellschaft.

Nauer bricht mit einer in der Medizin noch immer fassbaren dualistischen Vorstellung vom Menschen. Für sie ist Seele der Begriff für den ganzen Menschen und nicht Teil des Menschen neben dem Körper. Der Mensch, mit dem ich pflegerisch umgehe, ist nicht der neuplatonisch gedachte Körper mit einer irgendwie belebenden Seele, sondern als lebendiger Mensch **ist** der Mensch Seele mit Körper, Psyche und Geist innerhalb sozialer und kontextueller Dimensionen. Gerät eine Dimension ins Ungleichgewicht, hat das Auswirkungen auf die anderen Dimensionen.

Ist Pflege sich bewusst, welches Menschenbild sie ihrer Arbeit zugrunde legt? Berücksichtigt sie in ihrer Annäherung an ihren Gegenstand diese Multidimensionalität und Ambivalenz des Menschen, mit dem sie pflegerisch umgeht? Definiert Pflege für sich das Menschenbild, das sie ihrer Auffassung von Pflegebedürftigkeit zugrunde legt? Was bedeutet es für die Pflege, dass sie mit Menschen zu tun hat, deren Dimensionen offensichtlich in Schiefelage geraten sind? Wie sind eine Pflege und deren Pflegequalität überhaupt abzubilden, wie eine Pflege also zu bewerten, deren Gegenstand doch multidimensional und ambivalent und demzufolge höchst komplex und in seiner recht verstandenen Ganzheitlichkeit nur schwer zu fassen ist?

Nauers Fazit lautet: der Mensch ist ein **multidimensionales Wesen**. Sie betont, dass alle Dimensionen gleichwertig sind, und macht wiederholt auf die den Dimensionen innewohnende Ambivalenz aufmerksam. Diese Ambivalenzen sind es, die das „Mensch-Sein essentiell ausmachen“²¹⁶.

²¹⁶ Nauer, 93.

3.2.2. Care als Haltung: Professionelle Haltung und Palliative Haltung

Anspruch 2: Care als professionelle Pflege ist mehr als "Arbeit"

Als Reaktion auf Abhängigkeit entsteht Care. Ihr Gegenstand ist der Care-Empfangende und der Care-Gebende in ihrer Bezogenheit. Care verwirklicht sich bezogen auf ihren Gegenstand in drei Dimensionen: Tugend, Haltung und Arbeit. Gute Care entsteht da, wo diese drei Dimensionen zusammenkommen. Sinnhafte Care verwirklicht sich als professionell handelnde Pflege in der Verwobenheit dieser Dimensionen, wobei Haltung das zwischen Tugend und Arbeit Vermittelnde ist. Tugend vermittelt sich über die Haltung in die Praxis.

In der Auffassung gegenseitiger Abhängigkeit und Verantwortlichkeit entstehen gegenseitiger Respekt und Würdigung. In der Auffassung gegenseitiger Abhängigkeit und Verantwortlichkeit begeben sich die Care-Gebenden in eine Care-Beziehung hinein. Haltung von Care und Palliative Haltung von Palliative Care in einer solchen Beziehung ist dann die Auffassung dieses Gegenüber-Seins. Die Haltung eines solchen Gegenübers findet der abhängige Mensch nach Duden im "Schwesterlichen"²¹⁷/"Brüderlichen"²¹⁸ der Pflege: "jene schwer zu fassende 'Anwesenheit', jenes Dasein für das Gegenüber, welches kranke, verängstigte, leidende Menschen brauchen, um gesund zu werden oder ihr Leiden aushalten zu können..., die kaum objektivierbare Bedeutsamkeit einer fachkundig-erfahrenen, persönlichen, teilnehmenden Haltung"²¹⁹, in der der andere nicht Objekt werde, sondern Subjekt bleibe. Das ist das Sinnhafte im Kontext einer professionellen Care-Beziehung. Palliative Haltung ist Professionelle Haltung.

Worin aber unterscheidet sich das Sinnhafte von Pflege und Medizin? Ist das Sinnhafte von Care an das zu koppeln, was professionelle Pflege als "professionell" ausmacht? Sabine Bartholomeyczik stellt diese Frage auf dem Hintergrund der Professionalisierungsdebatte²²⁰ innerhalb der Pflege²²¹, indem sie historisch den

²¹⁷ Vgl. Duden, 19f.!

²¹⁸ Vgl. Duden, 19f. und 30f.!

²¹⁹ Duden, 20.

²²⁰ Vgl. Bartholomeyczik (2010), die sich in „Professionelle Pflege heute. Einige Thesen“ sowohl von einer alltags-sprachlichen Begrifflichkeit als auch vom kriterienbezogenen Professionsbegriff (Merkmalsorientierung) der

Weg der Pflege hin zur Verberuflichung und weiter zur Professionalisierung nachzeichnet. Nach Bartholomeyczik ist die Trennung in Medizin und Pflege kaum 200 Jahre alt. "Mit dem Siegeszug der naturwissenschaftlichen Medizin wurden alle nicht naturwissenschaftlich fassbaren Bereiche als unwissenschaftlich... und im Bereich der medizinischen Versorgung der Pflege zugewiesen... die Subjektivität, die Wahrnehmung des Kranken, seine allgemeinen Bedürfnisse und auch seine Deutung vom Krankheitsgeschehen"²²². Aktuelle Definitionen von Pflege²²³ machen deutlich, "dass Pflege etwas anderes als ärztliches Handeln ist, dass sie sich ergänzen und... in weiten Bereichen nicht ohne einander sinnvoll zur Gesundheit von Menschen beitragen können."²²⁴ Sie ist deshalb der Überzeugung, "dass Pflegenden professionell handeln müssen, wenn sie ihrem Auftrag gerecht werden sollen"²²⁵. Wenn dem so ist: Wie verhalten sich Care und professionelle Pflege dann zueinander? Und: Wenn es zu einer Trennung von Medizin und Pflege kam, worin ist diese Trennung dann tatsächlich begründet? Ist sie aus gender- und machtkritischer Betrachtung konstruiert und wirkt als solche in unsere Zeit und das gesellschaftliche Verständnis von Pflege hinein? Oder konnte diese Trennung nur eine zwangsläufige, vom Sinn der Care her bedingte Trennung sein, die dann aus gender- und machtkritischer Perspektive heraus mit einer gesellschaftlichen Entwertung ihres Gegenstandes einherging und -geht, der doch der Gegenstand der Gesellschaft ist (der abhängige Mensch) und in der Care überlebt hat und als solches das Proprium von Care begründet? War es eine Trennung in Medizin und Care, die sich als Trennung in Medizin und Pflege sozial konstruierte?

Soziologie der 1960er und 1970er Jahre abgrenzt und sich der Idee professionellen Handelns, das sich konstituiert in wissenschaftlicher, hermeneutischer und situativer Kompetenz, anschließt. Vgl. Bartholomeyczik (2010), 134-136!

²²¹ „Ist Pflege eine ärztliche Hilfstätigkeit oder hat sie einen eigenen gesundheitlichen Versorgungsauftrag?“ (Bartholomeyczik (2010), 133) „Unterscheiden sich die Inhalte von Problemen, die durch Pflege gelöst werden müssen und damit vielleicht auch die Art der Problemlösung von der der Ärzte?... gibt es einen eigenen pflegewissenschaftlichen *Body of science*?“ (Bartholomeyczik (2010), 135f.)

²²² Bartholomeyczik (2010), 146f. Dem Charakter der Subjektivität entspricht, „dass das Kranksein in den Vordergrund gestellt wird, das Erleben von Krankheit und nicht die Krankheit selbst.“ (Bartholomeyczik (2010), 150)

²²³ Vgl. Bartholomeyczik (2010), 136-138!

²²⁴ Bartholomeyczik (2010), 138.

²²⁵ Bartholomeyczik (2010), 152.

3.2.3. Care als Arbeit: Beziehungsarbeit in solidarischer Verantwortlichkeit

Anspruch 3: Verantwortung für sich selbst und füreinander von Care-Gebenden, Care-Empfangenden und Gesellschaft. In der Anerkennung dieser Verantwortlichkeit (im Rahmen einer Beziehungsethik) verwirklicht sich sinnhaft Gerechtigkeit

Der Mensch als ein schon immer Abhängiger ist ein In-Beziehung-Seiender. Abhängigkeit ist also keine Beschränkung, sondern eine Ressource. Diese Verfasstheit des Menschen mit der Möglichkeit eines hohen Ausmaßes an Abhängigkeit bedingt eine grundsätzliche Verantwortlichkeit füreinander - sowohl der Care-Empfangenden und Care-Gebenden füreinander als auch der Gesellschaft für Care-Empfangende und Care-Gebende sowie der Care-Empfangenden und Care-Gebenden für die Gesellschaft, die in gegenseitiger Care füreinander Verantwortung übernehmen und damit Gerechtigkeit schaffen.²²⁶ Sich verantwortlich mit dem Anderen zu verbinden, heißt mit ihm solidarisch zu werden, und zwar im Bewusstsein, dass mein Wohlergehen immer schon mit dem des Anderen verbunden ist.

Anspruch 4: Care erschließt und stiftet Sinn in der Unterstützung des Führens eines erfüllten Lebens

Care unterstützt in ihrer Haltung der Verantwortlichkeit Care-Empfangende darin, ein erfülltes Leben zu führen. Ein Leben, das das "Aufeinandergeworfensein" gut annehmen und gut damit umgehen kann. Erfülltes Leben ist dann nicht mehr gleichbedeutend mit dem Glück größtmöglicher Unabhängigkeit und Selbstbestimmtheit (Autonomie), sondern mit dem Glück der Fähigkeit der Akzeptanz anthropologisch bedingten Abhängigseins. Eine solche Akzeptanz hebt den Widerspruch von Abhängigkeit und Unabhängigkeit auf²²⁷ und begründet einen neuen:

²²⁶ Die Argumentation basiert auf einem emanzipatorischen und machtkritischen feministisch verwurzelten Care-Ethik-Ansatz, der Care aktiv in einen kritischen Dialog mit modernen gesellschaftspolitischen Werten setzt. Die Care-Gebenden erscheinen dabei geschlechtsneutral. Kittay gibt weiter zu bedenken: Eine „Ethik, die Ungleichheiten in Situationen und Macht anerkennt“, vermeidet, „dass diese Ungleichheiten zu Anlässen für Dominanz und Missbrauch einerseits und zu Paternalismus andererseits werden“. (Kittay, 76)

²²⁷ Was zwingend nicht anders sein kann, denn Abhängigkeit ist anthropologische Realität und Unabhängigkeit ein

den von Abhängigkeit und Isolation. Die Akzeptanz der eigenen Abhängigkeit des in-Beziehung-seienden Menschen schützt ihn vor Isolation und führt ihn seiner Bestimmung von in steter Abhängigkeit erlebter Freude, Liebe und Geborgenheit zu. Durch das Zulassen von Abhängigkeit und Abhängigsein entstehen Vertrauen und Verantwortlichkeit. In der Qualität der Haltung von Vertrauen und Verantwortlichkeit wird damit das Eigentliche, Sinnhafte, das Wirksame, das Proprium von Care transparent, das nach Duden das "Schwesterliche" bzw. "Brüderliche" ist. Der Schlüssel liegt in der Qualität von Beziehung, die Pflege im Rahmen einer Care-Beziehung eingeht. Sie kommt dem ganzen Menschen in all seinen Lebensbezügen intim nahe - transkulturell²²⁸ nahe. Fremdheit darf als Konstruktion entlarvt werden; Fremdheit, die in Abgrenzung zum Eigenen erst entstanden ist: "In einer professionellen Begegnung... ist es deshalb unabdingbar, zunächst das Eigene zu erkunden und auch in Frage zu stellen."²²⁹ Die Andersartigkeit ist flüchtig. Das eigene entfremdete Selbst tritt dann in Beziehung zum entfremdeten Selbst des Anderen, Intimität ist entstanden. Mich im Anderen in meinem Abhängigsein selbst zu erkennen, macht eine asymmetrische Beziehung zur Beziehung der Gleichheit. - Pflegeprofessionelle Intimität und Familiarität im Rahmen einer Care scheint hier als Proprium aufzublitzen.

Wie aber lässt sich die Frage nach Sinn und Anspruch von Care in den pflegewissenschaftlichen Kontext der Diskussion um "Care" einordnen? Als Vertreterin einer Care Ethik der Achtsamkeit lasse ich Elisabeth Conradi exemplarisch zu Wort kommen. Sie weist in der Einleitung zu ihrer Care Ethik²³⁰ auf die Komplexität des Begriffs "Care" hin und auf die Problematik einer Übersetzung ins Deutsche: "Der deutschen Sprache fehlt ein Wort, das den Gesichtspunkt der Zuwendung mit interaktiven Aspekten vereint und einer gemeinsamen Gestaltung der Praxis durch die daran beteiligten Menschen... Jene Person, die sich einer anderen zuwendet, und diese, der die Aufmerksamkeit gilt, sind im Prozeß der Zuwendung aufeinander-

soziales Konstrukt, eine Fiktion.

²²⁸ Vgl. Silberzahn-Jandt, 27: „Mit dem theoretisch begründeten Konzept der Transkulturalität (Welsch 1998), das mit einem dynamischen nichtterritorialen Kulturbegriff operiert, wird konsequent das Subjekt, seine Biografie, seine wie auch immer gearteten kulturellen, religiösen, familiären, wirtschaftlichen und zeitgebundenen Prägungen und jeweiligen handlungsleitenden Interessen in den Mittelpunkt jeder Interaktion gestellt.“

²²⁹ Silberzahn-Jandt, 26.

²³⁰ Vgl. Conradi!

der bezogen... im Prozeß der Zuwendung entsteht... die gemeinsame Praxis *Care*.²³¹ In diesem Zusammenhang erinnert sie an den Aspekt der Selbstsorge des Care-Gebenden, "dass Sorge sich nicht bloß auf andere richten darf. Menschen, die für andere sorgen, sollen demnach auch sich selbst und ihre Bedürfnisse wahrnehmen. Im Idealfall gehören also die Sorge für andere und die Selbstsorge zusammen."²³² Aber auch bei Conradi geht Care über die Intimität der Care-Beziehung hinaus. Care als Care verstanden weise über sich selbst hinaus in die Gesellschaft hinein. Care ist "eine gesellschaftliche Praxis, die den Aspekt der Bezogenheit ebenso umfasst wie sorgende Aktivitäten."²³³

Die Frage nach dem Sinn von Care ist die Frage nach Bedeutsamkeit und Wirksamkeit von Care - als etwas Sinnerschließendem und Sinnstiftendem. Sie stellt sich im Rahmen der Frage von Pflege zwischen Anspruch und Wirklichkeit und der Frage danach, ob der Anspruch von Care durch die Wirklichkeit transformiert wird oder ob Care nicht vielmehr normativer Zuspruch für die Wirklichkeit ist, die sich als Care verwirklicht und als solche in der Wirklichkeit aufscheint. Es bleibt auch offen: Wie ist Care als Sinn und Anspruch von Pflege für andere Handlungsfelder von Pflege auszudeuten? Wie ist im Rahmen der Klärung des Care-Begriffs informelle und wie formelle Pflege aufzufassen und entsprechend berufspolitisch zu vertreten?

²³¹ Conradi, 13f.

²³² Conradi, 13.

²³³ Conradi, 21. Sie fasst Care als eine „moralisch relevante Praxis“ (16) auf und nicht „als ein der Entscheidung unzugängliches Gefühl“ (16). „Die Suche nach einer angemessenen Beschreibung und Konzeption der Praxis *Care* verstehe ich folgerichtig als Entwicklung einer Ethik.“ (16) Sie kritisiert damit eine „konventionelle Moral der Güte“ (16), die sich auf die Person des Helfenden fokussiert, sich vom Helfen ein moralisches Gutsein verspricht und als Moral westlicher Gesellschaften dazu beitrug, die Praxis Care gesellschaftlich abzuwerten, eine geschlechtshierarchische Arbeitsteilung, „die einigen Menschen... versorgende Tätigkeiten zuweist und andere davon entlastet“ (17), zu erzeugen und zu befördern und schließlich Care in den Bereich des Privaten zu verbannen. Vgl. Conradi, 16-20! Im Rahmen ihrer Analyse geschlechtshierarchischer Arbeitsteilung weist sie darauf hin, dass Care keine Praxis sei, „die... an das Geschlecht gebunden ist.“ (19) Das heißt, und das klingt in ihrer Definition von Care deutlich an: „Ziel ist es nicht nur, *Care* als Praxis aufzuwerten, sondern durch die ethische Analyse dieser Praxis auch gesellschaftliche Veränderungsmöglichkeiten in den Blick zu rücken.“ (19)

3.2.4. Fazit und Ausblick

(1) Fazit

Care in der Verwirklichung von Tugend, Haltung und Arbeit erhält ihre sinnhafte Begründung aus der anthropologisch-ontologischen Verfasstheit des Menschen als In-abhängiger-Beziehung-Seiender. Care findet ihren Gegenstand in der gegenseitigen Bezogenheit von Care-Empfangenden und Care-Gebenden. Care erschließt und stiftet Sinn innerhalb der wechselseitigen Bezogenheit von Care-Empfangenden und Care-Gebenden und darüber hinaus. So vermittelt Care ihre sinnhafte Verfasstheit gegenseitiger Bezogenheit an die Gesellschaft und in der Gesellschaft - emanzipatorisch, machtkritisch, advokativ und aktiv. Sie tut dies sinnerschließend und sinnstiftend in der Verwirklichung des Prinzips gegenseitiger Verantwortlichkeit im Rahmen einer Anerkennung gegenseitiger Abhängigkeit.

(a) Care als Tugend - Sinnhaftigkeit von Care als selbstverantwortliche und - wirksame Pflege: Care als Sinn von Pflege hat also eine berufspolitische Implikation. Sie hat dem ökonomisch verfremdeten Umgang mit abhängigen und vulnerablen Menschen im deutschen Gesundheitswesen²³⁴ etwas normativ Gesetztes entgegenzuhalten: die Einsicht, dass Care aus einer anthropologischen Setzung herrührt, die sich im verantwortungsvollen Umgang mit abhängigen und vulnerablen Menschen im Rahmen einer Care-Beziehung verwirklicht und damit ethische Keimzelle bewahrender Menschlichkeit in der Gesellschaft ist. Damit Pflege passt, wurde sie bisher passend gemacht, fragmentiert und transformiert. Für ein Verständnis von Care als Sinn von Pflege sensibel zu machen, bedeutet, dass sich die Pflege in der Realisation ihres Anspruchs Verfremdungen pflegerischer Beziehungen sperrt. Weil sie ein kostbares Gut zu verteidigen hat: die Care für Menschen. - In dieser Haltung macht Pflege Sinn und vermittelt Pflege Sinn.

²³⁴ „Das gesundheitliche Versorgungssystem unterliegt gegenwärtig... einem tiefgreifenden Umbruch, der... unter Begriffen wie Professionalisierung, Ökonomisierung, Technisierung, Rationalisierung oder auch Modernisierung diskutiert wird.“ (Kreutzer, 9)

(b) Care als Haltung - Sinnhaftigkeit von Care im Spiegel eines “abschiedlichen Lebens“: Mit Theodor Fliedner²³⁵ bin ich der Ansicht, dass Pflege sich selbst am Sterbebett am nächsten kommt. Dort, wo der Mensch sich in seiner Endlichkeit selbst begegnet, scheint die Frage nach dem Sinn fast unausweichlich. Der Mensch fragt über sich selbst hinaus, nach dem, was seinem Leben Sinn gibt (erschließt und stiftet). Care erschließt diesen Sinn und stiftet zugleich Sinn. - Pflege, die sich selbst ernst nimmt, lässt sich fragen: Was ist Dein Sinn, Pflege, gerade am Sterbebett? Was ist die Sinnhaftigkeit von Pflege, was ihre Bedeutsamkeit, was ihre Wirksamkeit, was ihr Sinnerschließendes, was ihr Sinnstiftendes? Und wie kann das an weiteren Handlungsfeldern der Pflege transparent gemacht werden?

(c) Care als Arbeit - Sinnhaftigkeit von Care als Care-Beziehung des verantwortlichen Miteinanders von Care-Gebenden, Care-Empfangenden und Gesellschaft: Care ist sinnhaft nur in ihrer Verwirklichung als Tugend, Haltung und Arbeit. Als Reaktion auf die anthropologisch-ontologische Verfasstheit des Menschen als In-Beziehung-Seiender und von daher immer schon Abhängiger entsteht Care. Als Care begegnen sich Care-Gebende und Care-Empfangende gegenseitig in einer persönlichen, intimen, vertrauens- und verantwortungsvollen Care-Beziehung. Care weist als sinnhafte Care aber über diese intime Care-Beziehung schon immer hinaus in die Gesellschaft hinein. Care-Gebende, Care-Empfangende und Gesellschaft sind verantwortungsvoll aufeinander angewiesen.

(2) Was bleibt offen

Kann sich Pflege mit diesem Anspruch an professionelle Pflege von anderen sozialen und helfenden Berufen und auch von informell verfasster Pflege abgrenzen? Weiß die Pflege um ihr Menschenbild, wenn sie den Anspruch einer Care für den ganzen Menschen für sich in Anspruch nimmt? Hat eine deutsche Pflege, die sich durch Transformationsprozesse hindurch verändert hat bzw. verändern ließ, es verstanden, ihren sinnhaften Anspruch gegen Einwürfe einer anders wertenden Wirklichkeit zu verteidigen? Hatte sie je für sich einen Anspruch formuliert (normative Setzung), den sie im Rahmen von Transformationsprozessen beibehalten

²³⁵ Vgl. Nolte, 91f.!

konnte, oder wurde ein solcher Anspruch, sollte er als solcher überhaupt formuliert worden sein, im Rahmen von Transformationsprozessen selbst transformiert?

4. Das “gute Sterben” und Palliative Haltung

4.1. Einleitung	73
4.2. Das “gute Sterben” in der Moderne	74
4.2.1. Länger leben - länger sterben	74
4.2.2. Moderne Etikettierungen des Sterbens	75
4.2.3. Institutionalisierung des Sterbens	80
<i>Exkurs: Das “gute Sterben”</i>	82
4.3. Individualisierende Vergemeinschaftung und Palliative Haltung	87
4.3.1. Radikale Patientenorientierung - Praxis der Individualisierung	88
4.3.2. Palliative Haltung zwischen Nähe und Distanz	90
4.3.3. Die normative Kraft der Kategorisierung als “sterbend”	93
4.3.4. Palliative Haltung in der Schwellenphase	96

4.1. Einleitung

„Hier wird immer noch besser gestorben als woanders“²³⁶ - Christine Pfeffer fragt in ihrer Forschungsarbeit nach dem „Anderen“ des Sterbens in hospiziellen Einrichtungen im Vergleich zum Sterben in anderen medizinischen Institutionen. Dem Hospizansatz folgend geht es bei dem Anderen darum, ein „gutes“ Sterben für den Patienten zu erreichen. Das gute Sterben ist „Identifikationsmerkmal und Selbstverständnis“²³⁷, es ist Norm Palliativer Praxis. Zu den zuvor identifizierten Normen der „Ganzheitlichkeit“ und der „Verfasstheit des Menschen als ein immer schon Abhängiger“ fügt Pfeffer die Norm des „Guten Sterbens“ hinzu. Im Sinne der Care Ethik gesprochen sind diese Normen also verinnerlicht als Tugend der Care-Gebenden, die sich über ihre Haltung in ihre Arbeit hinein verwirklicht.

Aus drei Perspektiven schaut Pfeffer darauf, wie Sterben und Tod sozial gestaltet werden: (1) „Mikroebene der Interaktionen und konkreten Praxis in stationären Hospizeinrichtungen“²³⁸, (2) normative Bedingungen (Werte) der institutionellen Mesoebene, (3) gesellschaftliche Makroebene. Beide, Meso- und Makroebene, ermöglichen und beeinflussen die „beobachtbare Praxis, das Wissensregime und die Deutungen der Akteure“²³⁹. Sie fragt also nach „Vorstellungen, Werten und Normen zum wünschenswerten Sterben..., die ihre Basis nicht allein im Mikrokosmos der jeweiligen Einrichtung oder den persönlichen Ansichten und Erfahrungen der Krankenschwester haben, sondern in der Kultur unserer modernen Gesellschaft verwurzelt sind.“²⁴⁰ Eine Beeinflussung findet dabei nicht nur von oben nach unten, das heißt von der Makro- auf die Mesoebene hin bzw. von den Makro- und Mesoebenen auf die Mikroebene hin statt, sondern auch aufsteigend findet eine Veränderung von unten nach oben statt²⁴¹: die „kulturellen Vorstellungen zu einem wünschenswerten Sterben... sind... einerseits Rahmung der institutionellen Verfassung der Einrichtungen und der konkreten Praxis..., andererseits werden die kulturellen Vorstellungen aber ebenso ‘von unten beeinflusst, indem

²³⁶ Vgl. Pfeffer!

²³⁷ Pfeffer, 14.

²³⁸ Pfeffer, 14.

²³⁹ Pfeffer, 14.

²⁴⁰ Pfeffer, 14f.

²⁴¹ Vgl. Pfeffer, 15!

durch die konkrete Praxis... mit dem Anspruch des 'guten Sterbens'... eine neue Form des Umgangs mit Sterben und Tod in der Gesellschaft etabliert werden soll. Die Hospizarbeit ist damit *Folge* einer neuen Institutionalisierung des Sterbens... [und] *Motor* dieser Institutionalisierung"²⁴² zugleich. Die Vorstellung des "guten Sterbens" verbindet als normierende Kategorie und Anspruch von Palliative Care Makro-, Meso- und Mikroebene miteinander. Pfeffers Ausführungen geraten damit zum einen in die Nähe der Kategorien der Care Ethik, wo ihre Forschung nicht allein auf die Interaktionen und konkrete Praxis im Umgang mit sterbenden Patienten fokussiert (Care-Arbeit), sondern auch deren Voraussetzungen als wertorientierter Motivation (Care-Tugend) und Haltung (Care-Haltung) in den Blick nimmt. Zum anderen gerät sie mit der Idee der gegenseitigen Beeinflussung von sozialen Akteuren und Feld in die Nähe der Bourdieuschen Dialektik von Habitus und Feld.²⁴³

4.2. Das "gute Sterben" in der Moderne

„Bei der Betrachtung des gesellschaftlichen Umgangs mit Sterben und Tod steht... die kritische Balance zwischen Individualität und Vergesellschaftung, zwischen den Ansprüchen des Einzelnen und denen der Gesellschaft im Blickpunkt.“²⁴⁴ Das Sterben in der Moderne ist nach Pfeffer dabei durch dreierlei gekennzeichnet: (1) ein längeres und langsames Sterben, (2) moderne Etikettierungen des Sterbens, (3) die Institutionalisierung des Sterbens.

4.2.1. Länger leben - länger sterben

Der demografische Wandel beeinflusst unsere Sicht von Sterben und Tod und unseren Umgang mit dem Sterben. Durch medizinischen und sozialen Fortschritt kommt es zu einer Erhöhung der Lebenserwartung, nicht aber zu einer Zunahme der Gesundheitserwartung. Mit der Zunahme der Lebensjahre wird das Sterben zu

²⁴² Pfeffer, 385. – Vgl. hierzu das Habituskonzept Pierre Bourdieus (Kap.5)!

²⁴³ Vgl. Kapitel 5.!

²⁴⁴ Pfeffer, 25.

einem späten Ereignis im Lebenslauf²⁴⁵ und als ein solch spätes Ereignis zugleich ein Ereignis von langer Dauer, Sterben wird zu einem lang andauernden Prozess.²⁴⁶ Das Sterben wird verzeitlicht. Als langes bzw. langsames Sterben²⁴⁷ wird es eigener Bestandteil des Lebenslaufs. Als Zeit der Beharrung bzw. Entschleunigung kann diese Zeit als sinnstiftend aufgefasst werden, indem die Möglichkeit geschaffen ist, sich mit dem eigenen Sterben auseinanderzusetzen. Dabei wird dem Sterben nicht nur zeitlich ein Raum im Lebenslauf, sondern auch ein lebensweltlicher Raum bereitet - das lange Sterben wird gleichsam zur Voraussetzung seiner Institutionalisierung. Ein langes Sterben kann unterschiedliche soziale Konsequenzen haben, entweder eine intensiviertere Zuwendung im Rahmen einer Palliativen Praxis oder soziale Abkehr. Das lange Sterben ist deshalb Anlass für allerlei Ängste: Die Furcht vorm Tod (als Nicht-mehr-Sein), die Angst vor Fremdbestimmtheit, die Angst vorm nicht kontrollierbaren Verlauf des Sterbens. Diese Ängste führen zu individuellen und gesellschaftlichen Anpassungen in Form verschiedener Vorsorgemaßnahmen.

Eine besondere Schwierigkeit in der Betreuung ist es, die Krankheitsphase klar von der Sterbephase zu unterscheiden. Ab wann ist ein Patient sterbend? Wann beginnt die Sterbephase? Antwort auf diese Unsicherheit sind Strategien zum Umgang mit ungewissen Situationen in Orientierung an idealisierten Ablaufmustern. Unsicherheit entsteht zusätzlich durch die Überlegung, was sich denn wohin ausdehnt - das Leben ins Sterben hinein (Hospizidee) oder das Sterben ins Leben hinein (das am Leben Erhalten zur Entnahme von Organen).

4.2.2. Moderne Etikettierungen des Sterbens

Das Sterben in der Moderne trägt verschiedene Etikettierungen: (1) Die Verdrängung des Sterbens einhergehend mit einer Tabuisierung des Todes, (2) das Sterben in Institutionen und (3) der „Verlust einer gemeinsam geteilten Sinngebung für Sterben und Tod“²⁴⁸ (Sinndisparität). Die Hospizbewegung setzt diesen Etikettierungen „ein anderes Modell des Umgangs mit dem Lebensende entge-

²⁴⁵ Vgl. Pfeffer, 27-33!

²⁴⁶ Vgl. zur Darlegung der damit verbundenen Aspekte Pfeffer, 34-36!

²⁴⁷ Vgl. Knipping, 16!

gen..., das dezidierte 'Offenheit', individualisierende Vergemeinschaftung und - über die Idee vom 'guten Sterben' - ein Sinnangebot für Sterbende wie (Über-) Lebende bereithält."²⁴⁹ In diesem Sinne ist die Hospizbewegung „angetreten, die als defizitär wahrgenommenen individuellen wie gesellschaftlichen Umgangsweisen mit dem Lebensende zu verändern."²⁵⁰

(1) Verdrängung des Sterbens und des Todes

„Verdrängung“ ist nach Pfeffer ein diffuser Begriff, durch den diffuse Phänomene, die im Kontext des Sterbens und des Todes das Fehlen von Klarheit und Offenheit beschreiben, zusammengefasst werden können.²⁵¹ „Verdrängung“ des Sterbens und des Todes kann auf individueller Ebene das Verdrängen ins Unbewusste sein und auf gesellschaftlicher Ebene ein Wegdrängen ins Unsichtbare durch eine Ghettoisierung des Sterbens und des Todes in Institutionen, die dafür Experten bereithalten. Motive für ein individuelles Verdrängen²⁵² können sowohl die persönliche Angst vorm Bewusstsein der eigenen Endlichkeit als auch diffuse persönliche Schuldgefühle sterbenden Personen gegenüber sein. Mit beiden haben die Experten des Palliativen Feldes umzugehen in direkter Kommunikation oder auch in Form von Projektionen.²⁵³

Was sind die Motive für die soziale Verdrängung des Sterbens und des Todes? Pfeffer findet bei Christian von Ferber und Norbert Elias folgende Motive.

²⁴⁸ Pfeffer, 17.

²⁴⁹ Pfeffer, 17.

²⁵⁰ Pfeffer, 37.

²⁵¹ Vgl. Pfeffer, 37f.!

²⁵² Pfeffer weist auf die Gefahr der Verwendung des Begriffs der „Verdrängung“ als einem universal gültigen (irgendwie anthropologisch verfassten) Prinzip hin: „Die Verwendung des Verdrängungsbegriffs im Freud'schen Sinn wird vor allem dort problematisch, wo er als universale Verhaltensweise gegenüber Sterben und Tod angesehen wird... Dem Menschen ist es... durchaus möglich, sich gegenüber Sterben und Tod zu verhalten, ohne diesen Bereich ins Unbewusste abdrängen zu müssen“ (Pfeffer, 39). Wenn statt einer unbewussten Verdrängung ein bewusstes Nichtbeachten (eben jetzt will ich mich damit nicht befassen) gemeint ist, sollte nicht von Verdrängung, sondern von Negation gesprochen werden. Vgl. ebd.!

²⁵³ Den Projektionen der Anderen auf die im Feld Arbeitenden und die Projektionen der im Feld Arbeitenden auf Andere aufgrund der vielfältigen Konfrontation mit dem Bewusstsein der eigenen Endlichkeit und Schuldgefühlen, die aufgrund der eigenen Hilflosigkeit im Rahmen der eigenen Palliativen Praxis entstehen.

(a) Von Ferber plädiere für **Herrschaftsinteressen**: „Würde den Gesellschaftsmitgliedern deutlich, dass nur der Tod selbst unabänderlich sei - und nicht die Normen, die unser Leben bestimmen - [,] so wäre es den Menschen möglich, sich von den Anforderungen der Gesellschaft zu befreien (Motto: 'Ich muss gar nichts, ich muss nur sterben!'). Um diese Gefahr auszuschließen, wird in industriellen Gesellschaften durch Kommunikationseinschränkungen zu verhindern gesucht, dass der Tod als letzte und letztlich einzige Grenze thematisiert wird“²⁵⁴.

(b) Elias sehe in der Verdrängung **die notwendige Folge des Zivilisationsprozesses**: „Im Zuge des Zivilisationsprozesses wurden 'animalische Aspekte des Lebens' immer mehr 'hinter die Kulissen' des gesellschaftlichen Lebens verlegt und in zunehmendem Maße mit Scham- und Peinlichkeitsgefühlen belegt“²⁵⁵, was zum einen zur Kommunikationshemmung hinsichtlich des Sprechens über Sterben und Tod geführt hat und zum anderen den Umgang mit Sterbenden und Toten für die Gesellschaft unsichtbar gemacht hat. Der Sterbende wird aus der Gemeinschaft „mit sozial geteilter Sinnggebung und gemeinsamer ritueller Bewältigung des Todes“²⁵⁶ herausgenommen, er wird ent-gemeinschaftet und auf die institutionell betreute "Kernfamilie" reduziert. Sterben und Tod werden privatisiert. Eine solche Verdrängung von Sterben und Tod als animalische Aspekte der Lebenswirklichkeit des Menschen gehe nach Elias einher mit einer Entdramatisierung des Todes durch die moderne Vorstellung, dass der Tod Endstation eines Naturablaufs sei. „Während die Menschen in traditionellen Gesellschaften mit der Ungewissheit leben mussten, jederzeit eines plötzlichen... Todes sterben zu müssen, mildert das moderne Vertrauen in die 'unerschütterliche Regelmäßigkeit der Naturabläufe' diese Beunruhigung... 'Der Gedanke an die Unerbittlichkeit der Naturabläufe wird durch den ihrer Kontrollierbarkeit gemildert“²⁵⁷.

(c) Pfeffer selbst sieht ein Motiv in **veränderten Familienstrukturen**: „Der *Funktionsverlust* der Familie, im Zuge dessen verschiedene, einstmals in der Familie verortete Aufgaben an gesellschaftliche Institutionen abgegeben wurden..., trägt dazu bei, Sterben und Tod als nicht unmittelbar zum eigenen Leben gehörig

²⁵⁴ Pfeffer, 39, Anm.22.

²⁵⁵ Pfeffer, 39f..

²⁵⁶ Pfeffer, 41.

zu betrachten: Die Bearbeitung des Sterbens ist eine Aufgabe der dafür zuständigen Institutionen.“²⁵⁸ Dieser Funktionsverlust gehe einher mit gestiegenen Ansprüchen an die Professionalität der Betreuung Sterbender aufgrund eines komplexer gewordenen langen und langsamen Sterbens. Außerdem führe die Ausgrenzung von Sterben und Tod aus der gesellschaftlichen Sichtbarkeit zu einem selten erlebten Sterben. Das seltene Sterben ist also nicht Ursache der Verdrängung und Tabuisierung von Sterben und Tod, sondern dessen Folge. Nicht die Häufigkeit der eigenen Konfrontation, sondern die Bedeutsamkeit für das eigene Leben ist Ursache für Verdrängung.²⁵⁹

Im „Widerspruch“ zur beobachteten Verdrängung von Sterben und Tod stehen „Zeitdiagnosen, die den Verdrängungsbeschreibungen widersprechen.“²⁶⁰ So z.B. der Befund, dass vielfältig über Sterben und Tod gesprochen werde. Die Frage, inwieweit auch das als ein Indiz für das Kontrollbedürfnis des Menschen aufgefasst werden könnte, Sterben und Tod durch aktionistisches Reden soweit möglich zu beherrschen, bleibt an dieser Stelle bei Pfeffer ungestellt.

(2) Institutionalisiertes Sterben

Sterben finde in modernen Gesellschaften überwiegend in Einrichtungen des Gesundheitswesens bzw. durch institutionalisierte Betreuungsangebote des Gesundheitswesens statt. „Während früher der Priester gerufen wurde, sobald der Tod sich abzeichnete, um den Übergang ins Jenseits vorzubereiten, ruft man heute den Arzt, um das Diesseits zu verlängern.“²⁶¹ Die letzte Lebensphase finde also unter medizinisch-pflegerischer Betreuung statt. „Mit dem Aufkommen von Palliativmedizin und Hospizversorgung verändert sich die medizinische Ausrichtung des

²⁵⁷ Pfeffer in Anlehnung an Elias, 44.

²⁵⁸ Pfeffer, 41.

²⁵⁹ Vgl. Pfeffer in Anlehnung an Schmied, 41f.!

²⁶⁰ Pfeffer, 44f. – Das Sprechen über muss dabei aber kein Hinweis auf eine Enttabuisierung des Sterbens sein, da das Sterben in einen dafür vorgesehenen Bereich am Rande der Gesellschaft ausgelagert wird. Diese Vermutung finde ich im Nachgang von Hartmut Rosas Akzelerationstheorie bestätigt. In Kap.6 werde ich zwei weitere Motive einer „Verdrängung“ benennen: Der Tod als Optionenvernichter in einer optionenoptimierten beschleunigten Moderne und das Palliative Feld als Feld der Entschleunigung für ein längeres und langsames Sterben in der beschleunigten Moderne.

²⁶¹ Pfeffer, 45f.

Kampfes gegen den Tod zumindest in einigen medizinisch-pflegerischen Teilbereichen..., [d.h. die] moderne Medizin... integriert die 'Begleitung' von Sterbenden in einem Sonderbereich... unter säkularen Bedingungen."²⁶²

(3) "Diesseitigkeit und Sinndisparität"²⁶³

Das Lebensende scheint in modernen Gesellschaften „nicht mehr in einen gemeinsam geteilten Sinnhorizont“²⁶⁴ einzuordnen sein. Für den nach einem Sinn fragenden Menschen aber müsse der Tod einen Sinn haben, „um die existentielle Bedrohlichkeit, die vom Tod anderer ausgehe, ertragen und das eigene Leben (trotzdem) fortsetzen zu können“²⁶⁵. Zwei Aspekte sind zu unterscheiden: zum einen der theoretische Aspekt der Deutung dessen, **was** der (gute) Tod ist, und zum anderen der praktische Aspekt der Deutung dessen, **wie** gutes Sterben gestaltet und ein guter Tod also erreicht werden kann. Die theoretische Deutung des Sinns des Todes in der traditionellen Gesellschaft als eines Übergangs in eine andere, eine jenseitige Welt ist einer Diesseitsorientierung gewichen. Pfeffer argumentiert deshalb in Anlehnung an Imhof, „dass sich das Leben in unserer säkularisierten Gesellschaft zwar im irdischen Bereich deutlich verlängert, durch den Verlust des Glaubens an ein Weiterleben im Jenseits aber insgesamt verkürzt habe“²⁶⁶. D.h. das Diesseits stellt das Ziel des (lebensverlängernden) Handelns dar.²⁶⁷

Die praktische Bearbeitung des Sterbens in modernen Gesellschaften „spiegelt die Diesseitigkeit der Sinnggebung und (medizinisch-rituellen) Handlungen wider... An die Stelle des Priesters ist der Arzt getreten“²⁶⁸. Er ist Experte des Lebens und soll den Tod möglichst lange fernhalten. Auf den Sterbenden werden dabei „mangels eigener Sterberolle die Rollenanforderungen eines Kranken übertragen..., [der] die Bemühungen des Arztes im Kampf gegen den Tod zu unterstützen“²⁶⁹ hat. D.h.

²⁶² Pfeffer, 46.

²⁶³ Pfeffer, 47.

²⁶⁴ Pfeffer, 47.

²⁶⁵ Pfeffer, 48.

²⁶⁶ Pfeffer, 49.

²⁶⁷ Vgl. Pfeffer, 51, in Anlehnung an Elias!

²⁶⁸ Pfeffer, 50.

²⁶⁹ Pfeffer, 50.

den Beteiligten wird ein weltlicher Ritualersatz geboten „durch medizinisch-pflegerische Bearbeitungsroutinen, die den Fortgang des Sterbens begleiten und ihm (medizinisch-rational) eine sinnvolle Gestalt geben“²⁷⁰. Der Mensch ist in seiner Diesseitigkeit auf sich selbst geworfen in seinem Fragen nach dem Sinn von Sterben und Tod. Im Rahmen des Individualisierungsprozesses „sind die Individuen gezwungen, Sterben und Tod selbst einen Sinn zu verleihen (oder z.B. auf den Sinn, den die Bearbeitung von Sterben und Tod in Krankenhäusern anbietet, zurückzugreifen).“²⁷¹ Die Vorstellung vom „guten Sterben“ wird zum Sinnersatz: Die „Hospizbewegung offeriert mit dem ‘guten Sterben’ als einem idealerweise schmerzfreien, friedlichen, seelisch verarbeiteten, durch zugewandte Menschen begleiteten, subjektgesteuerten und bei Bedarf religiös abgedeckten Sterben ein ‘gutes Sterben’, dessen Sinn in der Vollendung des (diesseitigen) Lebens liegt... Es ist ein ‘gutes Sterben’ für die Individuen der Moderne, weil es die länger gewordene Phase des... Sterbens mit diesseitigem Sinn, nämlich der ‘individuellen’ Vollendung eines als ‘individuell’ gedachten Lebens, füllt - und zwar sowohl für den Sterbenden als auch die Zurückbleibenden...: Angehörige, Freunde und Hospizpersonal.“²⁷²

4.2.3. Institutionalisierung des Sterbens

Die Institutionalisierung des Sterbens findet statt durch (1) Einrichtung spezialisierter Institutionen und durch das Schaffen neuer auf den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer spezialisierter Expertenrollen²⁷³ einerseits und durch (2) Institutionalisierung der Leitidee vom guten und ganzheitlichen Sterben in der Gesellschaft andererseits.

²⁷⁰ Pfeffer, 51, in Anlehnung an Elias.

²⁷¹ Pfeffer, 52. Der Individualisierungsprozess weise nach Beck (vgl. Pfeffer, 52, Anm.41!) drei Prozessdimensionen auf, die die Sinnggebung am Lebensende beeinflussen: (1) Freisetzungsdimension: Die Mitglieder der Gesellschaft werden aus traditionellen Sozialzusammenhängen freigesetzt, sie emanzipieren sich aus vorgegebenen Zwängen, geben damit aber zugleich die Sicherheit einer vorgegebenen Gemeinschaft auf. (2) Entzauberungsdimension: Traditionale Handlungssicherheiten (Handlungswissen, Glauben und Normen) werden dabei entzaubert. Das Individuum muss unter Abwägung verschiedener Sinnangebote eine eigene Sinnggebung leisten. (3) Reintegrationsdimension: Die Mitglieder einer Gesellschaft werden in neuen sozialen Gemeinschaften als Individuen reintegriert, was in der Hospizbewegung exemplarisch stattfindet.

²⁷² Pfeffer, 53.

²⁷³ Vgl. Pfeffer, 17!

(1) Institutionalisierung des “guten Sterbens” im Rahmen hospizieller Einrichtungen

An bedeutsame Lebensbereiche knüpfen sich institutionelle Regelungen. „Sie zeigen sich in der Entstehung mehr oder weniger expliziter Normen und Regeln... und der Entwicklung spezialisierter Einrichtungen... mit dazugehörigen Expertenrollen“²⁷⁴. Mit einer solchen „Institutionalisierung nimmt die moderne Gesellschaft das Sterben in den Griff.“²⁷⁵ Für Sterbende entwickelte sich in diesem Zusammenhang in Krankenhäusern eine eigene Sterbendenrolle mit daran geknüpften Normen und Erwartungen. Es ist „eine geänderte soziale Normierung festzustellen: ‘Offenheit’ ist jetzt auch bzw. gerade bei Sterbenden gefordert, um über die Vorstellung einer ‘Verarbeitung’ einen ‘guten Tod’ (für alle Beteiligten) zu erreichen.“²⁷⁶ Solch spezifische Normen und Regeln beziehen sich sowohl auf betreuende Personen (Norm der Offenheit²⁷⁷ und der Wahrhaftigkeit) als auch auf die betreuten Personen (das Abfassen von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten wird erwartet). „Durch die Institutionalisierung des Sterbens ist [zudem] ein Machtzuwachs für Mediziner zu erwarten“²⁷⁸, und zwar durch deren „Deutungsmacht zur Eröffnung von Sterbeprozessen“²⁷⁹.

(2) Institutionalisierung einer Leitidee als Idee vom “guten Sterben” in der Gesellschaft

Der “gute Tod“ ist „ideelle Grundlage der Institution Hospiz [und] gleichzeitig Instrument zur Etablierung dieser Idee in der Gesellschaft.“²⁸⁰ In den Kategorien der Care-Arbeit heißt das, Verantwortung nicht nur für die eigene Palliative Praxis in der Care-Beziehung zu übernehmen, sondern die Palliative Praxis zugleich ins gesellschaftliche Bewusstsein zu bringen. „Die Anhänger identifizieren sich mit der Leitidee und arbeiten an ihrer Etablierung und Umsetzung mit - Institutions- bzw.

²⁷⁴ Pfeffer, 54.

²⁷⁵ Pfeffer, 394.

²⁷⁶ Pfeffer, 55.

²⁷⁷ Vgl. Pfeffer, 395!

²⁷⁸ Pfeffer, 96.

²⁷⁹ Pfeffer, 96.

²⁸⁰ Pfeffer, 56.

Organisationsziel und persönliche Zielvorstellungen fließen in der konkreten Arbeit zusammen²⁸¹. Dass die Institutionalisierung der Leitidee vom “guten Sterben” gelungen ist, zeigt „der Blick auf die Entwicklung der Hospizeinrichtungen, die Etablierung der Rahmenvereinbarungen zur Finanzierung der ambulanten und stationären Hospizarbeit, der ungebrochene Zulauf von Ehrenamtlichen zur Hospizarbeit oder die Präsenz in den Medien“²⁸².

Exkurs: Das “gute Sterben”

Drei Merkmale sind nach Pfeffer konstitutiv für ein genormtes gutes Sterben: (1) Friedliche Akzeptanz der Sterbendenrolle bei gutem Symptommanagement, (2) die Individualisierung des Sterbens, das sich radikal an der Person des Anderen orientiert, (3) und zwar im Kontext einer Gemeinschaft.²⁸³ Diese drei Merkmale finden sich kategorial auch in der Literatur wieder und wirken sich in folgende normativen Aspekte eines guten Sterbens hinein aus.

(a) Bewusstheit und Akzeptanz

Bewusstheit entsteht modern nicht mehr durch Vorahnungen, sondern durch die Aufklärung durch Ärzte.²⁸⁴ Aus Bewusstheit folgt Akzeptanz. Denn Bewusstheit ist Voraussetzung dafür, dass ich alles, auch die letzten Dinge, regeln kann und dadurch zum Frieden mit mir und anderen gelange. Durch Bewusstheit ist also ein Sterben in Frieden und Würde möglich. Das Motiv der Akzeptanz als Ziel des Sterbens findet Pfeffer stark vertreten durch Kübler-Ross.²⁸⁵ Aus der Akzeptanz dieses Modells folgte, „dass ein nicht-akzeptierender, sich bis zum Schluss auflehrender Patient als jemand wahrgenommen wurde..., der die Erwartungen an ein ‘gutes Sterben’ verletzt.“²⁸⁶ Für die Bewusstwerdung spielt Zeit eine große Rolle. Kritisch ist deshalb anzumerken, dass Sterben an Krebs als langsames,

²⁸¹ Pfeffer, 56f.

²⁸² Pfeffer, 57.

²⁸³ Vgl. Pfeffer, 16; 53; 93ff.; 386f

²⁸⁴ Vgl. Pfeffer in Darstellung von Kellehear, 101f.!

²⁸⁵ Vgl. Pfeffer, 100f

²⁸⁶ Pfeffer, 100.

bewusstes Sterben wohl deshalb zum Modell guten Sterbens wurde.²⁸⁷

(b) Vorbereitungen auf Sterben und Tod

Erst die Bewusstheit vom eigenen Sterben ermöglicht das eigene Vorbereiten auf Sterben und Tod. Den Betreuenden kommt dabei die Deutungsmacht zur Eröffnung des Sterbens zu.²⁸⁸ Neben diesem Machtaspekt scheint eine Kehrtwende in der Haltung der Betreuenden relevant. Durch die Zuweisung nicht mehr der Kranken-, sondern der Sterbendenrolle kommt es zur Kehrtwende sowohl auf der kognitiven als auch auf der emotionalen Ebene. Die Haltung verändert sich hin zu einer Palliativen Haltung. Anspruch der Hospizbewegung ist es, Leben bis zuletzt zu ermöglichen. Sich hieran zu orientieren, gilt als Ausweis eigener hospizieller Kompetenz. Trotz dieser gemeinsamen Haltung der Akteure im Palliativen Feld können „Unterschiede in den Deutungen und Handlungsausrichtungen zwischen den Berufsgruppen“²⁸⁹ zu ethischen Konflikten führen. Für den Sterbenden gewinnt dabei eine Verlagerung weg von religiösen Vorbereitungen hin zu materiellen Vorbereitungen in der Moderne an Bedeutung.²⁹⁰ Das Verfassen von Willensbekundungen (Patientenverfügung, Vollmacht, Testament) wird relevant. Die Sterberolle in Einrichtungen des Palliativen Feldes betont vordergründig die Rechte der Patienten: „das Recht auf letzte Wünsche, die Minimierung medizinischer und pflegerischer Zumutungen, Befreiung von unnötigen Symptomen wie Schmerzen, Atemnot oder Übelkeit, und das Recht auf menschlichen Beistand. Gleichzeitig und verdeckter sind mit diesen Rechten auch Pflichten verbunden, vor allem die ‘Pflicht zum bewussten Sterben’“²⁹¹. Das Ziel für Sterbende und Betreuende ist ein symptomkontrolliertes Sterben und persönliches Wachstum.²⁹² Die Haltung im

²⁸⁷ Pfeffer kritisch zum Modell von Kübler-Ross. „Krebserkrankungen lassen den Patienten und Angehörigen in den meisten Fällen genügend Zeit und genügend kognitive Kapazitäten, sich mit Sterben und Tod auseinander zu setzen.“ (Pfeffer, 100)

²⁸⁸ Vgl. Pfeffer in ihrer Darstellung der Arbeit von Streckeisen! Während Streckeisen die Deutungsmacht durch Diagnose und Prognose auf Seiten der Ärzte verortet, widerspricht Pfeffer dieser generellen Beobachtung aufgrund eigener Erfahrungen in Hospizeinrichtungen. „Meiner Ansicht nach führt... die Institutionalisierung des Sterbens zumindest in den Einrichtungen, die sich auf die Bearbeitung von Sterben und Tod spezialisiert haben, sogar zu einem strukturellen oder freiwilligen Machtverzicht der Ärzte.“ (Pfeffer, 97)

²⁸⁹ Pfeffer in Darstellung von Streckeisen, 97.

²⁹⁰ Vgl. Pfeffer in Darstellung von Kellehear, 102!

²⁹¹ Pfeffer in Darstellung von Göckenjahn/Dreßke, 106.

²⁹² Vgl. Pfeffer in Darstellung von Streckeisen, 97!

Umgang mit Sterbenden verschiebt sich dann vom "Cure" zum "Care".²⁹³

(c) Soziale Anpassungen

Die soziale Anpassung an das Sterben kann darin bestehen, die angebotene soziale Unterstützung anzunehmen.²⁹⁴ Die alltägliche Hospizpflege kann als permanenter Versuch aufgefasst werden, „durch andauernde Rekonstruktionsleistungen das krankheitsbedingte Schwinden der Lebenswelt des Patienten hinauszuschieben, mithin den sozialen Tod aufzuhalten und nicht vor dem biologischen eintreten zu lassen“²⁹⁵. Dies gelingt unter anderem dadurch, dass durch das Wecken und Erfüllen erfüllbarer Wünsche positive Erlebnisse bei Betreuten und Betreuern erreicht werden. „Damit ist es möglich, den grundlegenden hospiziellen Werten der Selbstbestimmtheit, Bewußtheit und Individualität des Lebens der Patienten gerecht zu werden und dem Patienten ein angenehmes Erleben zu ermöglichen, das eng mit seinen individuellen Vorlieben und der eigenen Geschichte verbunden ist.“²⁹⁶ Erfolge dieser Art dienen dem Anspruch des Lebens bis zuletzt und zeugen zugleich von der eigenen hospiziellen Kompetenz.²⁹⁷ Als weitere soziale Anpassungen wird vom Sterbenden erwartet, dass er „sukzessive Rollen, Verantwortlichkeiten und Pflichten an die Weiterlebenden abgibt“²⁹⁸. Außerdem gehören Verabschiedungen des Sterbenden von Angehörigen und Nahestehenden zum guten Sterben.²⁹⁹

²⁹³ Vgl. Pfeffer in Darstellung von Streckeisen, 97!

²⁹⁴ Vgl. Pfeffer in Darstellung von Kellehear, 101!

²⁹⁵ Pfeffer in Rekurs auf Nicholas Eschenbruch, 98, der hierfür als zentrales Instrument die „therapeutische Narrativierung“ identifiziert. „Therapeutische Narrativierung ist der Versuch, bei Patienten Wünsche zu wecken, die erfüllt werden können und über die Erfüllung positive Erlebnisse bei allen Beteiligten zu erreichen.“ (Pfeffer, 99)

²⁹⁶ Pfeffer in Darstellung von Eschenbruch, 99.

²⁹⁷ Vgl. Pfeffer in Darstellung von Eschenbruch, 99!

²⁹⁸ Pfeffer in Darstellung von Kellehear, 101.

²⁹⁹ Vgl. Pfeffer in Darstellung von Kellehear, 101!

(d) Funktion des guten Sterbens

Die Vorstellung vom guten Sterben leitet zum einen die Hospizpraxis an, wirkt aber zum anderen zugleich durch die Hospizbewegung in die Gesellschaft hinein.³⁰⁰ Gutes Sterben ist inneres und äußeres Identifikationsmerkmal von Institutionen des Palliativen Feldes.³⁰¹ Es legitimiert zum einen „die Entscheidungen und Führungsposition der Sterbenden und gleichzeitig diejenigen institutionellen Kontexte und Expertenrollen, die sich der Umsetzung des ‘guten Sterbens’ verschrieben haben“³⁰². Das Sterben früherer Zeiten erscheint deshalb als gutes Sterben, weil der Sterbende Sterben und Tod durch Rituale zu kontrollieren vermochte. In der Moderne ist die Kontrolle des Sterbeprozesses an andere übergegangen.³⁰³ Die Ideologie des guten Sterbens ist in diesem Sinne „eine neue, legitimierte Form der sozialen Kontrolle, die dazu führ[t], dass Wahlmöglichkeiten und Verhaltensweisen der Sterbenden eingeschränkt werden“³⁰⁴ durch Lenkung der Betreuenden.

Für die Akteure des Palliativen Feldes hat die Vorstellung vom guten Sterben eine weitere wichtige Funktion. Als gemeinsam geteiltes Wertesystem ermöglicht es den im Palliativen Feld Tätigen, ihre belastende Arbeit überhaupt erst dauerhaft leisten zu können.³⁰⁵ Eigene und kollektive Vorstellungen fließen dabei zusammen und bestärken sich unter anderem durch den Gebrauch bestimmter Coping-Strategien gegenseitig. „Die Vorstellung vom ‘guten Sterben’ gibt der Arbeit der Beschäftigten Sinn, Richtung und Befriedigung“³⁰⁶. Die Coping-Strategien, die das eigene Wertesystem zu stützen und zu schützen suchen, sind folgende: (1) Umwertung der Sicht auf Sterben und Tod: Die negative Konnotation von Sterben und Tod als Versagen wird ersetzt durch eine alternative Sicht von Sterben und Tod. Ein guter Tod ist, „wenn der Patient und die Beschäftigten den Tod geschehen lassen. Dagegen anzukämpfen wird als problematisch angesehen. Im Hospiz wird es als Sieg gedeutet, wenn die Patienten ihren Tod annehmen und ihre Symptome kon-

³⁰⁰ Vgl. Pfeffer in Bezug auf englischsprachige Hospizforschung, 99!

³⁰¹ Vgl. Pfeffer, 101, die diese Aussage vor allem für hospizielle Einrichtungen trifft.

³⁰² Pfeffer in Darstellung von Hart/Sainsbury/Short, 102.

³⁰³ Vgl. Pfeffer in Anlehnung an Ariés, 100!

³⁰⁴ Pfeffer in Darstellung von Hart/Sainsbury/Short, 102.

³⁰⁵ Vgl. Pfeffers Darstellung von McNamara/Waddell/Colvin, 102ff., die ihre Ergebnisse auf Hospizbeschäftigte beziehen.

³⁰⁶ Pfeffer in Darstellung von McNamara/Waddell/Colvin, 102.

trolliert werden konnten.“³⁰⁷ (2) Sprechen über Versorgungsfehler anderer Einrichtungen. Das heißt in der Wahrnehmung, dass das eigene Wertesystem mit Werten und Verhaltensweisen anderer gegenüber Sterben und Tod kollidieren kann, versichert man sich selbst des eigenen besseren Umgangs mit Sterben und Tod. (3) Diskussion über solche als misslungen erinnerte Sterbeprozesse. Indem als problematisch wahrgenommene Sterbeverläufe „wiederholt problematisiert werden, wird die Verantwortlichkeit... anderen zugewiesen.“³⁰⁸ Die Vorstellung des guten Sterbens bleibt also unberührt. (4) Unterstützung im eigenen Kollegenkreis. Diese gehört zur Hospizphilosophie – „sie wird erwartet... und fraglos gegeben“³⁰⁹. (5) Verbindung der Vorstellung des guten Sterbens und des guten Todes mit dem eigenen Leben. „Der ‘gute Tod’ ist auch deshalb ‘gut’, weil er Kriterien bereitstellt, das eigene Leben schon im Hinblick auf das eigene spätere Sterben auszurichten, aber vor allem auch, weil es *nicht* der eigene Tod ist“³¹⁰.

(e) Die normative Antwort der Hospizbewegung auf das Sterben in der Moderne

„Die Hospizarbeit ist angetreten, die Betreuung von Sterbenden in der modernen Gesellschaft zu verbessern.“³¹¹ Sie versteht sich als Reaktion auf folgende problematische Merkmale des Sterbens: „Die postulierte ‘Verdrängung’ des Sterbens..., die ‘Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen’... und der Verlust eines gemeinsamen Sinnhorizonts.“³¹² Der Verdrängung wird die Norm der Offenheit entgegengesetzt. „Die ‘Einsamkeit der Sterbenden’ wird durch eine ‘individualisierende Vergemeinschaftung’ aufgebrochen... Eine Gemeinschaft um den Sterbenden ist ein so zentrales Anliegen der Hospizbeschäftigten, dass ‘Alleine-Sterben’ als eine erklärungs- und begründungsnotwendige Ausnahme erscheint... Dem Verlust des transzendenten, gemeinsam geteilten Sinns von Sterben und Tod hält die Hospizbewegung die Idee des diesseitigen ‘guten Sterbens’ entgegen, das seinen Sinn darin hat, das individuelle Leben im selbst-identischen Sterben (und

³⁰⁷ Pfeffer in Darstellung von McNamara/Waddell/Colvin, 103.

³⁰⁸ Pfeffer in Darstellung von McNamara/Waddell/Colvin, 104.

³⁰⁹ Pfeffer in Darstellung von McNamara/Waddell/Colvin, 104.

³¹⁰ Pfeffer in Darstellung von McNamara/Waddell/Colvin, 104.

³¹¹ Pfeffer, 394.

³¹² Pfeffer, 394.

Tod!) *selbst bis ans Ende zu führen.*³¹³ Die Vorstellungen vom guten Sterben sind also kollektives Ideal. Das bedeutet einerseits, dass die Mitglieder des Palliativen Feldes an dieses kollektive Ideal angepasst werden³¹⁴, und andererseits, dass die Norm des guten Sterbens für den im Palliativen Feld Arbeitenden zur Strategie der Beherrschung des Sterbens wird und damit zugleich Ausdruck einer normativ angelegten Haltung ist.

4.3. Individualisierende Vergemeinschaftung und Palliative Haltung

„Individualisierende Vergemeinschaftung“ ist die zentrale Konstruktion hospizieller Arbeit, die die Aspekte der Individualität mit der sozialen Einbettung zu verbinden sucht. Gutes Sterben findet im Rahmen einer solchen individualisierenden Vergemeinschaftung statt. Gutes Sterben ist individualisiertes Sterben, das sich radikal an der Person des Anderen orientiert, und zugleich Sterben in einer Gemeinschaft. „Vergemeinschaftung meint im Anschluss an Weber, dass das Handeln auf ‘subjektiv gefühlter... Zusammengehörigkeit’ beruht“³¹⁵. Wie wirken sich nun Vorstellungen des guten Sterbens auf die Praxis von Care und wie die Praxis von Care auf die Vorstellungen des guten Sterbens aus? Pfeffer betrachtet das Phänomen einer individualisierenden Vergemeinschaftung aus der Perspektive (1) einer Radikalen Patientenorientierung (Individualisierung des Patienten), (2) einer damit verbundenen Gratwanderung zwischen Nähe und Distanz (im Rahmen einer hospiziellen Ordnung der Nähe), (3) von Ungewissheiten am Lebensende (Ungewissheiten in der Bearbeitung des Sterbens) und (4) einer Palliativen Haltung in der Schwellenphase der ritualisierten Ausgliederung des Sterbenden (material-faktische sowie symbolisch-rituelle Bewältigung des Todes).³¹⁶

³¹³ Pfeffer, 394.

³¹⁴ Vgl. Pfeffers Hinweis auf eine „erzieherische Funktion“ in ihrer Darstellung von Payne/Langley-Evans, 105!

³¹⁵ Pfeffer, 386.

³¹⁶ Vgl. zu dieser Schwerpunktsetzung Pfeffer, 393!

4.3.1. Radikale Patientenorientierung - Praxis der Individualisierung

Der Anspruch hospizieller Care ist es, die Individualität des Anderen mit seinen Eigenheiten, Bedürfnissen, Problemen und Ressourcen zum Bezugspunkt des eigenen Handelns zu machen.³¹⁷ Care-Praxis gestaltet sich als Prozess der Wahrnehmung der Individualität des Anderen und des Umgangs damit von der Aufnahme des Patienten bis zu seinem Tod.

(1) Individualisierung als Praxis: aktive Rekonstruktion von Identität und Individualität

Anspruch hospizieller Arbeit aufgrund einer Palliativen Haltung ist es, Patienten und deren Angehörige individuell und ganzheitlich als Personen, und damit unter Berücksichtigung ihrer Identität und Individualität, zu begleiten. Individualität ist nun aber nicht einfach da. Unter den gegebenen Bedingungen einer medizinischen Organisation (Befriedigung und Koordination der Lebensbedürfnisse aller Patienten sowie Routinisierung der Arbeitsabläufe), den zunehmend eingeschränkten Möglichkeiten des Patienten (sich selbst als Individuum in seiner jeweiligen Besonderheit unter den Bedingungen eines gleichmachenden Krankseins und Sterbens darzustellen) und einer nur kurzen gemeinsamen Zeit des Kennenlernens (und des sich ein Bild machen Könnens) ist Individualität nur zu erreichen, „wenn Identität und Individualität des Patienten *aktiv rekonstruiert* werden: *Individualisierung* wird damit eine *Praxis*.“³¹⁸ Individualisierung in diesem Sinne ist einmal „*konkrete hospizielle Praxis* im Umgang mit Patienten“³¹⁹ und zum anderen „*Handlungsrahmen* für die Beschäftigten“³²⁰.

(a) Als konkrete hospizielle Praxis wird im Umgang mit Patienten deren Individualität rekonstruiert. „Einmal in der aktiven Suche nach individuellen Merkmalen und Bedürfnissen der Patienten... Zum anderen... in der Gestaltung seiner Rolle, die ihm... die Möglichkeit gibt, die Handlungen der anderen Beteiligten (Personal

³¹⁷ Vgl. auch die Definition von Patientenorientierung von Karin Kersting, in: Arnold et al., 172f.!

³¹⁸ Pfeffer, 136.

³¹⁹ Pfeffer, 133.

³²⁰ Pfeffer, 134.

und Angehörige) zu steuern.“³²¹ Die Ausrichtung am (auch mutmaßlichen Willen) des Patienten ist dabei leitend.³²² „Die Orientierung an den Wünschen des Sterbenden dient damit nicht nur dem Sterbenden, sondern ebenso einer leichteren Bewältigung des Todesfalls durch die Überlebenden.“³²³

(b) Individualisierung als Handlungsrahmen Palliativer Praxis weist darauf hin, dass die Individualisierungspraxis institutionell verankert ist. Die Organisation der Arbeit ist auf Individualisierung ausgerichtet, die Institution misst der Individualisierung Wert und Zeit zu. Dabei werden nicht nur die Patienten, sondern auch die Beschäftigten individualisiert. Zum einen durch eine hohe soziale Anerkennung, zum anderen durch die Last einer individualisierten Pflege Sterbender.³²⁴

(2) Kennenlernen als soziales Ordnungsinstrument

Die Praxis der Individualisierung führt über die Aufnahme zum Kennenlernen der Person des je Anderen. „Kennenlernen als Basis der Rekonstruktion von Individualität“³²⁵ ergibt sich nun auch wieder nicht einfach so, sondern ist wiederum *„Ergebnis sozialer Organisation“*³²⁶. „Der hospizielle Ansatz, gleichberechtigt die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Beschwerden bzw. Bedürfnisse des Patienten zu bearbeiten, führt zu Beginn der Betreuung zu einem zunächst nicht überschaubaren Bearbeitungsfeld... In diesem zunächst nicht überschaubaren Raum möglichen Bearbeitungsbedarfs wird ‘Kennenlernen’ als eine Form der individualisierenden Praxis zu einem wichtigen sozialen Ordnungsinstrument.“³²⁷

(3) Nähe und Distanz

Durch die Individualisierung des Patienten in Aufnahme und Kennenlernen entwickelt sich eine Nähe zum Patienten, die bei nachlassender Lebenskraft des

³²¹ Pfeffer, 133.

³²² Vgl. Pfeffer, 19!

³²³ Pfeffer, 388.

³²⁴ Vgl. Pfeffer, 134!

³²⁵ Pfeffer, 134.

³²⁶ Pfeffer, 134.

³²⁷ Pfeffer, 19.

Patienten zum Schlüssel individueller Betreuung wird, um so feinste Zeichen individueller Bedürfnisse überhaupt noch wahrnehmen zu können. „Ist Individualisierung im Zuge der Aufnahme und des Kennenlernens zunächst Ausgangspunkt sich entwickelnder Nähe, wird Nähe in der Phase abnehmender Lebenskraft des Patienten Voraussetzung seiner Individualisierung im Sterben.“³²⁸ Diese Nähe führt in die Gratwanderung zwischen Nähe und Distanz (Nähe impliziert immer auch einen persönlichen Abschied) und damit zu Aushandlungsprozessen bezüglich der Herstellung, Aufrechterhaltung und Kontrolle von Beziehungen zwischen Care Gebenden und Care Empfangenden als Gratwanderungen zwischen Nähe und Distanz.

4.3.2. Palliative Haltung zwischen Nähe und Distanz

„Nähe zu sterbenden Patienten... ist... ‘gefährlich’... für die Beschäftigten und trotzdem sind ‘Beziehungen’ ein wichtiger Bestandteil hospizieller Arbeit.“³²⁹ „Bedeutung, Organisation und Kontrolle von Nähe“³³⁰ sind damit neben der Individualisierung des Patienten ein weiteres wesentliches Merkmal und Problem der täglichen Arbeit und mit der Praxis der Individualisierung eng verknüpft. Die Aushandlung von Nähe und Distanz ist ein Aushandlungsprozess der Gestaltung von Beziehungen zu Patienten und deren sozialem Umfeld.

(1) Nähe im Kontext von Care als Tugend

Was ist der Grund, was die Motivation für das Herstellen von Nähe? Einmal entspringt der Wunsch nach Nähe den Wünschen von Care Gebenden und Empfangenden im Palliativen Feld selbst (persönlich bedingte Nähe). Zum anderen basiert das Herstellen von Nähe auf strukturellen Merkmalen palliativer Einrichtungen, die der Hospizidee selbst entspringt (institutionell bedingte Nähe). „Nähe ist eng mit dem hospiziellen Grundgedanken der ‘Begleitung’ der Sterbenden und ihrer Angehörigen verknüpft“³³¹, Nähe ist ein Beziehungsideal. „Nähe in der Betreuung ist Abgrenzungsmittel und -zeichen gegenüber der... ‘Verdrängung’ des Sterbens in

³²⁸ Pfeffer, 137; vgl. 239!

³²⁹ Pfeffer, 174.

³³⁰ Pfeffer, 20.

der Gesellschaft und der... 'Ausgrenzung' Sterbender in anderen medizinischen Einrichtungen. Nähe steht für das Modell eines anderen Umgangs mit Sterben und Tod in der Gesellschaft, sie ist der Modus, mit dem die... institutionelle Anonymität in der Sterbendenbetreuung aufgebrochen werden soll."³³²

Voraussetzung für das Zulassen von Nähe ist der absehbare Tod des Sterbenden. „Nähe wird von den Beschäftigten nicht nur immer wieder aufs Neue hergestellt, *obwohl* die Patienten sterben, sondern *weil* ihr Lebensende absehbar ist.“³³³ Denn „die Ansprüche und Verpflichtungen, die sich aus persönlicheren Beziehungen ergeben können, sind absehbar begrenzt.“³³⁴ Die Geschichte der Beziehungen ist also kurz. Dennoch erreichen sie innerhalb dieser kurzen Zeit eine hohe Dichte, es handelt sich um „verdichtete Beziehungen“.³³⁵ Beziehungen von existentieller Qualität, da sie „auf grundlegende und existentielle Probleme im Angesicht des Todes“³³⁶ Bezug nehmen. „Die Beziehungen sind verdichtet, weil sie das Ergebnis individueller wie organisatorischer Anstrengungen sind... Die Beziehungen *werden* verdichtet.“³³⁷ Dabei kann die Dichte der Beziehungen aus einer Eigendynamik heraus entstehen, die manchmal schwer zu kontrollieren ist.³³⁸

(2) Nähe im Kontext von Care als Arbeit

Nähe zum Patienten wird also aktiv angestrebt und ist deshalb selbst eine Form von Arbeit.³³⁹ „Hospizarbeit findet in einer Ordnung der Nähe statt.“³⁴⁰ Aus den oben genannten Bedingungen hospizieller Nähe leiten sich entsprechende Strategien hospizieller Arbeit ab.

³³¹ Pfeffer, 176.

³³² Pfeffer, 176.

³³³ Pfeffer, 20.

³³⁴ Pfeffer, 179; vgl. auch 389!

³³⁵ Vgl. Pfeffer, 177!

³³⁶ Pfeffer, 178.

³³⁷ Pfeffer, 178.

³³⁸ Vgl. Pfeffer, 178!

³³⁹ Vgl. Pfeffer, 177!

³⁴⁰ Pfeffer, 389.

(a) Nähe durch Kennenlernen: Kennenlernen ist die Voraussetzung für das Entstehen von Nähe, „die über reines Rollenhandeln hinausgeht. Kennenlernen ist die Basis individualisierender Vergemeinschaftung, die die Eigenheiten der beteiligten Personen aufnimmt. Für eine Bearbeitung des Sterbens, die eine ‘Individualität bis zuletzt‘ zu erreichen versucht, wird Nähe zum Patienten zum Schlüssel der Individualisierung im Sterben“³⁴¹. Durch die Nähe zu sterbenden Patienten entstehen persönliche Beziehungen. Sie sind durch folgende Elemente definiert³⁴²: (1) „Erlaubnis, in die Territorien und Reservate des anderen einzudringen.“³⁴³ Diese bildet die Basis für das Entstehen von Vertrautheit. Es ist das transkulturelle Ent-fremden des Anderen³⁴⁴, der mir dadurch nicht mehr fremd ist, sondern nahe wird und ich ihm. Außerdem (2) Identifikation und (3) Sympathie. „Die grundlegende Asymmetrie, die im Verhältnis von schwer kranken oder sterbenden Patienten zu Beschäftigten liegt, ist [aber] trotz aller Bemühungen der Hospizbeschäftigten nicht aufzuheben.“³⁴⁵ „Sterben und Tod sind damit für die Beschäftigten nicht nur deshalb ‘nah’, weil sie sich vielfältig ereignen und sie in die Bearbeitung involviert sind, sondern auch, weil das Wissen vom Patienten Anschlüsse an das eigene Leben eröffnet.“³⁴⁶

(b) Nähe als Arbeitsressource: Nähe als Arbeitsressource wird gerade in der Bearbeitung schwierigerer sehr komplexer Fälle eingesetzt. Dabei „kann ein Sog der Nähe entstehen, der... nur schwer zu kontrollieren ist“³⁴⁷ und zur Frage der Abgrenzungsproblematik überleitet.

(c) Vorstellungen angemessener Nähe zu Patienten: Der Tod des Patienten und mit ihm der Abbruch einer verdichteten persönlichen Beziehung hat „emotionale Konsequenzen für die Beschäftigten: Persönliche Nähe zu Patienten führt... zu persönlichem Abschied. Nahe Beziehungen... können zu belastender Nähe werden... So wichtig die Beziehungen zu Patienten sind, so bedeutsam ist

³⁴¹ Pfeffer, 20.

³⁴² Vgl. Pfeffer in Anlehnung an Goffman, 175!

³⁴³ Pfeffer in Anlehnung an Goffman, 175.

³⁴⁴ Vgl. Silberzahn-Jandt!

³⁴⁵ Pfeffer, 175.

³⁴⁶ Pfeffer, 388.

³⁴⁷ Pfeffer, 21.

deshalb gleichzeitig die Kontrolle von Nähe.³⁴⁸ Um das empfindliche Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz zu erreichen und zu wahren, eignen sich verschiedene Strategien. Pfeffer verweist auf die Strategie der "Familien-Idee" („Nähe nach dem Modell einer idealtypischen postmodernen Familie"³⁴⁹) oder der "kontrollierten Nähe". „Entlang dieser unterschiedlichen Modelle können verschiedene Strategien identifiziert werden, das prekäre Gleichgewicht zwischen Nähe *und* Distanz zu erreichen und zu wahren."³⁵⁰ Als Kontrollstrategie sind Betreuungsabbrüche zu beobachten, "die eine Distanzierung von belastenden Betreuungserlebnissen ermöglichen... Die gesuchte Distanzierung ist Distanzierung innerhalb einer Ordnung der Nähe. Sie wird im Einzelfall gesucht, um *weiter* Nähe bereitstellen zu können."³⁵¹ „Nur wenn die Kontrolle von Nähe innerhalb einer Beziehungsordnung der Nähe gelingt, ist Hospizarbeit für die einzelnen Berufsakteure auf Dauer möglich... Die Gratwanderung zwischen Nähe und Distanz ist eine schwierige Arbeit an den eigenen Emotionen, indem den Erwartungen gemäß immer wieder auf's neue Nähe zu Patienten hergestellt, kontrolliert, beendet und verarbeitet wird."³⁵²

4.3.3. Die normative Kraft der Kategorisierung als "sterbend"

Im Palliativen Feld finden sich Ungewissheiten und Unsicherheiten, „die sich aus der unregelmäßigen Statuspassage des Sterbens ergeben und die Entscheidungen über direkt anstehende Handlungen erschweren. Der *Prozess des Sterbens* ist ungewiss, weil wenig strukturiert und im Vergleich mit anderen Statuspassagen kaum sozial geregelt... Anfang, Andauern und Ende des Prozesses oder einzelner Zwischenstadien sind nicht deutlich durch soziale oder biologische Markierungen dargestellt und erkennbar, sondern Gegenstand sozialer Aushandlungsprozesse."³⁵³ Auf drei Formen der Ungewissheit und Unsicherheit in der Bearbeitung des Sterbens im Palliativen Kontext weist Pfeffer hin.

³⁴⁸ Pfeffer, 179.

³⁴⁹ Pfeffer, 21.

³⁵⁰ Pfeffer, 21.

³⁵¹ Pfeffer, 390.

³⁵² Pfeffer, 180. Vgl. auch Pfeffer, 238!

³⁵³ Pfeffer, 242f..

(1) Definitiorische Ungewissheit

Während in hospiziellen Einrichtungen Diagnose und Prognose eines Patienten geklärt sind, entsteht größte Ungewissheit, Unsicherheit und Bedrängnis dann, wenn es um die Feststellung des Zeitpunktes geht, ab wann ein Patient als "sterbend" kategorisiert werden darf.³⁵⁴ Es kann zu Abstimmungsproblemen zwischen verschiedenen an der Betreuung beteiligten Berufsgruppen kommen. „Mit diesen Abstimmungsproblemen sind... Abstimmungsstrategien der Beschäftigten verbunden, mit diesen unterschiedlichen Einschätzungen umzugehen und koordiniert zu handeln.“³⁵⁵ „Der 'Beginn des Sterbens' hat tiefgreifende medizinisch-pflegerisch-soziale Konsequenzen...: Während die medizinisch-pflegerischen Interventionen reduziert werden..., wird die soziale Zuwendung zum Patienten intensiviert.“³⁵⁶ Dies spielt für die Frage der zeitlichen Ungewissheit eine entscheidende Rolle.

(2) Zeitliche Ungewissheit

„Zeitliche Ungewissheiten beziehen sich auf die Frage, an welchem Punkt des Sterbeprozesses ein Patient sich befindet.“³⁵⁷ „Damit ist der Zeitpunkt, bei einem als sterbend angesehenen Patienten mit bestimmten medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen 'aufzuhören'[,] immer ungewiss“³⁵⁸ und damit auch die Verlagerung auf die intensivierete soziale Betreuung des Sterbenden. „Die große Bedeutung der Ungewissheit... folgt gerade aus der radikalen Orientierung an den sozialen Aspekten des Sterbens“³⁵⁹. Gegen die potentielle Gefahr des vorzeitigen sozialen Todes wird die Bedeutung der sozialen Gemeinschaft mit oder um den Sterbenden normativ betont. Der „Tod des Patienten *in absehbarer Zeit* [ist] eine Bedingung der sozialen Konzentration auf den... Sterbenden... Ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und Zuwendung wird bereit gestellt, hat aber in ihrer Intensität individuelle und organisatorische Grenzen: Der Patient muss tatsächlich bald

³⁵⁴ Vgl. Pfeffer, 244!

³⁵⁵ Pfeffer, 21.

³⁵⁶ Pfeffer, 391.

³⁵⁷ Pfeffer, 244.

³⁵⁸ Pfeffer, 391.

³⁵⁹ Pfeffer, 21.

sterben, um diese soziale Konzentration aufrecht erhalten zu können.“³⁶⁰

(3) Absichtsvolle bzw. hingenommene Ungewissheit

Die Ungewissheit der Bestimmung des Zeitpunktes des Beginns des Sterbens wird durch die normative Selbstverpflichtung gestützt, darauf zu verzichten, diagnostisch ins Körperinnere der Patienten zu schauen, es bleibt im Dunkeln. „Ungewissheit wird hingenommen, um im Handeln *absichtsvoll unbestimmt* bleiben zu können.“³⁶¹ Stattdessen wird in hospizieller Arbeit auf das Körperäußere fokussiert.³⁶²

Wie gehen nun die Beschäftigten des Palliativen Feldes angesichts dieser Ungewissheiten in ihrer Arbeit mit dem Sterben um? „Eine Form, mit den grundlegenden Ungewissheiten der Sterbeprozesse umzugehen, ist die Orientierung an ‘idealisierten Ablaufmustern’... von Krankheits- oder Sterbensverläufen.“³⁶³ So wie sich die Handlungen der Beteiligten an idealisierten Vorstellungen von Sterbeverläufen orientieren, beeinflussen diese Handlungen ihrerseits gleichzeitig den Sterbeprozess. „Sie können dazu führen, den Sterbeprozess zu verlangsamen oder für eine gewisse Zeit gar aufzuhalten..., oder dem Geschehen seinen Lauf zu lassen. Wie von den Beteiligten gehandelt wird, richtet sich also einerseits nach dem vorgestellten und wahrgenommenen Verlauf des Sterbens, gibt diesem andererseits aber wiederum eine bestimmte Richtung.“³⁶⁴

³⁶⁰ Pfeffer, 22.

³⁶¹ Pfeffer, 21. Vgl. auch Pfeffer, 244!

³⁶² Vgl. Pfeffer, 21!

³⁶³ Pfeffer, 244. - Pfeffer verweist in diesem Zusammenhang auf das Modell des “dying trajectory” von Glaser/ Strauss. Sie identifizierten unabhängig vom einzelnen Sterbeverlauf „bestimmte... ‘critical junctures’...“, die in und für die Bearbeitung des Sterbens von großer Bedeutung sind: (1) Mit der Definition der Person als Sterbender beginnt der Prozess des Sterbens. (2) Vorbereitungen auf den bevorstehenden Tod. (3) Phase, in der der Tod feststeht und ein Kampf deshalb aussichtslos ist. (4) Final descent: das letzte Ansinken, das Stunden bis Wochen dauern kann. (5) Letzte Stunden des Lebens. (6) Tod und Totenwache. (7) Phase der rechtlichen Feststellung und öffentlichen Verbreitung.

³⁶⁴ Pfeffer, 245.

4.3.4. Palliative Haltung in der Schwellenphase

Der Übergang vom Status eines Lebenden zu dem eines Toten kann als ein sozialer Übergang aufgefasst werden.³⁶⁵ Soziale Übergänge werden durch Übergangsriten gegliedert und dargestellt. Übergangsriten haben dabei einerseits „die Funktion, die Veränderung im Status des Individuums zu steuern und für alle Beteiligten darzustellen, andererseits werden die Störungen der sozialen Ordnung, die für die Gemeinschaft von solchen Übergängen ausgeht, kontrolliert.“³⁶⁶ Das heißt sie dienen dazu, „die durch die Dynamik des Lebens immer wieder aufs Neue bedrohte soziale Ordnung aufrechtzuerhalten und damit gesellschaftliche Kontinuität zu gewährleisten.“³⁶⁷ Ist nun aber Voraussetzung gesellschaftlicher Kontinuität, dass die Beteiligten in ihren Rollen anerkannt werden, erschließt sich daraus zum einen der Auftrag der im Palliativen Feld Tätigen, den Sterbenden zur Anerkennung ihres Status zu verhelfen und diese zu erhalten. Zum anderen ergibt sich daraus eine Umkehr der Vorstellung bezüglich der Machtausübung der Palliativ Tätigen in der Schwellenphase der Betreuung Sterbender. Nicht sie selbst sprechen sich die Macht zu, sondern sie nehmen ihrerseits den gesellschaftlichen Auftrag an, Träger dieser Machtposition zu sein, als führend das Zepter in die Hand zu nehmen in der Betreuung sterbender Menschen als Chorleiter einer konzertierten Betreuung Sterbender.

Die Struktur der Übergangsriten ist meist eine dreiphasige: Am Anfang stehen Trennungsriten für die Trennung vom alten Status bzw. vom alten Leben, darauf folgen Schwellen- bzw. Umwandlungsriten für die Zwischen- bzw. Liminalphase und schließlich führen Angliederungsriten zur Wiedereingliederung in den neuen Status.³⁶⁸ So erhält der Patient mit seinem Eintritt in die Palliative Betreuung einen neuen Status. Der Eintritt in die Palliative Betreuung findet im Rahmen von Trennungsriten statt. Die Betreuung selbst findet bis zum Tod des Patienten im Rahmen der Schwellenphase statt. Es ist die Phase zwischen Leben und Tod. Mit der Feststellung des Todes beginnt die Phase der Angliederung.

³⁶⁵ Vgl. Pfeffer, 309ff.!

³⁶⁶ Pfeffer in Anlehnung an van Gennep, 309. Vgl. auch 22!

³⁶⁷ Pfeffer, 310.

³⁶⁸ Vgl. Pfeffer, 310!

Bei Sterbenden im Palliativen Feld³⁶⁹ lassen sich nach Pfeffer eine primäre von einer sekundären Schwellenphase unterscheiden. Die Phase der Angliederung im Sinne einer Ausgliederung des Verstorbenen kann dann als ein weiterer sekundärer Übergangsritus aufgefasst werden, der mit einer Trennungsphase beginnt (Feststellung des Todes), eine sekundäre Schwellenphase beinhaltet und mit der Angliederungsphase endet (rituelle Eingliederung des Verstorbenen in die Gruppe der Toten).³⁷⁰ Die Palliative Betreuung auf dem Hintergrund einer Palliativen Haltung bringt Palliative Haltung als Phänomen damit in Zusammenhang mit Übergangsriten. Die in den von mir geführten Interviews genannten Abschieds- und Erinnerungsrituale können den sekundären Übergangsriten zugeordnet werden.

³⁶⁹ Pfeffer beschränkt sich in ihrer Darstellung auf den hospiziellen Kontext, der sich m.E. an dieser Stelle weiter fassen lässt.

³⁷⁰ Vgl. Pfeffer, 23; 310ff.!

5. Habitus und Palliative Haltung

5.1. Einführung in das Kapitel	100
5.2. Sozialer Raum	103
5.2.1. „Klasse“ nach Bourdieu und “Klassen” im Gesundheitswesen	105
<i>Exkurs: Transformation von Care durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens</i>	107
5.2.2. Geschmack und Herrschaft	115
5.2.3. Luxus- und Notwendigkeitsgeschmack	118
<i>Exkurs: Macht und Palliative Haltung</i>	122
5.3. Palliative Haltung im Rahmen der Habitusstheorie	128
5.3.1. Habitusstheorie als Konstitutions- und Erkenntnistheorie	128
5.3.2. Die Dispositionen des Habitus - strukturierte und strukturierende Struktur	129
5.3.3. Philosophische Wurzeln des Habituskonzepts	135
5.3.4. Sozialer Sinn des Habitus	137
5.3.5. Alltagspraktische Umsetzung in der Dialektik von Habitus und Feld	141
5.4. Palliative Haltung im Rahmen der Feldtheorie	146
5.4.1. Feld als struktureller Rahmen: Spielfeld und Spielregeln	147
5.4.2. Kapitalformen als Einsätze	152
5.4.3. Kulturelles Kapital und Palliative Haltung	153
5.4.4. Soziales Kapital und Palliative Haltung	160
<i>Exkurs: Anerkennung und Palliative Haltung</i>	161
5.4.5. Symbolisches Kapital und Palliative Haltung	168
5.4.6. Konflikt und Strategie	171

5.4.7. Spezifische Interessen und Profitmöglichkeiten	174
5.5. Dialektik von Habitus und Feld und das Konzept der Palliative Care und der Palliativen Haltung	176
5.5.1. Dialektik von Habitus und Feld	176
5.5.2. Selbstwirksamkeit von Erkenntnis und Palliative Haltung	177
5.5.3. Evokationsvermögen von Sprache, Macht und Palliative Haltung	180
5.5.4. Das Stigma Palliativer Haltung	182
5.5.5. Dialektik von Habitus und Feld und die Prinzipien der Palliative Care	184
5.6. Fazit und Ausblick	187

5.1. Einführung in das Kapitel

Nach dieser Annäherung an das Praxisfeld der Palliative Care anhand der Dimensionen von Care als Tugend, Haltung und Arbeit wurde offensichtlich, dass diese Dimensionen nicht getrennt voneinander betrachtet werden können. Sie sind vielmehr als die drei Dimensionen von Care aufzufassen, die als essentieller Anspruch von Care in der Palliative Care Wirklichkeit werden. Die Vorstellung, dass diese Dimensionen von Palliative Care sich gegenseitig bedingen, Palliative Haltung also nur verstanden werden kann zum einen von ihrer Bedingtheit und Bedingung her (Motivation bzw. Tugend von Palliative Care) und zum anderen in ihrer Wirkung in der Praxis (Arbeit), soll in der Darstellung von Bourdieus Habituskonzept, das diese Dimensionen in sich fasst, wieder aufgegriffen werden. Das heißt der Habitus als System von Dispositionen repräsentiert seine Bedingtheit (Tugend) in seiner Haltung und er repräsentiert seine Haltung in seiner Praxis (Arbeit). Habitus und Haltung sind nicht deckungsgleich - Haltung ist die Repräsentation des Habitus, der diese drei Dimensionen immer schon in sich fasst.

Wie in den Interviews und den teilnehmenden Beobachtungen zu sehen war und was durch die Literatur bestätigt wurde: Palliative Haltung ist das, was mich unterscheidet. Palliative Haltung unterscheidet mich in meinem Anspruch (Tugend), also in meiner in meinem Anspruch begründeten Haltung und meiner damit einhergehenden Arbeit (Praxis als Handeln, nicht Machen³⁷¹). Palliative Haltung ist Distinktionsmerkmal. Sie beschreibt, was der Zugehörige des Feldes hat und damit ist und die anderen nicht haben und damit auch nicht sind, weil sie diese Palliative Haltung eben nicht haben.

Meine These lautet: Palliative Haltung ist Voraussetzung für das Betreten eines Feldes (des Palliativen Feldes). Palliative Haltung definiert die Haltung der im Feld arbeitenden Care-Gebenden. Palliative Haltung wirkt sich in die Arbeit (Praxis) der Care-Gebenden hinein aus. In Palliativer Praxis repräsentiert sich Palliative Haltung, sie wird im Palliativen Habitus greifbar. Palliative Haltung ist Identifikationsmerkmal, sie ist Klassifikationsmerkmal und damit Distinktionsmerkmal der im Palliativen Feld Arbeitenden. Als habituell zu erwerbende und erworbene Haltung

³⁷¹ Vgl. Kohlen!

schafft sich das Palliative Feld den Habitus einer Palliativen Haltung. In der dialektischen Verwobenheit und gegenseitigen Bedingtheit schafft sich der Habitus einer Palliativen Haltung wiederum das Palliative Feld.

Diese These möchte ich im Nachgang von Bourdieus Habituskonzept erläutern. Den Nachgang unternehme ich anhand seiner Hauptwerke "Die feinen Unterschiede" (1987)³⁷² und "Sozialer Sinn" (1993)³⁷³.

"Die feinen Unterschiede" sind „eine Art Ethnographie Frankreichs“³⁷⁴. Bourdieu entwickelt darin ein „Modell der Wechselbeziehungen zweier Räume - dem der ökonomisch-sozialen Bedingungen und dem der Lebensstile“³⁷⁵. Feine Unterschiede nämlich bestehen zwischen den Klassen, die durch Repräsentationen des Geschmacks (Lebensstil) als Klassen erst greifbar werden. Um diese Unterschiede geht es Bourdieu. Abgrenzung, d.h. Distinktion ist das Wirkprinzip moderner Ausdifferenzierung. Bourdieu deckt auf, was die Klassen auf subtile Weise trennt (Distinktion). Das Modell der Klassen und des damit korrespondierenden Geschmacks ist Bourdieus Antwort auf Kants Kritik der Urteilskraft: „in der Struktur der sozialen Klassen [ist] das Fundament der Klassifikationssysteme auszumachen, welche die Wahrnehmung der sozialen Welt strukturieren und die Gegenstände des ästhetischen 'Wohlgefallens' bezeichnen.“³⁷⁶ Bezogen auf Palliative Haltung als Habitus bedeutet dies, dass ich aufgrund der in meine Palliative Haltung eingeschriebenen Kategorien internalisierter Klassifikationssysteme die Akteure des sozialen Feldes und das Feld selbst wahrnehme und dieses Feld dann auch strukturiere.

In "Sozialer Sinn" bringt Bourdieu den Leser in Distanz zum Beobachter des Feldes. Er fragt nach den Bedingungen von Erkenntnis - denn auch den vermeintlich objektiven Beobachter des Feldes leitet sein Habitus. Deshalb gilt für die Bedingungen der Erkenntnis: „Der Fortschritt der Erkenntnis setzt bei den Sozialwissenschaften einen Fortschritt im Erkennen der Bedingungen der Erkenntnis

³⁷² Original: „La distinction, Critique sociale du jugement“ (1979).

³⁷³ Original: „Le sens pratique“ (1980).

³⁷⁴ Bourdieu (1987), 11.

³⁷⁵ Bourdieu (1987), 11f.

³⁷⁶ Bourdieu (1987), 14. Vgl. Bourdieu (1987), 21: „Der ‚reine‘ Blick ist eine geschichtliche Erfindung“!

voraus. Deshalb erfordert er, hartnäckig und mehrfach zu denselben Objekten zurückzukehren (hier: zu den in *Entwurf einer Theorie der Praxis* und in zweiter Linie zu den in *Die feinen Unterschiede* behandelten), alles Gelegenheiten, das objektive und subjektive Verhältnis zum Objekt weiter zu objektivieren.³⁷⁷ Das heißt objektive Strukturen und inkorporierte Strukturen (soziale Kategorien der Wahrnehmung) sollen objektiviert werden. Außerdem soll die Objektivierung selbst objektiviert werden. Hierdurch erst kommt es zur Überwindung der Distanz der Objektivierung und damit zur „Wiedergewinnung des Ichs durch die Objektivierung der um einen behaupteten Ort der Subjektivität, z.B. der um die sozialen Kategorien des Denkens, der Wahrnehmung und des Werturteils geisternden Objektivität. Diese Kategorien nämlich sind das ungedachte Prinzip jeder Vorstellung von der sogenannten objektiven Welt.“³⁷⁸ Geht es Bourdieu um Erkenntnis, geht es ihm zugleich um deren Bedingungen und Bedingtheit. Geht es um Bedingungen, muss die Rede vom Habitus als Bedingung jeder Erkenntnis sein.

Palliative Haltung als Haltung der Akteure des Palliativen Feldes wirkt sich in deren Handeln im Rahmen einer Palliative Care aus. In ihrer subjektiv erfahrbaren Wirksamkeit ist diese Haltung greifbar, sie wird anschaulich als Phänomen. Dem Anspruch der Vermittlung einer rein subjektivistischen mit einer rein objektivistischen Erkenntnisweise im Rahmen einer praxeologischen Erkenntnisweise folgend³⁷⁹ soll es nun darum gehen, nicht nur den subjektiv gemeinten Sinn einer Palliativen Haltung deskriptiv darzustellen, „die praktisch erlebten Handlungen und Interaktionen und die damit unmittelbar einhergehenden Repräsentationen“³⁸⁰ (Ideen, Erwartungen etc.). Freilich „sind die vom Objektivismus tendenziell ignorierten sozialen Akteure mit ihren praktischen Erfahrungen und Alltagserkenntnissen... konstitutiver Bestandteil der sozialen Welt und müssen in dieser Eigenschaft... berücksichtigt werden.“³⁸¹ So habe ich das in den Interviews in den episodischen Erzählungen erlebt und so auch überwiegend in der Literatur zur Palliativen Haltung gefunden.

³⁷⁷ Bourdieu (1993), 7.

³⁷⁸ Bourdieu (1993), 44.

³⁷⁹ „Die scheinbare Antinomie der beiden Erkenntnisweisen kann also nur dann unter Wahrung der Errungenschaften beider überwunden werden, wenn die wissenschaftliche Praxis einem Erkennen des ‚Erkenntnissubjekts‘ untergeordnet wird, also einer im wesentlichen *kritischen Erkenntnis* der Grenzen jeder theoretischen Erkenntnis, sei sie nun subjektivistisch oder objektivistisch“ (Bourdieu (1993), 52).

³⁸⁰ Schwingel, 45.

³⁸¹ Schwingel, 49. So geschehen in der episodischen Erzählweise der Interviews.

Dieser rein subjektivistischen Erkenntnisweise steht die objektivistische gegenüber, die praxeologisch miteinander vermittelt werden müssen. Denn es soll auch darum gehen, die Bedingungen der Möglichkeit der Ausbildung der Idee eines solchen Phänomens (konstruktivistisch gedacht) aufzuspüren. So soll es nicht nur um ein rein deskriptives Beschreiben dessen, was Palliative Haltung ist, d.h. dessen, wie und als was sie sich in die Praxis der Care-Gebenden hinein auswirkt, gehen, sondern v.a. um ihre Bedingtheit, d.h. um die Bedingungen ihres Möglichen im Palliativen Feld. Was sind die Voraussetzungen des Ausbildens einer Palliativen Haltung und wie wirken sich diese Bedingungen als Palliative Haltung in die Praxis des Palliativen Feldes und möglicherweise auch darüber hinaus aus? Eine Nähe zur Care Ethik zeigt sich hier deutlich.

Jede soziale Praxis, im Zusammenhang dieser Arbeit die Praxis einer Palliative Care, unterliegt einer praktischen Logik als Bedingung, im Zusammenhang dieser Arbeit der Logik einer Palliativen Haltung. Diese praktische Logik einer Palliativen Haltung ist zugleich die Logik des Habitus als auch die Logik des Feldes - Palliative Haltung ist als Habitus innerer Zwang und als gesetzte Norm des Feldes äußerer Zwang. Da das Wahrnehmen, das Erkennen, das Denken und das Handeln der Akteure im sozialen Feld nach Bourdieu sowohl von inneren habituellen Zwängen (Habitus Theorie) als auch von äußeren Feldzwängen (Feldtheorie) bestimmt werden, ein Akteur in einem spezifischen Praxisfeld also immer über seinen Habitus vermittelt handelt, sollen im Folgenden die Habitus Theorie und Feldtheorie in ihrer Verschränktheit durch die Palliative Haltung betrachtet werden. Habitus und Feld sind in dialektischer Verschränkung immer nur zusammen zu denken. Diese Verschränktheit ist eingebettet in das Konzept des sozialen Raums, weshalb ich mit der Darstellung dieses Konzepts beginnen werde.

5.2. Sozialer Raum³⁸²

Die Pluralität der relativ autonomen Handlungsfelder ist in die Theorie des Sozialraumes integriert. Der soziale Raum bezeichnet das Ganze der sozialen Welt (Gesellschaft) und dient der Darstellung und Analyse sozialer Strukturen (Klassen)

³⁸² Vgl. Schwingel, 103ff.!

und sozialer Positionen. Die *eine* Gesellschaft gibt es nicht. Stattdessen eine „analytisch differenzierbare Pluralität von relativ autonomen Praxisfeldern, die sehr unterschiedlichen Spielregeln unterstehen.“³⁸³ Das soziale Feld bildet die Handlungsebene (Spielfeld) innerhalb des sozialen Raumes.

Zwei Subräume können in diesem Raum unterschieden werden. Der erste Subraum umschreibt den Raum objektiver sozialer Positionen (Struktur, Unterscheidungsprinzipien), der zweite umschreibt den Raum der Lebensstile (Lebensführung, Handeln). Der Raum objektiver sozialer Positionen ist konstruiert anhand der Kriterien von Kapitalvolumen (ökonomisches, kulturelles, soziales Kapital), Kapitalstruktur (Verhältnis der Kapitalarten zueinander) und sozialer Laufbahn (sozial absteigende, konstante oder aufsteigende Position einer sozialen Klasse).³⁸⁴ Diese Kriterien erfassen die objektiven Lebensverhältnisse der Klassen. Soziale Klassen verdanken ihre Eigenschaften dabei keineswegs bestimmten substantiellen Merkmalen, sondern ihrer relationalen Stellung zu anderen Klassen innerhalb der Struktur des sozialen Raumes.

Der zweite Subraum innerhalb des Sozialraum-Modells ist der Raum der Lebensstile (Standesmerkmale). Der Begriff des Lebensstils (Geschmack) zielt auf „die symbolischen Merkmale der Lebensführung, die sich nicht allein aus der objektiven Verfügung über ökonomische und kulturelle Ressourcen, sondern ebenso aus den gruppen- und klassenspezifischen - und insofern ‘subjektiven’ - Wahrnehmungen, ästhetischen Wertschätzungen und Wahlpräferenzen erklären.“³⁸⁵ Zwischen den beiden Subräumen bestehen Wechselbeziehungen. Mit den jeweiligen sozialen Positionen korrespondieren bestimmte typische Praktiken und Objekte der symbolischen Lebensführung. Diese Korrespondenz kommt durch die Vermittlung des Habitus zustande. Somit besteht ein Zusammenhang zwischen Klassenzugehörigkeit (und der damit verbundenen Verfügung über ökonomische, kulturelle und soziale Ressourcen) und Formen der symbolischen Lebensführung (Lebensstile). Der Habitus verwandelt die Struktur (Unterscheidungsprinzipien der Klasse, Bedingungen) in Handeln (Lebensführung, Praxis), also in Repräsentatio-

³⁸³ Schwingel, 155.

³⁸⁴ Sozialraum als dreidimensionaler Raum mit diesen drei Dimensionen; vgl. Bourdieu (1987), 195ff.!

³⁸⁵ Schwingel, 111.

nen der Struktur als distinkte und distinktive Zeichen. „Die im Habitus eingelagerten Klassifikationen und Unterscheidungsprinzipien, Bewertungs- und Denkschemata schlagen sich nieder in den Praxen der Lebensführung... Die unterschiedlichen Praktiken... erhalten ihren sozialen Sinn also dadurch, dass sie etwas anzeigen, soziale Unterschiede nämlich, die Zugehörigkeit zu der einen oder zu der anderen sozialen Gruppe oder Klasse.“³⁸⁶ Damit ist der größere Rahmen benannt, in den die Habitus-theorie eingebettet ist, und es zeigt sich hierin die Nähe zur Auffassung von Care, deren strukturelle Bedingungen über die ihr entsprechende Haltung vermittelt zur Praxis werden. D.h. Palliative Praxis ist über Palliative Haltung vermittelte Praxis, die Bedingungen gehorcht, die es für das Palliative Feld aufzudecken gilt.

5.2.1. “Klasse” nach Bourdieu und “Klassen” im Gesundheitswesen

Für die Dynamik des Kräftefeldes des sozialen Raums konstruiert Bourdieu Klassen. Eine Klasse umfasst eine Gruppe von Individuen mit ähnlicher sozialer Position und ähnlichem Lebensstil im sozialen Raum. Er unterscheidet drei Klassen sozialer Akteure: die obere, die mittlere und untere Klasse. Die obere Klasse unterteilt er in eine dominierende ökonomische Fraktion und eine dominierte kulturelle Fraktion, die Mittelklasse in das absteigende, das neue und das exekutive Kleinbürgertum. Die kulturell und ökonomisch dominanten Klassen unterscheiden sich von der unteren Klasse durch den „Primat der *Form* über die *Funktion*“³⁸⁷. Die Klassenfraktionen der Oberklasse streiten permanent um die Vormachtstellung in der Gesellschaft. Zusammenhalt und Differenzierung sozialer Klassen kommen mit Hilfe geschmacklicher Zustimmung und Ablehnung zustande.³⁸⁸

Diese von Bourdieu gefasste Unterscheidung von Klassen dient der Darstellung und Analyse der französischen Gesellschaft und kann als struktureller Hinweis auch auf andere nationale Gesellschaften oder soziale Felder gelesen werden. Übertragen auf gesellschaftlich manifeste Gruppierungen lässt sich dieser Kampf

³⁸⁶ Kraus/Gebauer, 37.

³⁸⁷ Bourdieu (1987), 288.

³⁸⁸ Vgl. Kraus/Gebauer, 10!

auch fürs Feld des (deutschen) Gesundheitswesens feststellen: zwischen ökonomisch dominierenden Vertretern des Felds und kulturell dominierten Vertretern des Felds. Die ökonomisch dominierenden Vertreter befinden sich als Vertreter von Ökonomisierung des Gesundheitswesens im Wertekonflikt mit den kulturell dominierten Vertretern - im Konflikt also zwischen ökonomischer Notwendigkeit und der Notwendigkeit einer umfassenden Care. Freilich ließe sich das auch auf die Chancengleichheit des Zugangs zu Gesundheitsleistungen diskutieren (Zwei- bzw. Dreiklassenmedizin und die Frage der Verteilungsgerechtigkeit). Bourdieus Klassenzuweisungen legt eine solche Diskussion als legitim sogar nahe. Mir geht es demgegenüber aber um die mit einer solchen Verteilungsungerechtigkeit in Zusammenhang stehende Ökonomisierung des Gesundheitswesens³⁸⁹, die eine Vermittlung von Vertretern der Notwendigkeit von Ökonomisierung mit Vertretern der Notwendigkeit von Care notwendig macht. Als exemplarischem Vertreter einer ökonomisierungskritischen Position in diesem Diskurs möchte ich an dieser Stelle Hinweisen von Giovanni Maio folgen, wie er sie in Bezug auf die Ökonomisierung der modernen Medizin macht.³⁹⁰ Da auch Medizin im Prinzip der Care begründet ist³⁹¹ und ich bei Maio in dessen Verwendung der Dimensionen von Care eine Nähe zu den Kittayschen Care-Dimensionen entdecke, möchte ich den Aufsatz „Zur inneren Aushöhlung der Medizin durch das Paradigma der Ökonomie“ von Maio neu lesen und ihn dabei in die Dimensionen von Care, die er selbst verwendet, aber nicht explizit als Konzept in Beziehung zueinander setzt, gießen, um von da aus Maios Beobachtungen für das soziale Feld von Care im Allgemeinen und von Palliative Care im Besonderen in Anspruch zu nehmen. Was Maio für die Medizin geltend macht, kann meines Erachtens für alle im Feld der Care Beschäftigten geltend gemacht werden.

³⁸⁹ „Das ökonomische Feld, die Verselbständigung des ökonomischen Denkens und Handelns gegenüber den Bereichen von Politik und Moral, ist... das Ergebnis eines historischen Prozesses, der sich insbesondere im 19. und 20. Jahrhundert in der westlichen Welt vollzogen hat.“ (Krais/Gebauer, 18)

³⁹⁰ Vgl. Maio! Vgl. ähnlich auch Lanzerath in seiner Stellungnahme zu den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011), in der er die Gefahr einer Preisgabe des ärztlichen Ethos im Rahmen einer eindeutigen Abgrenzung zum assistierten Suizid diskutiert (ebd., 6ff.)! Vgl. auch Reitze-Jehle, 282: „die sogenannte Ökonomisierung des Sozialen, die Ende der 1970er Jahre begann, hat uns in Bedrängnis gebracht, die existentiell und die Existenz bedrohend“ ist. Vgl. kritisch auch Manzeschke, 298, bezüglich des diakonischen Auftrags, dass derzeit „diakonisches Handeln nur in, mit und unter den Bedingungen des Marktes zu verwirklichen ist.“

³⁹¹ Insofern die „heute für selbstverständlich gehaltene Trennung in Medizin und Pflege... in der uns bekannten Art eigentlich kaum 200 Jahre alt“ ist (Bartholomeyczik (2010), 146f.).

Exkurs: Transformation von Care durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Maio weist in seiner Betrachtung der modernen Medizin in Gesundheitseinrichtungen kritisch auf die moderne ökonomisch motivierte Transformation der Medizin hin. Medizin als soziale Praxis wird in den Gesundheitsmarkt überführt, kategoriale Zuschreibungen des Marktes und der Industrie definieren Anspruch und Wirklichkeit moderner Medizin. Es kommt zur ökonomischen Überformung des Gesundheitswesens an sich. Wo die Dimensionen von Care aber durch den Primat der Ökonomisierung transformiert werden, Care also den Zielen der Ökonomie zu folgen hat und nicht umgekehrt die Ökonomie den Zielen von Care, ist Care an sich in Frage gestellt, da sie mit ihrer Identität, die sich in den Dimensionen von Motivation, Haltung und Arbeit äußert, sich selbst verloren hat. Wenn Maio fragt „ist das überhaupt noch Medizin“³⁹², will ich im Sinne der vorgestellten Arbeit fragen: ist das überhaupt noch Care, wenn Anspruch und Wirklichkeit von Care nicht mehr in Übereinstimmung zu bringen sind?

Maio weist darauf hin, dass Ethik (er beschreibt hier Fragestellungen von Verteilungsgerechtigkeit) im Sinne einer Verantwortungsethik nicht zwangsläufig in Gegensatz zu ökonomischem im Sinne eines wirtschaftlichen, heißt ressourcenorientierten Denken geraten muss – „ökonomisches Effizienzdenken kann für die Medizin sehr nützlich sein, wenn es um die Frage geht, wie sich ein medizinisches Ziel ohne Verschwendung, günstig und mit minimalem Einsatz erreichen lässt... Da medizinische Güter grundsätzlich knapp sind, ist das ökonomische Denken Voraussetzung dafür, dass möglichst vielen geholfen werden kann.“³⁹³ Allein - die Rangfolge muss stimmen: Die Ziele der Ökonomie (Maximierung des Nutzens³⁹⁴) sind in den Dienst der Medizin (Sorge um den Kranken) zu stellen, nicht umgekehrt. „Die Ökonomie hätte demnach eine der Medizin dienende Funktion. Nur diese lediglich dienende Funktion der Ökonomie würde es der Medizin

³⁹² Maio, 240.

³⁹³ Maio, 241.

³⁹⁴ Vgl. hierzu kritisch Sedláček, in: Spiegel, 114: „Die Ökonomie ist der Ansicht, dass jeder seinen Nutzen zu maximieren trachtet. Das Problem dabei ist nur, dass wir den optimalen Nutzen für uns selbst nicht präzise festlegen können. Wir wissen nicht, was wir wollen.“

ermöglichen, ihre eigenen Ziele zu bewahren³⁹⁵ - entgegen dem modernen Trend, den Markt zum Zweck der Medizin umzudeuten, das heißt „das Diktat der Gewinnmaximierung zum identitätsstiftenden Moment“³⁹⁶ der Medizin zu erheben. „Diese Totalisierung des Marktgedankens ist das Problem, nicht der Markt per se.“³⁹⁷

Im Folgenden möchte ich den drohenden Verlust der Identität von Care an den Dimensionen von Care, ihrer Motivation (Tugend und Begründung als Voraussetzung für den Zugang zum Feld), ihrer Haltung (und daraus abzuleitender Grundhaltungen) und ihrer Arbeit (Praxis als Handeln und nicht Machen im Sinne einer Poiesis) aufzeigen und Antworten finden im Feld der Palliative Care, die Antworten einer Palliativen Haltung sind.

(1) Paradigmenwechsel - Verlust der Identität durch Transformation der Tugend und Motivation von Care

Folge der Einführung der DRG's ist eine zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Technische Neuerungen haben die Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie verbessert, Produktinnovationen und eine effizientere Gestaltung von Arbeitsprozessen haben dazu geführt, dass sich die Liegezeiten in Deutschlands Krankenhäusern drastisch reduziert haben. Diskussionen über die Taylorisierung von Arbeit machen die Mitarbeiter des Gesundheitswesens zu *homines oeconomici*³⁹⁸, der moderne Mitarbeiter des Gesundheitswesens kann diesen Weg mitgehen oder aber er sucht sich eine Entschleunigungszone innerhalb des Gesundheitswesens, in der er überleben kann und mit ihm seine Werte und Vorstellungen von Care. Die Arbeit im Feld von Palliative Care stellt sich demgegenüber untaylorisiert ganzheitlich und verbunden mit zeitlichen Ressourcen

³⁹⁵ Maio, 241. Vgl. hierzu auch Sedláček, in: Spiegel, 116: „Doch, die Ethik bildet den Kern der Ökonomie, sie führt geradewegs zur Frage nach dem guten, dem richtigen Leben, der Eudämonie im Sinne von Aristoteles. Den Nutzen zu maximieren, ohne das Gute zu maximieren, wäre für ihn unsinnig gewesen. Marktwirtschaft ohne Moral ist ein Zombie-System“. Und weiter, 113: „Fortschritt oder Zufriedenheit, das ist das anthropologische Dilemma der *Conditio humana*. Beides zusammen geht nicht.“

³⁹⁶ Maio, 241.

³⁹⁷ Maio, 241.

³⁹⁸ Führen Fragmentierung und Ausdifferenzierung der Pflege zu einer Neutaylorisierung von Arbeit im Krankenhaus, zu einer Trennung von Kopf- und Handarbeit im Versorgungsprozess? Vgl. Bartholomeyczik (2008), 56! Vgl. auch Glaser/Höge, 72!

dar. „Wir leben in einer Zeit, in der alle Bereiche des öffentlichen Lebens nach den Kategorien des Marktes organisiert und vom ökonomischen Denken durchdrungen werden.“³⁹⁹ Für die Industrie erdachte Konzepte werden auf die genuin sozialen Bereiche übertragen - Care soll damit marktförmig gemacht werden, der Mensch als Mensch ist reduziert auf den homo oeconomicus.⁴⁰⁰ Die Voraussetzungen des Zugangs zum Feld von Care sind damit neu definiert. Der Care-Gebende ist nicht länger der für in Not geratene Menschen Sorgende, sondern Dienstleister. Der Care-Empfangende ist nicht mehr der in existentielle Not geratene leidende Mensch, sondern Kunde und Verbraucher. Die Care-Beziehung, in der beide miteinander umgehen und sich in ihrem verletzbaren, ambivalenten Menschsein solidarisch begegnen, ist von der asymmetrischen zur symmetrischen Beziehung geraten, zur Vertragsbeziehung. Das Gut, worum es geht, die Care, ist damit zur Tauschware geworden. Unter dem Diktat der Ökonomisierung wurde Care versachlicht, verrechtlicht und entpersonalisiert.⁴⁰¹ Ist eine solche Care dann überhaupt noch Care?

Die Rede vom Patienten als Kunde und Verbraucher in einer symmetrischen Vertragsbeziehung setzt ein völlig anderes Krankheitsverständnis voraus, das mit dem Anspruch von Care kollidiert. Care setzt einen Rahmen fest, Care bestimmt einen Raum für Care als Schnittmenge von Care-Habitus und Care-Feld. Auch hier ist Autonomie im Sinne einer radikalen Patientenorientierung Ziel von Care - salutogenetisch gedacht. Allerdings ist Autonomie nicht totalitär aufgefasst als Selbstzweck erfüllten Menschseins - Individualität ohne Sozialität. Care setzt der Autonomie einen Rahmen, in dem sie Individualität innerhalb von Sozialität sinnvoll einzubetten versucht im Bewusstsein der eigenen Ambivalenz, im Bewusstsein von der Verfasstheit in Abhängigkeit und Endlichkeit. Das bestimmt den Rahmen für das

³⁹⁹ Maio, 240.

⁴⁰⁰ Vgl. Maio, 240! - Vgl. auch Manzeschke, 302f., der hier kritisch den kategorialen Unterschied zwischen diakonisch-christlichem und ökonomischem Menschenbild anmahnt, das die Vieldimensionalität menschlicher Interaktionen auf einen reinen Warentausch von Akteuren am Markt reduziere (302), das mit einer Verkehrung der Zweck-Mittel-Relation im Fallpauschalensystem einhergehe (302: die „Kranken werden gebraucht, um mit ihnen Geld zu verdienen, statt dass man Geld einsetzt, um damit Kranke zu heilen“) und das schließlich mit einem ökonomischen Gottesbild (die unsichtbare Hand des Marktes; vgl. 303!) und einem entsprechenden Fortschrittsglauben korreliere (vgl. 301!). Es komme zur Verzweckung des Menschen durch die Frage, „ob ein Patient sich ökonomisch lohnt.“ (305)

⁴⁰¹ Vgl. Maio, 241!

Verständnis des Menschen, vor allem des kranken Menschen, der darin abhängig sein darf und nicht um jeden Preis autonom sein muss. „Krank gewordene Menschen sind existentiell bedürftige Menschen. Schon deswegen sind sie nicht geeignet als Konsumenten oder gar als Kunden wahrgenommen zu werden, weil sie als kranke Menschen nicht - wie souveräne Kunden - die Möglichkeit haben, die einzelnen Produkte erst zu prüfen und miteinander zu vergleichen, bevor sie sie in Anspruch nehmen. Patienten sind angewiesene Menschen“⁴⁰². Das heißt vom Anspruch her ist Care Dienst und nicht Kundendienst.⁴⁰³ Care ist bedingungslose Zuwendung in der Sorge für das Wohl von Notleidenden. Im Fokus steht der notleidende Mensch - der Mensch, dem ich Mitmensch bin, wodurch Solidarität begründet wird, und der Mensch, der aufgrund seiner Krankheit in existentieller Weise Not leidet. Dem liegt ein Krankheitsverständnis zugrunde, „dass das Krankwerden immer ein Geschehen, ja ein Geschick ist, das irreversible Spuren in das Bewusstsein des Menschen hinterlässt“⁴⁰⁴. Maio konstatiert für eine Medizin, die ihre Daseinsberechtigung genau hierin findet, im Dienst am Menschen, eine Medizin also, die ihre Unerschütterlichkeit der eigenen Ausrichtung am Wohl des Menschen als Kernkompetenz und Kernauftrag auffasst: „Wenn das Ziel des Helfens und die Art des Helfens dem Markt in einer so grundlegenden Weise unterworfen werden, dann mag zwar eine Effizienzsteigerung erzielt werden, aber diese Effizienzsteigerung wird um den Preis erreicht, dass die Medizin nicht nur ihre Dienstleistungen, sondern damit gleichzeitig auch ihre ureigene Identität verliert.“⁴⁰⁵ - Der je anders motivierte Zugang (Habitus) zum Feld, der entweder aus einer Care-Tugend motivierte oder der ökonomisch motivierte, hat Auswirkungen auf die Haltung der Care-Gebenden und ihre Arbeit (Praxis) im Feld.

⁴⁰² Maio, 242.

⁴⁰³ Vgl. Manzeschke, 299: „dass Dienstleistungen im sozialen Sektor ein Element des Dienstes enthalten, das sich ökonomisch nur schwer fassen, geschweige denn operationalisieren lässt, aber für den Prozess wie für das Produkt der Leistungserstellung essentiell ist.“

⁴⁰⁴ Maio, 240.

⁴⁰⁵ Maio, 242.

(2) Verlust der Identität durch Transformation der Haltung von Care

Die Behandlung von kranken Menschen ist zum reinen Machen geworden und hat eine Kultur des handelnden Heilens abgelöst.⁴⁰⁶ Das Machen ist dominant, die Haltung, die es für eine daran ausgerichtete Handlung brauchen würde, ist irrelevant. Wo Behandlung nicht mehr Praxis, sondern Poiesis ist, wird der Care-Gebende zum Dienstleister, der Patient zum reinen Dienstleistungsempfangenden und die Care-Beziehung zur sachlich-distanzierten Vertragsbeziehung anstelle einer personal-nahen Beziehung. An die Stelle von Vertrauen tritt der Vertrag. An die Stelle einer Vertrauensbeziehung die Haltung von Vertragspartnern. „Im Zuge dieser Entwicklung verwandelt sich der moderne Arzt zunehmend zu einem Anbieter von Gesundheitsleistungen, der mit seinem Wissen und Können nicht mehr zugleich auch seine Person in den Dienst der Hilfe für in Not geratene Menschen stellt, sondern der nunmehr lediglich sein Wissen und seine Fertigkeiten in den Dienst einer Gesundheitsindustrie gibt. An die Stelle einer personalen Fürsorgebeziehung tritt eine zweckrationale Dienstleistungsbeziehung... Durch die Übernahme ökonomischer Leitgedanken haben wir es zunehmend mit einer Versachlichung, Verrechtlichung und Entpersonalisierung der modernen Medizin zu tun.“⁴⁰⁷ Person, Wissen und Fertigkeiten⁴⁰⁸ - diese Trias ist nicht zu trennen als Zugang zum Feld von Care. Care ist Care in der Anwendung dieser habituell verankerten Trias im sozialen Akteur des Feldes von Care. Eine Ökonomisierung von Care, die verbunden ist mit einem „Wandel von der Identität der Hilfe für in Not Geratene zum... Angebot von... Dienstleistungen“⁴⁰⁹, bedeutet, dass die asymmetrische Beziehung zwischen Care-Gebendem und Patient in Symmetrie gebracht wird - der Patient wird immer weniger als notleidender Mensch gesehen. Der Patient ist umdefiniert zum Kunden und Verbraucher. Die „Grundhaltung des Helfenwollens“⁴¹⁰ ist entwertet. „Die Ökonomisierung führt zu der Einstellung, das Heilwerden sei eine Art Prozess, den man nahezu beliebig optimieren - sprich effizienter machen - könne. Vergessen wird dabei aber, dass die Heilung sich vor allem in einer Beziehung vollzieht. Diese

⁴⁰⁶ Poiesis fasse ich als Machen, Praxis als Handeln (vgl. Kohlen!) - in diesem Sinne grenze ich mich begrifflich von Maio ab, der machen für handeln nimmt und hier an die vorherige Abgrenzung von Poiesis und Praxis begrifflich nicht wieder anknüpft.

⁴⁰⁷ Maio, 241.

⁴⁰⁸ Vgl. Trias Haltung - Wissen - Fertigkeiten!

⁴⁰⁹ Maio, 240.

heilsame Beziehung, die von Verständnis und persönlichem Interesse am kranken Menschen bestimmt ist, wird im ökonomischen Denken nicht nur nicht wahrgenommen, sondern erschwert, zuweilen gar unmöglich gemacht. Hier liegt die Kerngefahr der Ökonomisierung der Medizin.⁴¹¹ Eine Medizin, die soziale Errungenschaft ist für Menschen in Not, darf deshalb nicht nur in die Optimierung von Abläufen investieren, „sondern sie muss vor allen Dingen in die Grundhaltungen investieren. Denn die Krise der Medizin ist... auch eine Krise der Grundhaltungen der Ärzte, die lernen müssen, sich vom Paradigma des Anbieters wieder zu lösen und zu dem zurückzukommen, was sie eigentlich ausmacht. Das zentrale Element des Arztberufs ist nicht etwa das Machen von Gesundheit oder die Produktion von Heilung... Der Wert und der Kern der Heilberufe liegen eben nicht in dem Heilkönnen, sondern vor allen Dingen darin, dass sich ein Mensch eines anderen Menschen in seiner Not annimmt. Die Sorge um den Anderen ist der Kern dessen, was die Heilberufe ausmacht.“⁴¹² - Die Haltung wirkt sich also unmittelbar auf die Praxis aus, die im Falle von Care Beziehungspraxis ist. Eine Care, in der Beziehung nicht mehr möglich ist, ist ad absurdum geführt.

(3) Verlust der Identität durch Transformation der Arbeit von Care

(a) Machen statt Handeln - die BWL-isierung von Care: Abläufe in Kliniken werden als Produktionsprozesse aufgefasst, die nach Effizienzkriterien zu optimieren sind. Was hergestellt wird, ist ein Produkt, es ist nicht mehr die sorgende Begleitung im Rahmen einer Care-Beziehung. Es ist die aristotelische Poiesis, nicht Praxis. Das von den Care-Gebenden Hergestellte und der Hersteller der Leistung sind austauschbar - das Produkt ist etwas Kontrollierbares. „Und so wird im Zuge der Industrialisierung der Medizin auch die Handlung eines Arztes zu einem beliebig austauschbaren, nur noch objektiv beurteilbaren und abprüfaren technischen Werkzeug“⁴¹³. Das Resultat ist Standardisierung - die Normierung von Abläufen, die in dieser Normiertheit dann keine Beziehungen mehr sein können. Das heißt es liegt dem Handeln die Vorstellung zugrunde, gesundheitsdienstleistende Handlungen könnten gemessen und auf ihre Effektivität und Effizienz hin geprüft wer-

⁴¹⁰ Maio, 242.

⁴¹¹ Maio, 242f.

⁴¹² Maio, 243.

den. Das dient im Rahmen der Qualitätssicherung freilich dem Wohl des Patienten, wirft aber die Frage auf, wie mit Handlungen umzugehen ist, die nur schwer zu messen und zu prüfen sind. Die Unverwechselbarkeit der handelnden Person tritt hinter die standardisierte Handlung zurück. Die Ausrichtung auf den Einzelnen stört, die Individualität des Menschen wird zur Störung. Ein wichtiges Merkmal der Moderne, die Individualisierung des Menschen, tritt hinter das seiner Standardisierung zurück. Aber durch ihre Krankheit in existentielle Bedrängnis geratene Menschen können keiner standardisierten Behandlung unterzogen werden. „Die Situationen, in die der Patient gerät, sind immer einzigartige Situationen, die sich einer Standardisierung weitgehend entziehen“⁴¹⁴, und sie treffen damit auf einmalige Menschen, die eine Care-Beziehung mit ihnen eingehen - die handelnden Subjekte sind also nicht austauschbar und das Handeln nicht austausch- und kontrollierbar. Die Behandlung von Menschen vollzieht sich stets in einer Begegnung.⁴¹⁵ Palliative Care lässt diese Störung in Palliativer Haltung zu. Dem standardisierten Blick setzt Palliative Care eine Care entgegen, die individualisiert statt standardisiert. Palliative Care setzt einen Kontrapunkt mit ihrer kreativen Haltung, die sich kreativ in ihre Care-Arbeit hinein auswirkt, um individualisiert den Bedarf des Patienten zu erfassen und an diesem ausgerichtet dann professionell handeln zu können.

(b) Zeit ist Geld - Beschleunigung von Care: „Die Ökonomie und mit ihr die Bestrebungen der Effizienzsteigerung zwingen unaufhaltsam zur Beschleunigung..., dass am Ende das wegrationalisiert wird, worauf es bei der Gesundheit des Menschen zentral ankommt, nämlich die Zeit, die Zeit für Zuwendung.“⁴¹⁶ Zeit und Beziehung werden abgeschafft. Maio weist darauf hin, dass Behandlung auf Handlung reduziert wird, auf Technik und Applikation, und das Heilsame der Beziehung außer Acht gelassen wird, obwohl es bei jeder Behandlung darum geht, in welchem Beziehungsgeschehen Behandlungen erfolgen. Die ökonomisch verhängte Marginalisierung der Zeit führt dazu, dass die persönliche Sorge um den Kranken (Care) unterbewertet wird. Die Beschleunigung der Care-Arbeit ist also Antwort auf das Diktat der Zeitökonomie. Zeit wird wegrationalisiert. Hier erweist sich Palliative Care ihrem Anspruch und ihrer Wirklichkeit nach als Ort der ent-

⁴¹³ Maio, 240.

⁴¹⁴ Maio, 240.

⁴¹⁵ Vgl. Maio, 240!

schleunigten Zeit. Darauf werde ich im Kapitel über Hartmut Rosas Beschleunigungstheorie näher eingehen.

(c) Vertrag statt Beziehung, Kunde statt Patient, Distanz statt Nähe – die Entpersonalisierung von Care: „Mit dem ökonomisch durchgetrimmten System wird damit zunehmend aus dem sinnstiftenden Dienst am Menschen nicht mehr als eine ‘personennahe Dienstleistung’ gemacht.“⁴¹⁷ Das heißt Care-Gebende, Care-Empfangene und Care-Beziehung werden umdefiniert und im Rahmen dieser Umdefinierung transformiert - weg vom Anspruch von Care hin zur Wirklichkeit einer ökonomisch transformierten Care, die als Resultat dieser Transformation dann womöglich gar keine Care mehr ist. Der Care-Gebende ist zum Dienstleister, der Patient zum Kunden und die Care-Beziehung zur Vertragsbeziehung geworden. Statt naher Beziehung ein distanzierender Dienstleistungsvertrag. Zeichen dieser Distanz ist die zunehmende Technisierung von Care, die die Applikation vor die Beziehung stellt. Die Behandlungsabläufe werden zunehmend zerstückelt, auch das schafft Distanz. Der ganze Mensch als Proprium der Medizin ist nicht mehr gefragt. Aufgaben werden delegiert, die Fachgebiete rund um die Behandlung des einen ganzen Menschen differenzierter und zunehmend komplexer.

Palliative Care setzt eine in Palliativer Haltung verankerte radikale Patientenorientierung entgegen, die den Menschen holistisch in den Fokus nimmt, das heißt mehrdimensional und unter Berücksichtigung seiner Ambivalenz, seiner Zerbrochenheit. Das bedeutet auch, dass Menschen mit Palliativer Haltung sich als Menschen einbringen - in solidarischer Nähe im Rahmen einer Care-Beziehung, das heißt mehrdimensional und unter Berücksichtigung ihrer eigenen Ambivalenz, ihrer eigenen Zerbrochenheit. Und es heißt schließlich auch, dass die auseinander driftenden sozialen Akteure und die durch sie vertretenen Disziplinen in der Palliative Care in Palliativer Haltung wieder zusammen finden - in dialektischer Verbundenheit von Habitus und Feld.

⁴¹⁶ Maio, 240.

⁴¹⁷ Maio, 241.

5.2.2. Geschmack und Herrschaft

Der mit einer Klasse korrespondierende Lebensstil bzw. Geschmack ist die Repräsentation dieser Klasse im sozialen Raum der Gesellschaft, der Geschmack einer Klasse die Erzeugungsformel ihres Lebensstils. Der Geschmack ist damit also nichts Individuelles, nichts Angeborenes, sondern durch Sozialisation in Familie, Schule und Beruf Erworbenes. Die persönlichen oder gruppenkonformen Präferenzen (Lebensstil/Geschmack) haben einen „engen Zusammenhang primär mit dem Ausbildungsgrad, sekundär mit der sozialen Herkunft.“⁴¹⁸ Übersetzt in das Palliative Feld heißt das, dass Palliative Haltung als Habitus des Feldes mit den damit verbundenen Wertepreferenzen primär durch Ausbildung (von der schulischen zur beruflichen Sozialisation bis hin zu Vorbildern des Palliativen Feldes) und sekundär durch die eigene Lebensgeschichte innerhalb erlebter und gelebter Netzwerke erworben wird. Wie Familie und Schule, die nach Bourdieu Sozialräume sind⁴¹⁹ und als solche Sozialräume als Märkte des Erwerbs von Kompetenzen fungieren⁴²⁰, kann auch das Palliative Feld als ein solcher Markt aufgefasst werden, der Annehmbares verstärkt und Unannehmbares negativ sanktioniert und damit zum Verschwinden bringt. Auf diese Weise prägen sich Normen der jeweiligen Felder in den Habitus der sozialen Akteure ein und die sozialen Akteure wiederum bestätigen die Normen des Feldes - die Palliative Haltung wird so geformt. Das weist auf „den sozialisationsbedingten Charakter kultureller Bedürfnisse“⁴²¹, auch des Bedürfnisses nach Palliativer Haltung hin. „Der Erwerb der kulturellen Kompetenz ist... nicht zu trennen vom unmerklichen Erwerb eines Gespürs für das richtige Anlegen kultureller Investitionen, eines *‘Anlage-Sinns’*, der als Produkt der Anpassung an die objektiven Chancen der Verwertung der Kompetenz zugleich die vorweggenommene Anpassung an diese Chancen begünstigt und als inkorporierte Form der objektiven Beziehung zwischen dem Ort des Bildungserwerbs und dem *‘Zentrum der kulturellen Werte’* selbst eine Dimension des... Verhältnisses zur

⁴¹⁸ Bourdieu (1987), 18. Vgl. auch 134-136, wo Bourdieu differenziert zwischen „Erfahrung“ als schulisch vermitteltem Bildungswissen und „Wissen“ als familial vermittelter Bildung (Vertrautheit als Geschmack durch sozialen Status). Demzufolge gilt, 136: „Kein materielles Erbe, das nicht auch gleichzeitig kulturelles Erbe ist“.

⁴¹⁹ Vgl. Bourdieu (1987), 155!

⁴²⁰ Vgl. Bourdieu (1987), 150ff.!

⁴²¹ Bourdieu (1987), 17.

Kultur bildet.“⁴²² Einen weiteren wichtigen Hinweis gibt Bourdieu damit, dass eine „Wissenschaft vom Geschmack und vom Kulturkonsum“⁴²³ den Gegensatz von Sinnengeschmack und Reflexionsgeschmack aufhebt, da beides gleichermaßen sozialisiert und daher internalisiert im Habitus gründet.⁴²⁴

Der Geschmack - auch der “Palliative Geschmack” - dient als Geschmack der Klasse oder des Feldes der Stabilisierung sowie Manifestierung von Unterschieden innerhalb des Palliativen Feldes und in Abgrenzung zu anderen sozialen Feldern. Palliative Haltung als Repräsentation des Palliativen Geschmacks wird als Norm gesetzt und als solche Norm wirkmächtig. Die als Norm gesetzten Geschmacksrichtungen sind in diesem Sinne subtile Macht- und Herrschaftsmechanismen. Distinktionsmerkmale werden verteidigt im ständigen Wettlauf um Distinktion, und das in nahezu allen Lebensbereichen, auch im Palliativen Feld. Es ist ein Konkurrenzkampf zwischen Klassen und innerhalb der Klasse zwischen Klassenfraktionen. Der Exkurs zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat gezeigt: Ändert sich der Geschmack, ist es einer dominanten Gruppe des Feldes gelungen, seine eigenen Normen durchzusetzen. Damit lassen sich die Spannungen im sozialen Feld erklären, die in ethischen Diskursen, ethischen Fallbesprechungen und ethisch moderierten Entscheidungsfindungsprozessen zunehmend bearbeitet werden müssen, in Theorie und Praxis. Der Palliative Geschmack steht am Rand des modernen Gesundheitswesens, wo es um das Machen des Machbaren geht. Der Palliative Geschmack ist ausdifferenziert in ein separates Feld, das Palliative Feld. Hier darf Palliative Haltung die dominante Haltung eines dominanten Geschmacks sein und wird doch wieder eingeholt von der Diskussion über die Bezahlbarkeit und Abrechenbarkeit Palliativer Leistungen. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens greift auch nach dem Palliativen Feld, das sich hier nicht abgrenzen kann - wie die Vergütung als “Palliativmedizinische Komplexbehandlung” (OPS-2012 8-982) belegt, in der das Machen erneut das Handeln zu verdrängen scheint.⁴²⁵

⁴²² Bourdieu (1987), 151.

⁴²³ Bourdieu (1987), 26.

⁴²⁴ Vgl. hierzu Ansätze zur Integration der affektiven Ebene in die Ethikberatung im Gegensatz zu einer traditionell rein kognitiv-reflexiv ausgerichteten Ethikberatung!

⁴²⁵ Vgl. ICD-Code: „Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patien-

Wirkmächtiges Instrument des Habitus einer Klasse ist die Sprache. Die Klasse repräsentiert sich in ihrer Sprache als eine mögliche Form der Präsentation des Geschmacks. Vermittelt durch den Habitus der ökonomischen Werteorientierung wird die Sprache eine ökonomische – darauf hatte ich im Exkurs zur Ökonomisierung unter Bezugnahme auf Maio hingewiesen. So kann ein ökonomisch transformiertes Gesundheitssystem nicht mehr vom Patienten reden, sondern muss zwangsläufig vom Kunden reden und **macht** den Patienten damit zum Kunden und die Care-Gebenden zu Dienstleistern. Das suggeriert eine Wahlfreiheit, die der Patient als Patient ja gar nicht hat. Er ist nicht der Kunde irgendeiner Ware, sondern der durch Krankheit in seiner Existenz verunsicherte Mensch, der in der Krankheit seiner Zerbrechlichkeit einmal mehr gewahr wird. Diesen Menschen als Kunde zu behandeln, wird diesen Menschen notwendigerweise überfordern. Der Care-Gebende seinerseits wird zum Dienstleister einer Ware, die keine Ware ist. Care nämlich, die nicht zu reduzieren ist auf eine Tauschware im Rahmen einer symmetrischen Kundenbeziehung. Care weist auf die Zerbrechlichkeit des Menschen hin, auf seine Ambivalenz, auf seine existentielle Bedrohtheit, in der der Mensch als Mensch sich schon immer befindet. Also darf und muss ich davon reden, dass mein Gegenüber ein "Patient" ist, das heißt ein "Leidender", um sein Leid recht wahr- und ernst nehmen zu können und mich nicht hinter ökonomisch unbeteiligten Euphemismen zu verstecken - als verantwortliches Gegenüber. Die Haltung der Klasse der Care-Gebenden macht in ihrer Sprache ernst mit der Compassion mit dem anderen, die nicht bei der Dienstleistung stehen bleibt, sondern sich als Person, als Mensch in diese Care-Beziehung einbringt. Eine Care-Beziehung ohne diese Nähe führt sich selbst ad absurdum. Am Beispiel der vorkapitalistischen Gesellschaft der kabyllischen Bauern Algeriens hatte Bourdieu zeigen können, dass der alltägliche Tausch von Dienstleistungen und Waren durch Strategien der Ehre geregelt war - der Tausch fand zwischen Verwandten und Nachbarn statt. Das heißt die Qualität der Beziehung und die Nähe zum Nächsten waren entscheidend: „Alles, was den persönlichen Beziehungen eine abstrakte Form gibt und an die Stelle der traditionellen Verpflichtung zur Solidarität tritt,

ten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)! Vgl. Interviews, in denen die Sorge über ein Überangebot, Machen-Müssen und dem "Kampf" der Therapeuten um den Patienten geäußert wurden!

lehnen die Menschen ab.“⁴²⁶ Den Anderen als Nächsten zu betrachten, lässt ihn mir nahe sein. Anders aber in der Rede vom Patienten als Kunden. Hier ist diese Nähe aufgegeben. In der Ferne, in der Abstraktion des Patienten als Kunden entferne ich ihn mir und mache ihn damit zum Objekt meiner Handlungen, der mir subjektiv nur noch in der Ferne verbunden ist. Anders der Nächste, dessen Antlitz mir zur Verantwortung und zum Auftrag wird (im Sinne von Emmanuel Levinas).

Freilich lässt sich die Klasse der Palliative-Care-Gebenden, die sich durch ihre “Palliative Haltung” von anderen “Klassen” unterscheidet und sich von ihnen abgrenzt, weiter ausdifferenzieren in die Klassenfraktionen der beteiligten Berufsgruppen und anderer an der Care Beteiligten und damit auf Besonderheiten der Selbstverständnisse verweisen. Zur Dynamik der Akteure innerhalb des Feldes und zwischen den Feldern später mehr. An dieser Stelle frage ich weiter: Was ist denn nun der durch den Habitus vermittelte Geschmack des Palliativen Feldes?

5.2.3. Luxus- und Notwendigkeitssgeschmack

Am Beispiel der Kunst unterscheidet Bourdieu den exklusiven Geschmack der Oberklasse (Form) vom populären Geschmack der Notwendigkeit der Unterklasse (Funktion), es ist die „grundlegende Opposition von Luxus- und Notwendigkeitssgeschmack“⁴²⁷. Sobald Kunst populär wird, mindert das deren Exklusivität. Bei der populären Ästhetik wird die Form der Funktion untergeordnet. Dabei gilt doch, „daß im Grunde kein Bereich der Praxis sich gegenüber der Intention einer Verfeinerung und Sublimierung der elementaren Triebe und Bedürfnisse verschließen kann, daß mithin kein Bereich existiert, in dem die Stilisierung des Lebens, d.h. die Setzung des Primats der Form gegenüber der Funktion, der Modalitäten (und Manieren) gegenüber der Substanz, nicht die gleichen Auswirkungen zeitigte. Nichts hebt stärker ab... als die Fähigkeit, in den gewöhnlichsten Entscheidungen des Alltags... und in vollkommener Umkehrung der populären Einstellung die Prinzipien einer ‘reinen’ Ästhetik spielen zu lassen.“⁴²⁸ Es gibt also keinen Bereich, „der nicht

⁴²⁶ Kraus/Gebauer, 20.

⁴²⁷ Bourdieu (1987), 298.

⁴²⁸ Bourdieu (1987), 25.

nach diesem fundamentalen Gegensatz gegliedert wäre - mit den Antithesen von Quantität und Qualität, Materie und Manier, Substanz und Form.“⁴²⁹ Dem Prinzip der symbolischen Gewalt folgend kommt es zur „Realisierung einer Sicht der Welt oder einer sozialen Ordnung, die zugleich im Habitus der Herrschenden wie der Beherrschten verankert ist.“⁴³⁰ Der exklusive Geschmack (Luxusgeschmack) der herrschenden Klasse wird von der beherrschten Klasse nicht in Frage gestellt, sondern als exklusiver Geschmack der herrschenden Klasse zugesprochen, damit bestätigt und legitimiert.

(1) Sterben als Luxus

Wo im Krankenhaus in gesellschaftlicher Passung nur noch die Notwendigkeit des „leben Machens“⁴³¹ (Rettens, Wiederherstellens, Erhaltens und Verlängerns) gesehen wird, gerät Zeit, gerät Zeit für etwas, gerät Zeit für etwas, das entschleunigt, das Zeit braucht, das in der Moderne lange und langsam geworden ist, gerät Zeit für das Sterben also zum Luxusgeschmack.⁴³² Keine Zeit zu haben, ist der Notwendigkeitsgeschmack des Feldes des Gesundheitswesens, der in der Proklamation desselben in den Sog einer selffulfilling prophecy gerät. Zeit zu haben, ist demgegenüber Luxusgeschmack, das wurde in den Interviews immer wieder als Merkmal einer Palliativen Haltung benannt, sowohl von Vertretern des Feldes als auch von Außenstehenden. Ganz im Sinne des Prinzips der symbolischen Gewalt.

Die Notwendigkeit des leben Machens ist zum Habitus geworden, der Sterben als internalisierte Notwendigkeit des Lebens und der eigenen Haltung nicht mehr tragen kann, da das Leben das Sterben als Notwendigkeit abgelöst hat und zum Selbstzweck geworden ist. Da nun also der Geschmack habituell verankert ist in familialer Prägung und durch spätere schulische und berufliche Sozialisation nur noch modifiziert werden kann, ist das aus der Gesellschaft und damit Familie ausgelagerte Sterben zum Luxusphänomen des Palliativen Feldes geworden und

⁴²⁹ Bourdieu (1987), 288.

⁴³⁰ Kraus/Gebauer, 52.

⁴³¹ Terminologie in Anlehnung an Foucault, die ich im folgenden Exkurs explizieren werde.

⁴³² Vgl. Seeger, Leitlinien der Palliative Care, 10: Ehrenamtliche „bringen einen wertvollen ‚Schatz‘ in Form von Zeit in die Begleitung sterbender Menschen ein. Zeit zu haben ist ein Kapital, das es in den meisten beruflichen Gruppierungen heute nicht mehr gibt.“

dort als Luxusphänomen erlaubt und als Sterbeluxus geboten. Der Luxusgeschmack des Palliativen Feldes als ausdifferenzierter Geschmack gerät in Distanz zum populären Notwendigkeitsgeschmack und wird in dieser Distanz bestätigt. Die Lust an der Notwendigkeit (des Lebens) hat das Sterben längst aus den Familien herausgedrängt, ist in diesen nicht mehr als Notwendigkeit internalisiert - Sterben muss neu gelernt werden.

Hier kann nun gefragt werden, wie der Geschmack, sich des Sterbens der Sterbenden anzunehmen, entstanden ist. Eine Antwort versuche ich im Kapitel über Entschleunigung und Palliative Haltung zu geben. An dieser Stelle nur so viel: Dieser Luxusgeschmack als Habitus eignet offensichtlich denen, die im Palliativen Feld arbeiten. Ist dann diese Haltung Grund und Motivation für das Aufsuchen des Feldes, Voraussetzung also für das Betreten des Palliativen Feldes, oder kann diese Haltung auch im Feld selbst habitualisiert werden? Bourdieu zufolge kann aus der Dialektik der gegenseitigen Bedingtheit nicht ausgestiegen werden - die Haltung schafft sich ein Handlungsfeld, das Gesundheitswesen wiederum schafft dieses Feld in Ausdifferenzierung und bestätigt damit diese Haltung. Feld und Haltung bedingen einander. Damit ist Palliative Haltung Zugangsvoraussetzung für dieses Feld und Voraussetzung für die Schaffung eines solchen Feldes zugleich und damit als Haltung Identitätsmerkmal der Palliative-Care-Gebenden.

Sterben als Luxus und Leben als Notwendigkeit zu begreifen und damit Leben als normal und das Sterben als Störung dieser Normalität zu begreifen, setzt einen Paradigmenwechsel voraus: Nicht mehr das Sterben ist Notwendigkeit (und damit Leben und Gesundheit Luxus), sondern dem modernen Menschen ist das Leben zur Notwendigkeit geworden⁴³³, damit populärer Notwendigkeitsgeschmack einer modernen Gesellschaft, aus der das Sterben ausgegliedert wurde als Luxus und dann zum Sterbeluxus des Palliativen Feldes wurde.

Ins Feld der Palliative Care zu gehen, heißt dann, zur Notwendigkeit des Lebens auf Distanz zu gehen und damit in eine Haltung der Ambivalenz zwischen gesellschaftlich verankerter Lebens-Notwendigkeit und beruflich bedingter Distanz zu einer solchen Notwendigkeit zu geraten. Diese Ambivalenz ist im Palliativen Feld

⁴³³ Vgl. die Ausführungen zu Foucault im anschließenden Exkurs!

m.E. nicht aufzulösen. Sie findet ihre Form im “abschiedlichen Leben”⁴³⁴, und dieses wiederum findet seine Substanz im Hereinholen des Lebens in das Sterben. Den Tagen mehr Leben zu geben und nicht dem Leben mehr Tage fokussiert auf die verbleibenden Tage, die es qualitativ zu füllen gilt (dem Luxusgeschmack entsprechend). Das Leben wird an dieser Stelle zur Funktion, es wird ins Sterben hereingeholt in einer selbstzwecklichen Notwendigkeit (als Notwendigkeitsgeschmack). Das möchte ich im folgenden Abschnitt “Sterbeluxus” ausführen.

(2) Sterbeluxus

Die Stilisierung des Lebens wird im Palliativen Feld am Lebensende zur Stilisierung des Sterbens als “eines Lebens bis zuletzt”. Der Tod wird nicht mehr als selbstverständlich erlebt, das Sterben wird zum langen und langsamen Sterben - hier geht es nicht mehr um die Funktion des Lebens als die des Überlebens, sondern um die Form dieses letzten Stück Lebens, um dessen Lebensqualität. Der Schwerpunkt hat sich umgekehrt im Palliativen Feld: weg von der reinen Funktion des Lebens (dem Überleben in Form der Lebensverlängerung) zur reinen Form des Lebens am Lebensende (der Lebensqualität). Dieses letzte Stück Leben hat den Überlebenskampf moderner Medizin abgelöst, das normativ dominierend im Feld des Gesundheitswesens wirksam bleibt. Leben, Gesundheit, Jugend und Schönheit sind die populär gültigen Werte unserer Gegenwart - an erster Stelle aller Bemühungen stehen Gesundbleiben und Überleben, am besten ewig.⁴³⁵ Dieser populären Funktion des Lebens als Überleben steht das Sterben gegenüber, das das Leben stört. Es bekommt seinen eigenen Ort, es wird stilisiert zum letzten Stück Leben im exklusiv dafür vorgesehenen Feld der Palliative Care. Dreierlei klingt hier an: (1) Die Aussonderung des Sterbens schafft sich sein eigenes sterbe-ästhetisches Feld, das Palliative Feld, das sich exklusiv diesem letzten Lebensabschnitt widmet mit viel Energie und viel Manpower. Das moderne sozial entwurzelte individualisierte Leben wird resozialisiert - “individualisierende Vergemeinschaftung” nennt das Christine Pfeffer. Individualität und Sozialität werden wieder in Balance gebracht, was dem modernen Menschen zunehmend abhandengekommen ist (dem Diktat der Individualisierung und Differenzierung

⁴³⁴ Vgl. Weischedel!

⁴³⁵ Vgl. zur Bearbeitung der Ewigkeitsfrage in der Literatur beispielsweise Simone De Beauvoir!

folgend). Das Prinzip der Distinktion wird hier wirksam in einer Ästhetisierung des Sterbens. (2) Lebensqualität wird zur normativen Setzung der Klasse der Sterbebegleiter - aber stimmt das auch mit der normativen Setzung der Patienten selbst überein? - (3) Es klingt aber noch ein drittes bezüglich der Lebensqualität an: es geht um Lebensqualität, nicht um Sterbensqualität - auch im Palliativen Feld muss der Mensch bis zuletzt leben, er darf nicht sterben. In der Dialektik von Habitus und Feld gesprochen heißt das: der populäre "Lebenshype" wirkt wie die Ökonomisierung auch in dieses exklusive Sterbefeld hinein - es darf nicht mehr vom Sterben, es muss vom Leben bis zuletzt gesprochen werden: „Sterben ist Leben - Leben vor dem Tod.“⁴³⁶ Das "zuletzt" ist dann der Todeszeitpunkt. Mit den Figuren des „leben Machens“ und „sterben Lassens“ weist Michel Foucault in "Leben machen und sterben lassen: Die Geburt des Rassismus"⁴³⁷ auf die normierende Funktion des modernen leben Machens hin. Im folgenden Exkurs möchte ich deshalb Aussagen dieses Textes aufgreifen, um diese im Zusammenhang von Fragen einer Palliativen Haltung zu diskutieren.

Exkurs: Macht und Palliative Haltung

Michel Foucault beschreibt in "Leben machen und sterben lassen: Die Geburt des Rassismus" die Transformation des Rechts der klassischen Souveränität, sterben zu machen oder leben zu lassen, im 19. Jahrhundert in das Recht der Bio-Macht, leben zu machen und sterben zu lassen. Die klassische Theorie der Souveränität besagt, dass der Souverän nicht in derselben Weise das Leben anordnen kann wie das Sterben - der Souverän hat ja das Recht zu töten.⁴³⁸ Leben ist nur deshalb zu schützen, um überhaupt leben zu können. Das alte Recht (Disziplinarmacht) aber wurde nun ergänzt durch ein neues (Regulationsmacht): durch die Macht der staatlichen Souveränität, das Leben anzuordnen. Damit deutet sich das Dilemma an, in das der moderne Mensch geraten ist. War noch die klassische Theorie der Souveränität darauf ausgelegt, Macht dahingehend über die Untertanen zu haben,

⁴³⁶ Seeger, Leitlinien der Palliative Care, 8.

⁴³⁷ Dieser „Text ist ein Auszug einer Vorlesung, die Michel Foucault im März 1976 am Collège de France gehalten hat“ (Foucault, 27, Anm.1).

⁴³⁸ Vgl. Foucault, 28!

dass der Souverän über Leben und Tod entschied (Souveränitätsmacht als Recht über Leben und Tod), das sterben Machen und leben Lassen also in der Verfügungsgewalt des Souveräns lag, so bestimmt über den modernen Menschen, über dessen Leben und Sterben, die Leben-regulierende Bio-Macht "Staat", die im Bevölkerungskonzept die „Medikalisierung der Gesellschaft“⁴³⁹ eingeschrieben hat, die zum Ziel hat, „*ihr Leben zu optimieren*“⁴⁴⁰ - und zwar nicht nur das des Individuums, sondern das der Spezies insgesamt. Es kommt zur „Vereinnahmung des Lebens durch die Macht“⁴⁴¹, das immanent zu verantwortende Leben wird zum selbstzwecklichen Wert - das Leben wird zum Selbstzweck. Dies führt zu einer fortschreitenden Disqualifikation des Todes, er wird zum Tabu. Es geht der Bio-Macht darum, „das Leben zu steigern, um dessen Unfälle, die Zufälle, die Schwächen, somit den Tod als Endpunkt des Lebens, der offenkundig der Endpunkt, die Grenze der Macht ist, zu kontrollieren.“⁴⁴² Das führt zu einer Verlängerung und Verlangsamung des Sterbens - die „Macht kennt den Tod nicht mehr... Man bringt die Menschen dazu, derart gut zu leben, daß man dahin gelangt, sie sogar zu einem Zeitpunkt leben zu machen, an dem sie biologisch seit langem tot sein müßten“⁴⁴³. Medizin ist diesbezüglich „ein Macht-Wissen, das sich zugleich auf den Körper und auf die Bevölkerung richtet, auf den Organismus und auf die biologischen Prozesse. Sie wird folglich disziplinierende und regulierende Effekte aufweisen“⁴⁴⁴. Die „Machtergreifung in bezug auf den Menschen als Lebewesen“⁴⁴⁵, das ist die Bedeutung des Bevölkerungskonzepts, ist die „Verstaatlichung des Biologischen“⁴⁴⁶ - ist also die Indienstnahme gesundheitsdienstlicher Organe durch den Staat für das Leben der Menschen einer Gesellschaft. Bio-Macht wird zur Macht-technologie gegenüber der Bevölkerung. Die Macht kennt den Tod nicht mehr - im Sinne dieser Arbeit müsste ich sagen: Die Macht kennt den Tod nicht mehr, weil sie ihn nicht mehr kennen will. Sie verbirgt ihn, weil er ihre Macht gefährdet, da sie durch die Anerkennung des Todes machtlos würde. Deshalb grenzt das moderne Gesundheitswesen das Sterben aus ihrem Feld aus, setzt es

⁴³⁹ Foucault, 31.

⁴⁴⁰ Foucault, 34.

⁴⁴¹ Foucault, 27.

⁴⁴² Foucault, 35.

⁴⁴³ Foucault, 35f.

⁴⁴⁴ Foucault, 40.

⁴⁴⁵ Foucault, 27; vgl. auch 30!

⁴⁴⁶ Foucault, 27.

an den Rand - als Palliative Care und in Ermangelung Palliativer Haltung.

Als Menschen der Moderne unterliegen wir also einerseits auf den Körper gerichteten Disziplinarmechanismen und andererseits auf die Bevölkerung gerichteten Regulierungsmechanismen. Bio-Macht bezeichnet damit also Machttechniken, die nicht auf den Einzelnen, sondern auf die gesamte Bevölkerung zielen. Ziel der Bio-Macht ist es, die Bevölkerung zu regulieren (Sicherheitstechnologie bezogen auf ein globales Gleichgewicht). Dabei verbindet sich Bio-Macht mit Bio-Politik. Beide sind nicht zu trennen, „womit der Gegenstand in der Bevölkerung und die Methode in statistischen Verfahren bestehen.“⁴⁴⁷ Im Gegensatz dazu richtet sich die Disziplinarmacht auf den Körper-Menschen mit dem Ziel, dessen Effizienz zu steigern (Dressurtechnologie bezogen auf das Individuum).⁴⁴⁸ Sie „entdeckt den ökonomischen und nützlichen Körper, der in zahlreichen Institutionen (Armee, Schule, Krankenhaus, Gefängnis) den Mitteln der milden Abrichtung unterliegt. Diese Mittel bezeichnet Foucault allgemein als Disziplinen beziehungsweise als Technologien oder Körpertechnologien... Die Macht kann sich nicht mehr auf ein Zentrum, eine Zentrale oder einen Ursprungsort stützen. Sie durchsetzt vielmehr alle Kräfteverhältnisse in einer Gesellschaft und ist in der Form der Mikropraktiken allgegenwärtig. Es gibt keinen direkten Machtinhaber mehr, sondern die ökonomischen Verhältnisse, die Sozialsysteme und das Erziehungswesen prägen bestimmte Verhaltensweisen aus, in denen die Machtverhältnisse im Sinne der Körpertechnologien enthalten sind. Das moderne Subjekt ist im hohen Maße diszipliniert und es verfügt über einen äußerst gelehrigen und gelehrten Körper, der die Machtverhältnisse verinnerlicht hat.“⁴⁴⁹ D.h.: *„Nach einer ersten, auf den Körper*

⁴⁴⁷ Ruoff, 84. Biopolitik ist eine nicht-disziplinäre Machttechnik, die Disziplinartechniken nicht ausschließt, sondern sie integriert und sie benutzt, „um sich... in sie einzupflanzen“ (Foucault, 30). Sie „versucht durch flankierende Maßnahmen eine Steuerung der demographischen Parameter sicherzustellen. Ihr unmittelbares Interesse besteht in der allgemeinen Gesundheit, die sich langfristig als Gesundheitspolitik etabliert“ (Ruoff, 80.): „Die Natalität, die Morbidität, die verschiedenen biologischen Unfähigkeiten, die Auswirkungen des Milieus sind es, bezüglich deren die Bio-Politik ihr Wissen erhebt und das Feld ihrer Machtintervention definiert... Es wird notwendig werden, die Morbidität zu modifizieren, zu senken; es wird notwendig, das Leben zu verlängern; es wird erforderlich, die Natalität zu stimulieren.“ (Foucault, 32f.)

⁴⁴⁸ „Die Macht der Disziplinen verfolgt eine Technologie des Körpers, die Bio-Macht stellt eine regulatorische Technologie des Lebens dar.“ (Ruoff, 83) „Wir haben also zwei Serien vorliegen: die Serie Körper-Organismus-Disziplin-Institutionen und die Serie Bevölkerung-biologische Prozesse-Regulierungsmechanismen. Staat.“ (Foucault, 37)

⁴⁴⁹ Ruoff, 149f.; vgl. Bourdieus Figur der „Einverleibung“ im Rahmen der Dialektik von Habitus und Feld!

*gerichteten Ergreifung durch die Macht, die sich gemäß dem Modus der Individualisierung vollzieht, gibt es eine zweite Ergreifung durch die Macht, die nicht individualisierend ist, sondern massenkonstituierend wirkt, die nicht auf den Körper-Menschen, sondern auf den Spezies-Mensch gerichtet ist.*⁴⁵⁰

Als Bindeglied zwischen Disziplinarmacht Krankenhaus und Bio-Macht richtet sich Medizin als Macht-Wissen auf Körper und Bevölkerung gleichermaßen und wirkt in diesen Zusammenhängen disziplinierend und regulierend⁴⁵¹, und zwar im Rahmen einer Normalisierungsgesellschaft. Die Norm zirkuliert vom Disziplinären zum Regulatorischen, sie bezieht sich auf den Körper und auf die Bevölkerung gleichermaßen. „Die Norm, das ist das, was sich ebenso gut auf einen Körper, den man disziplinieren will, und auf eine Bevölkerung, die man regulieren will, beziehen kann.“⁴⁵² Die Norm der Disziplin und die Norm der Regulierung verbinden sich in einer Normalisierungsgesellschaft miteinander.⁴⁵³ Die Norm des guten Sterbens korreliert dabei mit der Norm der Selbstzwecklichkeit des Lebens, die ja der Norm der Tabuisierung des Todes entspricht. Palliative Care muss sich fragen lassen, inwiefern sie sich tatsächlich von einer Gesellschaft abgrenzt, die das Leben zur Norm der Selbstzwecklichkeit erhoben hat, da ja auch sie sich unter die Norm eines guten Sterbens stellt, was Leben bis zuletzt bedeutet, das Sterben also aus dem Sterben ausklammert in der Wirkmächtigkeit der eigenen Sprache. Ist Palliative Care denn tatsächlich Gegenbewegung zum Leben Machen, indem sie sterben lässt? Oder ist Palliative Care nicht eher eine Gegenbewegung der Gesellschaft gegen sich selbst, da die Gesellschaft aufgrund ihrer bipolaren Verfasstheit das Sterben lassen, das Sterben gar nicht aufgeben kann und es **mit** Palliative Care in sich bestehen lassen kann, aber eben nur am Rand? Kann Palliative Care dann überhaupt in die Mitte der Gesellschaft und des gesellschaftlichen Wahrnehmens, Denkens und Handelns geholt werden, wenn doch der Habitus der sozialen Akteure und des Feldes modern auf die Leitnorm der Ökonomisierung und weiter gefasst der Beschleunigung (in der die Ökonomisierung bereits enthalten ist) ausgerichtet ist? Reichen Lippenbekenntnisse aus, wenn doch der Habitus ein anderer ist? Kann Palliative Care und Palliative Haltung dann je mehr sein als Alibi

⁴⁵⁰ Foucault, 30.

⁴⁵¹ Vgl. Foucault, 40!

⁴⁵² Foucault, 40.

einer normalisierten Gesellschaft, deren disziplinierende und regulierende Mechanismen tiefer im Habitus verwurzelt sind als das Bewusstsein von Care? Care weist darauf hin, dass sie Anspruch der menschlichen Verfasstheit ist, dass der Mensch sich selbst entfremdet, wenn er diesem Anspruch nicht zur Wirklichkeit verhilft, wenn das Bedürfnis nach Anerkennung von Care sich ökonomisch solipsistisch ad absurdum führt und eben nicht in Anerkennung von Care im Rahmen einer Care-Beziehung, die die Beziehung des Menschen an sich schon immer ist, in das sinnhafte Versprochensein von Anspruch und Wirklichkeit hineinführt. So ist Palliative Haltung das, was nicht transformiert wurde, Palliative Haltung ist die Verwirklichung der sinnhaften Versprechung von Anspruch und Wirklichkeit von Care - in der Reziprozität einer holistischen Ausrichtung aufs Gegenüber, das der Andere mir ist und ich ihm. Hier kommt der Mensch zu sich selbst und erlebt Sinn.

Wenn nun wahr ist, „daß die Souveränitätsmacht mehr und mehr zurückweicht und die disziplinäre oder regulierende Bio-Macht sich im Gegensatz dazu immer weiter ausbreitet“⁴⁵⁴, das sterben Machen oder leben Lassen also durch das leben Machen oder sterben Lassen verdrängt wird, wie kann eine solche Macht dann angesichts der eingeschriebenen Norm des leben Machens dann überhaupt noch töten, „wenn es sich in Wirklichkeit darum handelt, das Leben zu verbessern (seine Dauer zu verlängern, seine Chancen zu vervielfachen, die Unfälle von ihm fernzuhalten oder darum, seine Mängel zu kompensieren)?... Wie kann sie sterben lassen, diese Macht, deren wesentliches Ziel darin besteht, leben zu machen?“⁴⁵⁵ - Foucault entdeckt im Zusammenhang mit dieser Frage den Rassismus als grundlegenden Mechanismus der Macht wieder. Er ist das Mittel, um im Bereich des Lebens (des leben Machens) einen Einschnitt einzuführen zwischen dem, was leben muss, und dem, was sterben muss⁴⁵⁶ - in der Elimination des Minderwertigen: „je mehr die minderwertigen Rassen verschwinden, je mehr die anormalen Individuen eliminiert werden, umso weniger Degenerierte wird es im Verhältnis zur Spezies geben... Der Tod des anderen, der Tod der schlechten Rasse, der minderwertigen Rasse (oder der Degenerierten oder des Anormalen)

⁴⁵³ Vgl. Foucault, 40!

⁴⁵⁴ Foucault, 41.

⁴⁵⁵ Foucault, 41.

wird das Leben im allgemeinen gesünder und reiner machen.“⁴⁵⁷ Das heißt: „*Die Rasse, der Rassismus, das ist die Akzeptabilitätsbedingung des Tötens in einer Normalisierungsgesellschaft...* Wenn die Normalisierungsmacht das alte souveräne Recht des Tötens ausüben will, dann muß sie sich des Rassismus bedienen.“⁴⁵⁸ Was aber ist das Minderwertige? Darüber wird nicht offen gesprochen in einer Gesellschaft nach 1945. Sichtbar und greifbar wird die Idee des Minderwertigen möglicherweise in den Rationierungsdebatten einer Medizin, die macht statt handelt, die leben macht und sterben lässt. Welche Werte liegen zugrunde, wenn Rationierung an Leistungsfähigkeit und Leistungsfähigkeit an Alter gebunden wird (Debatte um Allokation, Debatte um Therapiezieländerungen). Sichtbar und greifbar wird die Idee des Minderwertigen möglicherweise auch in den modernen Möglichkeiten der Selektion behinderten Lebens. Fasst man Würde aber als den Wert eines Menschenlebens auf, als Wert, der dem Menschen mit seinem Leben gegeben ist, so ist Würde nichts Zugesprochenes und damit Verlierbares, sondern unveräußerlicher, aber verletzbarer Wert, der dem Menschen als Wesensmerkmal mit seinem Leben gegeben wurde (vgl. GG Art. 1!). Bedeutet demgegenüber die Möglichkeit der Selektion nicht die Macht der Normalisierungsgesellschaft zur Selektion? Einer Selektion, die Leben mit Gesundheit und Leistungsfähigkeit und Selbstbestimmtheit verbindet und eben nicht mit einer dem Leben an sich und für sich innewohnenden Würde?⁴⁵⁹ Ist das nicht ein Rückfall

⁴⁵⁶ Vgl. Foucault, 42!

⁴⁵⁷ Foucault, 43. Zum Verständnis des Anormalen vgl. Foucault, 32: „Problem des Alters..., also des Individuums, das aus dem Feld der Fähigkeiten, der Tätigkeiten herausfällt. Auf der anderen Seite gibt es die Unfälle, die Gebrechen, die verschiedenen Anomalien.“

⁴⁵⁸ Foucault, 43.

⁴⁵⁹ Vgl. hierzu auch den Spiegel-Artikel von Höflinger über ambulante Sterbehilfe in den Niederlanden! Von den Befürwortern der aktiven Sterbehilfe wird jede Einmischung in die Selbstbestimmtheit des Menschen, gerade im Rahmen der Selbstbestimmtheit hinsichtlich des eigenen Lebensendes, als Paternalismus disqualifiziert. Die Selbstbestimmtheit wird mit Autonomie gleichgesetzt und zur Norm erhoben. Gerade hier kommt aber die Dialektik von Feld und Habitus zum Tragen, indem kritisch gefragt werden muss: Muss nicht angesichts einer Norm des sozialen Raums, die Leistungsfähigkeit zur Voraussetzung von Selbstbestimmtheit macht, chronische Krankheit - Krebs, Demenz, Depression (vgl. Höflinger, 133!!) - als Versagen von Leistungsfähigkeit empfunden werden, die dann als eigentliches Leiden empfunden wird, weil sie nicht mehr in eine Vorstellung von natürlich gegebener Abhängigkeit eingebettet werden kann? Ist Selbstbestimmtheit dann selbstbestimmt, wenn mein Habitus von dieser Normierung des Feldes her erst gebildet wurde? Und fördere ich durch meinen Habitus, dem das Verständnis eingeschrieben ist, dass jede Einmischung in den Sterbewillen Nicht-mehr-Lebens-Williger paternalistisch und damit verboten ist, nicht jene Haltung des Feldes, die Paternalismus als etwas grundsätzlich Verwerfliches erachtet und Selbstbestimmtheit als etwas grundsätzlich Gebotenes und dabei die Bedingungen von Selbstbestimmtheit nicht mehr zu hinterfragen wagt? Der Habitus von der Selbstbestimmtheit greift in der Verfügung über das

hinter ein Verständnis von Würde, die unveräußerlich mit dem Leben gegeben ist? Rassismus ist damit direkt mit der Technik der Macht verknüpft. Im Sinne gelebter und diskutierter Selektion verbinden sich Biomacht und Biopolitik.

Palliative Haltung als Haltung von Care bleibt sich selbst transparent - im Fragen nach möglichem disziplinierendem, regulierendem und selektierendem Habitus, das heißt in Bezug auf wahrnehmen, denken und handeln. Sie bleibt in ihrer Haltung offen und ansprechbar auf ihren Anspruch. Welche Gefahren der Entfremdung durch Regulierung und Disziplinierung können wahrgenommen werden im eigenen Denken und Handeln? Im Bereich der Dokumentation, Passung an Normen des Palliativen Feldes und Passung an ökonomisierte Normen des Gesundheitswesens? Palliative Haltung bleibt offen für die Dialektik von Habitus und Feld, indem sie sich bewusst macht, dass sie das Feld, die Kollegen und Kooperationspartner, die Patienten und deren Familien und die Gesellschaft als solche "sozialisiert", während das Feld wiederum den Habitus des sozialen Akteurs "sozialisiert".

5.3. Palliative Haltung im Rahmen der Habitusstheorie

5.3.1. Habitusstheorie als Konstitutions- und Erkenntnistheorie

Die Grundlage sozialen Handelns liegt im Praxis generierenden Dispositionssystem des Habitus. Der Habitus ist das „Dispositionssystem sozialer Akteure“⁴⁶⁰, die Habitusstheorie als Handlungstheorie die Theorie des Erzeugungsmodus der Praxisformen. Palliative Haltung ist Teil dieses Dispositionssystems, in das Haltungen, Einstellungen und Werte eingeschrieben sind. Im Rahmen des sozialen Raums und in diesem Raum im Rahmen der Bedingungen der sozialen Felder (Familie und Beruf) generiert, generiert Palliative Haltung dann ihrerseits Praxis im Palliativen Feld und in anderen sozialen Feldern.

Lebensende doch auch wieder zum Mittel der Selektion, indem sie dem Leben Machen das Sterben Machen gegenüberstellt. Die NVVE (Niederländische Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende) unterstützt den „Wunsch nach einem selbstbestimmten Lebensende... - freier Tod für freie Bürger“ (Höflinger, 133).

⁴⁶⁰ Schwingel, 59.

Die Habitus­theorie ist Konstitutions- und Erkenntnistheorie zugleich. Als Konstitutionstheorie geht die Habitus­theorie der Frage nach, wie soziale Praxis zustande kommt. "Die Einheitlichkeit der Handlungen in unterschiedlichen Bereichen verweist auf ein gemeinsames Erzeugungsprinzip, auf den... gemeinsamen Habitus."⁴⁶¹ Darauf verwiesen auch die Interviewten im Erzählen von Handlungen, die auf Palliative Haltung hinweisen oder eben darauf, dass diese nicht vorhanden war. Die Habitus­theorie als Erkenntnistheorie geht des Weiteren der Frage nach, wie Akteure die gesellschaftliche Praxis wahrnehmen, erfahren, erkennen (Theorie der praktischen Erkenntnis der Sozialen Welt), und stellt fest, dass jede Wahrnehmungs- und Erkenntnisweise standortgebunden und damit perspektivisch ist - Standort und Perspektive des eigenen Habitus. Für die Palliative Haltung heißt das: Auch Palliative Haltung ist standortgebunden und damit perspektivisch verfasst. Palliative Haltung umschreibt dann die Haltung, aus der heraus die Akteure des Palliativen Feldes die gesellschaftliche Praxis wahrnehmen, erfahren und erkennen. Der systematisch durchgeführte Perspektivenwechsel ist damit hilfreiches Instrument zur Aufdeckung und Vermeidung blinder Flecken.

Die Habitus­theorie als Konstitutionstheorie fokussiert auf den Aspekt der inneren Zwänge des Habitus, während die Feldtheorie in Korrelation hierzu auf die Rahmenbedingungen als äußere Zwänge fokussiert. Für das Phänomen der Palliativen Haltung heißt das: Palliative Haltung setzt habituell im sozialen Akteur verankert ein bestimmtes Handeln aus sich heraus bzw. setzt als Spielregel des Palliativen Feldes einen bestimmten Rahmen (Spielraum der Feldtheorie) für bestimmte Praxisformen fest.

5.3.2. Die Dispositionen des Habitus - strukturierte und strukturierende Struktur

(1) Strukturierte und strukturierende Struktur

Im Habitus­konzept Bourdieus kommen dessen anthropologische Grundannahmen über die soziologisch fundamentalen Eigentümlichkeiten (Dispositionen) sozialer

⁴⁶¹ Kraus/Gebauer, 24.

Akteure zum Tragen.⁴⁶² Habitus umschreibt die dauerhafte Disposition eines Subjekts, dessen Identität.⁴⁶³ Er ist strukturierte und strukturierende Struktur zugleich, insofern er vom Feld mitdisponiert zur strukturierten Struktur wird und als solche strukturierte Struktur auf das Feld im Rahmen der von ihm erzeugten Praxisformen und Repräsentationen strukturierend einwirkt.

Der Habitus ist Feld strukturierendes, konstituierendes Erzeugungsprinzip (konstitutionstheoretisch wirksam) und Erkenntnis strukturierendes Strukturierungsprinzip (erkenntnistheoretisch wirksam)⁴⁶⁴: „der Habitus ist *Erzeugungsprinzip* objektiv klassifizierbarer Formen von Praxis und *Klassifikationssystem* (principium divisionis) dieser Formen.“⁴⁶⁵ Der Habitus eines Subjekts erklärt dessen Wahrnehmung, Erfahrung und Erkennen des Feldes, dessen Unterscheiden und Bewerten der Formen und Produkte (anhand der Geschmacksbrille des Habitus⁴⁶⁶) einerseits und erklärt andererseits, wie soziale Praxis zustande kommt - eben durch das Wirksamwerden des Habitus im Feld. Habitus ist also „das Erzeugungsprinzip aller ihrer Eigenschaften wie ihrer Werturteile über die eigenen so gut wie die Eigenschaften der anderen“⁴⁶⁷. Der Habitus eröffnet deshalb bestimmte Handlungspotentiale im Raum des Möglichen und verschließt andere.⁴⁶⁸ Der Habitus legt die Grenzen des Erkenntnis- und Handlungsraums fest.

Als habituell strukturiertes Dispositionssystem wirkt sich der Habitus strukturierend auf Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata aus.⁴⁶⁹ An den Dispositionen des Habitus lassen sich folglich diese drei Aspekte der Wahrnehmungsschemata, Denkschemata und Handlungsschemata analytisch auseinander halten.

(a) Wahrnehmungsschemata strukturieren die alltägliche Wahrnehmung der sozialen Welt. Dies entspricht dem sensuellen Aspekt der praktischen Erkenntnis.

⁴⁶² Vgl. Schwingel, 60!

⁴⁶³ Vgl. Kraus/Gebauer, 71!

⁴⁶⁴ Vgl. Bourdieu (1993), 98f.!

⁴⁶⁵ Bourdieu (1987), 277.

⁴⁶⁶ Vgl. Bourdieu (1987), 405: Habitus als „systematische Orientierung, die dieser in allen Handlungsbereichen herstellt“!

⁴⁶⁷ Bourdieu (1987), 278.

⁴⁶⁸ Vgl. Kraus/Gebauer, 71!

⁴⁶⁹ Vgl. Bourdieu (1993), 101!

(b) Denkschemata beinhalten zum einen Alltagstheorien und Klassifikationsmuster, anhand derer die sozialen Akteure die soziale Welt interpretieren und kognitiv ordnen. Zum anderen beinhalten sie implizite ethische Normen zur Beurteilung gesellschaftlichen Handelns ("Ethos"). Schließlich beinhalten sie ästhetische Maßstäbe zur Bewertung kultureller Objekte und Praktiken ("Geschmack").

(c) Handlungsschemata bringen die individuellen oder kollektiven Praktiken der Akteure hervor.

Die Sozialisation der sozialen Subjekte (deren Dispositionierung, ihre Struktur) bestimmt also die Grenzen des Wahrnehmens, Denkens und Handelns. Hier entsteht ein Spielraum, der in der Schnittmenge aus internem Spielraum (Habitus) und externem Spielraum (Spielregeln des Feldes) den Freiheitsraum des sozialen Subjekts beschreibt. Die Dispositionen von Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata bieten Orientierung innerhalb der sozialen Welt und bilden damit die Grundlage des "sozialen Sinns" (vgl. 5.3.4.!).

(2) Dynamische Verfasstheit des Habitus

Der Habitus ist nicht angeboren, sondern lediglich als Möglichkeit seiner Realisation im Subjekt angelegt. Er ist gesellschaftlich (sozial) und historisch bedingt, beruht also auf individuellen und kollektiven Erfahrungen - entstanden durch Sozialisation.⁴⁷⁰ Als Produkt einer Geschichte ist der Habitus nicht statisch, sondern dynamisch als stets im Wandel begriffen aufzufassen. Er formt sich historisch im Zuge der Verinnerlichung der äußeren gesellschaftlichen (materiellen, sozialen und kulturellen) Bedingungen des Daseins. D.h. die Ausbildung und Verinnerlichung des Habitus ist determiniert durch die je eigene spezifische gesellschaftliche Position (Status/Klasse) mit den damit verbundenen ökonomisch, sozial und kulturell verfügbaren Ressourcen (Kapitalformen).⁴⁷¹ „In den Dispositionen des Habitus ist somit die gesamte Struktur des Systems der Existenzbedingungen angelegt“⁴⁷². Hier kommt wiederum die Konvergenz von Habitus und Sozialem Feld zum Tra-

⁴⁷⁰ Krais/Gebauer weisen darauf hin in Abgrenzung zu Naom Chomsky, der die Verhaltensgrammatik des Habitus für angeboren halte. Vgl. Krais/Gebauer, 31ff.!

⁴⁷¹ Vgl. Schwingel, 65ff.!

gen. „Die Verinnerlichung externer sozialer Strukturen geht nicht auf mechanische Weise vonstatten, vielmehr werden die äußeren Strukturen im Zuge der Inkorporation in innere Strukturen kognitiver, evaluativer, motivationaler und handlungsgenerierender Art transformiert.“⁴⁷³ Habitus als Produktionssystem entsteht „im Wechselspiel mit gesellschaftlicher Bestätigung und Korrektur... In dieser Sichtweise wird Grammatik [des Habitus] nicht statisch gedacht, sondern als ein dynamischer Vorgang des Erzeugens durch die Subjekte selbst, in dem die Grammatik durch die Aktivitäten der Handelnden immer aufs Neue hervorgebracht... [wird]. Nicht das Regelwerk macht die Grammatik aus, sondern die Aktivitäten der Subjekte, ihre Regel-erzeugende Produktion.“⁴⁷⁴ In diesem Sinne macht der Habitus die persönliche und soziale Identität eines Individuums aus.⁴⁷⁵

(3) Freiheit des Subjekts oder Determinismus

Soziale Akteure also sind „mit systematisch strukturierten Anlagen [Dispositionen] ausgestattet..., die für ihre Praxis - und ihr Denken über die Praxis - konstitutiv sind.“⁴⁷⁶ Bezogen auf die Freiheit des Subjekts bedeutet dies, dass Bourdieu statt eines frei handelnden Subjekts (voluntaristisches Prinzip des Handelns) den gesellschaftlich geprägten Akteur behauptet. Für die Freiheit des Subjekts im Rahmen dieser habituellen Disponiertheit bedeutet dies, dass durch die habituellen Dispositionen lediglich die Grenzen möglicher und unmöglicher Praktiken festgelegt werden, nicht aber die Praktiken an sich.⁴⁷⁷ Aus der Schnittmenge von habituell gesetztem Rahmen und dem durch das Feld gesetzten Rahmen entsteht der Spielraum der Freiheit des Subjekts.

⁴⁷² Bourdieu (1987), 279. Vgl. auch Bourdieu (1993), 113!

⁴⁷³ Schwingel, 68.

⁴⁷⁴ Kraus/Gebauer, 33.

⁴⁷⁵ Vgl. Kraus/Gebauer, 46!

⁴⁷⁶ Schwingel, 61.

⁴⁷⁷ Vgl. Schwingel, 69; 71! Vgl. Bourdieu (1993), 102: Vermittelt durch den Habitus als System von Erzeugungsschemata können nur diejenigen Gedanken, Wahrnehmungen und Handlungen hervorgebracht werden, „die innerhalb der Grenze der besonderen Bedingungen seiner Hervorbringung liegen.“ Vgl. auch Bourdieu (1993), 103!

(4) Dialektik von Palliativer Haltung und Palliativem Feld

Habitus in diesem Sinne umschreibt dann eher die Art und Weise der Ausführung von Praktiken (modus operandi⁴⁷⁸) und weniger die Praxisinhalte. Wird die Welt als Raum von Möglichkeiten vorgestellt, wird durch unser Handeln eine dieser möglichen Welten realisiert - innerhalb der Grenzen des Habitus.⁴⁷⁹ Bezogen auf die normative Disposition von Feldern heißt das: „Die Dispositionen des ‘...Habitus’ gewinnen Gestalt, Funktion und Geltung ausschließlich in einem spezifischen Feld... Deshalb können dieselben Praktiken in jeweils anderen Feldern... gegensätzliche Bedeutung und Wert erhalten“⁴⁸⁰ - dies führt dann eben auch zu feldspezifischen Entscheidungen hinsichtlich pflegerischer Praxis.⁴⁸¹ Palliative Haltung wird im Feld kultiviert. Wo Palliative Haltung Veränderungen im Feld (Ökonomisierung und Beschleunigung des Feldes Gesundheitswesen) zuwiderläuft, bricht sie aus und schafft sich ihr eigenes Feld, das Palliative Feld. Feld und Habitus bedingen sich also gegenseitig und bleiben darin stets verbunden. Aus der Dialektik von Habitus und Feld entsteht die Praxis. „Der Geschmack bewirkt, daß man hat, was man mag, weil man mag, was man hat“⁴⁸². Der Habitus wirkt als modus operandi strukturierend auf das Feld ein (bewirkt, dass er hat, was er mag - aus der Haltung entspringt die Handlung) und zugleich wird der Habitus als opus operatum („geronnene Erfahrung“⁴⁸³) durch das Feld strukturiert (weil er mag, was er hat). „Der Habitus ist nicht nur strukturierende, die Praxis wie deren Wahrnehmung organisierende Struktur, sondern auch strukturierte Struktur“⁴⁸⁴ - die vom Habitus aufs Feld angewandten Prinzipien sind zugleich Resultat der Verinnerlichung dieser Prinzipien als Prinzipien des Feldes. Habitus ist verinnerlichte, das heißt inkorporierte soziale Erfahrung.

⁴⁷⁸ Vgl. Bourdieu (1987), 281!

⁴⁷⁹ Vgl. Kraus/Gebauer, 46!

⁴⁸⁰ Bourdieu (1987), 164.

⁴⁸¹ Davon betroffen sind beispielsweise pflegerische Interventionen der Prävention (Prophylaxen) und der Therapie (Basis- versus medizinische Therapie im Bereich von Ernährung; vgl. Richtlinien der BÄK zur Sterbebegleitung, 2011!) am Lebensende! Vgl. auch die Bewertung von Zeit als Ressource des Palliativen Feldes versus Zeit als Geld in marktwirtschaftlicher Anpassung des Gesundheitswesens an ökonomische Diktate (im Kapitel über „Entschleunigung und Palliative Haltung“)

⁴⁸² Bourdieu (1987), 285f.

⁴⁸³ Kraus/Gebauer, 6.

⁴⁸⁴ Bourdieu (1987), 279.

Übersetzt in die Care-Dimensionen heißt das: Unser Habitus (als Haltung) vermittelt unseren Anspruch (Motivation/Tugend) an die Wirklichkeit (Arbeit), er ist leitendes Prinzip für das Hervorbringen von Praxis (Praxisformen/Handlungen). Jede unserer Handlungen (Arbeit) trägt den Stempel (Repräsentation) unseres Habitus (Tugend/Haltung), unsere Handlungen sind aufgrund unserer Haltung kohärent. „Die Einheit der Person, die Kohärenz des Handelns und... die Identität des sozialen Akteurs... wird mit dem Habitus-Konzept thematisiert: Der Habitus ist das vereinigende Prinzip, das den verschiedenen Handlungen des Individuums ihre Systematik, ihren Zusammenhang gibt.“⁴⁸⁵ Das heißt dann also auch: die durch den Habitus vermittelt hervorgebrachten Handlungen sind klassifizierbar, also zuordenbar zu einer bestimmten Haltung, so dass Handlungen am Maßstab Palliativer Haltung gemessen als dieser Haltung zuwiderlaufende Praxis identifiziert werden können. Handlungen werden damit in distinktiver Weise wahrgenommen und bewertet. Unser Habitus erzeugt Handlungen und ist zugleich unser unbewusster „Navi“, unser Klassifikationssystem also, mit dessen Hilfe wir unsere eigenen Handlungen und die Handlungen anderer klassifizieren, zuordnen und bewerten entsprechend unseres habituell verinnerlichten Geschmacks (habituell internalisierter Normen).⁴⁸⁶ „Der Geschmack bildet mithin den praktischen Operator für die Umwandlung der Dinge in distinkte und distinktive Zeichen...: durch ihn geraten die Unterschiede aus der *physischen Ordnung* der Dinge in die *symbolische Ordnung* signifikanter Unterscheidungen.“⁴⁸⁷ Das führt zur Verbundenheit mit den Handlungen und den Handelnden oder zur Distinktion, denn „soziale Identität gewinnt Kontur und bestätigt sich in der Differenz“⁴⁸⁸, in den Interviews beschrieben durch das, was Palliative Haltung nicht ist. - Palliative Haltung ist die internalisierte Norm des Palliativen Feldes. Sie gilt es folglich zu konkretisieren. Im Begriff der Palliativen Haltung ist diese als Phänomen des Palliativen Feldes zur Sprache gebracht.

⁴⁸⁵ Kraus/Gebauer, 70.

⁴⁸⁶ Vgl. Bourdieu (1987), 283!

⁴⁸⁷ Bourdieu (1987), 284.

5.3.3. Philosophische Wurzeln des Habituskonzepts

Nach einer ersten Bestimmung des Habituskonzepts von Bourdieu schaue ich nun zurück auf die historisch-philosophische Verortung seines Konzepts, um zu zeigen, was sich aus dieser Perspektive für die Verwendung des Begriffs des Habitus ableiten lässt.⁴⁸⁹ Nach Beate Kraus und Gunter Gebauer hat Bourdieu sein Konzept des Habitus zum einen in Auseinandersetzung mit seinen Erfahrungen mit der Kultur der kabyllischen Bauern Algeriens entwickelt. Deren innere Einstellung hängt zusammen „mit dem Ganzen der Existenzbedingungen, unter denen die Subjekte leben. Die Erfahrung dieser Existenzbedingungen hatte sich in bestimmten Wahrnehmungs- und Handlungs-Dispositionen in den Individuen niedergeschlagen, die selbst dann noch wirksam waren, als ihre materiellen Lebensverhältnisse sich tief greifend verändert hatten. Mit dieser Einsicht hatte Bourdieu die eine der beiden Seiten des Habitus, die Seite der 'strukturierten Struktur', der inkorporierten Geschichte oder der Präsenz der Vergangenheit in der Gegenwart >gefunden<.“⁴⁹⁰ Zum anderen entwickelte er sein Habituskonzept in Auseinandersetzung mit Erwin Panofskys (1892-1968) Studie "Gothic Architecture and Scholasticism" (1952), die er ins Französische übersetzte und dessen Begriff des Habitus er explizit und systematisch aufgreift. Hierdurch „präzisierte er die zweite Seite des Habitus, die der 'strukturierenden Struktur', des generierenden Prinzips oder der kreativen Kapazität.“⁴⁹¹ „Panofskys Ergebnis, dass es eine >grundlegende Haltung< gibt, die den unterschiedlichen künstlerischen Produktionen einer bestimmten Epoche eine stilistische Einheit gibt, verhalf ihm zum Durchbruch bei der >Erfindung< des Habitus: Die Einheitlichkeit der Handlungen in unterschiedlichen Bereichen verweist auf ein gemeinsames Erzeugungsprinzip, auf den dem Kleriker und dem Baumeister gemeinsamen Habitus.“⁴⁹²

Panofsky hatte den Begriff des Habitus von Thomas von Aquin (1225-1274) übernommen. Thomas von Aquin definiert den Habitus als „Vermittlungsinstanz

⁴⁸⁸ Bourdieu (1987), 279.

⁴⁸⁹ Hierfür orientiere ich mich an Kraus/Gebauer, 18-30.

⁴⁹⁰ Kraus/Gebauer, 22.

⁴⁹¹ Kraus/Gebauer, 23.

⁴⁹² Kraus/Gebauer, 24.

zwischen reiner Potenz und reiner Handlung⁴⁹³ und bestimmt unterschiedliche Formen des Habitus, wobei Bourdieu insbesondere an den "Habitus zur Tätigkeit" anknüpft: Der Habitus wird an den Tätigkeiten, die aus ihm hervorgehen, erkannt. Der Habitus ist dabei die Fähigkeit spontaner Akte ohne Willen und Bewusstsein, wobei jede Person ihren individuellen Habitus hat.⁴⁹⁴ Thomas von Aquin führte den Begriff des Habitus ein und griff dabei seinerseits auf Aristoteles (384-322) und dessen Erfahrungsbegriff zurück. Erfahrung steht demnach in enger Verbindung zu "techne" (Kunstfertigkeit, Können) und "episteme" (Wissen).⁴⁹⁵ Erfahrung ist als Erfahrungswissen kein auf Bewusstseinsvorgänge verengtes Wissen, sondern zugleich auch Kunstfertigkeit und Können. Erfahrungen bündeln sich zu Erfahrungswissen als einer einzigen Erfahrung, die unser Handeln leitet, also Grundlage unseres praktischen Könnens und zugleich Grundlage unserer Einsicht über die Praxis dieses Könnens ist. Können (techne) unterscheidet damit nicht zwischen Leib und Psyche (Kognition), sondern Erfahrung ist als Können, als praktisches Wissen unserem Leib als Ganzem eingeschrieben.⁴⁹⁶ Erfahrungen legen sich als Gewohnheit (praktisches Wissen) durch Übung (Tätigkeit in der Welt) in unserem Körper ab. Seiner Nikomachischen Ethik folgend sind sittliche Handlungen darin einbezogen. Auch diese sind in praktischem Handeln einzuüben, damit sie als zur Gewohnheit gewordene Erfahrung in den Körper eingeschrieben werden können (als ethische Haltung). Das heißt, dass sich aus den vielen individuellen Handlungen eine Haltung ergibt - die "hexis". Diese in den Leib als zur Gewohnheit gewordene Erfahrung eingeschriebene Haltung ist die "hexis", bei Thomas von Aquin der Habitus. Was lässt sich daraus für das Habituskonzept von Bourdieu ersehen?

(a) Strukturierte Struktur: Habitus ist Haltung (Hexis) als die in den Leib eingeschriebene, Gewohnheit gewordene Erfahrung. Das heißt der Habitus ist durch Übung erlernbar. Der Habitus ist historisch bedingt als Erfahrung. Der Habitus ist Gewohnheit und damit als Intuition in der Person verortet. Der Habitus ist in den Leib eingeschrieben, eben damit erstens als Intuition im Menschen verortet,

⁴⁹³ Kraus/Gebauer, 26.

⁴⁹⁴ Das erinnert an Bourdieus „Sozialen Sinn“ und an die „Intuition“ des Bennekerschen Pflegeexperten.

⁴⁹⁵ Vgl. Kraus/Gebauer, 27!

⁴⁹⁶ Vgl. den altorientalischen Weisheitsbegriff, der diese Unterscheidung zwischen theoretischem Wissen und praktischem Wissen auch nicht macht und als Weisheit das Wissen aus theoretischem und praktischem Wissen, das nicht getrennt werden kann, versteht. Vgl. hierzu V.Rad!

zweitens dem Menschen als ganzer Person eingeschrieben, also nicht verengbar auf Kognition, und drittens dem Leib Person eingeschrieben und damit individuell ausgeprägt. Gewohnheit ist dauerhaft, sie wird im Körper gespeichert, sie ist damit strukturierte Struktur.

(b) Strukturierende Struktur: Habitus ist als Gewohnheit die Anlage für zukünftiges Handeln. Habitus ist geschichtlich vermittelt, die Vergangenheit wird mit der Gegenwart abgeglichen, der Habitus setzt Handeln aus dieser Vermittlung heraus. Der Habitus ist Anlage für Handeln. Der nicht auf die Kognition zu verengende Habitus ist das Vermögen (die Potenz) zur Hervorbringung von Handlungen. Können als Fähigkeit, als Fertigkeit und Kompetenz ist nicht zu trennen vom Wissen. Deshalb gehört die Trias Haltung, Wissen und Fertigkeiten untrennbar zusammen. Alle fließen aus der Haltung heraus - in der tätigen Kompetenz (Wissen, Fertigkeiten) wird der Habitus als Handeln an die Welt ins Feld hinein vermittelt. Als Anlage für künftiges Handeln ist der Habitus strukturierende Struktur. Das Handeln ins Feld hinein strukturierend und damit das Feld handelnd strukturierend (konstitutionstheoretisch), außerdem die Wahrnehmung des Feldes strukturierend aufgrund von Klassifikationssystemen (erkenntnistheoretisch) und von da aus wiederum das Feld strukturierend. In diesem Sinn bildet der Habitus Werte, die er auf das Handeln bezieht. „Der Habitus, die ‘hexis’, ist eine innere Instanz, die auf Grund von Handlungen zu Stande kommt und sich in neuen Situationen ausspielen lässt.“⁴⁹⁷

5.3.4. Sozialer Sinn des Habitus

„Indem das habituelle Dispositionssystem Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata bereithält, die zur Orientierung innerhalb der sozialen Welt und zur Hervorbringung angemessener Praktiken dienen, stellt es die Grundlage dessen dar, was Bourdieu als den sozialen Sinn (le sense pratique) bezeichnet... Dieser praktische Sinn dient den Akteuren als Orientierungssinn, der ihnen hilft, sich innerhalb der sozialen Welt im Allgemeinen und spezifischer Praxisfelder im Besonderen zurechtzufinden.“⁴⁹⁸ Wirksam sind diese Schemata des Habitus dadurch, „daß sie

⁴⁹⁷ Kraus/Gebauer, 30.

⁴⁹⁸ Schwingel, 63.

jenseits des Bewusstseins wie des diskursiven Denkens, folglich außerhalb absichtlicher Kontrolle und Prüfung agieren⁴⁹⁹. Der Habitus ist „gesellschaftlicher Orientierungssinn“⁵⁰⁰, durch den ich praktisch weiß, wo mein Platz ist. Außerdem dient er als Sinn für die Ausführung von Praktiken, die, weil habitusgemäß ausgeführt (das heißt dem Habitus entsprechend), sinnvoll erscheinen. Sinn ist der Sinn des eigenen Habitus, der auf das Feld trifft und sich im Feld sinnstiftend zu bewähren hat. Der Habitus als inkorporierte Notwendigkeit generiert folglich Notwendiges und verwandelt sich dadurch, in dieser Selbstentsprechung, in „sinnvolle Praxis und sinnstiftende Wahrnehmung hervorbringende Disposition“⁵⁰¹. Sinn ist der den habituellen Dispositionen von Wahrnehmung, Denken und Handeln habituell innewohnende Sinn. Sinnvoll heißt mit praktischem Alltagsverstand ausgestattet sein.⁵⁰² Die über den Habitus vermittelten Praktiken sind mit einem „über subjektive Absichten wie individuelle und kollektive Vorhaben hinausreichenden objektiven Sinn ausgestattet.“⁵⁰³ Der Einklang von praktischem Sinn und objektivem Sinn führt zur Schaffung einer „Welt des Alltagsverstands“⁵⁰⁴.

Daraus lässt sich für die Palliative Haltung ableiten, dass sich Wahrnehmung und Denken normativ an der Palliativen Haltung ausrichten, wenn Palliative Haltung als Sinn der Palliative Care definiert ist. Als Sinn von Palliative Care bestimmt sie deshalb auch die in der Care Ethik definierten Dimensionen von Tugend, Haltung und Arbeit gleichermaßen. In dieser Kongruenz erst wird Palliative Care als Palliative Tugend, Haltung und Arbeit als sinnhaft erlebt. Ein weiteres lässt sich ableiten. Ist der Sinn wie im Falle der Palliativen Haltung deckungsgleich mit den Regeln und damit dem Zweck und dem Sinn des Feldes, erfährt der Akteur des Feldes seine Care als sinnstiftend. Der Sinn ist dann die Palliative Haltung. Trifft der Sinn einer Palliativen Haltung aber auf andere Sinnerfahrungen im Palliativen Feld oder trifft Palliative Haltung auf andere soziale Felder des Gesundheitswesens, entstehen Konflikte, die einer Lösungsstrategie bedürfen. Dass der Habitus als inkorporierte Notwendigkeit Notwendiges generiert, bedeutet bezogen auf den Notwen-

⁴⁹⁹ Bourdieu (1987), 727.

⁵⁰⁰ Bourdieu (1987), 728.

⁵⁰¹ Bourdieu (1987), 278.

⁵⁰² Vgl. Bourdieu (1993), 127!

⁵⁰³ Bourdieu (1993), 108.

⁵⁰⁴ Bourdieu (1993), 108. Vgl. ebd., 127!

digkeits- und den Luxusgeschmack, dass das "leben Machen" als Selbstzweck des Gesundheitswesens im Palliativen Feld für Irritationen sorgen muss oder aber auf mehr Lebensqualität umgedeutet werden muss und dass das "sterben Lassen" der abschiedlichen Haltung des Palliativen Feldes in anderen als dem Palliativen Feld für Irritationen sorgen muss oder dafür in Frage kommende Patienten ins Palliative Feld und damit ins Palliative Denken verschoben werden müssen. Sinn- und Wertvorstellungen kollidieren hier miteinander. Der soziale Sinn des Palliativen Feldes ist der Sinn einer Palliativen Haltung. Praxis im Palliativen Feld wird dann als sinnvoll erlebt, wenn diese Praxis in Palliativer Haltung geschieht oder Praxis mit Palliativer Haltung in Einklang zu bringen ist. Der soziale Sinn geht konform mit dem abschiedlich verankerten sterben Lassen, während der soziale Sinn anderer sozialer Felder mit dem leben Machen konform geht. Die Kollision der Werte sind Kollisionen der Haltungen und letztlich Kollisionen von Sinnerfahrungen, das heißt dessen, was ich mit einer bestimmten Haltung ausgestattet als sinnvoll erfahren kann, so dass Konflikte im Umfeld von Sinnerfahrungen schwer greifbar werden, schwer greif- und damit schwer lösbar.

Der soziale Sinn des Habitus vereint in sich alle Sinne, die für die Praxis relevant sind. Dies sind neben den fünf Sinnen der Wahrnehmung der allgemeine Orientierungs- und Wirklichkeitssinn, der moralische Sinn für Verantwortung, Verpflichtung und Pflicht, der religiöse Sinn, der politische Sinn, der ästhetische Sinn, der Sinn für Humor und das Lächerliche und weitere Sinne.⁵⁰⁵ Der soziale Sinn ist der Sinn des ganzen Menschen für den ganzen Menschen in all seinen Dimensionen und seiner Ambivalenz und Gebrochenheit. Als solcher mit dem ganzen Menschen verwachsener soziale Sinn ist er wirksam als eine Art Instinkt des habituell disponierten Menschen. „Genau mit diesem praktischen Sinn... kann der Sinn der Situation auf der Stelle, mit einem Blick und in der Hitze des Gefechts, eingeschätzt und sogleich die passende Antwort gefunden werden... Nur diese Art erworbener Meisterschaft, die mit der automatischen Sicherheit eines Instinkts funktioniert, gestattet es, augenblicklich auf alle möglichen ungewissen Situationen und Mehrdeutigkeiten der Praxis zu reagieren“⁵⁰⁶. Als ein solcher Sinn des Instinkts und der Intuition ist der soziale Sinn im menschlichen Körper verankert und

⁵⁰⁵ Vgl. Schwingel, 63f.!

⁵⁰⁶ Bourdieu (1993), 190f.; vgl. auch die Intuition des Experten im Stufenmodell nach Benner!

formt diesen durch die habituellen Schemata. Denn was „der Leib gelernt hat, das besitzt man nicht wie ein wiederbetrachtbares Wissen, sondern das ist man.“⁵⁰⁷ Palliative Haltung als sozialer Sinn von Palliative Care hat man nicht, sondern ist man. D.h. Wahrnehmung, Denken und Handeln sind von dieser Haltung her organisiert. Palliative Haltung ist in diesem Sinne Anspruch von Care für Tugend, Haltung und Arbeit zugleich. Als Anspruch von Care ist sie Sinn von Care und trifft im Care-Gebenden auf einen immer schon ambivalenten Menschen, in dem sich der Anspruch von Care an der Wirklichkeit des Feldes bricht. Der Anspruch Palliativer Haltung als Sinn von Care ist als Sinn dem Anspruch von Care in Tugend, Haltung und Arbeit einverleibt, bricht sich aber in der Wirklichkeit des Feldes zur habituellen Pluralität der sozialen Akteure, die sich dem Anspruch verpflichtet und verantwortlich fühlen. „Individuelle Praxisformen sind... nur als mehr oder minder typische Varianten bzw. Variationen von gruppen- oder klassenspezifischen Praxisformen von Interesse... Die Individualität von Praktiken... liegt gerade in der akteurspezifischen Nutzung des (gruppen- bzw. klassenspezifischen) Spielraumes, der mit dem Habitus verinnerlicht wurde; sie kommt in der jeweiligen Verwendung klassenspezifisch verteilter Ressourcen und Möglichkeiten zum Ausdruck.“⁵⁰⁸

Der praktische Sinn also leitet Entscheidungen als „leibliche Absicht auf die Welt“⁵⁰⁹ - der praktische Sinn als Abgleich von Vergangenheit und Gegenwart ist dabei die vorweggenommene Anpassung an die Erfordernisse eines Feldes. Es ist der Sinn für das Spiel eines Feldes, gerade in der „*Vorwegnahme* der Zukunft in allen konkreten Spielsituationen“⁵¹⁰. Es ist dies das vorausschauende Handeln einer Palliativen Haltung. Der Sinn für das Spiel sorgt dafür, „daß dieses für die Spieler subjektiven Sinn, d.h. Bedeutung und Daseinsgrund, aber auch Richtung, Orientierung, Zukunft bekommt.“⁵¹¹ Der Sinn für das Spiel erschließt damit den Sinn, das Woher und das Wozu des Spiels. Mit der Teilnahme am Spiel erfolgt das Einlassen auf das, worum es beim Spiel geht: den Spieleinsatz (Kapital), das Spielergebnis (Profit), das Spielinteresse (Motivation) und die Anerkennung der

⁵⁰⁷ Bourdieu (1993), 135.

⁵⁰⁸ Schwingel, 72.

⁵⁰⁹ Bourdieu (1993), 122.

⁵¹⁰ Bourdieu (1993), 122.

⁵¹¹ Bourdieu (1993), 122.

Spielvoraussetzungen als sinnvoll (Regeln).⁵¹² Das Spiel erhält damit zugleich „objektiven Sinn, weil der Sinn für die wahrscheinliche Zukunft, der sich aus der praktischen Beherrschung der spezifischen Regelmäßigkeiten ergibt, welche die Ökonomie eines Feldes ausmachen, Grundlage von Praktiken ist, die *sinnvoll* sind, d.h. in einem verstehbaren Verhältnis zueinander und zu den Bedingungen ihrer Ausführung stehen, also unmittelbar für jedes Individuum mit Sinn für das Spiel Sinn und Daseinsgrund haben“⁵¹³.

5.3.5. Alltagspraktische Umsetzung in der Dialektik von Habitus und Feld

Die alltagspraktische Umsetzung habitueller Dispositionen findet im Rahmen der Dialektik von externen, objektiven Feldstrukturen und einverlebten und darum internen, subjektiven habituellen Strukturen statt. In dieser Dialektik stellen sich die zwei Seiten der Medaille des Sozialen und dessen Existenzweisen dar.⁵¹⁴ Die zur Ding gewordene Geschichte (soziales Feld) einerseits und die zum Leib gewordene Geschichte (zum Habitus verdichtete historisch verinnerlichte Erfahrungen) andererseits. „Als Produkt der Geschichte produziert der Habitus individuelle und kollektive Praktiken, also Geschichte, nach den von der Geschichte erzeugten Schemata; er gewährleistet die aktive Präsenz früherer Erfahrungen, die sich in jedem Organismus in Gestalt von Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata niederschlagen und die Übereinstimmung und Konstanz der Praktiken im Zeitverlauf viel sicherer als alle formalen Regeln und expliziten Normen zu gewährleisten suchen.“⁵¹⁵

Das Verhältnis von Habitus und Feld ist das einer dialektischen Beziehung. Die Beziehung eines sich gegenseitigen Hervorbringens. So bilden sich die Dispositionen des Habitus durch Einverleibung von äußeren Sozialstrukturen des Feldes aus. Äußere Sozialstrukturen werden hierbei transformiert in Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsstrukturen. Die externen sozialen Strukturen wiederum konstituieren sich im Vollzug gesellschaftlicher Praxis, die mittels Veräußerung habi-

⁵¹² Vgl. Bourdieu (1993), 122!

⁵¹³ Bourdieu (1993), 122.

⁵¹⁴ Vgl. Schwingel, 76! Vgl. Bourdieu, 362ff.: Zusammenspiel von Güterproduktion - des Feldes - und Geschmacksproduktion - des Habitus!

⁵¹⁵ Bourdieu (1993), 101.

tueller Anlagen generiert wird. Objektive soziale Strukturen existieren folglich nur vermittelt durch leibhaftige Akteure. „Kurzum: keine leiblichen Akteure, keine Praxis; keine Praxis, keine objektive Struktur.“⁵¹⁶ Für eine Palliative Haltung bedeutet diese Dialektik, dass sie nicht allein das Produkt einer Gruppe palliativ und hospizlich denkender Menschen, sondern das Produkt der Gesellschaft selbst ist. Palliative Haltung entsteht innerhalb der Dialektik von Habitus und Feld, in der der Habitus Reaktion auf die Aktion des Feldes und das Feld Reaktion auf die Aktion des Habitus ist. Palliative Haltung ist demnach nicht die Leistung des Habitus einer bestimmten Gruppe oder Person, sondern internalisiertes Produkt aus der Dialektik von Habitus und Feld.

Ob Habitusstrukturen und Feldstrukturen eher reproduziert oder eher transformiert werden, ist abhängig vom Verhältnis eines Habitus zum spezifischen Feld. Unter den Bedingungen der Moderne mit der Ausdifferenzierung relativ autonomer Felder⁵¹⁷ kann ein Habitus unter Verhältnissen zur Anwendung kommen (Aktualisierung des Habitus), die von denen seiner ursprünglichen Genese sehr verschieden sein können⁵¹⁸, so dass es sich um einen Habitus handeln kann, der den neuen Verhältnissen nicht adäquat ist. Bourdieu spricht von der Trägheit des Habitus (Hysteresis).⁵¹⁹ In Anwendung auf das Phänomen Palliativer Haltung als Habitus des Palliativen Feldes lässt sich daraus dreierlei ableiten. (1) Leitendes Prinzip der Moderne ist im Vorgriff auf Hartmut Rosa das Prinzip der Beschleunigung, so dass eintreffen kann, was eben beschrieben wurde: der Habitus kommt immer öfter unter Verhältnissen zur Anwendung, die von denen seiner ursprünglichen Genese sehr verschieden sind. Palliative Haltung mutet dann anachronistisch an. Interne Strukturen des Habitus einer Palliativen Haltung kollidieren mit externen Strukturen eines beschleunigten Feldes des Gesundheitswesens, der Habitus einer Palliativen Haltung als Haltung von Care hat einen anderen, einen beharrend-entschleunigenden Zeittakt als das Feld des Gesundheitswesens („Desynchronisation“ nach Rosa). Palliative Haltung wirkt entschleunigend innerhalb des modernen Beschleunigungszirkels. Dies kann einerseits Resultat der Desynchronisation, andererseits aber auch Mittel der Desynchronisation sein. Doch dazu später im Kapitel über die

⁵¹⁶ Schwingel, 77.

⁵¹⁷ Vgl. Bourdieu, 367: Streben nach Unterscheidung als Motor des Wandels!

⁵¹⁸ Vgl. Bourdieu (1987), 686!

Zeit mehr. (2) Infolge der modernen Ausdifferenzierung der Felder wird der Habitus nicht im selben Tempo ausdifferenziert wie die Felder, so dass er als Verinnerlichung äußerer Feldstrukturen verschiedene, inzwischen ausdifferenzierte Felder repräsentiert. Das bedeutet, dass Palliative Haltung nicht die originäre Haltung **nur** des Palliativen Feldes ist, sondern des Feldes einer beschleunigt ausdifferenzierten Care **insgesamt**, so dass Palliative Haltung als Haltung von Care generell aufgefasst werden kann. Der karitativ bestimmte Habitus der Care bleibt Habitus damit auch der ausdifferenzierten und ausgegrenzten Felder. (3) Insofern das Feld den Habitus mitbestimmt, bestimmt der Habitus das Feld mit, er schafft sich sozusagen seine Felder. Insofern das Palliative Feld den Habitus Palliativer Haltung hervorbringt, schafft sich der Habitus in der Ausdifferenzierung der Felder sein eigenes Feld, der Habitus ist feldkreierend. Das bedeutet, dass der Habitus die Ausdifferenzierung mit voran treibt, indem ein passendes Palliatives Feld kriecht wird, nachdem Palliative Haltung als Haltung von Care dem Feld des Gesundheitswesens anachronistisch geworden ist. So neigt der Habitus dazu, sich vor Krisen und kritischer Befragung zu schützen, „indem er sich ein *Milieu* schafft, an das er so weit wie möglich vorangepaßt ist, also eine relativ konstante Welt von Situationen, die geeignet sind, seine Dispositionen dadurch zu verstärken, daß sie seinen Erzeugnissen den aufnahmebereitesten Markt bieten.“⁵²⁰

Auf diesem Hintergrund lassen sich moderne Entwicklungen in der Pflege betrachten. (1) Angesichts der Ausdifferenzierung der Felder von Pflege mit einer Neubestimmung der Aufgaben für die Pflege durch das beschleunigte Feld des Gesundheitswesens lässt sich fragen, worin die Konstante des pflegerischen Habitus, der die Konstanten seines Feldes mitbestimmt, besteht. Wo Pflege ausdifferenziert wird, stellt sich die Frage nach deren Gegenstand umso dringlicher. Die Antwort professioneller Pflege ist nicht aufgaben-, sondern handlungsorientiert. Proprium pflegerischen Handelns ist die pflegerische Beziehung, die Pflege als Pflege erst hinreichend definiert. Das ist die eine Konstante des pflegerischen Habitus, der als Anspruch von Pflege für das Feld der Pflege diese Konstante tradiert. – (2) Warum dann aber gleichzeitig die Debatte um die Delegation ärztlicher Aufgaben an die Pflege? Warum kommt Pflege als Adressat ärztlicher

⁵¹⁹ Vgl. Kraus/Gebauer, 21!

⁵²⁰ Bourdieu (1993), 114.

Delegation überhaupt in den Blick? Warum findet eine Ausdifferenzierung des ärztlichen Bereichs diesbezüglich nicht statt? Es finden sich keine Tendenzen zu einer solchen internen Hierarchisierung der Zuständigkeiten. Es findet eine horizontale, nicht aber eine vertikale Ausdifferenzierung statt. Es findet eine vertikale Ausdifferenzierung statt, aber nicht innerhalb der ärztlichen Profession, sondern auf die habituell verankert assistierende Pflege hin. Wo eine solche vertikale Ausdifferenzierung in Form einer Erweiterung des Delegationsprinzips mit der Schaffung neuer pflegerischer (Assistenz-) Berufe einhergeht, kann das ein Zeichen für eine weitere Konstante des pflegerischen Habitus sein. Denn auch diese Konstante schafft sich ihr Feld stets neu. Es handelt sich also nicht etwa um eine Einbahnstraße von den Ärzten zur Pflege hin, sondern eine bestimmte Konstante des pflegerischen Habitus lädt offensichtlich dazu ein, diese vertikale Ausdifferenzierung Richtung Pflege vorzunehmen. Die Delegations-Pflege differenziert sich in die Mitte hinein zwischen professioneller Pflege und Ärzten - in Form neuer Berufe. Liegt die Konstante einer solchen Bereitschaft der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten historisch betrachtet in den Anfängen moderner Pflege, die sich von der Medizin als Assistenzberuf abgespalten hat, die das Feld besetzt in der Betreuung von Patienten, das die Ärzte verlassen und der Pflege überlassen haben? Pflege nimmt das, was übrig bleibt⁵²¹ - das ist dann die habituell verankerte Konstante, die die Diskussion über Delegation ärztlicher Tätigkeiten an die Pflege nicht verunmöglicht und statt dessen über eine neue Berufsgruppe nachdenkt, sondern diese Diskussion im Feld von Care überhaupt erst möglich macht. – (3) Kann damit auch das spätmoderne Phänomen der Wiederbesetzung solcher von der Medizin vergessenen Feldern (Palliativmedizin, Altersmedizin) durch die Medizin besser verstanden werden? Palliative Haltung ist dann keine neue Haltung, die die Haltung eines bestimmten Feldes ist. Palliative Haltung ist demgegenüber als Grundhaltung von Medizin zu verstehen, die durch die Ausdifferenzierung der Medizin verloren gegangen war und nun mit viel Engagement und neuen palliativmedizinischen Lehrstühlen zurück erobert wird. Als Konstante des Habitus von Care wurde sie von der (von der Medizin ausdifferenzierten) Pflege über die Zeit der Ausdifferenzierung des Gesundheitswesens hinweg bewahrt. Diese Konstante hat sich in Folge der Abspaltung der Pflege von der Medizin ihr eigenes Feld geschaffen, das dann in der Ausdifferenzierung der Pflege selbst der Pflege als Ganzer damit

⁵²¹ Vgl. Bartholomeyczik (2010), 146f.!

abhandengekommen ist und schließlich im Refugium des Palliativen Feldes überlebt hat.

Historisch betrachtet hat Pflege damit zwei Wurzeln für die Ausbildung eines eigenen Habitus - die pflegerische Beziehung und die Assistenz in Abgrenzung zur modernen Medizin. Diese Wurzeln begründen den Habitus von Pflege und weisen darauf hin, was Pflege ist. Sich dies bewusst zu machen, kann Pflege als Profession helfen, die Schnittmenge von externen modernen Zwängen, die auf das Feld des Gesundheitswesens ausgeübt werden, und internen habituellen Zwängen zu vergrößern, um in pflegeprofessioneller Freiheit den eigenen Gegenstand selbstbewusster und freier zu behaupten. Für eine sich in einen Zwischenraum hinein auflösende Pflege, die Not hat, ihre Ränder bei sich zu behalten und in eine moderne professionstheoretische Definition von Pflege einzuschließen, kann das außerdem bedeuten, dass sie sich und damit ihren pflegerischen Habitus aus sich selbst heraus neu zu erfinden hat.

Die Zirkularität von Habitus und Feld kann in subjektiven oder objektiven Krisensituationen scheitern. In „Krisensituationen, in denen die habituellen Erwartungsstrukturen systematisch enttäuscht und die eingelebten und altbewährten Wahrnehmungs- und Denkschemata fragwürdig werden, manifestiert sich die gegenläufige Tendenz des Auseinandertretens von Habitus und Feld. Dies kann zum Scheitern des Habitus als Produktionsprinzip von Praxis und zu seiner Ersetzung... führen.“⁵²² Deshalb musste Care sich das Feld der Palliative Care schaffen, um darin als Care überleben zu können. In diesem Feld kann Palliative Haltung Produktionsprinzip von Care-Praxis sein. Hiermit muss sich der modern beschleunigte Mensch im Rahmen eines optionenoptimierten Gesundheitswesens stets aufs Neue auseinandersetzen. Care ist ihm fremd geworden. - So ist das Sterben oder die Palliative Situation als subjektive Krisensituation ein bewährtes Muster des Habitus von Care, nicht aber ein bewährtes Muster des modern beschleunigten Menschen, dem das Sterben narzisstische Kränkung und Entschleunigung zugleich ist⁵²³. Hier treten Feld des modernen Menschen und Habitus auseinander - das Sterben muss neu gelernt und in den eigenen Habitus

⁵²² Schwingel, 80f.

⁵²³ Vgl. Kapitel über „Entschleunigung und Palliative Haltung“!

integriert werden. Objektive Krisensituationen entstehen demgegenüber durch eine beschleunigte, in ihren Optionen bald schier unübersichtliche Medizin. Dieser objektiven Optionenvielfalt steht das optionslose Sterben gegenüber, das das Auseinandertreten von beschleunigtem optionenoptimiertem sozialem Feld des Gesundheitswesens auf der einen und dem Anspruch eines holistisch verfassten karitativen Habitus für sterbend entschleunigte Individuen andererseits offensichtlich macht. Eine darin eingebettete Care-Beziehung kann als Wahlverwandtschaft⁵²⁴ aufgefasst werden: „Der Geschmack paart die Dinge und Menschen, die zueinander passen, die aufeinander abgestimmt sind, und macht sie einander verwandt... Daß ein Habitus sich im anderen wiedererkennt, steht am Ursprung der spontanen Wahlverwandtschaften, an denen soziale Übereinstimmung sich orientiert.“⁵²⁵ Das kann im Rahmen einer Freundschaft oder auch in beruflicher Übereinstimmung der Fall sein. „Oft schon von Anfang an zueinander passend, passen sich die Partner im Zuge gegenseitiger ‘Akkulturation’ immer noch mehr einander an.“⁵²⁶ Gerade dies geschieht ja auch im Rahmen funktionierender Care-Beziehungen - durch den gemeinsamen Gegenstand vereint, Leben am Lebensende, kommt es auch innerhalb dieser Care-Beziehung zu einer Akkulturation. Das Zusammentreffen ist eben nicht zufällig - sondern Care-Gebende mit dem Habitus der Palliativen Haltung und Care-Empfangende mit dem Habitus von Sterbenden und damit Palliativ zu Umfangenden treffen aufeinander. Palliative Haltung ist dann Bedingung für die Möglichkeit einer Akkulturation hin zu Empathie, Solidarität und Compassion. Die Care-Beziehung lässt eine Nähe zu, die nur im Rahmen einer solchen Wahlverwandtschaft möglich sein kann.

5.4. Palliative Haltung im Rahmen der Feldtheorie

Was nun ist der Effekt des Feldes? Welcher Art ist der Einfluss gesellschaftlicher bzw. feldspezifischer Bedingungsfaktoren auf konkrete Praktiken der Akteure des Feldes? Die Frage nach den externen Determinanten der Praxis des Feldes ist die Frage nach den Charakteristika des Feldes und wie diese die Praxis bestimmen.

⁵²⁴ Vgl. Bourdieu (1987), 373ff.!

⁵²⁵ Bourdieu (1987), 374f.

⁵²⁶ Vgl. Bourdieu (1987), 375!

5.4.1. Feld als struktureller Rahmen: Spielfeld und Spielregeln

Die vom Habitus generierte Praxis findet als strategische Praxis in einem strukturierten Rahmen, dem Feld, das einen Raum des Möglichen definiert, statt. Die Leibgewordene Geschichte (Selbst) generiert also Dinggewordene Geschichte (Umwelt) und umgekehrt. Das bedeutet, auch das Feld ist ein historisch bedingtes und von daher dem Wandel in der Zeit unterworfen, das Feld ist eine „willkürliche und künstliche soziale Konstruktion“⁵²⁷. Mit „der Unterscheidung verschiedener sozialer Felder... greift die Soziologie die funktional differenzierte, arbeitsteilige Gliederung der modernen Gesellschaft auf“⁵²⁸. Man entscheidet „sich in sozialen Feldern... nicht bewußt zur Teilnahme, sondern wird in das Spiel hineingeboren, mit dem Spiel geboren“⁵²⁹. Die Felder kommen zu den Handelnden, die mit dem für das Funktionieren des Feldes erforderlichen Habitus ausgestattet sind. „Der *Glaube* ist daher entscheidend dafür, ob man zu einem Feld gehört.“⁵³⁰ Der Eintritt ins Feld, die Entscheidung fürs Feld erfolgt durch den Habitus vermittelt und ist damit nicht reine Willensentscheidung, „sondern nur durch Geburt oder durch einen langwierigen Prozeß von Kooperation und Initiation, der einer zweiten Geburt gleichkommt“⁵³¹, möglich. Das heißt nicht durch den Willen, durch die reine Vernunft vermittelt sich der Zugang zum Feld, sondern durch den Habitus, der die Vernunft mit einschließt. Nur so können die objektive Glaubenswahrheit (strukturierende „fides quae“: Anerkennung der Praktiken des Feldes - Prinzipien des Konzepts der Palliative Care) und das subjektive Glaubenserlebnis (strukturierte „fides qua“: intuitive Beherrschung der Praktiken - Palliative Haltung) recht erfasst werden.⁵³² Der praktische Glaube ist also kein Gemütszustand, keine willentliche Anerkennung, sondern „ein *Zustand des Leibes*“⁵³³, wodurch Bourdieu den Bezug zum Menschen als Ganzem herstellt. „Mit dem Habitus sind wir in der Welt und haben die Welt in uns.“⁵³⁴ Für eine Haltung, auch eine Palliative Haltung entscheide ich mich nicht, ich bin diese Haltung - aufgrund meiner Motivation (Care-Tugend),

⁵²⁷ Bourdieu (1993), 123.

⁵²⁸ Kraus/Gebauer, 35.

⁵²⁹ Bourdieu (1993), 123.

⁵³⁰ Bourdieu (1993), 124.

⁵³¹ Bourdieu (1993), 125.

⁵³² Vgl. Bourdieu (1993), 126!

⁵³³ Bourdieu (1993), 126.

⁵³⁴ Kraus/Gebauer, 76.

mittels meiner Haltung (Care-Haltung) und in meiner Arbeit (Care-Arbeit). „Was der Leib gelernt hat, ...das ist man.“⁵³⁵

(1) Interne und externe Zwänge

Praxisfelder sind als Bedingung der Generierung des Habitus Kraftfelder, die den sozialen Akteuren Zwänge auferlegen. Diese Zwänge definieren den Handlungsspielraum von Individuen und Kollektiven, sie definieren deren Freiheit. Einerseits also definiert der Habitus Grenzen (Zwänge) und damit den Freiheitsraum für die Praxis (auch für die Palliative Praxis) und generiert damit aufgrund des habituellen Geschmacks den Lebensstil (auch den „Lebensstil“ des Palliativen Feldes, das heißt die Repräsentationen des Palliativen Feldes).⁵³⁶ Andererseits erweisen soziale Felder sich „jedem Neuankömmling zunächst einmal als ein Komplex fix und fertiger Entscheidungen, bereits gegenständlich gewordener Möglichkeiten - als ein Gesamt von Traditionen, Regeln, Werten, Einrichtungen, Techniken und Symbolen, deren soziale Bedeutung sich aus dem durch sie konstituierten System ergibt, und deren Merkmale sich partiell immer aus ihrer Geschichte herleiten lassen.“⁵³⁷ Das gilt für das Palliative Feld als solches wie auch für Institutionen des Palliativen Feldes in ihrer Eigenschaft als Objektivationen Palliativer Haltung. „Die objektive Strukturierung von Praxisfeldern... bedeutet demnach für die Akteure, dass sie äußeren Zwängen unterliegen, welche, eingedenk der Komplementarität von Habitus und Feld, gleichsam das Gegenstück zu den inneren, habituell bedingten Zwängen darstellen.“⁵³⁸

(2) Freiheits-Raum

Wie steht es dann aber um die Freiheit der Akteure? Kann angesichts einer doppelten Determiniertheit - von innen durch den Habitus (verinnerlichte Grenzen des Habitus als habituelle Zwänge), von außen durch das Feld (externe Strukturverhältnisse sozialer Felder als externe Feldzwänge) - überhaupt noch von Freiheit gesprochen werden? Wie frei und autonom sind dann die Entscheidungen, die wir

⁵³⁵ Bourdieu (1993), 135.

⁵³⁶ Vgl. Bourdieu (1987), 332!

⁵³⁷ Bourdieu (1987), 333.

treffen? - Antworten können von zwei Seiten her gegeben werden: (1) Der Habitus vermittelt zwischen inneren und äußeren Zwängen und erschafft damit einen Freiheits-Raum für Entscheidungen. Er vermittelt zwischen inneren eigenen Werten und äußeren Feld-Werten und schafft damit den Freiheits-Raum für ethische Entscheidungen. Er vermittelt in der Care als Praxis aufgrund von Tugend und Haltung zwischen mir (Person-Habitus und entsprechender Rolle) und meinem Umfeld (Erwartungen) und schafft damit den Freiheits-Raum für Palliative Praxis. Konkrete Praktiken sind nicht vorherbestimmt, sie bekommen lediglich einen Ermöglichungsraum bzw. einen Verunmöglichungsraum. Der Habitus vermittelt zwischen mir (subjektiv in der Welt) und dem Verhältnis der Welt zu mir (objektiv in der Welt) und eröffnet damit den persönlich-individuellen Freiheits-Raum für mich als Objekt und Subjekt zugleich. Der Habitus vermittelt zwischen mir und dem Anderen und eröffnet damit den Freiheits-Raum einer Care-Beziehung. Auch die Care-Beziehung also ist Teil der Dialektik von Feld und Habitus, in ihr kommt Palliative Haltung innerhalb dieser Dialektik zum Tragen. (2) Bourdieu zufolge lässt sich eine gewisse Freiheit dadurch zurückgewinnen, dass man durch soziologische Analysen des Feldes dessen Gesetzmäßigkeiten erkennt.⁵³⁹ D.h. meine Freiheit nimmt in dem Maße zu, in dem ich mir meines Freiheits-Raums bewusst bin und innerhalb dieses Freiheits-Raums dessen Regeln erkenne.⁵⁴⁰

(3) Spielregeln und Kapital

Als externe Zwänge sozialer Felder entdeckt Bourdieu zum einen die Spielregeln eines relativ autonomen Spielraumes, zum anderen das zur Verfügung stehende, d.h. in der Verfügungsmacht stehende Kapital. „In der Praxis, d.h. innerhalb eines jeweils besonderen Feldes sind inkorporierte (Einstellungen) wie objektivierte Merkmale der Akteure (ökonomische und kulturelle Güter) nicht alle gemeinsam und gleichzeitig effizient. Vielmehr legt die spezifische Logik eines jeden Feldes fest, was auf diesem Markt *Kurs* hat, was im betreffenden Spiel relevant und *effizient* ist, was *in Beziehung auf dieses Feld* als spezifisches Kapital und daher

⁵³⁸ Schwingel, 82f.

⁵³⁹ Vgl. Schwingel, 38!

⁵⁴⁰ Vgl. Bourdieu (1987), 378 - hier spricht Bourdieu von „*Bewusstwerdung*“!

als Erklärungsfaktor der Formen von Praxis fungiert.“⁵⁴¹

Relativ autonome Spielräume folgen eigenen Spielregeln. Sie legen als konstitutive Regeln (Merkmale) fest, was im Rahmen des Spiels möglich und was unmöglich ist. Das heißt sie definieren die legitime Kultur eines Feldes. Das Besondere dieser Regeln: Sie liegen nicht offen auf dem Tisch, sie sind nicht expliziert, sondern werden in praxi befolgt.⁵⁴² In diesem Sinne ist auch die Palliative Haltung zu verstehen, die es als normierende Spielregel zu befolgen gilt. Sie ist implizit im Palliativen Feld immer mit am Start, bei aller Praxis, wird aber selten expliziert, wie auch die Interviews gezeigt haben. Sie wird erst dann expliziert, wenn ein Teilnehmer des Palliativen Feldes, der das Feld neu betritt, diese Haltung vermeintlich nicht hat und also gegen die Regel verstößt. Verstöße werden in praxi offenbar, wenn Handlungen der Regel zuwider laufen. Dass diese Regel selten expliziert wird, ist belegt durch die Schwierigkeit der Interviewten, spontan zu beschreiben, was Palliative Haltung ist. Als eine solche Struktur des Palliativen Feldes wiederum findet sie Eingang in den Habitus der sozialen Akteure des Palliativen Feldes. Palliative Haltung als Haltung begegnet implizit im Rahmen unausgesprochener Werte und Erwartungen im Palliativen Feld und wird als Habitus dann verinnerlicht bzw. internalisiert, d.h. einverleibt, und im Zuge der Internalisierung mit eigenen vor-bewussten Vorstellungen von Palliativer Haltung, die im Zugang zum Feld und durch das Interesse am Feld und letztlich als anthropologische Grundbedingtheit immer schon da ist, abgeglichen und transformiert. Der Habitus der Akteure also verändert das Feld, die Palliative Haltung der Akteure verändert das Palliative Feld, und umgekehrt verändert das Palliative Feld mit seinen eigenen strukturellen Bedingungen (zu denen auch die Dominanz bestimmter Gruppen gehört) und einem eigenen nicht-explizierten Verständnis von Palliativer Haltung die Haltung der Akteure. Es kommt in der Begegnung des Akteurs mit dem Feld zu einer gegenseitigen Beeinflussung und Transformation. Der Akteur als Individuum und als Kollektiv (v.a. als dominante Gruppe des Feldes) übt Macht auf das Feld aus,

⁵⁴¹ Bourdieu (1987), 194.

⁵⁴² Vgl. Bourdieu (1987), 358: Die Welt der Kunst ist eine „autonome Welt...“, die, obgleich Produkt geschichtlichen Handelns, ihre eigenen, dem Willen der Individuen gegenüber transzendenten Gesetze hat und sich nicht zurückführen läßt auf das, was Einzelne oder selbst die Gesamtheit der Individuen sich anzueignen vermögen“. Andererseits folgen diese Gesetze keinem Selbstzweck und bestehen demnach nicht für sich, sondern haben ihren Bestand nur bezogen auf die sozialen Akteure.

das Feld übt Macht auf die Akteure aus. „Dadurch, dass sie den Rahmen möglicher und unmöglicher Spiel-Praktiken festlegen, stellen diese feldspezifischen Regeln eine Form von Zwang dar, dem sich die Akteure nicht entziehen können, ohne das Spiel zu verlassen“⁵⁴³. D.h. die rechte Haltung entscheidet über die Zugehörigkeit zum Feld. Sie entscheidet über Inklusion (Zugang zum Feld, Auswahlkriterium) oder Exklusion, sie entscheidet darüber, ob ich mitspielen darf oder nicht. Die Haltung wird zur Disziplinarmaßnahme. Hieraus wird ersichtlich, wie wichtig es im Sinne dieser Haltung, die eine holistische ist und damit auf die Ambivalenz des Menschen referiert, ist, die impliziten Werte im Rahmen einer hermeneutischen Ethik explizit zu machen, d.h. auf den Tisch zu legen.⁵⁴⁴

Chaos entsteht, wenn neue Spielregeln von außen in das Feld hereingetragen werden - wenn beispielsweise Spielregeln des ökonomischen Feldes in das karitative Feld der Care hereingetragen werden. Werte, d.h. Spielregeln des Feldes kollidieren miteinander, sie transformieren sich gegenseitig zu etwas drittem Neuem. Außerdem treten Habitus und Feld auseinander. Der karitative Habitus schafft sich ein neues Feld, das Feld differenziert sich zu ökonomisch kompatiblen Bereichen, in der die Regel der positiven Kosten-Nutzen-Bilanz gelten darf und in kritische Auseinandersetzung mit dem karitativen Habitus tritt - dies zeigt sich an der aktuell zu beobachtenden Ethisierung des Gesundheitswesens als Reaktion auf deren Ökonomisierung und Beschleunigung. In der Dialektik von Habitus und Feld schafft sich der Habitus ein ausdifferenziertes Feld, das der Palliative Care, und bleibt doch historisch gesehen von seinem Anspruch her der Habitus von Care an sich. Andererseits differenziert sich das Feld aufgrund dieser Kollision von Werten erzwungenermaßen neu - und schafft damit in eigener Differenzierung ein neues Feld für den Habitus von Care. D.h. in der Dialektik von Habitus und Feld entstand das Feld der Palliative Care. Das ökonomisch sich transformierende ausdifferenzierte karitative Feld des Gesundheitswesens kämpft im Rahmen einer Ethisierung um die Wahrung des Anspruchs von Care (die bewahrt ist im Anspruch von Care als Palliative Care und sich in der Palliativen Haltung als Habitus manifestiert) angesichts sich verdichtender Arbeitsprozesse. Das transformierte Dritte steht damit noch aus.

⁵⁴³ Schwingel, 84.

⁵⁴⁴ Vgl. hierzu das Entscheidungsfindungsmodell von Mieth (konduktive Methode)!

5.4.2. Kapitalformen als Einsätze

Externe Zwänge sind die Spielregeln eines Spielfeldes/-raumes und das im Feld zur Verfügung stehende Kapital. Das Kapital der Spieler sind ihre Ressourcen. Zwänge entstehen aus der Knappheit der Ressourcen, die den Akteuren in den Feldern zur Verfügung stehen, so dass Ressourcen strategisch sinnvoll eingesetzt werden müssen. Feld und Kapital definieren sich gegenseitig. Bourdieu unterscheidet als Kapitalformen das ökonomische, das kulturelle, das soziale und das symbolische Kapital. Diese Kapitalformen können als theoretisches Kriterium zur Differenzierung der spezifischen Felder herangezogen werden. Denn „die *praktische* Verfügung über die entsprechende Sorte an Kapital bedingt die Handlungs- und Profitchancen, die ein Akteur innerhalb eines spezifischen sozialen Feldes de facto hat“⁵⁴⁵. Die jeweilige Kapitalsorte ist folglich Machtmittel im entsprechenden Feld oder Teilfeld. Die Kapitalsorten sind die Einsätze, die in den Feldern auf dem Spiel stehen und um die sich die Akteure streiten.⁵⁴⁶ Die Verteilung der Kapitalarten entscheidet „über die Position in dem das *Feld der Machtausübung* konstituierenden Kräftespiel“⁵⁴⁷ und über die in diesen Auseinandersetzungen verfolgbaren Strategien. Die Kapitalarten sind Machtinstrumente und Objekte der Auseinandersetzung um Macht zugleich, abhängig von der Anerkennung der jeweiligen Kapitalarten durch die jeweiligen Fraktionen im Feld. Um diese Anerkennung selbst und damit um den Grad von Anerkennung wird gerungen im Feld.⁵⁴⁸

Kapital bezeichnet die Gesamtheit gesellschaftlicher Austauschverhältnisse und kann nicht auf den rein ökonomischen Warenaustausch reduziert werden. Auch ist nun eben nicht nur der ökonomische Warenaustausch eigennützig und alle anderen Formen sozialen Austausches uneigennützig. Nach Bourdieu gibt es keine Uneigennützigkeiten. Alle, und damit meint er auch die nicht warenförmigen Ökonomien der verschiedenen sozialen Felder in ausdifferenzierten Gesellschaften, sind auf Eigennutz ausgerichtet. „Deren spezifische, von der materiell-ökonomischen sich unterscheidende Ökonomien - d.h. die spezifischen Interessen, Einsätze und Profitmöglichkeiten - sind nämlich mit dem wirtschaftswissenschaftlichen Kapitalkon-

⁵⁴⁵ Schwingel, 85.

⁵⁴⁶ Vgl. Schwingel, 86!

⁵⁴⁷ Bourdieu (1987), 497.

zept nicht zu erfassen. Und die ausschließliche Definition von materiellen Tauschakten als ökonomische läuft auf eine Leugnung der Ökonomien aller anderen Praxisformen, zumal der symbolischen, hinaus.⁵⁴⁹ Die Pluralität der Kapitalformen und der damit verbundenen spezifischen Interessen und Profitmöglichkeiten verweist auf eine plural verfasste „Welt von Ökonomien...“, d.h. von Kampffeldern, die sich ebenso nach den dort entstehenden Streitobjekten und Raritäten wie nach den dort eingesetzten Arten des Kapitals unterscheiden⁵⁵⁰.

Zum ökonomischen Kapital zählt Bourdieu die verschiedenen Formen des materiellen Reichtums. Ökonomisches Kapital ist in Gesellschaften mit ausdifferenzierter Marktökonomie in Geld umtauschbar und durch das Eigentumsrecht institutionalisiert.⁵⁵¹ Für solche Gesellschaften ist ökonomisches Kapital die bedeutendste Form des Kapitals. Im Rahmen der Gleichsetzung von Geld und Zeit wird Zeit folglich zur bedeutendsten Form des Kapitals in modernen westlichen Gesellschaften.⁵⁵²

5.4.3. Kulturelles Kapital und Palliative Haltung

(1) Der objektive Zustand kulturellen Kapitals

Geschichte objektiviert sich in den Institutionen (Feld) und im menschlichen Organismus (Subjekt) als Habitus.⁵⁵³ - Drei Zustände kulturellen Kapitals lassen sich folglich unterscheiden: Der objektive Zustand, der die materielle Objektivation kulturellen Kapitals in kulturellen Gütern (Bücher, Gemälde, Maschinen, Instrumente etc.) beschreibt, außerdem die Objektivierung von Geschichte als inkorporierter Zustand und als institutionalisierter Zustand.

⁵⁴⁸ Vgl. Bourdieu (1987), 497!

⁵⁴⁹ Schwingel, 87.

⁵⁵⁰ Bourdieu (1993), 96.

⁵⁵¹ Vgl. Schwingel, 88!

⁵⁵² Vgl. Kapitel über „Entschleunigung und Palliative Haltung“!

⁵⁵³ Vgl. Kraus/Gebauer, 34!

(2) Der inkorporierte Zustand kulturellen Kapitals

(a) Kulturelle Kompetenz und Palliative Kompetenz: Der inkorporierte Zustand (opus operatum des Habitus) beschreibt die kulturellen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissensformen im Sinne einer Alltags- und Lebenskunst⁵⁵⁴ bzw. kultureller Kompetenz. Diese Kompetenz ist habituell inkorporierte Kompetenz und bestimmt als solche die Wahrnehmung, das Denken und das Handeln einer Person. „Die Fähigkeit des Sehens bemisst sich am Wissen, ...an den Begriffen, den *Wörtern* mithin, über die man zur Bezeichnung der sichtbaren Dinge verfügt und die gleichsam Wahrnehmungsprogramme erstellen.“⁵⁵⁵ „Das ‘Auge’ ist ein durch Erziehung reproduziertes Produkt der Geschichte.“⁵⁵⁶ Da das Wissen des Feldes also habituell einverleibt ist, gibt es den “reinen” Blick, die “reine” Vernunft nicht. Es schaut nicht nur die Ratio, es schaut immer der *ganze* Mensch - das ist der Sinn der Rede vom Habitus. Die holistische Sicht der Palliative Care wird damit durch das Habituskonzept bestätigt. So wie kulturelle Kompetenz der Code ist, der Wahrnehmung erst möglich macht, ist Palliative Kompetenz (Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten) Bedingung für mein Wahrnehmen des Palliativen Feldes - für das Sehen des ganzen Menschen als *ganzer* Mensch. Dieser kulturelle Besitz als Besitz einer gewissen Fachexpertise besitzt nach Bourdieu eine elitebildende Kraft.⁵⁵⁷ Im Palliativen Feld sind dies die sozialen Akteure des Palliativen Feldes.

(b) Wirkmächtigkeit von Sprache: Mit der Vorstellung von habituell inkorporierten Bedingungen von Wahrnehmung (Klassifikationsmuster) eng verbunden ist die Idee von der Wirkmächtigkeit der Sprache: ich nehme das wahr, was ich benennen kann, und wie ich Dinge benenne, nehme ich sie wahr. Palliative Haltung ist damit zugleich Bedingung meiner Wahrnehmung und durch meine Wahrnehmungsfähigkeit bedingtes Wahrgenommenes. Das heißt durch die Brille einer internalisierten Palliativen Haltung hindurch nehme ich das Feld wahr und differenziere und klassifiziere - der hat Palliative Haltung, der hat sie nicht. Andererseits schaffe ich aufgrund dieser internalisierten Haltung diese Haltung im Feld jeweils neu. Bezogen auf die Sprache der Sterbenden bedeutet das: als Sprache

⁵⁵⁴ Im Sinne altorientalischer Weisheit, vgl. G.v.Rad, 430f.!

⁵⁵⁵ Bourdieu (1987), 19.

⁵⁵⁶ Bourdieu (1987), 20f.

des Feldes der Care-Beziehung internalisiere ich diese Sprache in der Auseinandersetzung mit meinen Sprachmöglichkeiten und bilde damit einen Code für das weitere Verstehen des Feldes aus. Bezogen auf die Rede vom Kunden Patient heißt das: Nenne ich den Patienten Kunde, nehme ich ihn als Kunde wahr und mache ihn damit zum Kunden.

(c) Personengebundenheit und professionelles Handeln der Pflege: Im Gegensatz zum ökonomischen Kapital ist kulturelles Kapital als Habitus inkorporiert und damit personengebunden und kann folglich nicht delegiert werden. Im Rahmen des Professionalisierungsdiskurses der Pflege⁵⁵⁸ kann eine Entsprechung zum Modell kulturellen Kapitals im handlungsorientierten Ansatz dieses Diskurses gefunden werden, der Professionalität als Habitus auffasst. Die situative Kompetenz bzw. das hermeneutische Fallverstehen, das demzufolge professionelles pflegerisches Handeln bestimmt, ist als Habitus personengebunden und eben nicht delegierbar und insofern exklusives Wesensmerkmal professionell Pflegender.⁵⁵⁹ Kulturelle Kompetenz ist Bestandteil der Dispositionen des Habitus - so auch das hermeneutische Fallverstehen professionell Pflegender, das als habituelle Verfasstheit und Anspruch professionell Pflegender in ihrer situativen Handlungsorientiertheit Wirklichkeit pflegeprofessionellen Handelns wird. D.h. aus Haben wird Sein, kulturelle Kompetenz wird internalisiert und damit Bestandteil der Person wie hermeneutisches Fallverstehen in die Person der Pflegenden internalisiert wird, der damit erst zum professionell Pflegenden im Sinne eines wahren Pflegeexperten wird, der im Rahmen der Dialektik von Fachverstand und Intuition handelt. Die Aneignung, d.h. die Einleibung als Habitus erfolgt zeitgebunden als Lernzeit, weil „das sogenannte intuitive Verstehen zwangsläufiges Produkt eines Lernens durch Vertrautwerden ist“⁵⁶⁰. Dies bestätigt dann auch die Entwicklung pflegerischer Kompetenzen im Sinne des Bennerschen Kompetenzstufenmodells.⁵⁶¹ Fazit: Palliative Kompetenz im Sinne einer kulturellen Kompetenz kann nur persönlich,

⁵⁵⁷ Vgl. Bourdieu (1987), 361!

⁵⁵⁸ Vgl. hierzu die Übersichtsarbeit von Krampe!

⁵⁵⁹ „In diesem Zusammenhang machte sie [Bartholomeyczik] sich die Argumentation Weidners (1995) zu eigen, der das Oevermannsche Konzept von Professionalität als situative Kompetenz oder als hermeneutisches Fallverstehen definierte.“ (Krampe, 169)

⁵⁶⁰ Bourdieu (1993), 18.

⁵⁶¹ Vgl. Benner!

das heißt personengebunden angeeignet werden, um Wirksamkeit entfalten zu können.⁵⁶² Erst in der Entwicklung einer persönlichen Palliativen Haltung kann diese als Habitus ins Feld hinein wirken.

(d) Gewinn an Distinktion und Legitimität: Objektiviertes und inkorporiertes kulturelles Kapital sichern den Gewinn an Distinktion und Legitimität, „den Gewinn überhaupt, der darin besteht, sich so, wie man ist, *im Recht, im Rahmen der Norm* zu fühlen.“⁵⁶³ Dieses „macht den Unterschied aus zwischen der legitimen Kultur der Klassengesellschaften, die ein Herrschaftsprodukt ist, dazu bestimmt, Herrschaft auszudrücken und zu legitimieren, und der Kultur wenig oder nicht klassendifferenzierter Gesellschaften, in denen die Aneignungsinstrumente für die überlieferte Kultur mehr oder weniger Allen zugänglich sind“⁵⁶⁴. Was das für die Begleitung Sterbender im Palliativen Feld bedeutet, kann auf zwei Ebenen betrachtet werden. (1) Überträgt man diese Feststellung auf die Kunst von Care im Palliativen Feld, heißt das, dass **vor** der Ausdifferenzierung des Feldes aus dem Feld des Gesundheitswesens heraus diese Kunst der Sterbebegleitung allen zugänglich und auch möglich war. Erst mit der Ausdifferenzierung in ein gesondertes Feld wird die Kunst von Care am Lebensende zum Herrschaftsinstrument, das - verbunden mit einer Palliativen Haltung - mit der geschichtlichen Entstehung dieses Feldes zur herrschenden Norm im Palliativen Feld geworden ist. Es ist die Kunst des Generierens von Lebensqualität. Lebensqualitätsverlängerung auf der Grundlage einer Palliativen Haltung ist der Kompass, der mich in meiner Wahrnehmung, in meinem Denken und meinem Handeln ausrichtet, und der Kompass, mit dem ich andere und deren Haltung beurteile. Als Besitzer der Palliativen Haltung bin ich so, wie ich bin, im Recht, weil ich mich im Rahmen der Norm bewege. Palliative Haltung als inkorporierte Haltung schafft Distinktion und Legitimität und ist von daher verbunden mit dem Gefühl, mit meiner Art der Wahrnehmung, mit meiner Art des Denkens, mit meiner Art des Handelns, im Recht zu sein. Die anderen, die zuwiderhandeln, sind im Unrecht. Palliative Haltung schafft sich in dieser Distinktion seine eigene Klasse und seinen eigenen Lebensstil (Geschmack, Vorlieben).

⁵⁶² Vgl. Schwingel, 90!

⁵⁶³ Bourdieu (1987), 359.

⁵⁶⁴ Bourdieu (1987), 359.

Am Handeln erkenne ich folglich die Haltung.⁵⁶⁵ Das sterben Lassen wird zum Herrschaftsinstrument des Palliativen Feldes. (2) Betrachte ich diese Feststellung auf der Ebene des Gesundheitswesens, von dem das Palliative Feld nur ein Teilfeld ist (der Felder von Care), so muss ich nach der herrschenden Norm des Feldes fragen - es ist die Norm der Lebenserhaltung⁵⁶⁶. Hier ist das Herrschaftsinstrument das leben Machen. Beide Haltungen aber sind die zwei Seiten **einer** Medaille: Das leben Machen ist Bedingung des sterben Lassens. Nun wird verständlich, warum das Palliative Feld nicht von Sterbensqualität spricht, was die Rede vom langen und langsamen Sterben nahe legen würde, sondern von Lebensqualität bis zuletzt, bis an den Tod heran, weil ja das Leben der herrschende Wert des Gesamtfeldes ist, in das sich das Palliative Feld erst einordnet, wenn auch an den Rand, und dann auch wieder absondert durch seinen besonderen Gegenstand, der nun einmal das Sterben ist.

(3) Der institutionalisierte Zustand kulturellen Kapitals

(a) Der Begriff der Institution: Der institutionalisierte Zustand kulturellen Kapitals meint die Objektivierung in Institutionen. Der Begriff der Institution aber bleibt bei Bourdieu eher vage. „So benutzt Bourdieu den Institutionenbegriff zum Beispiel synonym für soziale Einrichtungen aller Art (z.B. für Bildungseinrichtungen), für formale Organisationen, Wirtschaftsformen und den Staat, für Stratifikation, das Recht und die Sprache, für Bildungstitel, Theorien und Sitten sowie für Maschinen und Instrumente... Bourdieu hat stets die Dinghaftigkeit oder Objektivität sozialer Institutionen betont und Institutionen in eine dialektische Relation zu den Habitusdispositionen gestellt... Die soziologische Relevanz des Institutionellen findet bei Bourdieu vor allem darin ihren Ausdruck, dass er (nur) zwei Existenzweisen der Sozialität unterscheidet und miteinander in Beziehung bringt: die Institutionen als dinggewordene Geschichte und objektivierete Realisierung des Sozialen mit der in den Körpern der individuellen Akteure inkorporierten Sozialität, die in den Dispositionen, den mentalen, emotionalen und körperlichen Schemata des Habitus, den

⁵⁶⁵ Vgl. hierzu meine eigenen Interviews: „Der hat keine Palliative Haltung!“ Über einen jungen Pfleger eines ambulanten Pflegedienstes, der sich Sorgen über die s.E. unzureichende Ernährung einer sterbenden Patientin macht.

⁵⁶⁶ Vgl. Foucault!

Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Denkkategorien subjektiviert wird.“⁵⁶⁷ Die reale Logik des Handelns stellt zwei Objektivierungen der Geschichte gegeneinander: „die Objektivierung in den Leibern und die Objektivierung in den Institutionen..., zwei Zustände des Kapitals, ein objektiviertes und ein einverleibtes“⁵⁶⁸. Der Habitus bewirkt als praktischer Sinn „das Aufleben des in den Institutionen objektivierten Sinns“⁵⁶⁹ - durch den Habitus findet die Institution ihre volle Erfüllung. „Das Eigentum eignet sich seinen Eigner an, indem es sich in Form einer Struktur zur Erzeugung von Praktiken verkörpert, die vollkommen mit seiner Logik und seinen Erfordernissen übereinstimmen.“⁵⁷⁰ Institutionen sind in die Dialektik von Feld und Habitus als Objektivierungen von Haltungen hineingenommen. Habitus und Feld verobjektivieren sich in Institutionen wie auch Institutionen wiederum die-sen Habitus ins Feld resozialisieren. „Eine Institution... ist nur dann vollständig und richtig lebensfähig, wenn sie dauerhaft nicht nur in Dingen, also in der über den einzelnen Handelnden hinausreichenden Logik eines bestimmten Feldes objektiviert ist, sondern auch in den Leibern, also in den dauerhaften Dispositionen, die diesem Feld zugehörigen Erfordernisse anzuerkennen und zu erfüllen.“⁵⁷¹

(b) Care als Institution und Care-Organisationen als Institutionen des Feldes des Gesundheitswesens: Die Überlebensfähigkeit von Institutionen ist davon abhängig, ob sie als Objektivierungen eines Habitus in einem Feld mit verändertem Habitus noch werden überleben können. Care als Institution eines sozialen Feldes gerät damit in Opposition zur Ökonomisierung als Institution. Diese Opposition reicht hinein in die Dinge des Feldes, in die Organisationen als Institutionen des sozialen Feldes - das Konzept der Care trägt dann nicht mehr in den auf sie hin geschaffenen, das heißt in ihr verobjektivierten Institutionen. Die auf Care hin angelegten und nun ökonomisierten Organisationen sind zum Widerspruch in sich geworden, wenn Wirtschaftlichkeit nicht mehr dem Zwecke der Care dient, sondern zum Selbstzweck dieser Organisationen wird. Die derart transformierten Organisationen müssen sich neu erfinden als „Gesundheitsfabriken“, in denen Care als Palliative Care zwar überlebt hat und sich ein eigenes Feld mit eigenen

⁵⁶⁷ Florian, 4294f.

⁵⁶⁸ Bourdieu (1993), 106.

⁵⁶⁹ Bourdieu (1993), 107.

⁵⁷⁰ Bourdieu (1993), 107.

⁵⁷¹ Bourdieu (1993), 108.

Organisationsformen geschaffen hat, aber dabei an den Rand geraten ist. Der Kampf um Care wird in modernen Gesundheitsfabriken deshalb mit den Waffen einer Ethisierung gefochten.

(c) Titel: Der institutionalisierte Zustand beschreibt nun außerdem die symbolische Objektivation kulturellen Kapitals in Form von Titeln - hierin überschneiden sich kulturelles und symbolisches Kapital. Durch einen Bildungstitel wird angeeignetes kulturelles Kapital (nicht zwingend kulturelle Kompetenz) zu legitimem kulturellem Kapital. Der Besitz (und eben nicht zwingend die Internalisierung desselben in der Person als Habitus) kulturellen Kapitals wird öffentlich gemacht. Der institutionalisierte Zustand kulturellen Kapitals ist damit ein Beispiel für symbolisches Kapital. So machen Kleider zwar Leute, aber noch keine habituell fundierten Experten. Nichtsdestotrotz sind "Titel" gesellschaftlich definierter Zugang zu bestimmten sozialen Feldern. Die symbolischen und materiellen Profitchancen steigen folglich durch institutionalisiertes Kulturkapital. „Symbolisches Kulturkapital schöpft seine besondere, über die inkorporierten Kompetenzen hinausgehende Wirksamkeit aus seiner Legitimität, aus seiner gesellschaftlichen Anerkennung.“⁵⁷² „Der symbolische Gewinn... bemißt sich nach dem Distinktionswert, den dieses Werk der Seltenheit der zu seiner Aneignung erforderlichen Anlage und Kompetenz verdankt und der seine klassenspezifische Verteilung regelt.“⁵⁷³ Pflegen kann jeder (populärer Notwendigkeitgeschmack), Care leisten nicht (Care ist Luxusgeschmack - das ist eine weitere mögliche professionstheoretische Begründung professioneller Pflege und der Professionalisierung der Pflegeberufe. Care leisten können die professionell Care-Gebenden in den Feldern der Care, Palliative Care hingegen nicht. Das Distinktive ist nicht die Care, die ist den Feldern gemeinsam, zumindest vom Anspruch her. Das Distinktive ist vielmehr das aus den anderen Feldern Ausgegliederte, das Sterben als Gegenstand von Palliative Care. Das Distinktive ist außerdem der Grad der Möglichkeit der Verwirklichung von Care als Care in pflegerischer Praxis. Das heißt vom Anspruch her müsste dieser Behauptung widersprochen werden, insofern unter Palliative Care der ganzheitliche und mehrdimensionale Anspruch von Care zu verstehen ist, der in der Palliative Care als Anspruch auch verwirklicht wird. Das Distinktive ist dann die Verwirklichung von

⁵⁷² Schwingel, 91.

⁵⁷³ Bourdieu (1987), 360.

Care aufgrund einer Palliativen Haltung und Tugend mittels Palliativer Haltung in Palliativer Arbeit. Palliative Haltung wird zum Luxusgeschmack, der sich in der Sterbebegleitung manifestiert und damit präsentiert. - Dass das sterben Lassen aber zum Luxusgeschmack geworden ist, liegt an der Zunahme der Optionen moderner Medizin zur Lebensverlängerung, die das Sterben immer weiter hinauszögern kann und damit ein langes und langsames Sterben überhaupt erst möglich macht. Das Palliative Feld bildet damit eine Elite von Sterbebegleitern aus. „Auch die Mysterien der Kultur kennen ihre Täuflinge, Novizen, Ordensmitglieder, jene diskrete Elite, die sich durch ihren unnachahmlichen Umgang mit Nuancen vom Gemeinen abhebt und zusammengehalten wird von 'einer Besonderheit, von etwas, das dem Menschen selbst zu eigen ist...'“⁵⁷⁴. Auch das Palliative Feld kennt seine Täuflinge, Novizen und ordentlichen Ordensmitglieder, die zusammengehalten werden von etwas Besonderem, dem Umgang mit dem Sterben, der doch allen Menschen als Care gleich zugänglich und zu eigen ist.

5.4.4. Soziales Kapital und Palliative Haltung

Sozialkapital entsteht als Ressource durch Ausnutzung eines konstanten Netzes institutionalisierter Beziehungen gegenseitigen Kennens und Anerkennens. Hierzu zählen Netzwerke, Freundeskreise, Nachbarschaftlichkeit und Familie. In dieses Netz ist der Akteur als zugehörig eingebunden und kann auf dieses zurückgreifen, falls er Unterstützung bedarf. Dieses Netz erhält der Akteur durch permanente Beziehungsarbeit aufrecht. Je größer das Netz, desto wahrscheinlicher ist ein höherer Profit bei der Reproduktion des ökonomischen (z.B. Globalisierung) und kulturellen Kapitals (z.B. Bekanntheitsgrad). Das auf gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung beruhende Sozialkapital übt also bezüglich der anderen Kapitalformen einen Multiplikatoreffekt aus.⁵⁷⁵

Care findet als Care im Rahmen von Care-Beziehungen statt. Deshalb ist Sozialkapital die dominante Kapitalform des Palliativen Feldes. Deshalb muss Netzwerkbildung im Palliativen Feld zwangsläufig stattfinden. Beispielhaft ist Netzwerkbildung im Case Management als Arbeit von SAPV-Teams verkörpert. Palliative

⁵⁷⁴ Bourdieu (1987), 360.

⁵⁷⁵ Vgl. Schwingel, 92!

Haltung, die aus Beziehungsarbeit heraus lebt und in ihr verankert ist, bricht sich in der Palliativen Feldwirklichkeit zur Netzwerkarbeit. Dem ist auch die Norm des guten, weil nicht einsamen Sterbens geschuldet, diese Norm entspringt zwangsläufig dem Habitus einer Palliativen Haltung, die ihre Ressourcendominanz im Sozialkapital hat. Palliative Haltung als solche ist im Palliativen Feld Distinktionsmerkmal - denn nicht zufällig „trachtet jede Gruppe ihre ureigensten Werte in dem wiederzuerkennen, was... ihren 'Wert' ausmacht, d.h. in der letzten *Differenz*“.⁵⁷⁶ Im Wert der Palliativen Haltung sind damit die ihr zugeordneten Werte und Normen verortet. Dabei werden die herrschenden Werte auch durch die unterdrückte Klasse anerkannt.⁵⁷⁷ Das bedeutet für das Palliative Feld, dass der Wert Palliativer Haltung als Wert anerkannt ist und auch von denen als Wert anerkannt ist, die diese Haltung nicht haben. Es bedeutet für das Feld des Gesundheitswesens, dass der Wert der Ökonomisierung auch von denen mitgetragen wird, die innerhalb des Feldes diesen Wert kritisch sehen - und dies vermittelt durch die Dialektik von Habitus und Feld: im Feld zu bleiben, heißt, den Habitus des Feldes zu internalisieren.⁵⁷⁸

Da Sozialkapital durch das Kriterium der Anerkennung in diesem sozial verankerten, für eine Care-Beziehung konstitutiven Sinne und nicht nur rein symbolischen Sinne definiert ist, soll nun im Rahmen eines Exkurses ein Blick vom Phänomen Palliativer Haltung her auf die Anerkennungstheorie von Axel Honneth geworfen werden, der soziale Anerkennung als konstitutive Voraussetzung von Sozialität beschreibt, in die das Individuum sich als Selbst erkennend und als Selbst wahrnehmend eingebettet ist. Anerkennung ist ihm eine sozial-ontologische Kategorie.

Exkurs: Anerkennung und Palliative Haltung

Honneth entwirft seine Gesellschaftstheorie (Anerkennungstheorie) mit der Absicht, „Prozesse des gesellschaftlichen Wandels mit Bezugnahme auf die normativen Ansprüche zu erklären, die in der Beziehung der wechselseitigen Aner-

⁵⁷⁶ Bourdieu (1987), 383.

⁵⁷⁷ Vgl. Bourdieu (1987), 601f.!

⁵⁷⁸ Vgl. Bourdieu (1987), 686!

kennung strukturell angelegt sind.⁵⁷⁹ In der wechselseitigen Anerkennung sieht Honneth den Schlüssel dafür, dass Individuen zu sozialer Mitgliedschaft (Sozialität) und dadurch zu einer positiven Selbstbeziehung (Individualität) gelangen, dass also „die soziale Anerkennung die notwendige Bedingung darstellt, unter der Subjekte sich mit ihren wertvollen Eigenschaften zu identifizieren vermögen und dementsprechend zu wirklicher Autonomie gelangen können.“⁵⁸⁰ Einer Autonomie im Rahmen ebendieser reziproken Anerkennungsbeziehung. Für eine Care-Beziehung in Palliativer Haltung bedeutet dies: „Dem verletzbaren Anderen können wir nur gerecht werden, wenn wir durch Zuwendung und Unterstützung, durch Bestätigung und Anerkennung sein Ich stärken und sein Selbstvertrauen, seine Selbstachtung, sein Selbstwertgefühl fördern... Nicht die Ermöglichung der moralischen Freiheit unter egalitären Gesetzen ist für Honneth der entscheidende normative Bezugspunkt, sondern die soziale Ermöglichung der ethischen Freiheit einer gelingenden Selbstbeziehung. Und diese wird als Ergebnis einer kooperativen Beziehung gedacht, die die Selbstverwirklichung eines jeden von der reziproken Wertschätzung aller anderen abhängig macht.“⁵⁸¹ Im Rahmen asymmetrischer Beziehungen wird am Lebensende Anerkennung als Merkmal einer Palliativen Haltung wirksam, die sich auf der Mikroebene radikal am Betroffenen orientiert. Auf der Mesoebene ringen die Care-Gebenden um institutionell verankerte Formen von Anerkennung. Auf der Makroebene ist Anerkennung zum einen gesellschaftlicher Anspruch der Anerkennung des verletzbaren Anderen und zum anderen Anspruch der Anerkennung der Professionen im Palliativen Feld, gegenseitig und gesellschaftlich. Auf allen drei Ebenen werden reziproke Anerkennungsverhältnisse fokussiert. Konstitutiv also sind das Bedürfnis nach Anerkennung und der Kampf um Anerkennung, weil nicht Symmetrie, sondern Asymmetrie die Wirklichkeit menschlicher Verfasstheit ist.

(1) Anerkennung

Kein Mensch kann ohne ein bestimmtes Maß an direkter Bestätigung und sozialer Anerkennung existieren. Dieser anthropologische Grundtatbestand findet sich in

⁵⁷⁹ Honneth (2003), 148.

⁵⁸⁰ Honneth (2003), 336.

⁵⁸¹ Habermas, 3.

der Entwicklungspsychologie bestätigt. Sie gründet auf der Einsicht in die konstitutive wechselseitige Abhängigkeit menschlicher Wesen in allen Hinsichten von der Anerkennung durch andere menschliche Wesen. Honneth leitet das Prinzip wechselseitiger Anerkennung als Grundprinzip menschlicher Verhältnisse von Hegel ab.⁵⁸² Die „Reproduktion des gesellschaftlichen Lebens vollzieht sich unter dem Imperativ einer reziproken Anerkennung, weil die Subjekte zu einem praktischen Selbstverhältnis nur gelangen können, wenn sie sich aus der normativen Perspektive ihrer Interaktionspartner als deren soziale Adressaten zu begreifen lernen.“⁵⁸³ Unser Selbstbewusstsein, das heißt das Bewusstsein für uns selbst, ist also konstitutiv abhängig davon, dass andere uns unsere Taten, Gedanken und Eigenschaften zurechnen.⁵⁸⁴ Wir schreiben uns wechselseitig ein Selbstbewusstsein zu. Erst von den anderen her wird uns die Autorität über unsere eigenen Äußerungen und normativen Bewertungen zugesprochen. Menschliche Gesellschaften sind deshalb Konglomerate aus wechselseitigen Anerkennungsverhältnissen. Mensch und Gesellschaft wären nicht stabil ohne die Formen wechselseitiger Anerkennung. Anerkennung wird zum Handlungsbegriff, wo Personen sich gegenseitig als Personen wahrnehmen und bestätigen. - Soziale Konflikte entstehen aus zu Unrecht versagter Anerkennung. Anerkennung bedeutet, dem anderen den ihm als Person zukommenden Respekt zu zollen, dem anderen seine Ehre und Würde zu lassen und nicht zu verletzen und die ihm gebührende Achtung entgegen zu bringen. Soziale Konflikte entstehen da, wo etwas verletzt worden ist, was nicht hätte verletzt werden dürfen - die Verletzung eines legitimen Anspruchs.

(2) Die drei Muster intersubjektiver Anerkennung: Liebe, Recht, Solidarität⁵⁸⁵

Honneth entdeckt ausgehend von Hegel drei Beziehungsmuster wechselseitiger intersubjektiver Anerkennung, „die jeweils in sich das Potential einer Motivierung

⁵⁸² Honneth (2010b), 7: „immerhin hatte ich ja den Versuch unternehmen wollen, die Hegelsche Anerkennungslehre so zu rekonstruieren, dass daraus Einsichten nicht nur für eine Neufassung des Gerechtigkeitsbegriffs, sondern auch für eine verbesserte Bestimmung des Verhältnisses von Vergesellschaftung und Individuierung, von sozialer Reproduktion und individueller Identitätsbildung folgen sollten.“

⁵⁸³ Honneth (2003), 148.

⁵⁸⁴ Vgl. Honneth (2003), 320f.!

⁵⁸⁵ Vgl. Honneth (2003), 148ff.!

von Konflikten enthalten⁵⁸⁶: die wechselseitige Anerkennung in der Liebe, im Recht und in der solidarischen Zusammenarbeit.⁵⁸⁷ Identitätsbildung setzt die Erfahrung intersubjektiver Anerkennung voraus.⁵⁸⁸

(a) Beziehungen in Liebe und Fürsorge - das bedingungslose Selbstsein im Anderen (emotionale Beziehungen): Die Beteiligten finden sich in einer persönlichen Liebes- oder in einer Fürsorgebeziehung im Sein beim Anderen selber wieder⁵⁸⁹ - in einer Spannung von Selbstsein (Getrenntsein) und Auf-den-Anderen-Angewiesensein, in der Ambivalenz also von Lebendigkeit und Endlichkeit. Persönliche Beziehungen sind Familienbeziehungen, Intimbeziehungen und Freundschaften - Primärbeziehungen also, die „aus starken Gefühlsbindungen zwischen wenigen Personen bestehen.“⁵⁹⁰ Es handelt sich um eine fürsorgliche Identifizierung mit dem geliebten Objekt. „Für Hegel stellt die Liebe... die erste Stufe der reziproken Anerkennung dar, weil sich in ihrem Vollzug die Subjekte wechselseitig in ihrer konkreten Bedürfnisnatur bestätigen und damit als bedürftige Wesen anerkennen“.⁵⁹¹ Anerkennung besitzt hier „den Charakter affektiver Zustimmung und Ermutigung...; insofern ist dieses Anerkennungsverhältnis auch notwendigerweise an die leibhaftige Existenz konkreter Anderer gebunden“⁵⁹² und rückt die Care-Beziehung in die Nähe der Kategorie einer Primärbeziehung. Freiheit gewinnen wir im kommunikativen Austausch mit anderen durch wechselseitiges Ergänzen (vgl. Interdisziplinarität und -professionalität!). Identität gewinnt sich aus dieser Fürsorgebeziehung. Solidarität als einer nahen Beziehung geht letztlich auf dieses primäre Angewiesensein zurück – „nicht eine kognitive Respektierung, sondern eine durch Zuwendung begleitete, ja unterstützte Bejahung von Selbständigkeit ist also gemeint, wenn von der Anerkennung als einem konstitutiven Element der Liebe die Rede ist.“⁵⁹³ Eine solche Anerkennung findet aus Palliativer Haltung heraus im Rahmen einer Care-Beziehung statt.

⁵⁸⁶ Honneth (2003), 7.

⁵⁸⁷ Vgl. Habermas, 2!

⁵⁸⁸ Vgl. Honneth (2003), 148!

⁵⁸⁹ Vgl. Habermas, 2!

⁵⁹⁰ Honneth (2003), 153.

⁵⁹¹ Honneth (2003), 153.

⁵⁹² Honneth (2003), 153f.

⁵⁹³ Honneth (2003), 173.

(b) Rechtsbeziehungen - moralischer Respekt: „Rechtspersonen achten sich gegenseitig als Träger subjektiver Rechte innerhalb eines Systems von Rechten, das auf gegenseitiger Anerkennung beruht.“⁵⁹⁴ Zu „einem Verständnis unserer selbst als eines Trägers von Rechten [können wir nur gelangen], wenn wir umgekehrt ein Wissen darüber besitzen, welche normativen Verpflichtungen wir dem jeweils anderen gegenüber einzuhalten haben“.⁵⁹⁵ Die Rechte des sterbenden Menschen bleiben in Palliativer Haltung unangetastet - im Rahmen einer Care-Beziehung und gesellschaftlich verantwortet.

(c) Solidarische Beziehungen - soziale Wertschätzung (gemeinsame Orientierung an Werten): Um „zu einem ungebrochenen Selbstverhältnis gelangen zu können, bedürfen menschliche Subjekte über die Erfahrung von affektiver Zuwendung und rechtlicher Anerkennung hinaus stets auch noch einer sozialen Wertschätzung, die es ihnen erlaubt, sich auf ihre konkreten Eigenschaften und Fähigkeiten positiv zu beziehen.“⁵⁹⁶ Solidarische Beziehungen sind hierbei geordnete Kooperationszusammenhänge, in denen sich der Einzelne verwirklichen kann und dessen Leistungen im Kontext dieser Zusammenhänge als Beitrag zur Förderung des Gemeinwohls gewürdigt werden. Es ist die gegenseitige Wertschätzung in Palliativer Haltung von Care-Gebenden und Care-Empfangenden und gegenseitige Wertschätzung in Palliativer Haltung von den in eine Care-Beziehung Eingeschlossenen und von der Gesellschaft. Mit sozialer Wertschätzung verbunden ist der Grad an Prestige eines Individuums oder eines Kollektivs, so dass diese Form der Anerkennung in die Nähe von Bourdieus symbolischem Kapital führt. Es ist „mit ‘Prestige’ oder ‘Ansehen’ der Grad an gesellschaftlicher Anerkennung gemeint, den der einzelne für seine Form der Selbstverwirklichung dadurch verdient, daß er mit ihr zur praktischen Umsetzung der abstrakt definierten Ziele der Gesellschaft in einem bestimmten Maße beiträgt“⁵⁹⁷ – „die Verhältnisse der sozialen Wertschätzungen unterliegen in modernen Gesellschaften einem permanenten Kampf, in dem die verschiedenen Gruppen mit den Mitteln symbolischer Gewalt versuchen, unter Bezug auf die allgemeinen Zielsetzungen den Wert der mit ihrer

⁵⁹⁴ Habermas, 2.

⁵⁹⁵ Honneth (2003), 174.

⁵⁹⁶ Honneth (2003), 196.

⁵⁹⁷ Honneth (2003), 204.

Lebensweise verknüpften Fähigkeiten anzuheben.“⁵⁹⁸

Zu fragen ist nach dem jeweiligen Werterahmen der verschiedenen Felder, in denen soziale Akteure agieren. „Je mehr die ethischen Zielvorstellungen für verschiedene Werte geöffnet sind und ihre hierarchische Anordnung einer horizontalen Konkurrenz gewichen ist, umso stärker wird die soziale Wertschätzung einen individualisierenden Zug annehmen und symmetrische Beziehungen schaffen können.“⁵⁹⁹ Solidarität bedeutet, den ungehörten Stimmen das Gewicht zu verleihen, das ihnen zusteht, das heißt ihre Bedürfnisse und Belange anzuerkennen im Sinne einer Verteilungsgerechtigkeit und darüber hinaus in der Schaffung von symmetrischen Anerkennungsverhältnissen⁶⁰⁰. Symmetrisch bedeutet dabei, „daß jedes Subjekt ohne kollektive Abstufungen die Chance erhält, sich in seinen eigenen Leistungen und Fähigkeiten als wertvoll für die Gesellschaft zu erfahren.“⁶⁰¹

(3) Pathologien

Honneth unterscheidet zwei Kategorien gesellschaftlicher Missstände. Die Pathologien in der Gesellschaft einerseits, die Ungerechtigkeiten in der Gesellschaft andererseits. Ein Defizit an Anerkennung hat pathologische Folgen für Individuen und Kollektive. Pathologien sind dadurch definiert, dass Bedingungen von vernünftigen Selbstverhältnissen verletzt werden. Der Mensch wird im Verständnis der eigenen Freiheit beispielsweise auf den Freiheitsraum des rechtlichen Subjekts reduziert. Andere Möglichkeiten der Freiheit werden damit ausgeblendet⁶⁰² und damit die Möglichkeit der grundsätzlichen Ambivalenz des Menschen, der zutiefst zerrissen ist zwischen den verschiedenen Arten der Freiheit. Der Mensch steht zwischen einer individualistisch verfassten Freiheit, die sich von allem losreißt und frei macht, und der Freiheit, mit einem anderen in Liebe und Freundschaft aufzugehen. Soziale Pathologien machen ein angemessenes, gelingendes Sterben

⁵⁹⁸ Honneth (2003), 205f.

⁵⁹⁹ Honneth (2003), 198.

⁶⁰⁰ Vgl. Honneth (2010b), 9!

⁶⁰¹ Honneth (2003), 210.

⁶⁰² Honneth unterscheidet drei Formen von Freiheit: (1) Freiheit der großen Distanznahme. Es ist die individualistische Freiheit des Existentialismus. (2) Freiheit, die wir nur miteinander erfahren können - in der Freundschaft und in der Liebe. Es ist die kommunikative Freiheit, dass wir frei nur in dem Maße sind, in dem wir uns mit dem anderen ergänzen. (3) Die rechtliche Freiheit.

und Leben bis zuletzt schwer oder gar unmöglich. Pathologien entfremden den Menschen von sich selbst und seiner Verfasstheit eines abschiedlichen, weil endlichen Lebens durch gesellschaftliche Tendenzen der Tabuisierung von Sterben und Tod oder der Normierung von Sterben und Tod. Von den Pathologien unterscheidet Honneth die Ungerechtigkeiten. Dies sind Verletzungen von normativen Standards (institutionalisierte Prinzipien wie zum Beispiel die Gleichheit aller), die wir für angemessen halten.

Gegenwärtig besteht die Gefahr im Gesundheitswesen, auf persönliche Beziehungen angelegte Versorgungskonzepte auf Tauschverhältnisse zu reduzieren. Der ökonomische Imperativ der Ökonomisierung macht auch vorm Palliativen Feld nicht Halt, wo im Rahmen palliativer Versorgung in Kategorien der Nützlichkeit, von Gewinnchancen und Profitorientierung gesprochen wird. Wo die Norm guten Lebens und Sterbens in den Sog einer Rationierungsdebatte gerät, werden ökonomische Zwänge zur Norm eines guten Sterbens. Da es im Rahmen asymmetrischer Beziehungen aber um reziproke Anerkennungsverhältnisse geht, ist demgegenüber die anthropologisch verankerte Kategorie der Anerkennung Norm guten Sterbens. Das widerspricht einer in gesellschaftlicher Machtausübung forcierten Anpassung an ein gesellschaftlich vordefiniertes, das heißt normiertes gutes Sterben. Anerkennung bedeutet hier, dass gutes Sterben als Norm stets individuell am Sterbenden und dessen Familie auszurichten ist.

(4) "Anerkennung" im Rahmen Palliativer Haltung

Zwei Bezugspunkte von Anerkennung als Handlungsprinzip sind festzustellen: (1) Reziproke Anerkennungsverhältnisse im Blick auf Care-Empfangende. Das meint zum einen die Anerkennung innerhalb des Betroffenenbezugssystems und zum anderen die Anerkennung dieses Betroffenenbezugssystems als gesellschaftlicher Auftrag einerseits und Palliative Praxis andererseits. (2) Reziproke Anerkennungsverhältnisse im Blick auf die Care-Gebenden, und zwar gegenseitig, durch das Betroffenenbezugssystem einerseits und durch die Gesellschaft andererseits.

5.4.5. Symbolisches Kapital und Palliative Haltung

Symbolisches Kapital meint zugesprochenes Prestige und bezieht sich auf legitimierte Formen aller drei vorgenannten Kapitalformen. Das gilt für das Kulturkapital, sofern es durch Titel legitimiert wird, und für das soziale Kapital generell, das sich ausschließlich in der Logik des Kennens und Anerkennens bewegt. Ferner sind zum symbolischen Kapital sämtliche Formen des gesellschaftlichen Kredites an sozialer Anerkennung zu rechnen wie zum Beispiel die durch Spenden und Stiftungen ökonomisch reicher Akteure oder Institutionen erworbene Wertschätzung, außerdem die massenmedial vermittelte Anerkennung einzelner Personen oder Gruppen oder das Hervorgehobensein durch Verwendung von Statussymbolen.⁶⁰³ „Zustande kommt symbolisches Kapital mittels gesellschaftlicher Anerkennungsakte, die bestimmten Akteuren oder gesellschaftlichen Gruppen einen 'Kredit' an Ansehen und damit ein bestimmtes Prestige einräumen.“⁶⁰⁴ Es handelt sich um Akte kollektiver Magie, Herrschaftsverhältnisse können damit legitimiert werden.⁶⁰⁵ Kapital hat die Funktion der Verfügungsmacht innerhalb des Feldes, d.h. die sozialen Akteure des Feldes sind als Kapitalbesitzer zugleich die Strukturelemente des Feldes, zwischen denen Beziehungen bestehen, die wiederum Einfluss auf die Praxis nehmen. „Innerhalb der verschiedenen 'Krautfelder' entstehen so um die kapitalstärkeren Akteure und Gruppen Kraft- und Machtzentren.“⁶⁰⁶

(1) Die Wirkmächtigkeit von Titeln

Fasst man nun Palliative Haltung als das auf, was mich auszeichnet oder eben nicht auszeichnet, gerät auch die Prädikation „Inhaber einer Palliativen Haltung“ in die Nähe eines wirkmächtigen Titels. Eines Titels, der in zweifacher Hinsicht feldstrukturierend wirkt. (1) Einerseits „adelt“ mich dieser Titel. Durch diese Haltung gehöre ich zu denen, die im Feld das Sagen haben, damit sind Herrschaftsansprüche formuliert - im Rahmen einer radikalen Patientenorientierung (das ist gesetzter Rahmen des eigenen Herrschaftsraums) bin ich als Inhaber einer solchen Haltung der Taktgeber in Palliativen Netzwerken, die um den Patienten und

⁶⁰³ Vgl. Schwingel, 92f.!

⁶⁰⁴ Schwingel, 94.

⁶⁰⁵ Vgl. Schwingel, 94!

dessen Angehörige herumgesponnen werden. Die Haltung weist auf eine zugrundeliegende Palliative Kompetenz hin, die die professionellen Palliative-Care-Gebenden in eine Case-Manager-Lotsen-Rolle bringen, denen zugeordnete Kooperationspartner - auch Angehörige - untergeordnet sind.⁶⁰⁷ (2) Andererseits "verpflichtet Adel" - das heißt der Titel "Inhaber Palliativer Haltung" wird zur Selbstverpflichtung. Das Tragen Palliativer Haltung enthält die unausgesprochene Klausel einer „Mahnung, die Attribute sich wirklich zu eigen zu machen, die jene[r] Titel ihnen statusmäßig zuschreib[t]."⁶⁰⁸ Das weist auf mögliche Konflikte zwischen professionellen Palliative-Care-Gebenden und kooperierenden Partnern (Hausärzte, Pflegedienste, Angehörige etc.) hin, wenn dieser Anspruch nicht eingelöst wird. Mögliche Konfliktpotentiale entstehen aber auch auf der Ebene der professionellen Palliative-Care-Gebenden selbst - zwischen verschiedenen professionellen Teams einer Berufsgruppe des Palliativen Feldes oder zwischen verschiedenen Berufsgruppen innerhalb des Palliativen Feldes. - Wo zum Beispiel symbolische Macht (der Ärzte) und soziale Macht (der Pflege) im Rahmen der Care aufeinandertreffen, entstehen klärungsbedürftige Konflikte, deren Klärung umso eher gelingen dürfte, je mehr Aufklärung über die wahren Hintergründe dieser Kollisionen gelingt.

(2) Erfahrungswissen und Bildungswissen

Ein weiterer Aspekt symbolischen Kapitals ist relevant für die Praxis von Care im Palliativen Feld - die Art des Erwerbs von Titeln. Unlegitimiertes, autodidaktisch erworbenes Erfahrungswissen ist nachrangig gegenüber legitimem Bildungswissen, so dass sich der Praxisunerfahrene (als Träger von Bildungsprädikaten aber gesellschaftlich legitimiert) stets dem Praxiserfahrenen (der nicht durch Bildungsprädikate legitimiert ist oder gesellschaftlich weniger geachtete Bildungsprädikate trägt) widersetzen kann, ob das nun der Care dienlich ist oder nicht. In und durch die Praxis erworbene Erfahrung „wird ausschließlich in ihrer technischen Effizienz anerkannt, hat keinen sozialen Mehrwert und setzt sich letztlich sogar... der juristischen Verfolgung aus, sollte sie... mit dem amtlich zugelassenen Fachwissen in

⁶⁰⁶ Schwingel, 95f.

⁶⁰⁷ Vgl. Interviews im Anhang!

⁶⁰⁸ Bourdieu (1987), 51.

Konkurrenz treten wollen.“⁶⁰⁹ Es ist das gesellschaftlich legitimierte Primat von Symbolen gegenüber Inhalten, das sich darauf auswirkt, wer als Experte im Palliativen Feld wahrgenommen wird, das als solches nicht Care-konform strukturiert ist, sondern gesellschaftlich-konform und also hierarchisch strukturiert ist. Der Freiheitsraum der inhaltlichen Verwirklichung des Anspruchs von Care ist damit in zweierlei Hinsicht eingeschränkt: (1) Zum einen besteht die Gefahr, dass Form mit Qualität gleichgesetzt wird - in der Annahme, dass durch das formale Abarbeiten von Kriterienkatalogen im Rahmen des Zertifizierungsrauschs des Gesundheitswesens Qualität entstünde. Bourdieu zufolge sind Titel keine Garantie für Inhalt.⁶¹⁰ (2) Zum anderen weist der Primat des Symbols auf die Wirklichkeit der noch immer hierarchischen Verfasstheit der Arbeitsbeziehungen im Gesundheitswesen hin. Für die Dialektik von Feld und Habitus heißt das dann, dass ein verfestigter, gesellschaftlich legitimierter Habitus von Hierarchisierungen innerhalb des Gesundheitswesens anhand des Tragens von Bildungstiteln diesen Habitus im Feld immer wieder neu schafft und das derart habitualisierte Feld wiederum einen solchen Habitus erzeugt. Das heißt aufgrund dieser Hierarchisierung innerhalb der Berufsgruppe der Ärzte und dann wiederum zwischen den Berufsgruppen und dann wiederum in Abgrenzung gegenüber denen, die nicht zum Feld des Palliativen Feldes gehören, setzt sich der Habitus der Hierarchisierung fest und damit fort und erschafft sich auch im modernen Gesundheitswesen jeweils neu. Es ist das Prinzip symbolischer Gewalt⁶¹¹: realisiert wird lediglich die Sicht der Welt oder der sozialen Ordnung, die sowohl im Habitus der Herrschenden als auch im Habitus der Beherrschten verankert ist. Das Fatale dabei ist, dass die Sicht der Welt oder der sozialen Ordnung eben auch im Habitus der Beherrschten verankert ist, die Beherrschten sich also zunächst einmal einverstanden erklären mit der herrschenden Sicht. **Vor** einer Manifestation symbolischer Gewalt innerhalb einer Interaktion liegt die Selbstidentifikation der beherrschten Subjekte als minderwertige Subjekte. Übertragen auf den Professionalisierungsdiskurs der Pflege heißt das also: der Schlüssel für eine veränderte Sicht der Welt liegt zuallerst in veränderten Annahmen der Pflege über sich selbst.⁶¹²

⁶⁰⁹ Bourdieu (1987), 51. Vgl. auch 159!

⁶¹⁰ Vgl. Bourdieu (1987), 51! – Lohnenswert wäre hier sicher auch der Blick auf die Differenz von formeller und informeller Pflege!

⁶¹¹ Vgl. hierzu Kraus/Gebauer, 52f.!

⁶¹² Unter Beachtung von Gender-Aspekten.

(3) Professionalisierung der Pflege⁶¹³ im Rahmen der Dialektik von Habitus und Feld

Hat Professionalisierung von Pflege angesichts der Dialektik von Habitus und Feld überhaupt eine Chance? Welcher Ansatz von Professionalisierung kann einem Durchbrechen dieser Habitualisierung entgegenwirken? – (a) Ein merkmalsorientierter sicher nicht, der das Modell der Merkmalsorientierung der Profession der Medizin - in hierarchischer Unterordnung - direkt auf sich selbst überträgt und im Delegationsdiskurs sich mehr an Aufgaben der Ärzte orientiert als am eigenen Gegenstand. – (b) Eine Professionalisierung durch Akademisierung? Können akademisierte Pflegefachpersonen das Feld so irritieren, dass das Feld sich ändert - dass die Habitualisierung umprogrammiert wird? Arbeiten akademisierte Pflegefachpersonen überhaupt noch im Feld? Führt diese Akademisierung zu veränderten gesellschaftlich-legitimierten Symbolzuschreibungen? – (c) Oder doch eher der handlungsorientierte Professionalisierungsansatz von Pflege, dessen Konzept des hermeneutischen Fallverstehens als situativer Handlungskompetenz im Konzept der Palliative Care auf durchaus fruchtbaren Boden fällt? Kann aber eine für das situative Fallverstehen in der Palliative Care zugrunde gelegte Interdisziplinarität im Sinne einer darüber hinausgehenden Transdisziplinarität tatsächlich gelingen, wenn der Habitus eines hierarchisch verfassten Gesundheitswesens dem diametral widerspricht?⁶¹⁴ Ist der Anspruch von Care auch nicht in der Palliative Care verwirklichtbar angesichts einer solchen Dialektik von Feld und Habitus? Kann das Abrücken vom traditionellen Patriarchat in der Medizin überhaupt gelingen? - M.E. besteht die Chance vor allem in der Symbolmacht Palliativer Haltung - sie kann als symbolischer Titel zur selffulfilling prophecy werden und Habitus und Feld in dialektischer Durchdringung verändern.

5.4.6. Konflikt und Strategie

Soziale Felder sind in ständigem Wandel begriffen - sowohl die regelnde Norm als auch die dominierende Kapitalform stehen dabei auf dem Spiel. Deshalb sind

⁶¹³ Vgl. hierzu die Übersichtsarbeit von Krampel!

⁶¹⁴ Vgl. hierzu auch die Ungleichheit der Berufsgruppen innerhalb Ethikkomitees oder die Ungleichheit der Berufsgruppen bei Entscheidungsfindungsprozessen!

soziale Felder nicht nur Praxisfelder, Kraftfelder oder Spielfelder, sondern immer auch Kampffelder, auf denen um Erhalt oder Veränderung von Kräfteverhältnissen gerungen wird.⁶¹⁵ Dieses Ringen ist die Dynamik eines Feldes. Ein Ringen um Macht und Herrschaft in der Dynamik von Konflikt und Strategie. Der Konflikt beschreibt dabei das ständige Ringen bzw. Kämpfen zwischen Herrschenden und Herrschaftsanwärtinnen innerhalb eines Feldes.⁶¹⁶ (1) Zum einen wird um die Struktur, d.h. um die Verteilung des Kapitals zwischen den verschiedenen Akteuren und Gruppen gerungen. Wem im Feld des Gesundheitswesens steht beispielsweise mehr symbolisches Kapital zu - den Ärzten oder der Pflege? Eine merkmalsorientierte Professionalisierung der Pflege ringt gerade eben um dieses symbolische Kapital, während eine handlungsorientierte Professionalisierung der Pflege das kulturelle (und soziale) Kapital zu mehreren sucht. Das schlägt sich auch in Entscheidungsfindungsprozessen innerhalb des Palliativen Feldes angesichts palliativer Situationen nieder - in der Form von Entscheidungsfindungen, in der Form verdeckter oder offener Auseinandersetzungen und Widerständen, in einer nicht selten hierarchisch verfassten Struktur von Ethikkomitees oder zwischen verschiedenen vernetzten Care-gebenden Akteuren des Palliativen Feldes. Das sind Beispiele auf der Ebene der Care-Gebenden. Konfliktsituationen finden sich freilich auch auf der Ebene Care-Gebende/Care-Empfangende. Wer hat die Macht im Haushalt? Wer führt im Palliativen Prozess?⁶¹⁷ Schließlich auf der Ebene der Care-Empfangenden selbst - bei zunehmendem Kontrollverlust des Patienten über sich selbst steigt die Kontrolle durch Angehörige von außen. Damit verbunden sind Rollenkonflikte angesichts ungeklärter Konflikte, angesichts ungeklärter Rollenerwartungen und angesichts einer Umkehr von Rollen. - (2) Zum anderen wird um die feldspezifischen Spielregeln und deren Legitimität gerungen. Welche Norm, d.h. welche Kapitalmacht soll leitend sein im Feld des Gesundheitswesens? Soll es um die Vermehrung des ökonomischen Kapitals gehen oder soll es um die Vermehrung des sozialen Kapitals gehen? Was ist kompatibel mit der Norm einer holistisch verfassten Care? Sind hier Kompatibilitäten zu finden, so dass sich das Gesundheitswesen in ein drittes zwischen Care und Ökonomie transformieren kann? Oder bleibt Care als wenig beschleunigbar desynchronisiert hinter ökonomi-

⁶¹⁵ Vgl. Schwingel, 96!

⁶¹⁶ Vgl. Bourdieu (1987), 367!

⁶¹⁷ Siehe hierzu die Interviews im Anhang!

schen Marktbedürfnissen zurück und wirkt hier als Bremsklotz und muss folglich ausgelagert werden - in das Feld der Palliative Care hinein, das damit erst zu schaffen war?

Die Dynamik des Feldes stellt sich dar als soziale Praxis. Soziale Praxis ist strategische Praxis.⁶¹⁸ Von gängigen handlungstheoretischen Konzeptualisierungen „unterscheidet sich der habitustheoretisch fundierte Strategiebegriff in wenigstens einem entscheidenden Punkt: Nicht die intentional ausgeführte, den subjektiven Berechnungen eines erfolgsorientierten Subjekts entspringende strategische Handlung, sondern die vom praktischen Sinn des Habitus generierte strategische Praxis steht bei Bourdieu im Mittelpunkt. Rationales Kalkül, wie es mit den Strategiebegriffen der Rational-Choice- und der Spieltheorien konzeptualisiert ist, bleibt Bourdieu zufolge die Ausnahme, die vor allem dann in Erscheinung tritt, wenn aufgrund objektiver (feldspezifischer) oder subjektiver (psychologischer) Krisenerscheinungen die quasi instinktiven Mechanismen des strategisch angelegte Praktiken generierenden Habitus versagen.“⁶¹⁹ Das Konzept strategischer Praxis löst sich damit einerseits von den subjektivistischen Theorien des rationalen strategischen Kalküls. Andererseits löst es sich ebenfalls von einer (objektivistischen) mechanischen Regelmäßigkeit sozialer Praxisformen. Strategien sind nach Bourdieu Produkte des Habitus, also weder regelhaft determiniert noch rational kalkuliert. Strategien sind Handlungen, die dem praktischen Sinn für das Spiel und die Kapitalformen intuitiv entspringen. Entsprechend des Kampfes zwischen Herrschenden und Herrschaftsanwärtern lassen sich zwei Formen von Strategien unterscheiden. Erhaltungsstrategien der Herrschenden (Erhaltung der geltenden Spielregeln) und Strategien der Häresie der Herrschaftsanwärter (Infragestellung der etablierten Ordnung).⁶²⁰ „Diese grundlegenden Auseinandersetzungen sind die Basis der historischen Veränderungen innerhalb der verschiedenen sozialen Felder.“⁶²¹ Strategische Praxis ist folglich „eine Praxis, der es um die Akkumulation von ökonomischen, kulturellen und symbolischen Gütern, um die Legitimierung (bzw. Delegitimierung) der auszutragenden ‘Spiele’ und dabei zu erzielender

⁶¹⁸ Vgl. Bourdieu (1993), 35!

⁶¹⁹ Schwingel, 96f.

⁶²⁰ Vgl. Schwingel, 96ff.!

⁶²¹ Schwingel, 98.

Profite, kurz: um soziale Macht und Anerkennung zu tun ist.“⁶²²

5.4.7. Spezifische Interessen und Profitmöglichkeiten

Die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Feld ist entweder angeboren (Klasse) oder muss erst erworben werden. Voraussetzung für das Engagement in einem bestimmten Feld ist das Interesse an diesem Feld und seinen Kapitalformen, „dass man also eine affektive und motivationale Bindung an dieses spezifische Feld und damit einen Glauben an den Wert des dortigen Spiels entwickelt.“⁶²³ Gemeint ist die Tugend der Care Ethik, die die Akteure für das Feld öffnet und sie eint. Die Praxis entspringt diesem Interesse. Alle gesellschaftlichen Praxisformen, die ökonomischen, die kulturellen, die sozialen und die symbolischen Praxisformen, sind mit spezifischen Interessen verbunden. Jedes spezifische Feld ist also durch seine Spielregeln, durch die spezifische Verteilung der Kapitalformen und Profitmöglichkeiten sowie durch ein spezifisches Interesse an exakt diesem Feld charakterisiert. Was den verschiedenen Akteuren gemeinsam ist, ist das Interesse, die „illutio“ als praktischer Glaube an das Spiel⁶²⁴. Durch diesen praktischen Glauben kommt es zur Identifikation mit dem Feld (fides qua - das heißt die Motivation von Care) und diese gehört zur Identität der eigenen Person (fides quae - Care-Haltung und -Praxis). Das Interesse am Spiel ist der Sinn für das Spiel, das dieses erst sinnvoll macht. Sinnhaftigkeit setzt Identifikation voraus. Der Sinn für das Spiel sorgt für Bourdieu dafür, dass das Spiel für den Spieler einen subjektiven Sinn bekommt (Bedeutung, Daseinsgrund, Richtung, Orientierung, Zukunft). Das Spiel bekommt außerdem einen objektiven Sinn als Sinn für die wahrscheinliche Zukunft im Beherrschen der spezifischen Regeln des Feldes. Der objektive Sinn ist Grundlage für sinnvolle Praktiken.

Im Falle der Palliative Care sind als **Spielregeln** die Norm des guten Sterbens und die Norm der Palliativen Haltung zu entdecken, die den Rahmen für die Praxis einer Palliative Care setzen. Spezifische **Kapitalformen** sind das Sozial- und das Kulturkapital, das spezifische **Interesse** (die Motivation bzw. Tugend für dieses

⁶²² Schwingel, 155f.

⁶²³ Schwingel, 98; vgl. auch Kraus/Gebauer, 58!

⁶²⁴ Vgl. Bourdieu (1993), 122! Vgl. zur „illutio“ außerdem Kraus/Gebauer, 59!

spezifische Feld) ist im Wunsch nach Entschleunigung, dem Wunsch nach Macht gegenüber der eigenen Ohnmacht angesichts des Sterbens, die Auffassung vom Menschen als Abhängigem und die Auffassung eines abschiedlichen Lebens begründet.⁶²⁵ Das Interesse entspringt dem Habitus, das Interesse bestätigt den Habitus, auch hier ist erneut ein dialektischer Vorgang auszumachen zwischen Habitus und Interesse - beide bedingen einander. Deshalb ist Care immer in drei Dimensionen zu fassen - als Tugend (affektiv-motivationaler Zugang zum Feld), Haltung (Dispositionen des Habitus und damit verbundener sozialer bzw. praktischer Sinn - für Entschleunigung und Macht angesichts abschiedlichen Lebens) und Arbeit (Praxis innerhalb der Dialektik von Habitus und Feld). Diese Dimensionen bedingen einander, sind nicht zu trennen. „Man tritt in ein soziales Feld nicht mit einem Habitus ein, der fix und fertig ist“⁶²⁶ - der neu Eintretende hat einen Habitus, der eine genügende Nähe zum Habitus des sozialen Feldes aufweist. Der praktische Glaube entsteht mit der Teilnahme am Spiel. Denn mit der Teilnahme lasse ich mich auf die Bedingungen des Spiels ein, erkenne sie an. „Wenn die Zustimmung zum Feld fehlt oder zurückgenommen wird, erscheinen die Welt, die dieses Feld bildet, und das Handeln in ihr absurd“⁶²⁷. Es sind langwierige Lernprozesse bis zur Meisterschaft des „Pflegeexperten“. Das Lernen ist ein mime-tisches Lernen, „als praktisches, körperlich-sinnliches Tun in der Interaktion mit anderen“⁶²⁸, durch die Praxis in Orientierung am Vorbild.

„Die affektiv-motivationale Bindung an ein Feld vereint die Gegner innerhalb dieses Spielraumes... Gleichwohl schließt dieser (jederzeit aufkündbare) ‚Konsens‘ keineswegs aus, dass innerhalb - oder unterhalb - desselben permant ‚Konflikte‘... zwischen Gegenspielern bestehen, die ihre partikularen Interessen verfolgen;... beispielsweise Interessen am Spielgewinn oder an der Optimierung feldspezifischer Profite... Und bei diesen sozialen Kämpfen geht es letztlich um nichts anderes als um Macht und Prestige, d.h. um die Akkumulation spezifischer Kapitalien, die als Verfügungsmacht im Rahmen eines Feldes fungieren, um die Legitimierung (bzw. Delegitimierung) der in einem Feld gültigen Spielregeln, um den aus der sozialen Anerkennung eines Akteurs resultierenden symbolischen

⁶²⁵ Vgl. Kapitel über Entschleunigung!

⁶²⁶ Kraus/Gebauer, 61.

⁶²⁷ Kraus/Gebauer, 62.

Mehrwert an Prestige und schließlich, als Konsequenz aus alledem, um die Position der Akteure im Feld sozialer Klassen.“⁶²⁹

In einem Kräftefeld, in dem es um einen spezifischen Einsatz geht, eine bestimmte Form des Kapitals, folgt man der feldspezifischen Logik, wenn man im entsprechenden Feld Erfolg haben will. Im Feld des modernen Gesundheitswesens, in dem Macht durch Sozialkapital und Kulturkapital abgelöst worden ist von der Macht durch ökonomisches Kapital, hat Erfolg, wer sich an dieser Feldlogik ausrichtet. Die Ausdifferenzierung einer spezifischen Feldlogik in ein neues Feld und damit die Schaffung eines neuen Feldes kommt dadurch zustande, „wenn es Personen gibt, die eine bestimmte Dimension gesellschaftlicher Praxis zu ihrem Beruf gemacht haben, das heißt wenn einer... denkbaren Gliederung der Gesellschaft die reale Arbeitsteilung entspricht.“⁶³⁰ Das heißt dadurch, dass Care als gesellschaftliche Dimension dieser Gesellschaft, der sie doch Notwendigkeit ist, abhanden zu kommen drohte, differenzierte sich das Feld der Care-Arbeiter als Palliatives Feld aus. Palliative Care blieb so realisierter Anspruch von Care im Palliativen Feld.

5.5. Dialektik von Habitus und Feld und das Konzept der Palliative Care und der Palliativen Haltung

5.5.1. Dialektik von Habitus und Feld

Der Habitus wurde beschrieben als das, was uns mit der Welt wahrnehmend, erkennend, denkend und handelnd verbindet - er ist strukturierte Struktur, das heißt in den Habitus sind soziale Erfahrungen des Feldes eingeschrieben, und er ist strukturierende Struktur, das heißt aus der strukturierten Struktur heraus nimmt er die Welt - diese strukturierend - wahr und handelt - diese strukturierend - in ihr. Bei dieser strukturierenden Tätigkeit handelt es sich „um die *inkorporierten Schemata*, die im Verlauf der kollektiven Geschichte ausgebildet und vom Individuum in seiner

⁶²⁸ Kraus/Gebauer, 64.

⁶²⁹ Schwingel, 99.

⁶³⁰ Kraus/Gebauer, 56.

je eigenen Geschichte *erworben*, sowohl *in praxi wie für die Praxis* funktionieren (und nicht zu Zwecken reiner Erkenntnis).⁶³¹ Um also erklären zu können, warum die soziale Welt notwendig so ist, wie sie ist, „muß man sich darauf besinnen, daß die Praxis der Ort der Dialektik von *opus operatum* und *modus operandi*, von objektivierten und einverlebten Ergebnissen der historischen Praxis, von Strukturen und Habitusformen ist.“⁶³² So vermittelt sich der Habitus in der Dialektik von Feld und Habitus (von Individuen und Kollektiven) als praktischer Sinn auf soziales Handeln hin.

5.5.2. Selbstwirksamkeit von Erkenntnis und Palliative Haltung

Für die Dialektik von Feld und Habitus gilt in Bezug auf die Erkenntnis, dass sich Erkenntnis nicht nur als Spiegel der Wirklichkeit in das Subjekt des Erkennens einschreibt, sondern dass im Akt des Erkennens die Auseinandersetzung mit dem Erkannten eingeschlossen ist. Das heißt im Erkennen der Wirklichkeit konstruiert sich mir die Wirklichkeit entsprechend meines Erkenntnisvermögens, in dieser Konstruktion von Wirklichkeit wirke ich in die Wirklichkeit konstruierend ein. „In der Konzeption des ‘Habitus’ ist diese Absicht verankert: Dem Gegenstand das Wissen der Akteure von diesem und den Beitrag zu integrieren, den dieses Wissen zur Wirklichkeitskonstitution des Gegenstandes leistet. Damit nicht genug, jenes Postulat sozusagen wieder in seine volle Realität einzusetzen, wonach es ein Denken des Wirklichen zu denken gilt, das zu dessen Wirklichkeit (und spezifischer Wirksamkeit) beiträgt, ist jenem Wissen vielmehr weiter ein im eigentlichen Sinn konstitutives Vermögen zuzuschreiben“⁶³³. Das heißt das Erkenntnisprinzip des Habitus ist nicht von dessen Konstitutionsprinzip zu trennen. Im Habitus verwirklicht sich in der Vermittlung von Erkenntnis und Konstitution die Dialektik dieser beiden Prinzipien. Erkenntnis ist nicht bloß objektivistische Widerspiegelung des Wirklichen, „zumal jede Erkenntnis von sozialer Welt einen spezifische Denk- und Ausdrucksschemata ins Werk setzenden Konstruktionsakt darstellt und dass zwischen sozialer Lage und Praxisformen oder Vorstellungen sich die strukturierende Tätigkeit von Akteuren schiebt, diese also keineswegs nur reflexhaft auf

⁶³¹ Bourdieu (1987), 729.

⁶³² Bourdieu (1993), 98.

⁶³³ Bourdieu (1987), 728.

Stimuli reagieren, vielmehr auf Appelle wie Drohungen einer Welt antworten, deren Sinn sie selbst mit geschaffen haben.“⁶³⁴ Das heißt in Anwendung auf das Erkennen von Phänomenen im Palliativen Feld, dass ich diese im Erkennen und Denken zugleich als Wirklichkeit konstituiere und konstruiere. Im Erkennen dieser Phänomene setze ich mich mit ihnen auseinander und schreibe ihnen in dieser Auseinandersetzung strukturierend bestimmte Inhalte ein und verwirkliche diese Inhalte dann wiederum im Feld. Was bedeutet das nun für das Phänomen der Palliativen Haltung im Rahmen einer Care-Beziehung, die von radikaler Patientenorientierung und von einem bestimmten Lebens- und Sterbensverständnis getragen sein will?

Im Habitus verbindet sich Erkenntnis mit Konstitution, beides ist nicht zu trennen. Das heißt dass auch eine Palliative Haltung als Haltung zur sozialen Welt von den sozialen Akteuren erworben wurde, eine Haltung, die mich die Welt aus dieser Haltung heraus wahrnehmen lässt, und eine Haltung damit, aus der heraus ich auf die Dinge, die ich wahrnehme, durch meine Haltung, wie ich sie wahrnehme, auch wieder einwirke. Haltung als Palliative Haltung wird im Rahmen ihrer eingeschriebenen Merkmale selbst-wirksam und sozial-wirksam tätig.

Betrete ich mit meiner Palliativen Haltung das Palliative Feld, normiere ich damit das Feld mit meiner Haltung. Andere Haltungen gelten mir als Häresie, die eigene Haltung soll erhalten bleiben. Daraus erwächst mein Herrschaftsanspruch im Palliativen Feld und entsprechende Konflikte gehen daraus hervor. Eine Distanz zur Welt kann nicht gelingen, da ich in der Welt bin und in der Abstraktion von Prinzipien dieser Welt diese Prinzipien zugleich auch konstruiere. Das heißt, „daß die Sozialwissenschaft bei der Konstruktion von sozialer Welt der Tatsache eingedenk bleiben muß, daß die Akteure in ihrer Alltagspraxis selbst Subjekte von soziale Welt konstituierenden Akten sind“⁶³⁵. Damit bin ich in einem selbst-wirksamen System des Erkennens gefangen. Was ich entdecke, ist in mir schon immer wirksam, so dass ich in dem Moment, in dem ich es als ordnendes Prinzip entdecke, auch als in mir wirksam entdecke und damit als meine Erkenntnis leitendes Prinzip entdecke. Das bedeutet, dass die Palliative Haltung, die ich als

⁶³⁴ Bourdieu (1987), 729. Vgl. Bourdieu (1993), 97!

⁶³⁵ Bourdieu (1987), 729.

leitendes Prinzip der Praxis im Palliativen Feld entdecke, als Haltung im Erkennen-
den entdecke, aus der heraus dieser diese Haltung überhaupt erst wahrnimmt - so
dass diese Haltung als etwas bereits geschichtlich im Menschen Eingeschriebenes
erscheint, das es wieder aufzudecken gilt. „Die von den sozialen Akteuren im
praktischen Erkennen der sozialen Welt eingesetzten kognitiven Strukturen sind
inkorporierte soziale Strukturen.“⁶³⁶

„Resultat der Inkorporierung der Grundstrukturen einer Gesellschaft und allen Mit-
gliedern derselben gemeinsam, ermöglichen diese Teilungs- und Gliederungsprin-
zipien den Aufbau einer gemeinsamen sinnhaften Welt, einer Welt des *sensus*
communis.“⁶³⁷ Dadurch dass ich aus einer Palliativen Haltung heraus handele, er-
kenne ich also diese Haltung als gültige Haltung an und erkenne diese dann als
sinnhafte Haltung. Womit in einer gegensätzlichen im Sinne einer komplementär
verfassten sozialen Welt zugleich das Fehlen dieser sinnhaften Haltung möglich
scheint.⁶³⁸ Deshalb ist die Praxis aus einer Palliativen Haltung heraus ein Ringen
um diese Haltung in der Praxis. „Daß diese scheinbar formalen Gegensätze der
sozialen Mythologie eine derart ideologische Wirksamkeit entfalten können, ver-
danken sie stets noch der Tatsache, daß sie mehr oder weniger diskret auf die
fundamentalsten Gegensätze der sozialen Ordnung bezogen sind“⁶³⁹. Soziale Fel-
der sind also bipolar angelegte Felder.⁶⁴⁰ Somit wird das Vorhandensein/
Nichtvorhandensein einer Palliativen Haltung zwar zum distinktiven abgrenzenden
Moment, aber keinesfalls zur Ausgrenzung der so Benannten aus dem Feld, son-
dern im Aussprechen des Fehlens einer solchen Haltung als Haltung konstruiert
und damit ausgesprochen zur Wirksamkeit gebracht im Ringen um diese Haltung -
in mir und beim anderen!

⁶³⁶ Bourdieu (1987), 730.

⁶³⁷ Bourdieu (1987), 730.

⁶³⁸ Das hat bereits Kohelet erkannt, der die alttestamentliche Figur des Parallelismus membrorum aufgreifend, die
den Zweck hat, die Gesamtheit der Welt altorientalischem Denken folgend eher deskriptiv als hellenistisch defi-
nitorisch zu beschreiben, im „Lied von der Zeit“ das Leben der Menschen als ein Leben beschreibt, das einen
bestimmten Rahmen immer schon hat, in dem Leben sich konkret verwirklicht, aber eben innerhalb dieses Er-
möglichungsrahmens. Vgl. Koh 3,1-15! Vgl. hierzu Bourdieu (1987), 730ff.!

⁶³⁹ Bourdieu (1987), 731.

⁶⁴⁰ Vgl. Bourdieu (1987), 732!

5.5.3. Evokationsvermögen von Sprache, Macht und Palliative Haltung

Mit Begriffen schaffe ich Gruppen bzw. Klassen. Sprache schafft Wirklichkeit. Sprache verhilft im Aussprechen einer Haltung dieser Haltung folglich zur Verwirklichung in der Praxis. Das Benennen einer Haltung definiert die so benannte Haltung und schafft durch Veränderung einer bestehenden Haltung die benannte Haltung neu. Sprache wird zum Machtinstrument, indem ich eine Haltung normativ definiere. „Es geht um das *Evokationsvermögen* der sprachlichen Äußerung, das anders sehen lässt... oder das, indem es Wahrnehmungs- und Bewertungsschemata modifiziert, anderes sehen läßt“⁶⁴¹. Sprache als Mittel der Distinktion schafft Distinktion.⁶⁴² „Die Attribute im Sinne von Prädikaten werden zu *Attributionen*, Machtbefugnissen, Kompetenzen, Privilegien, Prärogativen eines Funktionsträgers“⁶⁴³, der sein Amt erfüllt. Palliative Haltung erfüllt sich im Amt des Caregebenden. Palliative Haltung ist als Anspruch nun Aufgabe, die dem im Feld Tätigen anhaftet, der entsprechend seines Amtes handelt. Durch Explikation und Kodifizierung wird Palliative Haltung der Praxis des Feldes als Anspruch und Auftrag zugleich eingeschrieben. Mit „der verbindlichen Setzung eines Namens [ist] eine buchstäbliche Verwandlung der benannten Sache vollzogen“⁶⁴⁴. Sie ist nun „*soziale Funktion*, also Mandat, *Beruf*, Amt, Rolle“⁶⁴⁵. Es ist der „durch den Akt der *Etikettierung* (mit dem ein Individuum... mit allen zugehörigen Vorrechten und Pflichten *eingesetzt* wird) eingeleitete rein soziale und sozusagen magische Sozialisationsprozess“⁶⁴⁶. Im Absprechen der Haltung beim Anderen begegnet sich der Sprechende als Subjekt dieser Haltung selbst und wird diesem Anderen zum

⁶⁴¹ Bourdieu (1987), 748. Vgl. zum Beispiel „Paternalismus“: „so wenn ein schlichtes Wort wie *Paternalismus* die Erfahrung einer sozialen Beziehung von Grund auf verändert“ (ebd.)! Oder vgl. „Kunstfehler“ - Medizin wird damit in eine Kunstsphäre erhoben - Fehler sind keine menschlichen Fehler mehr, die die Integrität von Personen betreffen, sondern medizinische Fehler werden abstrahiert zu Kunstfehlern ärztlicher Kunst (nicht Dienstleistung) am Kunstobjekt (nicht Mensch, nicht Person, nicht Kunde). Vgl. außerdem „Kunde“ - dieses Wort gehört auch in die Dialektik von Habitus und Feld. So ist „Kunde“ feldkonform und wird in seiner Feldkonformität dem Habitus der sozialen Akteure einverleibt. Andererseits ist „Kunde“ habituskonform, da von einer kundenorientierten marktförmigen Haltung heraus der Patient zum Kunde verwandelt wird und damit diese Auffassung dem Feld einverleibt. Das Wort verändert Habitus und Feld in gegenseitiger Durchdringung.

⁶⁴² Vgl. Bourdieu (1987), 748!

⁶⁴³ Bourdieu (1987), 749.

⁶⁴⁴ Bourdieu (1987), 749.

⁶⁴⁵ Bourdieu (1987), 749.

⁶⁴⁶ Bourdieu (1993), 107.

Objekt dieser Haltung. Sprache ist auch hier Medium symbolischer Herrschaft, sie dient der Konstruktion des Sozialen, der Etablierung und Aufrechterhaltung von Herrschaft, denn „in der legitimen Sprache wird ebenso wie in der sprachlichen Interaktion immer auch die soziale Ordnung wirksam.“⁶⁴⁷

Im Sprechen von dieser Haltung offenbart sich die Dialektik, in die ich durch dieses Sprechen gerate: zwischen Habitus und Feld. Wo ein Drittes entsteht, handelt es sich um „einen Schnittpunkt zweier Trennungsprinzipien“.⁶⁴⁸ Im Erkennen eines Gegensatzes erkenne ich diesen immer schon an. Dies leitet mein weiteres Erkennen. Dabei entsteht die Gefahr, das sich selbst zugeschriebene hinsichtlich seiner Normativität und der ihm zugeschriebenen und darin eingeschriebenen Normen und Werte nicht mehr zu hinterfragen, das Eigene absolut zu setzen und damit in der im Rahmen Palliativer Haltung beanspruchten Offenheit für den Anderen tatsächlich nicht mehr offen zu sein und ein Anderes zwar für möglich, aber nicht erlaubt zu halten. „Bei der Abschätzung des Werts ihrer Position und ihrer Merkmale wie Eigenschaften auf Wahrnehmungs- und Bewertungsschemata zurückgreifend, die letzten Endes nichts weiter sind als jene inkorporierten objektiven Gesetze, nach denen sich dieser Wert objektiv richtet, tendieren die Beherrschten zunächst einmal dahin, sich das zuzuschreiben, was ihnen qua Distribution ohnehin zugewiesen ist“⁶⁴⁹. Damit würde die Etikettierung „keine Palliative Haltung“ aber zur Bestätigung dieser Haltung und widerspräche dem Ringen um diese Haltung. Die Gefahr besteht also darin, dass ich mich im Erkennen, dass der Andere diese Haltung nicht hat, voreingenommen für den Anderen mache. Beim Anderen, auf diese Weise Dequalifizierten kann das dann aber dazu führen, „das Bild zu akzeptieren, dem sie zu gleichen haben“⁶⁵⁰. In der Etikettierung des Anderen mache ich ihn mir fremd, verschließe mich für ihn und verschließe ihn für mich, zementiere Haltungen statt sie anzugleichen. Eine Haltung der Offenheit macht hier Halt vorm Anderen - eine echte Haltung der Offenheit öffnet sich demgegenüber hermeneutisch-mäeutisch für den Anderen auf den Anderen hin.

⁶⁴⁷ Krais/Gebauer, 11.

⁶⁴⁸ Bourdieu (1987), 734.

⁶⁴⁹ Bourdieu (1987), 735.

5.5.4. Das Stigma Palliativer Haltung

Unsere Wahrnehmung der sozialen Welt ist von unserem Interesse (positiv oder negativ) geleitet, davon, was wir als relevant oder irrelevant erachten. Das ist das unsere Wahrnehmung leitende Relevanzprinzip.⁶⁵¹ Grundlage des Relevanzprinzips ist „das Interesse der betreffenden Individuen oder Gruppen, dieses bestimmte Merkmal zu erkennen sowie die Zugehörigkeit des betreffenden Individuums zu der durch jenes Merkmal definierten Gesamtheit: Das *Interesse für* den wahrgenommenen Aspekt ist nie ganz unabhängig vom *Interesse, ihn überhaupt wahrzunehmen*.“⁶⁵² Sichtbar wird dies v.a. dann, wenn jemand auf einen bestimmten Aspekt seiner Persönlichkeit reduziert wird, er stigmatisiert wird. „Die Logik der Stigmatisierung macht bewußt, daß die soziale Identität eines der zentralen Objekte innerhalb einer Auseinandersetzung bildet, worin das stigmatisierte Individuum oder die stigmatisierte Gruppe und allgemeiner, jedes soziale Subjekt als virtuelles Objekt von Kategorisierung auf eine partielle, es *auf ein einziges Merkmal verkürzende* Wahrnehmung seiner selbst wiederum nur durch Akzentuierung seines günstigsten Merkmals reagieren kann, und weitergehender durch den Versuch, entweder aktiv und kämpferisch das für seine Merkmale vorteilhafteste Klassifikationssystem durchzusetzen oder aber dem herrschenden System den Inhalt aufzuzwingen, der am nachdrücklichsten das zur Geltung bringt, was es ist und was es hat.“⁶⁵³ Übertragen auf das Attribut „das ist keine Palliative Haltung“ bedeutet das zum einen - wie gezeigt - die Abgrenzung innerhalb des Feldes mit der Durchsetzung der eigenen Dominanz in diesem Feld, und zum anderen die selbstbezügliche Reaktion dieser Aussage auf eine Stigmatisierung des Feldes von außen als eines Palliativen Feldes mit einer dezidiert Palliativen Haltung. „Du hast sie nicht“ heißt dann, ich habe sie, das ist mein Stigma im positiven Sinne in der Verwirklichung innerhalb dieses Feldes und negativ in Abgrenzung zu anderen Feldern. Auch hier ist das Prinzip der Distinktion wirksam als strukturalistischer Aspekt des Habitus: „daß jedes dieser Merkmale lediglich das bedeutet, was die anderen nicht bedeuten, und daß es als in sich selbst (teilweise) unbestimmtes Merkmal seine vollständige Bestimmtheit nur aus seiner Relation zur Gesamtheit

⁶⁵⁰ Bourdieu (1987), 735.

⁶⁵¹ Vgl. Bourdieu (1987), 741!

⁶⁵² Bourdieu (1987), 741.

der übrigen Merkmale bezieht, als *Unterschied* in einem *System von Unterschieden*.⁶⁵⁴ In dieser Distinktion also geschieht Identitätsbildung. Palliative Haltung entsteht in Beziehung zum Gegenüber stets neu. Im Bewusstsein der eigenen Unterschiedenheit definiere ich den Prozess meiner Identitätsbildung bezüglich dessen, woraufhin ich mich entwickeln möchte. Ich offenbare mich im Aussprechen der stigmatisierenden Distinktion als einer, der hier auf dem prozesshaften Wege zu dieser identitätsstiftenden Haltung ist. Der Anspruch von Care ist also das verlorengegangene Stigma des Feldes des Gesundheitswesens, das damit seine Identität verloren hat. Neben dem neuen herrschenden Stigma der Ökonomie hat Care keinen Platz mehr. Es bleibt das Stigma derer, die aktiv und kämpferisch gegen das Stigma der Ökonomisierung ins Feld ziehen und dabei stigmatisiert werden als Verfechter von Care, die vom Anspruch her Palliative Care ist. Das Stigma Palliative Haltung wurde damit ausgelagert in ein eigenes Feld, das dadurch seine Identität begründet sieht und sich identitätssichernd an Palliativer Haltung ausrichtet.

Stigmatisierung bezeichnet also die äußere Grenze eines Feldes. „Die Grenzen sind hier regelrechte Schranken, die es unter Einsatz der eigenen Person zu attackieren oder zu verteidigen gilt, und die sie festlegenden Klassifikationssysteme sind weniger Erkenntnis- als Machtinstrument, sozialen Funktionen unterworfen und mehr oder weniger offen auf die Erfüllung spezifischer Gruppeninteressen hin ausgerichtet.“⁶⁵⁵ - Intern also die Dominanz der Gruppe des Palliativen Feldes, extern die Ausgliederung dieses entschleunigten distinguierten Feldes an die Peripherie und nicht ins Zentrum des Gesundheitswesens, geduldet, aber nicht maß- und taktgebend für die neuen Werte des Feldes des Gesundheitswesens, und immer wieder attackiert durch den Versuch, die Werte der Ökonomisierung auch in dieses ausgelagerte Feld hinein zu tragen - denn selbst Entschleunigungsinseln wie das Palliative Feld mit seiner entschleunigten und entschleunigenden Palliativen Haltung sind funktional in den allgemeinen Beschleunigungshype eingeschlossen. Das zum einen und zum anderen sind ja bestimmte Werte dominant im Gesundheitswesen, die sich diesem „Beschleunigungshype“

⁶⁵³ Bourdieu (1987), 742f.

⁶⁵⁴ Bourdieu (1993), 18; vgl. ebd., 35!

⁶⁵⁵ Bourdieu (1987), 744.

einordnen lassen - dazu gehört beispielsweise auch das Verständnis von Krankheit und Sterben im Verhältnis zur Notwendigkeit des Überlebens.⁶⁵⁶ Die einer Stigmatisierung entsprechende Ausgrenzung führt nun aber dennoch - trotz dieses Greifens der Ökonomisierung nach dem Palliativen Feld - zu einer Freiheit der Verwirklichung dieser Haltung innerhalb des Feldes. „Was die Individuen und Gruppen in den spezifischen Sinn hineinlegen, den sie den Gliederungs- und Ordnungsprinzipien vermittels ihres Gebrauchs verleihen, ist mehr als nur ihr bloßes Interesse in der herkömmlichen Bedeutung; es ist ihr gesamtes gesellschaftliches Sein, ist das, was ihr Selbstbild im weitesten ausmacht, ist der unausgesprochene ursprüngliche Vertrag, kraft dessen sie sich als ‘wir’ gegenüber ‘denen’, gegenüber den ‘Anderen’ definieren und der zugleich die Basis ihrer Ausschließungen (‘das ist nichts für uns’) und Einschließungen der vom gemeinsamen Klassifikationssystem geschaffenen Eigenschaften darstellt.“⁶⁵⁷

5.5.5. Dialektik von Habitus und Feld und die Prinzipien der Palliative Care

Palliative Haltung formuliert den Anspruch von Care im Palliativen Feld, der als Habitus in Kontakt zum Feld kommt und durch den Habitus vermittelt mit den Akteuren des Feldes um Verwirklichung ringt. Was die Dialektik von Habitus und Feld bedeutet, zeigt sich in der Anwendung auf die Prinzipien des Konzepts von Palliative Care - hieran zeigt sich, wie weit fortgeschritten die Verwirklichung einer Palliativen Haltung im Feld selbst dann doch schon gelungen ist oder auch nicht. Das heißt in der Reflexion der Prinzipien der Palliative Care mit Hilfe der Theorie der gegenseitigen Bedingtheit von Habitus und Feld lässt sich für das eigene Arbeitsfeld innerhalb des Palliativen Feldes aufspüren, wo Palliative Haltung als inkorporiertes Prinzip von Palliative Care wirksam ist und wo nicht.

Der Wille bedingt die Haltung und die Haltung den Willen, das ist Konsequenz der

⁶⁵⁶ Vgl. hierzu beispielsweise die Spiegel-Besprechung des Buches von Siddharta Mukherjee: Der König aller Krankheiten. Krebs - eine Biografie. In dieser Kulturgeschichte des Krebses beschreibe Mukherjee „Krankheit als Zerstörung der Normalität“ (123), „Krankheit als Betrug“ (123), Krebs als „Feind“ (124) und er ende bei der Einsicht, dass „die Fragilität zu uns gehört“ (124). „Es kann nicht um einen endgültigen Sieg gehen, sondern darum, das Leben mit der Krankheit so erträglich wie möglich zu verlängern“. (124) - Die Bewertung der Autorin scheint eindeutig modern: Krankheit und Normalität schließen sich aus und Lebensverlängerung als Notwendigkeit.

⁶⁵⁷ Bourdieu (1987), 746.

Dialektik von Habitus und Feld. Das heißt durch den Willen zur Palliativen Haltung kommt es notwendigerweise zur Verinnerlichung einer solchen Palliativen Haltung. Wie aber kann ich diesen Prozess bewusst vorantreiben, wo lauern Fallstricke? Vorantreiben kann ich den Prozess der Annäherung an eine solche Haltung durch eine hermeneutische Haltung bezogen auf meine eigene Haltung, auf die Haltung innerhalb des Teams⁶⁵⁸ und auf die in Care-Beziehungen verwirklichte Haltung⁶⁵⁹. Fallstricke liegen in den Habitus der sozialen Akteure, das heißt in internalisierten Bildern, Wertvorstellungen und Normen der sozialen Akteure, weshalb die Sozialisation dieser Akteure bestimmend ist für deren Möglichkeit der Ausbildung einer solchen Haltung.

(1) Patientenorientierung: Solidarität

Patientenorientierung in ihrer Konkretisierung als Solidarität hat ihre Wurzeln im gemeinsamen Care-Verständnis. Dieses gemeinsame Care-Verständnis ist im sozialen Akteur durch familiäre Prägungen und berufliche Prägungen modifiziert. Das heißt der Anspruch von Care ist der Anspruch von Palliative Care - aber: dieser Anspruch ist transformiert und erfordert es, sich gemeinsam im Team über das Verständnis von Care zu verständigen. Ist das wirklich Care im Sinne einer Care-Ethik, was ich im Palliativen Feld als Team zu verwirklichen suche? Welches Menschenbild liegt meiner Care zugrunde? Ist es möglich, sich über ein gemeinsames Menschenbild zu verständigen? Das nämlich bestimmt die Ausrichtung meiner Handlungen - wie ich den Menschen sehe: grundsätzlich frei, selbstbestimmt, autonom, heil und durch Krankheit in seiner Autonomie beschränkt oder grundsätzlich abhängig, im Rahmen dieser Abhängigkeit frei, selbstbestimmt und autonom, und damit eben nicht heil, sondern immer schon ambivalent und zerbrochen, als Care-Gebender und als Care-Empfänger, so dass Care etwas Natürliches und Selbstverständliches wird, das keinen besonderen Auftrag braucht, sondern in der Bestimmung des Menschen als sozialem Wesen angelegt ist. Care ist dann nicht der Unfall des Lebens, sondern die Bestimmung des Menschen, der er mehr oder weniger gewahr ist und in die er mehr oder weniger hineingeholt ist zu sich selbst.

⁶⁵⁸ Das ist die Haltung, QUA derer ich handle. Hier liegt der Fokus auf der Care-Dimension der Motivation (QUA) auf eine Handlung hin.

⁶⁵⁹ Das ist die Haltung, QUAE - das heißt die Haltung, aus der heraus bestimmte Handlungen notwendigerweise

In der Care begegne ich mir darum notwendigerweise selbst - als Mensch. Als solcher werde ich nicht solidarisch, sondern ich **bin** es. Das ist der "feine" Unterschied: Verantwortung ist nicht zu übernehmen in einer Care-Beziehung, sondern anzunehmen. Ich muss nicht solidarisch sein müssen, sondern als sterblicher Mensch bin ich dem sterbenden Menschen immer schon solidarisch verbunden.

(2) Team

Wie setzt sich ein Team zusammen? Welche Berufsgruppen sind daran beteiligt? Sind Ehrenamtliche in das Team integriert? Das ist die formale Seite des Prinzips von Palliative Care. Inhaltlich bestimmt sich das Teamprinzip durch Interdisziplinarität, Interprofessionalität und Interorganisationalität. Hier genügt nicht der Wille zur Zusammenarbeit, es braucht eine Haltung, die echte Interdisziplinarität erst möglich macht. - Interdisziplinarität und Interprofessionalität wird erst dann zur Transdisziplinarität und Transprofessionalität, wenn ich mir neben meiner familiären Sozialisation meiner beruflichen Sozialisation bewusst werde. Denn die berufliche Sozialisation bestimmt darüber, wie Pflegende und Ärzte miteinander arbeiten. Der Habitus der Ärzte als dominante Gruppe des sozialen Feldes strukturiert das Feld, das wiederum beeinflusst den Habitus der sozialen Akteure des Feldes. Das heißt an den Strukturen des Feldes, des Umgangs miteinander, der Kommunikation miteinander, der Aushandlungen bezüglich der Care von Patienten, der Informationsweitergabe, der Art der Visiten, der Art von Fallbesprechungen etc. wird ersichtlich, welcher Habitus im Feld der gültige ist. Davor dürfen nicht die Augen verschlossen werden, denn genau hier, in der Offenlegung eines solchen Habitus, liegt die Chance, die Haltung des Feldes und damit die eigene Haltung weiter zu entwickeln. Denn die eigene Haltung wirkt auf das Feld zurück und die Haltung des Feldes beeinflusst meine Haltung. Nicht anders verhält es sich mit den dominierten Pflegenden - aus dem dominanten Ärztegriff können sie sich nicht befreien. Nicht durch Pflegekammern oder Übernahme ärztlicher Tätigkeiten (merkmalsorientierter Professionalisierungsansatz) noch durch Akademisierung. Das zeigen Untersuchungen über Widerstände der Pflegenden gegenüber Ärzten.⁶⁶⁰ Dass überhaupt von Widerständen gesprochen wird, betont die Eindeutig-

erfolgen. Hier liegt der Fokus auf der Care-Dimension der Arbeit (QUAE).

⁶⁶⁰ Vgl. Studie von Bryon et al., in der vier mögliche Widerstandsformen, die sich aus der Kombination der Kate-

keit von Macht- und Herrschaftsverhältnissen im sozialen Feld des Gesundheitswesens. Die Diskussion ließe sich problemlos auf die Positionierung von Patientenvertretern (Angehörige, Ehrenamtliche, Patientenfürsprecher) gegenüber den Professionellen des Feldes erweitern.

Palliative Care hat das erkannt und arbeitet auf eine neue, eine andere Haltung hin, weil sie den Eigen-Wert der im Palliativen Feld Arbeitenden erkannt hat. Care verwirklicht sich in einer solchen Palliativen Haltung, die auch die Haltung der Care-Gebenden untereinander ist, nicht nur im Respekt Patienten und deren Angehörigen gegenüber, sondern auch im Respekt Teammitgliedern gegenüber. Care eint die Arbeitenden vom Anspruch her (Zugang zum Feld als Motivation und Tugend) auf eine gemeinsame Haltung hin, um die gerungen werden muss, damit sie sich als Care-Arbeit in einheitlicher Diktion im Palliativen Feld verwirklichen kann.

5.6. Fazit und Ausblick

Schwingel unterscheidet hinsichtlich der Soziologie der Intellektuellen⁶⁶¹ vier Ebenen der Analyse, eine sozialstrukturelle, eine sozialhistorische, eine politisch-normative und eine erkenntnistheoretische, die sich auf das Feld der Palliative Care und die mit ihr habituell verbundene Palliative Haltung anwenden lassen - verbunden mit der Generierung weiterführender Fragen.

(1) Die **sozialstrukturelle** Ebene betrachtet die spezifische Position der Akteure innerhalb des Feldes der sozialen Klassen. Wo Distinktionsbeziehungen Kultur definieren, die durch den Habitus vermittelt wurde, erhält die Frage eine gewisse Relevanz für das Palliative Feld, insofern hier von einer bestimmten habituell vermittelten Kultur der Palliative Care, die innerhalb und außerhalb des Feldes Macht ausübt, ausgegangen werden darf. In ihrer habituell vermittelten Kultur grenzt sich das Palliative Feld von anderen Feldern ab, die Kultur wird zum ex- bzw. inkludierenden Machtinstrument.

gorienpaare offen/verdeckt und aktiv/passiv ergeben, unterschieden werden (ebd., 1111f.)!

⁶⁶¹ Vgl. Schwingel, 125ff.!

(2) **Sozialhistorisch** kann gefragt werden, ob die Hospizbewegung sich in Abgrenzung zu modernen gesellschaftlichen Entwicklungen entwickelt hat oder ob die Hospizbewegung aktiv vom Feld des Gesundheitswesens ausgelagert wurde. Ein erster Hinweis auf eine Beantwortung dieser Frage lieferte die Dialektik von Habitus und Feld. Weitere Hinweise werde ich im Kapitel über die Zeit geben. Löhnen würde sich meines Erachtens das Nachzeichnen der historischen Entwicklung von Hospizen und Palliativstationen unter Zugrundelegung der Frage nach Selbst- oder Fremdausgrenzung. Wie sind Hospize und Palliativstationen wirklich entstanden? Haben die Ethisierung des Gesundheitswesens als Reaktion auf die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und auf die sich beschleunigende Optionenvielfalt moderner Medizin einerseits sowie der Boom von Ethikkomitees im Rahmen des Zertifizierungsdrucks im Gesundheitswesen andererseits Hinweischarakter?

(3) **Politisch-normativ** kann nach der Stellung des Feldes der Care zwischen den Polen von Caritas und Ökonomisierung gefragt werden. Es ist die Frage nach Wertekollisionen angesichts der Bedrohung des Werts der Caritas von außen durch das Hereintragen von Kriterien der Ökonomie (Effizienz im Verbund mit Effektivität) und von innen durch die habituelle Einverleibung dieser Werte auf eine effiziente und effektive Praxis hin, die nicht mehr anspruchsvoll, sondern verrichtungsorientiert ist. Es geht darum, die Normen des Feldes als Normen zu entdecken und transparent zu machen. Es geht außerdem darum, Care eine politische Stimme zu geben für eine politische Parteinahme für Care in Tugend, Haltung und Arbeit. Die Aufrechterhaltung von Care nicht nur in ausgegrenzten Bereichen, sondern im gesamten Gesundheitswesen ist nur dann möglich, wenn die Sicherstellung der gesellschaftlichen Bedingungen die Möglichkeit (als über das Palliative Feld hinaus gedehnter Ermöglichungsraum) von Care gewährleisten kann.

(4) In **erkenntnistheoretischer** Perspektive wird nach eben diesen Bedingungen der Möglichkeit von Palliative Care/Care gefragt werden müssen. Diese Perspektive dient der Reflexion auf sich selbst.

6. Entschleunigung und Palliative Haltung

6.1. Einführung in das Kapitel	190
6.2. Zeitdiagnose "Beschleunigung"	191
6.2.1. Zeitdiagnose "Soziale Beschleunigung"	194
6.2.2. Ursachen der Beschleunigung - Verknüpfung von Wachstum und Beschleunigung	200
6.3. Zeitdiagnose "Entschleunigung"	206
6.3.1. Phänomene der Beharrung	207
6.3.2. Ethisierung als Phänomen der Entschleunigung eines (ökonomisch) beschleunigten Gesundheitswesens	210
6.4. Die Dimensionen von Beschleunigung und Beharrung und Palliative Haltung	213
6.4.1. Der technisch beschleunigte Mensch im geschrumpften Raum und Palliative Haltung	213
6.4.2. Der beschleunigte soziale Wandel in der geschrumpften Gegenwart und Palliative Haltung	216
6.4.3. Das beschleunigte Lebenstempo in der geschrumpften Zeit und Palliative Haltung	219
6.4.4. Abschiedliches Leben als Antwort auf Identitätsschrumpfung - zum Verhältnis von Temporalstrukturen und Selbstverhältnissen	226
<i>Exkurs: Beschleunigung und Habitus</i>	228
<i>Exkurs: Abschiedlich leben</i>	233
6.4.5. Palliative Haltung als Haltung der Entschleunigung	234

6.1. Einführung in das Kapitel

„Die Pflegenden stehen... unter dem Druck schnell zu arbeiten und zugleich patientenorientiert zu pflegen.“⁶⁶² Die Pflege zwischen eigenem Anspruch und der Wirklichkeit eines spätmodernen beschleunigten Gesundheitswesens - dieses Spannungsfeld führt zur Frage der Zeit im Feld der Care und zur Frage, was Palliative Haltung mit Zeit zu tun hat. Denn während sich der „Zeit-Takt“ in Einrichtungen des Gesundheitswesens in einer Art Beschleunigungsspirale zunehmend zu verdichten scheint⁶⁶³, werden für das Sterben und die Begleitung von Sterbenden zunehmend Entschleunigungsinseln geschaffen, in denen die Zeit geradezu stillzustehen scheint. Das Verfügen über Zeit in der Palliative Care war eines der dominanten Themen in den Interviews gewesen: Palliative Haltung beinhaltet demnach das Bewusstsein, Zeit zu haben und diese Zeit für die Sterbebegleitung nützen zu dürfen und zu sollen.⁶⁶⁴

Was dem spätmodernen Menschen Zeit bedeutet und wie die Beschleunigung derselben sein Leben beeinflusst und verändert, betrachtet Hartmut Rosa in seiner kritischen Diagnose der Temporalstrukturen und Zeitverhältnisse im Rahmen seiner Akzelerationstheorie.⁶⁶⁵ Zeitverhältnisse „bezeichnen den Ort, an dem systemische Imperative gleichsam ‘hinter dem Rücken der Akteure’ in kulturelle Handlungs- und Lebensorientierungen transformiert werden.“⁶⁶⁶ Denn Zeit mit ihren Zwängen und Ordnungsmustern ist tief in die habituellen und dispositionalen Strukturen der Subjekte eingegraben und steuern so die alltags- und lebenszeitlichen Orientierungen der Subjekte. „Die Zeit ist daher stets zugleich privat und intim - *wie möchte ich meine [letzte] Zeit verbringen?* ist die temporale Fassung der ethischen Frage *wie möchte ich leben?* - und durch und durch sozial determiniert:

⁶⁶² Arnold et al., 173, die hier an einem Fallbeispiel aus der Perspektive der Kritischen Theorie den Fokus richten „auf die strukturellen Bedingungen, unter denen Pflege stattfindet und damit auf den Widerspruch zwischen Anspruch und Wirklichkeit.“ (ebd., 172)

⁶⁶³ Pflegende sind durch ihre Tätigkeit hoch belastet und beansprucht! So der Befund der Arbeits- und Organisationspsychologie (Stadler; Bartholomeyczik (2008); Glaser/Höge; BAUA).

⁶⁶⁴ Vgl. Heimerl (2010), 335f.: „Die Umsetzung von Palliative Care erfordert eine besondere Haltung der beteiligten MitarbeiterInnen. Hier geht es zum Beispiel um ‘Entschleunigung’, das heißt, sich jene Zeit zu nehmen, die es braucht, um ein schwieriges Gespräch zu führen oder eine leidende Patientin zu waschen.“

⁶⁶⁵ Im Folgenden beziehe ich mich auf Rosa.

⁶⁶⁶ Rosa, 480.

Die Rhythmen, Sequenzen, Dauerhaftigkeiten und Geschwindigkeiten sozialer Zeit sowie die damit korrelierten Zeithorizonte und -perspektiven entziehen sich der individuellen Kontrolle nahezu vollständig. Zugleich entfalten sie aber... eine hohe normative, d.h. handlungskordinierende und -regulierende Wirkung... Die Aufklärung über die 'stumme normative Gewalt' der Zeitstrukturen stellt daher ein... vordringliches Ziel einer kritischen Theorie der Beschleunigung dar."⁶⁶⁷ Um der benannten spätmodernen Grundspannung zwischen Zeit-Anspruch und Beschleunigungs-Wirklichkeit gerecht zu werden, werde ich die Frage, welche Rolle „Zeit“ für die Palliative Haltung spielt, auf dem Hintergrund der Akzelerationstheorie von Hartmut Rosa näher betrachten.

6.2. Zeitdiagnose “Beschleunigung”

Die moderne Gesellschaft ist gekennzeichnet von “*transformativer Unruhe*”⁶⁶⁸. Hartmut Rosa entdeckt mit dem Prinzip der sozialen Beschleunigung das die Gesellschaft transformierende Prinzip. Beschleunigung bestimmt er als Mengenzunahme (mehr tun/mehr erleben) pro Zeiteinheit.⁶⁶⁹ Soziale Beschleunigung bestimmt er als das immer schnellere In-Bewegung-Setzen der materiellen, geistigen und sozialen Welt. Beschleunigung ist das leitende Prinzip, eine Beschleunigung, die frühmodern in Gang gesetzt ist, sich modern weiter beschleunigt und die Spätmoderne in einen turbulenten Beschleunigungs- und Transformationshype versetzt. „Die Wahrnehmung der progressiven Dynamisierung und Verkürzung von ereignis-, prozess- und veränderungsbezogenen Zeitspannen ist vom Beginn der Neuzeit an... konstitutiv für die Grunderfahrung von *Modernisierung*... Die Erfahrung von Modernisierung... ist geradezu äquivalent mit der Erfahrung von Beschleunigung”⁶⁷⁰. So verstanden ist „Modernisierung nicht nur ein vielschichtiger Prozess *in der Zeit*..., sondern... eine strukturell und kulturell höchst bedeutsame Transformation der Temporalstrukturen und -horizonte selbst“⁶⁷¹.

⁶⁶⁷ Rosa, 481.

⁶⁶⁸ Rosa, 176.

⁶⁶⁹ Vgl. Rosa, 112-124!

⁶⁷⁰ Rosa, 460. Er bestätigt damit seine Ausgangshypothese. Vgl. Rosa, 51!

⁶⁷¹ Rosa, 24.

Raum und Zeit sind hinsichtlich des Modernisierungsprozesses nicht gleichberechtigt: „Zeitstrukturen können sich in einem Maße ändern, in dem dies die Raumstrukturen niemals können. Veränderungen im >Zeit-Raum-Regime< einer Gesellschaft gehen daher stets von veränderten Temporalstrukturen aus, nicht von Veränderungen des Raumes. *Die Geburtsstunde der Moderne... war die Emanzipation der Zeit vom Raum*, die am Beginn des Beschleunigungsprozesses steht.“⁶⁷² Veränderungen der Raumwahrnehmungen und -strukturen sind damit Folge der Wandlung der Zeitstrukturen, die Schrumpfung des Raumes also Folge der beschleunigten Überquerung von Distanzen.⁶⁷³

Weitere leitende Dimensionen der Moderne⁶⁷⁴ wie die persönlichkeitsbezogene Individualisierung (Persönlichkeit), die strukturell-funktionale Differenzierung (Struktur), die kulturelle Rationalisierung (Kultur) und die naturbezogene Domes-tizierung (Naturverhältnis) ordnen sich diesem Prinzip ein und werden selbst durch das Prinzip der Beschleunigung transformiert. Beschleunigung ist das diese Dimensionen einende Prinzip. Sie ist als solches einigende Prinzip zugleich das primäre und dominante Prinzip, das die historischen Modifikationen der Dimensionen der Moderne zu erklären vermag. Dass das Prinzip sozialer Beschleunigung das einigende und primäre Prinzip der Moderne und der Modernisierung ist, liegt darin begründet, „dass die Natur individueller wie kollektiver menschlicher Existenz essentiell einen zeitlichen und prozessualen Charakter hat, sodass das, was ein Individuum oder eine Gesellschaft letztlich *ist*, ganz wesentlich von den zeitlichen Strukturen und Horizonten dieser Existenz bestimmt wird. Veränderungen in diesen *sind* daher unmittelbare Veränderungen in jenen und vice versa.“⁶⁷⁵ Das bestätigt zum einen den Befund für die Annahme essentieller anthropologischer Grundbedingungen und deren Verwirklichung in der Existenz von Mensch und Gesellschaft. Das bestätigt zum anderen die Vorgehensweise dieser Arbeit, im Bemühen um eine Klärung des Phänomens Palliativer Haltung diese Haltung in Beziehung zum Phänomen sozialer Beschleunigung zu setzen, da Palliative Haltung gerade zeitlich und prozessual wirksam wird - indem sie mit Individuen gemeinsam und für die Gesellschaft zeitliche Strukturierungen des

⁶⁷² Rosa, 61f.

⁶⁷³ Vgl. Rosa, 62!

⁶⁷⁴ Vgl. Rosa, 440; 461!

Sterbens neu definiert und entsprechend Horizonte neu eröffnet.

Als besonderes Kennzeichen der Spätmoderne identifiziert Rosa deren Intragenerationalität: Der Struktur- und der Kulturwandel sind schneller als die Generationenfolge. Es kommt zur Wandlung von Berufsstrukturen (der Beruf wird zu einer Folge von Tätigkeiten) und Familienstrukturen (der Lebenspartner wird zum Lebensabschnittspartner). Mit der Verzeitlichung der Zeit (Gleichzeitigkeit von Ungleichzeitigem) einher geht zum einen eine Entzeitlichung der Geschichte (Geschichte ohne Fortschrittsidee) und zum anderen eine Entzeitlichung des Lebens. Der Lebenslauf wird deinstitutionalisiert, eine stabile Identität preisgegeben und durch eine situative Identität und Lebensführung ersetzt.⁶⁷⁶ Rosa stellt für unsere unmittelbare Gegenwart gar die These auf, „dass die entwickelten Gesellschaften westlichen Typs in den letzten Jahrzehnten einen neuerlichen Beschleunigungsschub erfahren haben, der das ihnen zugrunde liegende Raum-Zeit-Regime noch einmal transformierte und jene Gesellschaften damit einen für die individuellen wie die kollektiven Selbstverhältnisse kritischen Umschlagpunkt erreichen ließ.“⁶⁷⁷ Dieser neuerliche Beschleunigungsschub entwickelt seine ökonomischen (ökonomische Revolution), informationstechnologischen (digitale Revolution/mobile Revolution) und kulturellen (politische Revolution 1989) Triebkräfte seit den 1970er-Jahren.⁶⁷⁸ Dabei ist die Gesellschaft auf all ihren Ebenen betroffen, auf ihrer Mikro-, der Meso- und der Makroebene. Das Prinzip der Beschleunigung hat das Verhältnis von Bewegung (Wandel und Flexibilisierung) und Beharrung (Kontinuität und Kohärenz) zugunsten der Bewegung verschoben.⁶⁷⁹

Das Prinzip der Beschleunigung als das unsere Gesellschaft transformierende Prinzip soll im folgenden zeitdiagnostisch näher betrachtet und das Phänomen der Palliativen Haltung kritisch dazu ins Verhältnis gesetzt werden. Leitend ist auch hier die Annahme einer Dialektik von Habitus und Feld, insofern der beschriebene Sozialstrukturwandel stets eine Entsprechung in der Konstruktion subjektiver

⁶⁷⁵ Rosa, 443. Vgl. ebd., 460!

⁶⁷⁶ Vgl. Rosa, 446!

⁶⁷⁷ Rosa, 335.

⁶⁷⁸ Vgl. Rosa, 335; 476!

⁶⁷⁹ Vgl. Rosa, 362; 466!

Selbstverhältnisse hat, mit diesen also Hand in Hand geht⁶⁸⁰: „die in einer Gesellschaft vorfindbaren Zeitstrukturen haben zugleich einen kognitiv und normativ verbindlichen Charakter und eine tief wurzelnde, den sozialen Habitus der Individuen bestimmende Verankerung in der Persönlichkeitsstruktur.“⁶⁸¹

6.2.1. Zeitdiagnose “Soziale Beschleunigung”

„Wir haben keine Zeit, obwohl wir sie im Überfluss gewinnen“⁶⁸² ist die paradoxe Erfahrung des modernen Menschen, die Hartmut Rosa auf die Suche nach der Logik der Beschleunigungsproblematik führt. Im Rahmen einer empirisch-analytischen Suche nach Prinzipien und Dimensionen des Phänomens der Beschleunigung stößt er auf den Akzelerationszirkel: Die soziale Beschleunigung in der Moderne ist zu einem sich selbst antreibenden Prozess geworden, der in zirkulärer Form die drei analytisch und empirisch unterscheidbaren Beschleunigungsphänomene der technischen Beschleunigung, der Beschleunigung des Sozialen Wandels und der Beschleunigung des Lebenstempos in ein wechselseitiges Steigerungsverhältnis setzt.⁶⁸³

(1) Beschleunigungsphänomene

(a) Raumschrumpfung - Das Phänomen Technischer Beschleunigung: Technische Beschleunigung bezeichnet das Phänomen „der intentionalen Beschleunigung zielgerichteter Prozesse“⁶⁸⁴ durch die Beschleunigung von Transport, Kommunikation und Produktion (von Gütern und Dienstleistungen) einhergehend mit einer Beschleunigung von Organisations-, Verwaltungs-, Entscheidungs- und Kontrollprozessen. Technische Beschleunigung verändert dabei das soziale Raum-Zeit-Regime: Es wandelt sich nicht nur „die *Raumerfahrung* - der Raum scheint buchstäblich zu schrumpfen und gegenüber der Zeit an Bedeutung zu verlieren - ..., sondern ebenso Qualität und Quantität sozialer Beziehungen, Praxisformen und Handlungsorientierungen... Technische Beschleunigung birgt immer schon

⁶⁸⁰ Vgl. Rosa, 25!

⁶⁸¹ Rosa, 28.

⁶⁸² Rosa, 11.

⁶⁸³ Vgl. Rosa, 243!

⁶⁸⁴ Rosa, 462.

eine Tendenz zur Veränderung der objektiven, der sozialen und darüber vermittelt auch der subjektiven Welt, weil sie... unsere Beziehung zu den Dingen (d.h. zu den materialen Strukturen der Umwelt), zu den Mitmenschen, zum Raum und zur Zeit und deshalb auch die Form unserer Selbstverhältnisse transformiert und damit die Art und Weise unseres *In-der-Welt-Seins* verändert.“⁶⁸⁵

Eine kategoriale Entsprechung hat das Phänomen der technischen Beschleunigung im Prinzip der **Domestizierung**. Technischer Beschleunigung geht es um die Beherrschung der Natur und damit um die Kontrolle des Lebens und des Sterbens - das eben führt zum “leben Machen” und “nicht mehr sterben lassen Können” des spätmodernen Menschen im Rahmen einer optionenoptimierten Medizin. - Die Kehrseite dieser Dimension der Beschleunigung sind Naturzerstörung einerseits und damit Zerstörung der Lebensgrundlage und Zerstörung des Lebens selbst andererseits.⁶⁸⁶

(b) Gegenwartsschrumpfung - Das Phänomen der Beschleunigung des Sozialen Wandels: Die Beschleunigung des sozialen Wandels beschreibt als Phänomen die Zunahme des Tempos, mit dem sich Praxisformen und Handlungsorientierungen einerseits und Assoziationsstrukturen und Beziehungsmuster andererseits verändern, also „die Steigerung der *sozialen Veränderungsraten* im Hinblick auf die Assoziationsstrukturen, die (theoretischen, praktischen und moralischen) Wissensbestände sowie die Handlungsorientierungen und Praxisformen der Gesellschaft.“⁶⁸⁷ Eine solche Beschleunigung betrifft u.a. die Veränderung von Lebensstilen, Beschäftigungsverhältnissen, Familienstrukturen, von politischen und religiösen Bindungen.⁶⁸⁸ Es kommt zur Schrumpfung der Gegenwart als eines Zeitraums von Konsistenz von Werteorientierungen und Bindungen, das heißt zur Verkürzung der Dauer von Zeiträumen, für die mit einiger Konstanz von Lebensverhältnissen gerechnet werden kann. Die frühmoderne Transgenerationalität wird folglich modern zur Generationalität und schließlich spätmodern zur Intragenerationalität. „*Beschleunigung des Sozialen Wandels* lässt sich damit definieren als die Steigerung der Verfallsraten von handlungsorientierenden Erfahrungen und Erwar-

⁶⁸⁵ Rosa, 466.

⁶⁸⁶ Vgl. Rosa, 439!

⁶⁸⁷ Rosa, 462.

tungen und als die Verkürzung der für die jeweiligen Sozialsphären als Gegenwart zu bestimmenden Zeiträume.“⁶⁸⁹ Die damit einhergehende Erosion sozialstaatlicher Institutionen führt zu einer „Wahrnehmung einer unbestimmten Situation mit hohen, unvorhersehbaren Veränderungsrate“⁶⁹⁰. Die intergenerationale Kluft wächst, transgenerational verankerte Erfahrungen und Werte werden entwertet, sie verlieren ihre Bindungskraft. Intragenerationalität impliziert die Ausprägung von Altersbruchlinien, „welche die Lebenswelten der Generationen trennen, sodass die miteinander lebenden Generationen gleichsam zu einer Manifestation der *Un-gleichzeitigkeit des Gleichzeitigen* werden.“⁶⁹¹

Wichtigste Auswirkung der Beschleunigung des Sozialen Wandels ist aber, dass sich Individuen wie Kollektive aufgrund der hohen Veränderungsrate einem enormen Adaptionen Druck ausgesetzt sehen, der ihnen das Gefühl vermittelt, auf rutschenden Abhängen zu stehen: „Um seine Position zu halten, um Optionen und Anschlussmöglichkeiten nicht zu verlieren und um die Synchronisationserfordernisse zu erfüllen, müssen die Umweltveränderungen stets mit- und nachvollzogen werden - Phasen des Stillstandes oder des temporären Ausstiegs sind dann durch ein erhöhtes Aufholtempo wieder wettzumachen.“⁶⁹² Der Mensch ist in stetiger Unruhe: er darf und kann sich nicht ausruhen, er darf und kann sich nicht zufrieden geben, sonst wird ihm das zum Nachteil (Wettbewerbsprinzip).

Die Beschleunigung des Sozialen Wandels hat ihre kategoriale Entsprechung im Prinzip der **Rationalisierung** als einer „Effizienzsteigerung in *Zweck-Mittel-Beziehungen*“⁶⁹³, die zur „*Erosion von Sinnressourcen*“⁶⁹⁴ führen kann - das heißt zum Zwecke einer positiven Kosten-Nutzen-Bilanz im Sinne einer Effizienzsteigerung hält die Ökonomie Einzug ins Gesundheitswesen und transformiert es entsprechend den ihr eigenen Wertorientierungen - Care-Gebende sind nun Dienstleister, Care-Empfangende Kunden und Verbraucher. Wo Ökonomisierung als Wert im

⁶⁸⁸ Vgl. Rosa, 462; 467!

⁶⁸⁹ Rosa, 462f.

⁶⁹⁰ Rosa, 468.

⁶⁹¹ Rosa, 468.

⁶⁹² Rosa, 468.

⁶⁹³ Rosa, 441.

⁶⁹⁴ Rosa, 439.

Feld von Care die Wertorientierungen von Care "sticht", kommt es zur Erosion von Sinnressourcen. Werte sind plural und wenig verlässlich, die Möglichkeiten komplex - die Ethisierung hält als Antwort auf die Ökonomisierung zeitversetzt Einzug ins Gesundheitswesen.⁶⁹⁵

(c) Zeitschrumpfung - Das Phänomen der Beschleunigung des Lebenstempos:

Die Beschleunigung des Lebenstempos ist „eine Reaktion auf die Verknappung von (ungebundenen) Zeitressourcen..., weshalb sie sich einerseits in der Erfahrung von *Zeitnot* und *Stress* manifestiert und andererseits als Steigerung der Zahl der Handlungs- und/oder Erlebnisepisoden pro Zeiteinheit“⁶⁹⁶. Eine Steigerung der Zahl der Handlungsepisoden pro Zeiteinheit ist zu erreichen durch (1) die Erhöhung der Handlungsgeschwindigkeit (Fast Food, Speed Dating), (2) die Verkürzung von Pausen und die Vermeidung von Leerzeiten zwischen verschiedenen Handlungsepisoden, (3) die Verdichtung von Handlungsepisoden durch deren simultane Ausführung (Multitasking). Dies führt zur Fragmentierung der Handlungsstränge, das heißt die Zeitspannen der Konzentration auf eine Sache werden immer kürzer. Die technischen und sozialen Voraussetzungen permanenter Erreichbarkeit und Verfügbarkeit begünstigen dies noch.⁶⁹⁷ Mit der Steigerung der Handlungsgeschwindigkeit korreliert das Gefühl von Zeitnot und Stress und „die Sorge, *nicht mehr mitzukommen*. *Verpassensangst* und *Anpassungszwang* sind dabei zwei alternative Ursachen dieser Stresserfahrung“⁶⁹⁸. Hinzu kommt, „dass die für die Spätmoderne charakteristische rasche Folge dekontextuierter, wechselseitig zusammenhangloser, aber stimulationsreicher Erlebnissequenzen die Transformation von Erlebnissen in *genuine Erfahrung*... verhindert. Die Erlebnisse

⁶⁹⁵ Vgl. an dieser Stelle die Diskussion um die veränderten „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“ in der Fassung von 2011, die hinsichtlich der Frage des „assistierten Suizids“ eine veränderte Grundhaltung in der Ärzteschaft widerspiegelt. Wird die ärztliche Mitwirkung in der Fassung von 1993 noch als „unärztlich“ (A-2406) bezeichnet, widerspricht sie in den Fassungen von 1998 (A-2366) und 2004 (A-1298) ausdrücklich dem „ärztlichen Ethos“. Dieses ärztliche Ethos ist 2011 aufgegeben, die Mitwirkung beim assistierten Suizid ist nun nur noch „keine ärztliche Aufgabe“ (A-346). Jörg-Dietrich Hoppe begründet diese Veränderung in seinem Vorwort zur Fassung von 2011 folgendermaßen: „Damit werden die verschiedenen und differenzierten individuellen Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft anerkannt, ohne die Grundausrichtung und die grundlegenden Aussagen zur ärztlichen Sterbebegleitung infrage zu stellen.“ (A-346) Vgl. außerdem die Darstellung der Diskussion um die Aufgabe des „Ethos“ bei Lanzerath, 6ff.!

⁶⁹⁶ Rosa, 463.

⁶⁹⁷ Vgl. Rosa, 469f.

⁶⁹⁸ Rosa, 469f.

bleiben episodisch, sie werden nicht mehr miteinander und mit der Geschichte und der je eigenen Identität verknüpft⁶⁹⁹, die Zeit beginnt zu rasen, sie schrumpft, sie wird verzeitlicht, während die Geschichte und das eigene Leben entzeitlicht werden. Das Selbstverhältnis (Identität) gerinnt damit zu einer situativen Identität. Die Gesellschaft scheint erlebnisreich, aber erfahrungsarm.⁷⁰⁰

Paradox mutet an, dass aufgrund der technischen Beschleunigung doch eigentlich Zeit gewonnen sein müsste, die das Lebenstempo senken könnte. Dennoch treten beide Formen der Beschleunigung gleichzeitig auf, was durch eine spezifische Verknüpfung von Wachstum und Beschleunigung erklärt werden kann: „Erst wenn die *quantitativen Steigerungsraten* (der Produktion von Gütern und Dienstleistungen, der Zahl der getätigten Kommunikation, der zurückgelegten Wegstrecken, der zu absolvierenden Tätigkeiten etc.) die *Beschleunigungsraten* der korrespondierenden Prozesse übersteigen, kann es zu einer Verknappung von Zeitressourcen bei gleichzeitiger technischer Akzeleration kommen.“⁷⁰¹

Die Beschleunigung des Lebenstempos hat ihre kategoriale Entsprechung in den Prinzipien von Individualisierung und funktionaler (Aus-) Differenzierung mit ihren Auswirkungen auf die Persönlichkeit. Der Prozess funktionaler Ausdifferenzierung trägt in sich das Problem der Desynchronisation bei unterschiedlich stark beschleunigbaren Subsystemen sowie als Folge davon deren Steuerungsverlust und Desintegration.⁷⁰² Individualisierung in seiner spätmodernen Form ist komplementär begleitet durch einen paradox anmutenden Autonomieverlust. Dieser basiert auf einer „akzelerationsbedingten Erfahrung von ‘Entwurzelung’ und/oder ‘Entfremdung’, die sich etwa in dem wachsenden Gefühl manifestiert, keine Zeit (für das >eigentlich< Wichtige) zu *haben*, obwohl immer mehr Zeitressourcen durch technische Beschleunigung *eingespart* werden.“⁷⁰³ Erfahrungen von Zeitknappheit im pflegerischen Alltag, Fragen von Professionalisierung und Delegation ärztlicher Aufgaben an die Pflegenden und Fragen von Autonomieverlust der Care-Empfan-

⁶⁹⁹ Rosa, 470.

⁷⁰⁰ Vgl. Rosa, 470!

⁷⁰¹ Rosa, 463; vgl. auch 256: “Erst wenn die *Wachstumsraten* die *Beschleunigungsraten* der korrespondierenden Prozesse übersteigen, können sich Zeitressourcen trotz technischer Zeiteinsparungen verknappen.”

⁷⁰² Vgl. Rosa, 439!

⁷⁰³ Rosa, 440.

genden, aber auch der Care-Gebenden klingen in diesem Zusammenhang an.

(2) Das Verhältnis der drei Dimensionen

„Die technische Beschleunigung stellt... nur die *materiale Basis* und eine *Ermöglichungsbedingung* für die Vielfalt an sozialen Beschleunigungsprozessen dar, welche jenen Veränderungen zugrunde liegen... Dies offenbart..., dass die Unterscheidung der drei Dimensionen sozialer Beschleunigung eine *analytische* ist: Für das Verständnis der empirischen Erscheinungsformen und Wirkungsweise sozialer Beschleunigung ist die simultane Berücksichtigung aller drei Dimensionen und... ihrer *Wechselwirkungen* unverzichtbar.“⁷⁰⁴

(3) Zeitperspektiven

Welche Kategorien sind hilfreich für eine Bestimmung des “In-der-Zeit-Seins” sozialer Akteure? - Rosa beschreibt im Anschluss an Ahlheit und Giddens drei Ebenen des temporalen Vermittlungsprozesses aus Akteursperspektive.⁷⁰⁵ „Danach bilden Akteure stets drei unterschiedliche Zeitperspektiven und -horizonte zugleich aus, deren Verhältnis zueinander sie immer wieder neu reflektieren und in ihren Zeitpraktiken verarbeiten müssen.“⁷⁰⁶ Es handelt sich dabei um die Ebene der “Alltagszeit” (Zeitstrukturen des Alltagslebens), die Ebene der (biografischen) “Lebenszeit” (das Heideggersche “Dasein”) und die Ebene der “Historischen Zeit” (Zeit der eigenen Generation oder weiter gefasst die Zeit der eigenen Epoche, die das “Zeitgemäße“ definiert). Rosa weist auf die Möglichkeit der Ergänzung dieser drei immanenten Ebenen durch die transzendente Ebene einer Sakralzeit (zeitlose Zeit) hin.⁷⁰⁷ Jede dieser immanenten Ebenen hat ihre je eigenen zeitlichen Muster (Rhythmen, Sequenzen, Geschwindigkeiten und Synchronisationserfordernisse) und Perspektiven (Vorstellungen oder Horizonte von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und deren Relevanz für das jeweilige Handeln), und jede dieser immanenten Ebenen ist sozialstrukturell (individuellem Handeln übergeordnete kollektive

⁷⁰⁴ Rosa, 174f.

⁷⁰⁵ Vgl. Rosa, 30ff.!

⁷⁰⁶ Rosa, 30.

⁷⁰⁷ Vgl. Rosa, 35f.!

Zeitmuster und Synchronisationserfordernisse der Gesellschaft) bestimmt.⁷⁰⁸ „Diese drei Zeitebenen und die damit verbundenen Zeithorizonte bestimmen in ihrem Zusammenspiel erst das 'In-der-Zeit-Sein' eines Akteurs,... und sie müssen immer wieder von Neuem miteinander in Einklang gebracht werden.“⁷⁰⁹

6.2.2. Ursachen der Beschleunigung - Verknüpfung von Wachstum und Beschleunigung

Wie kommt es nun zum Phänomen der Beschleunigung in der Moderne? Rosa geht davon aus, dass es sich bei der sozialen Beschleunigung um „eine strukturbildende und kulturprägende Grundtendenz der Moderne *sui generis*“⁷¹⁰ handelt, die sich weder auf andere Fundamentalprozesse der Modernisierung (Rationalisierung, Differenzierung, Individualisierung, Domestizierung) reduzieren lässt noch auf externe Antriebsmotoren angewiesen ist, da es sich beim Phänomen der sozialen Beschleunigung „um einen sich selbst-antriebenden Prozess handelt... Die Beschleunigungsprozesse wirken in den drei identifizierten Dimensionen so aufeinander ein, dass ein kaum zu durchbrechender 'Feedbackzirkel' entsteht“⁷¹¹. Dieser Feedbackzirkel wird allerdings zusätzlich „extern“ gefüttert: „Die konstitutive Verknüpfung von Steigerungs- und Akzelerationslogik, welche die Zeitknappheit dadurch stetig verschärft, dass... ein quasi-exponentielles Mengenwachstum... einer 'nur' linearen Verarbeitungsbeschleunigung gegenübersteht, hat ihre Wurzeln indessen auch in drei weiteren neuzeitlichen Grundprinzipien, die als gleichsam 'externe', d.h. logisch unabhängige 'Motoren' jenen Beschleunigungszirkel zusätzlich antreiben.“⁷¹²

(1) Der ökonomische Motor als Ursache: Zeit ist Geld

Rosa betrachtet als einen solchen Motor „das System der kapitalistischen Wirtschaft, in dem *Beschleunigung* zu einem unentrinnbaren, in die materialen Struk-

⁷⁰⁸ Vgl. Rosa, 32f.!

⁷⁰⁹ Rosa, 31.

⁷¹⁰ Rosa, 471.

⁷¹¹ Rosa, 471.

⁷¹² Rosa, 472.

turen der Gesellschaft eingelassenen Sachzwang wird.⁷¹³ Beschleunigung wird Selbstzweck zum Zwecke der Steigerung an sich. Die Steigerung von Produktion und Produktivität im Rahmen der technischen Beschleunigung sind Systemimperative, die die entsprechenden Bedürfnisse als systemimmanente Imperative immer schon mitproduzieren.

Zeit wird in diesem Zusammenhang umgedeutet und schließlich umgewandelt: Aufgrund des kapitalistischen Operationsprinzips, dass Zeitvorsprünge Wettbewerbsvorteile darstellen⁷¹⁴, ist Zeit als "operatives Zeitkonzept" transformiert „in ein knappes, unter Effizienzgesichtspunkten zu bewirtschaftendes Gut... Es ist nun die 'Zeit' selbst, die der kapitalistische Unternehmer seinen Arbeitnehmern abkauft, nicht mehr das Produkt ihrer Arbeit."⁷¹⁵ Zeit wird gleichgesetzt mit Geld, Zeit **ist** Geld. „Zeit wird im Kapitalismus zu Geld und Beschleunigung daher unmittelbar zu Profit.“⁷¹⁶

Welche Möglichkeiten der Beschleunigung gibt es in diesem Zusammenhang? Welche Möglichkeiten der Zeiteinsparungen und Effizienzsteigerungen gibt es? Zum einen durch die Beschleunigung der Produktion durch Verdichtung der Arbeit. Zum anderen durch die Beschleunigung von Innovationszyklen (OP-Techniken, medikamentöse Therapien etc.). Des Weiteren durch ein Geringhalten von Investitionen in Produktionsmittel. Produktionsmittel (ältere Pflegekräfte) sind in ihrer Funktionalität solange wie möglich zu erhalten. Durch habituelles Einüben in sozialen Institutionen (Schulen, Krankenhäuser) kommt es zur Internalisierung des neuen Zeitkonzepts. Wer nicht mitmacht, fliegt raus - so auch das Palliative Feld am Rand eines akzelerierten Gesundheitssystems. Im Foucaultschen Sinne wird Zeit das Hauptinstrument der Disziplinargesellschaft der Moderne, die Befolgung strikter Zeitdisziplin ist Disziplinierungsziel. Bedürfnisorientierung muss im beschleunigten Gesundheitssystem leeres, unerfülltes Desiderat bleiben oder aber an ausgewählte Bereiche delegiert werden. Uhren werden zu Überwachungsinstrumenten, die die Eigenrhythmen der Menschen brechen. Die in sozialen Institutionen vermittelten Zeitorientierungen sind nach Rosa Folge der kapitalistischen

⁷¹³ Rosa, 257f.

⁷¹⁴ Vgl. Rosa, 472!

⁷¹⁵ Rosa, 258.

Gesellschaft, der funktionalen Differenzierung (soziokulturell bedingt), der politischen Organisation und Rationalität des Sozialstaates und des Militärwesens und außerdem Folge der spezifisch okzidentalen Kultur des Rationalismus (kulturell bedingt).⁷¹⁷

(2) Der kulturelle Motor als Ursache: Der Mensch zwischen Angst und Verheißung

(a) Kulturelle Quelle des Verbots der Zeitverschwendung und des Gebots der Zeiteffizienz ist das Ethos protestantischer Ethik, wie Max Weber herausgearbeitet hat.⁷¹⁸ Dieses Verbot hat eine zugleich rationalisierende und disziplinierende Wirkung auf die Zeitpraktiken – „die protestantische Ethik lieferte die passgenaue kulturelle Entsprechung für die kapitalistische Zeitökonomie“⁷¹⁹. Die Zeitimperative einer solchen Ethik sind durch Angst und Verheißung gleichermaßen motiviert, die „Angst als Folge der schicksalhaften religiösen Vereinzelung angesichts der quälenden Frage nach der Erwähltheit zum Gnadenstand.“⁷²⁰ Angst und Verheißung als Motoren subjektiven Handelns sind aber kein Spezifikum protestantischer Ethik. Als „sinnstrukturelle Korrelate von *Lust* und *Schmerz* als den fundamentalsten psychischen Motivationselementen sind sie zweifellos universell. Spezifisch ist hingegen ihre zeitökonomistische Wendung: *Das charakteristische Merkmal der modernen Kultur ist die Verknüpfung jener Triebfedern mit den Prinzipien der Zeiteffizienz und mit den damit verbundenen Beschleunigungserwartungen.* Und diese Verknüpfung... blieb auch im Verlauf der säkularen Transformation ihrer Sinngrundlagen erhalten.“⁷²¹ Säkular transformiert ist die Grundangst im Bereich der sozialen Beschleunigung zur Angst, abgehängt zu werden (Verpassensangst). Außerdem ist Objekt der Verheißung nun nicht mehr das ewige Leben, sondern immerwährender Wohlstand. Geld als geronnene Zeit erhält eine „religiöse Ersatzfunktion, indem es als *Kontingenzbewältiger* an die Stelle Gottes tritt.“⁷²² Geld ist

⁷¹⁶ Rosa, 473.

⁷¹⁷ Vgl. Rosa, 267!

⁷¹⁸ Vgl. Weber!

⁷¹⁹ Rosa, 282.

⁷²⁰ Rosa, 283; Vorstellung des Calvinismus!

⁷²¹ Rosa, 284.

⁷²² Rosa, 285.

der Ermöglichungsgrund für Optionen: Geld ist nicht alles, aber ohne Geld ist alles nichts.⁷²³ Geld verheißt Kontrolle über das Unkontrollierbare. Es entspricht dem Sicherheitsbedürfnis der Moderne angesichts größter Kontingenz. „Das eigentliche, verborgene, aber kulturell höchst wirksame ‘Heilsversprechen’ der sozialen Beschleunigung... besteht darin, dass sie ein säkulares funktionales Äquivalent für die Idee des ‘ewigen Lebens’ zu bieten scheint und daher als *die Antwort der Moderne* auf das unvermeidliche große Kulturproblem der menschlichen Endlichkeit, *den Tod*, verstanden werden kann.“⁷²⁴ Beschleunigung ist Ewigkeitsersatz.⁷²⁵ Beschleunigung angesichts des Verlusts metaphysischer Gewissheiten kommt einem Davonlaufen vor dem Tode gleich. Die Ewigkeit als sinnstiftende Sakralzeit wird in die Lebenszeit verlagert.⁷²⁶ Es zählt nun die eigene Verweildauer in der Zeit aus chronischem Mangel an Dauer. Das gute Leben ist das „*Leben als letzte Gelegenheit*“⁷²⁷, durch eine Habenssteigerung im Ausschöpfen von Optionen (Erhöhung des Lebenstempos) kommt es zur vermeintlichen Seinssteigerung.⁷²⁸

In der Unverfügbarkeit des Lebens kehrt die Unsicherheit und die Angst des modernen Menschen vor Kontrollverlust am Ende des Lebens mit voller Wucht zurück. Anspruch und Wirklichkeit kollidieren und enden in größtmöglicher Verunsicherung und größtmöglichem Kontrollverlust im Gewährwerden der eigenen Vergänglichkeit. Palliative Haltung ist das Bindeglied zwischen Sicherheitsbedürfnis und Kontrollbedürfnis einerseits und Verunsicherung und Kontrollverlust andererseits. Palliative Haltung kommt als Haltung der Ambivalenz in der Mitte dieser Pole zu stehen. Zwischen normativen Ansprüchen des modernen Menschen auf ein gutes, weil sicheres und kontrollierbares Leben einerseits und der Wirklichkeit des schon immer gebrochenen Menschen, weil verunsichert und kontrollverlustig ange-

⁷²³ Vgl. Sedláček, in: Spiegel, 113: „Die Monetarisierung unserer Gesellschaft hat die Illusion verstärkt, dass alle Dinge, die wir wünschen, in unserer Reichweite liegen.“

⁷²⁴ Rosa, 287.

⁷²⁵ Vgl. Rosa, 472! Vgl. auch Sedláček, in: Spiegel, 116: „Der Fortschrittsglaube ist doch auch eine ins Säkulare gewendete Eschatologie.“

⁷²⁶ Vgl. Rosa, 288!

⁷²⁷ Rosa, 289.

⁷²⁸ Vgl. Seeger, Krankenhaus, 137: „Bis zum Lebensende bleibt die Hoffnung von Angehörigen, jede Möglichkeit auszuschöpfen, um den Angehörigen vor dem Tod zu bewahren. Die beste Sicherheit davor scheint der hoch technisierte Umgang im Krankenhaus zu bieten. Teilweise bedeutet das Krankenhaus auch für den betroffenen Patienten die sicherste Unterbringung und der Wunsch, dort sterben zu können.“

sichts seiner eigenen Endlichkeit. Palliative Arbeit vermittelt aus dieser Haltung heraus zwischen Anspruch und Wirklichkeit und spricht das dem Menschen als "Ganzem" zu, was er schon immer ist - ein abhängiger Mensch, der im Gewahrwerden seiner eigenen Brüchigkeit sich selbst und seinem Gegenüber ganz neu begegnen darf, der sich in seiner Brüchigkeit in die Zeit seines Sterbens eingebettet weiß, so dass es zur Umdeutung des guten Lebens in ein gutes Sterben kommt. Palliative Haltung ist die Haltung des Aushaltens der Ambivalenz des modernen Menschen. Der Überbetonung des Lebens als letzter Gelegenheit mit einer Dominanz des Wunsches nach mehr Lebenszeit setzt Palliative Care die Dominanz der Idee der Lebensqualität als Qualitätsmerkmal eines guten Sterbens entgegen - zugegebenermaßen mit dem Zugeständnis einer Betonung des Lebens und nicht des Sterbens.

(b) In ähnlicher Weise wie die Idee der Optionenausschöpfung wirkt das „*humanistische Bildungsideal*, dem zufolge das gute Leben... darin besteht, die in einem Subjekt angelegten Begabungen und Potenziale möglichst umfassend zu entfalten.“⁷²⁹ Auch hier geht es darum, durch Ausschöpfen der Möglichkeiten den Tod aus dem Leben zu drängen: „*Weil sich umso mehr Möglichkeiten realisieren lassen, je schneller die einzelnen Stationen, Episoden oder Ereignisse durchlaufen werden, stellt Beschleunigung die aussichtsreichste, ja die einzige Strategie dar, Weltzeit und Lebenszeit tendenziell einander anzunähern.*“⁷³⁰ So gilt: „*Wer unendlich schnell wird, braucht den Tod als Optionenvernichter nicht mehr zu fürchten*“⁷³¹.

Das heißt nun aber auch, dass nicht die kapitalistische Organisation die Ursache der Beschleunigungsideologie ist, sondern deren Instrument. Institutionen des Gesundheitswesens, die Rückzugsorte für institutionalisiertes Sterben gewesen sind, werden spätmodern umgedeutet und transformiert in Wirtschaftsbetriebe, so dass das Sterben darin keinen Platz mehr haben kann. Es sind nicht die Ärzte, die das Sterben mit ihrem Ethos nicht vereinbaren können, sondern der "Beschleunigungshype" des modernen Menschen, der sich durch sein Sterben der Realisa-

⁷²⁹ Rosa, 290.

⁷³⁰ Rosa, 291.

⁷³¹ Rosa, 292.

tion seiner Optionen beraubt sieht und sein eigenes Sterben folglich als narzisstische Kränkung erlebt. Die Erhöhung des Lebenstempos, die Beschleunigung des Sozialen Wandels und die Vervielfachung medizinischer Möglichkeiten als Dimensionen sozialer Beschleunigung sind Antwort auf den drohenden Tod. Eine akzelerierte Medizin legt den Grund für die Ökonomisierung des Gesundheitswesens, der Tod ist im akzelerierten Gesundheitswesen ein Störfaktor. Weil er verunsichert und weil er entschleunigt. Deshalb muss das Sterben aus Akutbereichen in Randbereiche, in das Palliative Feld hinein verlagert werden. Das Sterben wird institutionalisiert kontrolliert an den Rand des Palliativen Feldes gestellt. Das Unberechenbare und Unkontrollierbare und darum Verunsichernde wird funktional ausdifferenziert und damit im Palliativen Feld kontrollierbar gemacht. Das Palliative Feld ist damit ebenso Instrument der Beschleunigungsideologie! Zum einen, um das Krankenhaus schneller zu machen (ökonomisch), zum anderen, um dem beschleunigten Gesundheitswesen das Sterben zu ersparen als Bedrohung der Glücksverheißung eines DRG-beschleunigten Systems.

Das Paradoxon der Glücksverheißung wird offenbar, wo Angst und Verheißung den Menschen desynchronisieren. Je mehr Möglichkeiten nämlich, desto höher das Tempo, so dass Lebens- und Weltzeit immer mehr auseinander geraten und sich so gar nicht mehr annähern lassen. Dies ist der Fall, wenn Optionensteigerungsrate (Summe der verwirklichtbaren Optionen) die Beschleunigungsrate (Summe der verwirklichten Optionen) übersteigt. Der Ausschöpfungsgrad (Verhältnis von realisierten und realisierbaren Weltmöglichkeiten) sinkt, während die Beschleunigungsspirale an Fahrt gewinnt, so dass Systeme und Akteure desynchronisieren.⁷³²

(3) Der sozialstrukturelle Motor als Ursache: Die Temporalisierung von Komplexität

Das Prinzip der funktionalen Differenzierung führt zur weiteren Verknappung der Zeit aufgrund der Zunahme von Komplexität mit neu geschaffenen Schnittstellen und erhöhtem Kommunikationsbedarf. Diese Komplexität wird temporalisiert, das heißt nicht realisierte Möglichkeiten werden in die Zukunft verschoben, was zu

⁷³² Vgl. Rosa, 475!

einer Sequenzierung von Entscheidungen führt. Die Zukunft dient „als *Erwartungshorizont* dazu, Möglichkeitsüberschüsse zu bewältigen und Selektionsentscheidungen aufzuschieben.“⁷³³ Organisationen und Institutionen erleben totale Zeitanprüche - als ein Zuwenig an „Zeitressourcen für die Bewältigung der systemisch erzeugten Aufgaben“⁷³⁴. Die Arbeit hört nie auf. Dem entspricht eine spätmoderne Entgrenzung von Arbeit, Freizeit und Leben. Was frühmodern entgrenzt war und modern begrenzt wurde in der Trennung des beruflichen und des privaten Bereichs, wird nun spätmodern wieder entgrenzt. Die Grenzen fallen, Arbeit, Freizeit und Leben fließen ineinander. Dies erfordert „flexible Zeitarrangements des... mikrotemporalen Changierens zwischen den Anforderungen aus den unterschiedlichsten Funktionssphären, die alle auf *Nonstop*-Betrieb geschaltet sind.“⁷³⁵ Hier wiederum stellt sich die Frage nach der Synchronisationsfähigkeit der Subsysteme und ihrer Desynchronisationsanfälligkeit, da die Eigenzeiten der Systeme dysfunktionale Folgen für das Gesamtsystem haben können. Damit wird deutlich, dass der strukturelle Motor „als Hauptantriebsquelle für die Beschleunigung des sozialen Wandels im Sinne der ‘Gegenwartsschrumpfung’ betrachtet werden“⁷³⁶ kann.

6.3. Zeitdiagnose “Entschleunigung”

Dass nicht alles immer schneller wird, kann Rosa durch seine „Bestandsaufnahme der Verlangsamungstendenzen und Beharrungskräfte“⁷³⁷ belegen. Fünf Kategorien von Phänomenen der Beharrung, die sich entweder einer Dynamisierung entziehen, da sie nicht beschleunigbar sind, oder ihr entgegenlaufen, also Tendenzen der Verlangsamung aufweisen, lassen sich unterscheiden. Die Kräfte der Be- und Entschleunigung halten sich dabei nicht die Waage, sondern sind höchst einseitig verteilt: „Die auffindbaren Beharrungstendenzen lassen sich entweder als residual oder als Reaktionsformen auf Beschleunigungsprozesse (und gelegentlich als *funktional* für Letztere) interpretieren, sie sind also in jedem Fall sekundär zu den

⁷³³ Rosa, 301.

⁷³⁴ Rosa, 305.

⁷³⁵ Rosa, 307.

⁷³⁶ Rosa, 474.

⁷³⁷ Rosa, 462.

Beschleunigungskräften.⁷³⁸

6.3.1. Phänomene der Beharrung

(1) Natürliche Geschwindigkeitsgrenzen

Hierbei handelt es sich um „geophysikalische, biologische und anthropologische *Geschwindigkeitsgrenzen*, also Prozesse, die in ihrer Dauer gar nicht oder nur um den Preis einer massiven qualitativen Veränderung des zu beschleunigenden Vorgangs manipuliert werden können.“⁷³⁹ Als Beispiele nennt Rosa das Reproduktionstempo für natürliche Rohstoffe, das Gehirn und den Körper.

(2) Entschleunigungsinseln

Rosa identifiziert territoriale (Orte der Entschleunigung), kulturelle und sozialstrukturelle (Gruppen) „Entschleunigungsinseln“, d.h. Bereiche, die zwar prinzipiell Modernisierungs- und... Beschleunigungsprozessen gegenüber empfänglich sind, bisher aber von ihnen nicht erfasst wurden oder ihnen gegenüber eine (zumindest vorübergehende) Stillstellung erreicht haben, sodass in ihnen gleichsam die ‚Zeit stehen geblieben‘ zu sein scheint.“⁷⁴⁰ Entschleunigungsinseln sind der Urlaub, Wellnessoasen oder bestimmte Guppen (Sekten u.a.).

(3) Verlangsamung und Desynchronisation als dysfunktionale Nebenfolge

Hierbei handelt es sich um Verlangsamungen als nicht intendierte Nebenfolgen von Beschleunigungsprozessen. Diese können zu dysfunktionalen (Verkehrsstau, Reformstau, Wartezeiten) und zum Teil auch pathologischen Konsequenzen (Depression als pathologische Ausstiegsreaktion auf den gesellschaftlichen Beschleunigungsdruck) führen.⁷⁴¹ „Zu akzelerationsbedingter unintendierter Verlangsamung kommt es darüber hinaus aber auch an den Schnittstellen von Funktionssystemen oder Prozesskreisläufen, wenn diese sich als unterschiedlich beschleu-

⁷³⁸ Rosa, 52.

⁷³⁹ Rosa, 464.

⁷⁴⁰ Rosa, 464.

nigungsfähig erweisen und daher Desynchronisationsprobleme verursachen, die sich in unfreiwilligen Wartezeiten manifestieren⁷⁴². Zum Phänomen der Desynchronisation von Prozessen, Systemen und Perspektiven kommt es folglich bei einseitiger Beschleunigung.⁷⁴³ Folgende Formen lassen sich unterscheiden:

(a) Desynchronisation auf der akteursbezogenen Ebene: Kennzeichnend ist eine Inkongruenz der akteursleitenden Zeithorizonte, insofern das eigene Leben nicht in referenzstiftende Vergangenheit und sinnstiftende Zukunft eingebettet werden kann. Die Alltagszeit ist situativ nicht mehr an die Lebenszeit gebunden. Die Lebenszeit bettet sich nicht mehr recht in die historische Zeit ein. Es entsteht das Gefühl der Entfremdung - ich fühle mich fremd in meiner Zeit, passe nicht mehr.

(b) Desynchronisation von institutionell-struktureller Ebene und Akteursebene: Hier ist entweder das institutionell-strukturell erzwungene Tempo zu hoch für die Akteure, deren Bewältigungsgeschwindigkeit konstant bleibt bzw. hinter der institutionell-strukturell vorgelegten Beschleunigungsrate zurückbleibt, oder die Subjekte sind zu starr und zu träge.

(c) Desynchronisation von sozialen Subsystemen: Können „Nationalstaat und Militär als die institutionellen ‘Schlüssel-Akzeleratoren’ der Moderne gelten,... sind [sie in der Spätmoderne] *Beschleunigungshindernisse* oder *Bremser* geworden“⁷⁴⁴. Aufgrund einer Desynchronisation von sozioökonomischer Entwicklung und politischem Gestaltungshandeln wird spätmoderne Politik situativ, sie reagiert nur noch auf anfallende Probleme ohne geschichts- und gesellschaftsgestaltenden Anspruch.⁷⁴⁵ Wirtschaft, Wissenschaft und Technik unterliegen einer hohen Beschleunigungsgeschwindigkeit, während Recht, Politik und Bildung nicht mehr Schritt halten können und gegenwärtig erfahrbar bremsend wirken.

(d) Desynchronisation von globaler und innergesellschaftlicher Ebene: Individuen und Nationalstaaten kollidieren mit dem Transaktionstempo der globali-

⁷⁴¹ Vgl. Rosa, 464!

⁷⁴² Rosa, 464.

⁷⁴³ Vgl. Rosa, 44ff.!

⁷⁴⁴ Rosa, 475f.

⁷⁴⁵ Vgl. Rosa, 477f.!

sierten Moderne (Cyberage).

(4) Formen intentionaler Entschleunigung

Intentionale Entschleunigung tritt in zwei Formen auf:

(a) Funktionale oder akzeleratorische Entschleunigung - Entschleunigung als Akzelerationsstrategie: Gemeint sind individuelle oder kollektive Moratorien oder Erholungsphasen, die dem Zweck weiterer Geschwindigkeitssteigerung dienen, also indirekte Strategien der Beschleunigung sind.⁷⁴⁶ D.h. eine zeitlich begrenzte Auszeit dient dazu, langsamer zu machen, damit es danach umso schneller geht (Entschleunigungsasen, Wellnesscenter, Klöster, Yogakurse, politische Moratorien, Lernprogramme). „Zu den Erscheinungsweisen der *funktionalen Entschleunigung* ist dabei auch die *institutionelle Stillstellung* und Bestandsgarantie der grundlegenden sozialen Rahmenbedingungen in der 'klassischen Moderne' zu zählen... Dies wirft die Frage auf, ob nicht die Erosion jener Institutionen durch eine gleichsam 'entgrenzte' soziale Akzeleration in der Spätmoderne langfristig deren eigene Voraussetzungen untergräbt.“⁷⁴⁷ Zu solchen Institutionen zählen sicherlich auch die ehemals karitativen Einrichtungen des Gesundheitswesens, die sich in ökonomischer Ausrichtung ihrer eigenen, karitativen Voraussetzungen berauben.

(b) Oppositionelle oder ideologische Entschleunigung - Entschleunigung als Ideologie: Hat einen fundamentalistischen oder antimodernistischen Charakter und zielt auf soziale Verlangsamung bzw. Stillstellung des Akzelerationsprozesses - im Namen einer besseren Gesellschaft und Lebensform.⁷⁴⁸ Als Beispiele hierfür nennt Rosa die Amish-People, den Verein zur Verzögerung der Zeit, die "Voluntary Simplicity", die Slow-Food-Movement oder den Öko-Bauernhof.

⁷⁴⁶ Vgl. Rosa, 464!

⁷⁴⁷ Rosa, 465.

⁷⁴⁸ Vgl. Rosa, 464f.!

(5) Strukturelle und kulturelle Erstarrung

Hierzu zählen „all jene Phänomene einer strukturellen und kulturellen Erstarrungstendenz..., die nicht als eigenständiges Prinzip, sondern als die paradoxe Kehrseite der sozialen Beschleunigung erscheinen. Sie bilden die Grundlage für die Erfahrung der Ereignislosigkeit und des Stillstandes *unter der sich rasch wandelnden Oberfläche* gesellschaftlicher Zustände und Ereignisse“⁷⁴⁹. Es entsteht das Gefühl eines lähmenden Stillstandes in der Entwicklung moderner Gesellschaften (“Utopie der Null-Option”, “Rasender Stillstand”, “Ende der Geschichte“).

6.3.2. Ethisierung als Phänomen der Entschleunigung eines (ökonomisch) beschleunigten Gesundheitswesens

Reaktionen auf ein (ökonomisch) beschleunigtes Gesundheitswesen sind neben der Tendenz zu seiner Ethisierung der Rückzug des Sterbens in Entschleunigungsiseln im Rahmen der Ausbildung einer Palliative Care. Die Tendenz zur Ethisierung will ich an dieser Stelle unter Bezug auf die externen Antriebsmotoren der Beschleunigung näher betrachten.

(1) Zeit ist Geld

Zeit wird abstrahiert, sie wird losgelöst vom Subjekt und selbst zum Objekt, zur Ware. Zeit ist Geld heißt, dass der Arbeitgeber nicht mehr das Produkt der Arbeit der Arbeitnehmer kauft, sondern deren Zeit. Gesundheitsdienstleistungen werden im Rahmen des DRG-Systems als Prozeduren im Verhältnis zur Liegedauer berechnet, Pflegeleistungen im ambulanten Bereich minutengenau abgerechnet. Nicht die Dienstleistung, sondern die dafür aufgebrauchte Zeit entscheidet über die Effizienz eines Unternehmens am Gesundheitsmarkt. Wo nicht die karitative Tat, sondern die Zeit in den Mittelpunkt tritt, entsteht eine Werteverwirrung. Was ist der Wert einer karitativen Dienstleistung? Diesen Wert darstellbar zu machen und diesen Wert als Wert zu sichern und weil in der Ausrichtung an Effizienz und nicht an der Tat die Qualität einer solchen Leistung auf der Strecke zu bleiben droht, bricht die Zertifizierungs- und Qualitätssicherungswelle über das Gesundheitswe-

⁷⁴⁹ Rosa, 465.

sen herein, verschlingt weitere Ressourcen der Unternehmen, was den Zwang zur weiteren Erhöhung der Effizienz nach sich zieht. Der Beschleunigungszirkel ist in vollem Gange. Die Subjekte karitativer Dienstleistungen und deren Dienstleistungen ernst zu nehmen und die Patienten nicht als Objekt, sondern salutogenetisch als Subjekt im Gesundheitssystem zu betrachten, scheint damit ein Motor der Ethisierung des Gesundheitswesens zu sein. Ethisierung ist die Antwort auf das moderne Paradoxon sozialen zeitgebundenen Arbeitens. Klinische Ethik macht als Organisationsethik auf die natürlichen Geschwindigkeitsgrenzen aufmerksam und verwendet sich für eine holistisch verfasste Care, die Care-Empfangende und Care-Gebende gleichermaßen im Blick hat. Sie weist auf Gefahren von organisationalen Desynchronisierungsphänomenen hin. Sie verwendet sich als Organisationsethik ebenfalls für die Organisation, die gesellschaftlich in diesen "Beschleunigungshype" hineingeworfen ist, um ethisches Bewusstsein in der Organisation voranzubringen und um sich dort für wirtschaftliches Arbeiten einzusetzen, wo es wertvolle Ressourcen zu schützen gilt. Der wirtschaftliche Umgang mit Ressourcen der Organisation und der Gesellschaft respektiert damit gerade auch die natürlichen Geschwindigkeitsgrenzen von Ressourcen. Klinische Ethik verwendet sich als Organisationsethik für das Wohl der Care-Gebenden gleichermaßen, indem Ruhe- und Redezeiten für ethische Fallbesprechungen und ethische Beratungen vorangebracht werden.

(2) Zwischen Angst und Verheißung

Der moderne Mensch ist auf der Flucht vorm Tod als unkontrollierbare und verunsichernde Wirklichkeit. Er verlagert die Ewigkeit in die Lebenszeit in der Vorstellung, „durch *beschleunigte Auskostung der Weltoptionen*, durch 'schnelleres Leben' lasse sich die Kluft zwischen Weltzeit und Lebenszeit wieder verringern.“⁷⁵⁰ Angst und Verheißung sind in diesem System die Triebfedern der Beschleunigung, zum einen die Verpassensangst, zum anderen die Verheißung immerwährenden Wohlstands. Wohlstand als Verheißung aber wird fragwürdig, wo Wert und Würde des Menschen in Frage gestellt werden, wo die ambivalente Brüchigkeit des immer erst relational autonomen und immer schon abhängigen Menschen an den Grenzen des Machbaren offen zu Tage tritt, wo Wohlstand nicht mehr Kontingenz-

⁷⁵⁰ Rosa, 289.

bewältiger ist, sondern selbst als kontingent entlarvt wird und statt Kontrolle Kontrollverlust relevant und statt Sicherheit Verunsicherung relevant werden. Die Mehrung medizinischer Möglichkeiten vom Lebensbeginn bis hin ans Lebensende führt zu einer weiteren Notwendigkeit der Ethisierung des Gesundheitswesens. Klinische Ethik ist Ethik an den Grenzen medizinischer Möglichkeiten. Klinische Ethik weist auf Grenzen hin und spricht diese Grenzen offen an und klärt mit den an diesen Grenzen Arbeitenden und mit den an diesen Grenzen Lebenden, was getan werden soll. Klinische Ethik begleitet in klinischer Beratung das Sterben der Care-Empfangenden an der Seite der Care-Gebenden - sie nimmt sich dafür Zeit und schafft dafür Zeit, sie wird zur Entschleunigungsinsel im beschleunigten Klinikalltag. Sie schafft Raum und Zeit für eine kulturell-ethische Kapitalisierung der Care-Gebenden durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Sie schafft Raum und Zeit für die Entwicklung ethischer Leitlinien für den Klinikalltag. Sie arbeitet mit am ethisch verantworteten Umgang mit dem langen und langsam gewordenen Sterben in unserer Gesellschaft - in Achtung auch dieser natürlichen Geschwindigkeitsgrenze - und leitet diesbezüglich zu einer verantwortungsvollen Sterbebegleitung an.⁷⁵¹ Klinische Ethik wird zur Kontrollinstanz gegen eine pluralistische Beliebigkeit.

(3) Was Du heute kannst besorgen...

Das Prinzip der funktionalen Differenzierung führt zur Verknappung der Zeit aufgrund der Zunahme von Komplexität durch neu geschaffene Schnittstellen mit erhöhtem Kommunikationsbedarf. Diese Komplexität wird temporalisiert, das heißt nicht realisierte Möglichkeiten werden in die Zukunft verschoben, was zu einer Sequenzierung von Entscheidungen führt. Dilemmata entstehen häufig schnittstellenbedingt und berufsgruppen- und auch organisationenübergreifend. Entscheidungsfindungsprozesse sind aufgrund der Zunahme von Komplexität entsprechend schwierig zu gestalten. Klinische Ethik stellt Modelle für die Praxis zur Verfügung, die die Komplexität der mit normativen Ansprüchen vermittelten Wirklichkeit zu fassen zu bekommen sucht. Klinische Ethik sucht implizite Werte explizit zu

⁷⁵¹ Vgl. Grundsätze (Richtlinien) der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung in allen Fassungen (1979, 1993, 1998, 2004, 2011), in denen behutsam die Formen von Sterbehilfe besprochen und klar Stellung dazu bezogen wird (als quasi oppositionelle Form der Entschleunigung gegen eine Beschleunigung des

machen. Sie sucht desynchronisierte Systeme zu synchronisieren. Klinische Ethik orientiert sich an Voraussetzungen (Vollmacht, Patientenverfügung und Behandlungsverfügung), in denen die Komplexität der Entscheidungsfindung angebahnt werden soll, um im Einzelfall situativ dann doch verzeitlicht zu reagieren und zu handeln. Klinische Ethik versucht der Komplexität des Entscheidungsgefüges durch "QUALY-fizierung"⁷⁵² und durch Bestrebungen impliziter und expliziter Rationierung Herr zu werden. Klinische Ethik wird da zu Hilfe gerufen, wo Entscheidungen am Lebensende unausweichlich werden und trotz aller Sequenzierung und Verschiebung in die ferne Zukunft nun die nahe Zukunft und damit Gegenwart sind und nicht mehr weiter verschoben werden können.

6.4. Die Dimensionen von Beschleunigung und Beharrung und Palliative Haltung

Neben der Ethisierung als Antwort auf die Beschleunigung des Gesundheitswesens kommt es zum Rückzug des Sterbens in das hierfür ausdifferenzierte Feld der Palliative Care. Diesen Aspekt möchte ich in Bezug auf die Phänomene der Beschleunigung näher betrachten.

6.4.1. Der technisch beschleunigte Mensch im geschrumpften Raum und Palliative Haltung

Beginnen möchte ich meine Betrachtung mit den Prozessen der technischen Beschleunigung, die sich auf die Beziehungen der Subjekte zu Raum und Zeit, zu Menschen und Dingen auswirken.

(1) Raumdehnung im Palliativen Feld

Im Rahmen der technischen Beschleunigung kommt es zur Revolutionierung des Zeit-Raum-Regimes durch eine Bedeutungsverlagerung vom Raum auf die Zeit mit der Folge des Bedeutungsverlusts des Raums (Raumschrumpfung). Dem sterben-

Sterbens).

⁷⁵² QALY: Quality-adjusted Life Year.

den Patienten aber, dem die Lebenszeit zusammenschrumpft, dehnt sich der Raum. Er gewinnt für ihn an Bedeutung als unverrückbare Gegebenheit und unveränderliche Hintergrundbedingung. Das eigene Langsamwerden in der Zeit dehnt dem Patienten notwendigerweise den Raum. So sehr der Patient also von der Schrumpfung des Raums hinsichtlich der Transport-, Kommunikations- und Dienstleistungsmöglichkeiten der Moderne profitiert, so sehr schrumpft ihm doch die Welt zum Ort seiner verbleibenden Zeit. Der Ort des Sterbens dehnt sich damit zum Raum. Palliative Haltung als Haltung der Patientenorientierung schafft Raum für die Bedürfnisse des Patienten, gestaltet mit diesem diesen Raum des Abschieds und bespricht mit dem Patienten und dessen Umfeld, wo der Patient sterben möchte.

(2) Veränderung der Selbst- und Weltverhältnisse

Die technische Beschleunigung verändert die Weltbezüge des modernen Menschen, sie verändert sein Raumverhältnis, aber auch sein Sozialverhältnis und sein Dingverhältnis.⁷⁵³ Der solchermaßen beschleunigte moderne Mensch entdeckt sich selbst neu in seiner Palliativen Situation. Sein Raumverhältnis wird neu definiert. Sein Raum ist nun das Palliative Feld. Auch die Kommunikation entschleunigt sich. Die Kommunikation, die spätmodern den Raum zeitlich schrumpfen lässt, erhält einen neuen, einen gedehnten Raum. Dem Palliativen Patienten wird die Distanz zum Care-Gebenden weit. Der neue Raum ist der Raum der direkten Begegnung am Kranken- und am Sterbebett. Auch das Verhältnis zu den Dingen (Produkten und Dienstleistungen) wird ein anderes. Dienstleistung im Palliativen Feld schenkt sich als Dienst in der Palliativen Haltung des Zeit-Habens. Dienstleistung im Palliativen Feld wird wieder personalisiert, die objektivierte Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen wird subjektiviert in der Care-Beziehung des Palliativen Feldes. Aus der Raumschrumpfung wird eine Raumdehnung. Dieser gedehnte Raum ist das Palliative Feld. In diesem gedehnten Raum verwebt sich die Zeit der dort Care-Empfangenden mit der Zeit der Care-Gebenden. Der gedehnte Raum ist das Palliative Feld, in dem die darin Tätigen in Palliativer Haltung dem darin Betreuten neue Verhältnisse ermöglichen - ein neues Raum-, Sozial- und Dingverhältnis. „Daraus wird ersichtlich, inwiefern die Beschleunigung-

⁷⁵³ Vgl. Rosa, 171!

gen von Transport, Kommunikation und Produktion die Selbst- und Weltverhältnisse der Subjekte... beeinflusst hat: Die Identifikation mit Räumen, mit festen Kommunikationspartnern und Bezugsgruppen und mit Dingen nimmt einen zeitlich begrenzten und kontingenten Charakter an - das Subjekt wird gezwungen, sich von ihnen so weit zu distanzieren oder zu emanzipieren, dass es einen... Wandel ohne Selbstverlust überstehen kann. Existenzen werden... dabei ebenso *ortlos* wie Orte *identitäts-* und *geschichtslos*.⁷⁵⁴ Dies eben kehrt sich im Palliativen Sein um!

(3) Der entschleunigte Mensch des Palliativen Feldes

Der technisch beschleunigte Mensch wird am Ende seines Lebens in seiner Palliativen Situation entschleunigt, unabhängig von beschleunigten Prozessen des Gesundheitswesens, in das er eingebettet ist. Eines Gesundheitswesens, das Prozesse strafft für mehr Effektivität und Effizienz, das durch die Einführung der DRG-Prozeduren die Liegedauer von Patienten reduziert hat, das bestimmt ist durch eine beschleunigte Medizin mit einer rasanten Entwicklung neuer Therapieoptionen, neuer Medikamente und neuer Hoffnungen und dessen Komplexität zertifizierend kontrolliert zu werden versucht. In diesem technisch beschleunigten Gesundheitssystem wird der entschleunigte Patient zum Störfaktor. Mechanismen werden entwickelt, um den Patienten funktionsfähig zu halten - durch die Förderung seiner Autonomie, durch mehr Service, durch Case Management. - Was aber ist mit dem palliativ entschleunigten Patienten? Er wird aussortiert und in andere palliative Systeme übergeleitet - in palliativ entschleunigte Felder des Gesundheitswesens hinein. Der beschleunigte Raum des Gesundheitswesens ist dem sterbenden Patienten zu klein und zu eng geworden oder er, der palliativ entschleunigte Patient, ist zu groß und zu langsam geworden mit seinem langen und langsamem Sterben für den Raum des Gesundheitswesens. Der Sterbende wechselt den Raum. Notwendigerweise. - Das Palliative Feld bemächtigt sich so dann des palliativ aussortierten Patienten. Das Palliative Feld wird zur Entschleunigungsinsel für die darauf Gestrandeten im Sinne einer funktionalen bzw. akzelerativen Entschleunigung. Palliative Care und damit eben auch die in ihr beheimatete Palliative Haltung haben diese akzelerative Funktion im Gesundheitswesen. Der Anspruch von Pflege als Care wird auf diesen Bereich reduziert und in

⁷⁵⁴ Rosa, 173f.

ihm verwirklicht. Hier wird Pflege als Care Wirklichkeit. Am Ende des Lebens erlaubt die moderne Gesellschaft die Verwirklichung des Anspruchs von Care und schafft hierfür Zeit und Raum - im Palliativen Feld. Der Anspruch von Pflege als Care wirkt von hier nach draußen in die Praxis des Gesundheitswesens und darüber hinaus in die moderne Gesellschaft hinein. Dennoch bleibt sie auf dieses Feld beschränkt. Das Palliative Feld ist damit "Alibi" des Gesundheitswesens - Auftrag der Gesellschaft einerseits und Wirklichkeit in der Mitte der Gesellschaft und in diese hinein andererseits.

6.4.2. Der beschleunigte soziale Wandel in der geschrumpften Gegenwart und Palliative Haltung

Die Beschleunigung des Sozialen Wandels meint das beschleunigte Veralten von Praxisformen, Handlungsorientierungen, Assoziationsstrukturen und Beziehungsmustern. Unser Erfahrungsraum (Wirklichkeit der Vergangenheit und Gegenwart) und Erwartungshorizont (Zukunft) driften auseinander. Der Erfahrungsraum wird zum Raum unserer Möglichkeiten, unsere Gegenwart unberechenbar und unsere Zukunft nicht mehr in Verbindung gebracht mit unserer Vergangenheit. Die Halbwertszeit verlässlicher Werte sinkt, es kommt zur Gegenwartsschrumpfung.

(1) Gegenwartsdehnung

Gegenwartsschrumpfung meint „die *generelle Abnahme der Zeitdauer, für die Erwartungssicherheit hinsichtlich der Stabilität von Handlungsbedingungen herrscht*“⁷⁵⁵. Der Stabilitätszeitraum schrumpft, die Geltungskonstanz reduziert sich, die Zeit wird verzeitlicht, indem das Leben auf die Verwirklichung gegenwärtiger Optionen ausgerichtet ist. Es kommt zur lebensweltlichen Verunsicherung. Der Übergang von der frühmodernen Transgenerationalität (Bestand der Werte über mehrere Generationen hinweg) zur modernen Generationalität (Bestand der Werte über eine Generation hinweg) und dann zur spätmodernen Intra-generationalität (Werte halbwertszeit liegt unter der Halbwertszeit einer Generation) stellt unsere Gesellschaft vor verschiedene Herausforderungen. Familienstrukturen wandeln sich von der Großfamilie zur Familie auf Zeit, berufliche Identität

⁷⁵⁵ Rosa, 184.

wandelt sich vom lebenslangen, identitätsstiftenden Beruf zum Beruf auf Zeit. Berufliche und familiäre Instabilität sind Symptome der Beschleunigung des sozialen Wandels.

Eine Veränderung unserer Beziehungen zu anderen Menschen, das heißt unseres Sozialverhältnisses mit der Folge der Veränderung unserer sozialen Lebensformen hin zu schnell wechselnden und qualitativ veränderten Interaktionsmustern werden zum Problem in der Palliativen Situation. Beziehung und Interaktion müssen im geschützten Palliativen Raum neu gelernt werden. Der sterbende Patient tut dies im Rahmen einer Care-Beziehung, in der er sich selbst als Care-Empfänger und seinen Angehörigen als Care-Gebende neu begegnet und sie ihm. In einer Care-Beziehung, in der sich Care-Gebende und Care-Empfänger als Menschen solidarisch begegnen und im Rahmen dieser Begegnung und des sich gegenseitig Kennenlernens um Nähe und Distanz ringen. In einer Care-Beziehung, in der der Mensch von seinem Anfang her (seiner Vergangenheit) und seinem Tod her (Zukunft) ganz auf sich selbst verwiesen ist, als ganzer Mensch, der als ganzer Mensch schon immer abhängig ist - das war er (Vergangenheit), das wird er sein (Zukunft), weil er es **ist**, ein Abhängiger. Vergangenheit und Zukunft treffen sich in diesem Angewiesensein, in dieser Verfasstheit in Abhängigkeit - eine Abhängigkeit als Bedingung des Menschseins, die Care-Gebende und Care-Empfänger als Wirklichkeit in der Care-Beziehung erfahren. Der Mensch kommt sich in der Care-Beziehung nahe - er kommt zu sich selbst. Der Erfahrungsraum seiner Gegenwart weitet sich in sein ganzes Leben auf diese Wahrheit hin hinein.

Das Palliative Feld hält außer dieser Care-Beziehung ein palliatives Netzwerk bereit, das es mit Care-Gebenden auffüllt, professionellen und ehrenamtlichen Care-Gebenden und familialen Care-Gebenden. In diesem Netz der Sozialität darf und soll der Sterbende ganz bei sich sein - als Ganzer, das heißt in all seinen Bezügen (historisch, sozial und kontextuell) und in all seinen Dimensionen, das heißt in seiner Individualität (mit all seinen Bedürfnissen) im Rahmen einer radikalen Patientenorientierung. An die Stelle der Kontingenz einer geschrumpften Werteverlässlichkeit tritt eine radikale Orientierung am Gegenüber, am Anderen. Dieser Andere aber ist ein Sterbender. Der Umgang mit seinem Sterben eint die Care-Gebenden und den Care-Empfänger im Rahmen einer Care-Beziehung.

Der Mensch in dieser Care-Beziehung fragt über sich selbst hinaus - er fragt nach seinem Woher und er fragt nach seinem Wohin. Seine geschrumpfte Gegenwart dehnt sich in dieses Fragen hinein. Care-Gebende und Care-Empfangende erleben sich in dieser Frage geeint - und finden die Antwort in der Haltung des abschiedlichen Lebens als bindendem und verbindlichem Wert.

(2) Palliatives In-der-Welt-sein

Die Beschleunigung des Sozialen Wandels mit ihrer Verflüssigung sozialer und materialer Beziehungen hat Auswirkungen auf unsere Art des "In-der-Welt-Seins". Stress und Zeitdruck und die kurze Konstanz von Orientierungen vermittelt uns das Gefühl, auf rutschenden Abhängen zu stehen. „Die Akteure operieren unter Bedingungen permanenten multidimensionalen Wandels, die Stillstehen durch *Nicht-Handeln* oder *Nicht-Entscheiden* unmöglich machen.“⁷⁵⁶ - Palliative Haltung heißt dann, das Stillstehen in Palliativsituationen durch Nicht-Handeln und Nicht-Entscheiden auszuhalten. Dem anderen Zeit zu geben für dessen Entscheiden. Dem anderen das Recht belassen, sich nicht weiter therapieoptioniert behandeln zu lassen und sich stattdessen auf die Palliative Option einzulassen. Am anderen nicht mehr routinemäßig und ritualisiert handelnd Pflegehandlungen auszuführen, sondern diese situationsgerecht mit dem Betroffenen auszuhandeln. Palliative Haltung ist eine Haltung der Entschleunigung, das Palliative Setting eine Entschleunigungs-oase, die „limitierte Stabilität in einer sich weiterhin rasant ändernden Umgebung“⁷⁵⁷ verspricht.

(3) Desynchronisation und Palliative Haltung

Subjekte, Prozesse, Institutionen und Systeme sind desynchronisiert, wo Wandlungs- und Adaptionsgeschwindigkeit auseinander treten - und zwar auf Mikro-, Meso- und Makroebene wie auch zwischen den Ebenen. Beispiel einer solchen Desynchronisation bilden Systeme von karitativ ausgerichteten Institutionen des Gesundheitswesens, die gegenwärtig ökonomisch beschleunigt werden. Dies führt zu Desynchronisationen auf Mitarbeiterebene und der Suche nach Arbeitsmöglich-

⁷⁵⁶ Rosa, 190.

⁷⁵⁷ Rosa, 191.

keiten für ältere Mitarbeiter. Zu einer Desynchronisation also zwischen Anspruch der Institution und Wirklichkeit von Mitarbeitern und Patienten. Zu einer Desynchronisation der Funktionsbereiche innerhalb eines Krankenhauses. Um der Desynchronisation zu entgehen, ist der moderne Mensch gezwungen, flexibel zu sein, um noch mitzukommen. Das Idealbild älterer Menschen als "weise Alte" verschwindet und wird transformiert in den „immer noch flexiblen, wandlungsfähigen *Nicht-wirklich-Alten*"⁷⁵⁸. Was bedeutet das nun für die Palliative Situation als ein Herausgeworfensein aus der Zeit flexibler, wandlungsfähiger Aktivität? Das Palliative Setting entschleunigt auch hier die darin Arbeitenden und die darin Umsorgten gegen eine „konstitutive Instabilität von materialen und sozialen Kontext-, Handlungs- und Entscheidungsbedingungen"⁷⁵⁹.

6.4.3. Das beschleunigte Lebenstempo in der geschrumpften Zeit und Palliative Haltung

Es handelt sich bei der Beschleunigung des Lebenstempos um eine „*Steigerung der Handlungs- und/oder Erlebnisepisoden pro Zeiteinheit infolge einer Verknappung von Zeitressourcen*"⁷⁶⁰. Handeln und Erleben der Subjekte ändern sich. So folgt die Beschleunigung des Lebenstempos einerseits objektiven Parametern durch eine Steigerung der Handlungsgeschwindigkeit: Beschleunigung des Handelns, Reduzierung von Pausen/Leerzeiten, Multitasking, Ersetzen zeitaufwendiger Aktivitäten durch zeitsparende Aktivitäten. Dem entspricht eine moderne Verdichtung der Arbeit durch „Verkürzung und Simultanausführung von Aktivitäten"⁷⁶¹. Andererseits folgt die Beschleunigung des Lebenstempos subjektiven Parametern durch eine veränderte Zeiterfahrung (Zeitdruck).

(1) Steigerung der Handlungsgeschwindigkeit

„Weil die Steigerungsraten über den Beschleunigungsraten liegen, kommt es zu einer Verknappung der Zeitressourcen und damit zu einer Erhöhung des Lebens-

⁷⁵⁸ Rosa, 189.

⁷⁵⁹ Rosa, 189.

⁷⁶⁰ Rosa, 198.

⁷⁶¹ Rosa, 212.

tempos.”⁷⁶² Soziale Institutionen oder soziale Praxisfelder wie das Palliative Feld haben angesichts der prinzipiellen Handlungs- und Entscheidungsoffenheit menschlicher Wesen mit vielen medizinischen “Lebensverlängerungsoptionen bis zuletzt” eine wichtige Entlastungsfunktion für die darin Arbeitenden und für die, die sich den darin Arbeitenden anvertrauen und den Fokus von möglichst viel Zeit auf möglichst viel Qualität im Rahmen der verbleibenden Zeit legen.⁷⁶³ Das Palliative Feld und seine Institutionen, die im Rahmen Palliativer Haltung der verbleibenden Zeit des Patienten die Arbeitszeit der Care-Gebenden zur Verfügung stellen, sind das Gegenmodell gegen den gesellschaftlichen Zeittaktungs- und Fragmentierungstrend, der Aktivitäten mit hoher Zeit- und Sozialbindung durch solche mit niedriger Bindung zu ersetzen sucht.⁷⁶⁴ Palliative Haltung zeichnet sich in der Praxis durch eine hohe Zeit- und Sozialbindung aus. Sie ist gleichsam eine Entschleunigungsoase inmitten der beschleunigten Gesellschaft und inmitten eines beschleunigten Gesundheitswesens (und darin eines beschleunigt-ökonomisierten Krankenhausbetriebs). Das heißt “Zeit haben” kehrt als sozialer Wert ins Feld zurück. Gegenüber dem symbolischen Wichtigsein durch das “Ich-bin-en-vogue-denn-ich-habe-keine-Zeit” (keine Zeit zu haben, ist symbolischer Titel) kehrt das “Zeit haben” als Wert zurück; “Zeit haben” wird symbolischer Titel einer Palliativen Haltung im Palliativen Feld. - Wo Palliative Konsiliardienste nun aber das eigene Feld verlassen und das allgemeine Feld des Gesundheitswesens betreten mit ihrer Palliativen Haltung des Zeit-Habens, mögen Patienten davon profitieren, bei beschleunigten Mitarbeitern aber löst das Irritationen aus. Wo Palliativstation und Allgemeinstation sich **einen** Raum und **ein** Team teilen, führt das ebenfalls zu “Zeit-Irritationen”.⁷⁶⁵ - Zurück ins Palliative Feld: Zeit ist hier nun zum einen nicht mehr Geld - Zeit ist vom ökonomischen Kapital in soziales Kapital umgedeutet worden, das begründet die hohe Zeit- und Sozialbindung der Palliativen Haltung. Durch die Dominanz des Sozialkapitals im Palliativen Feld wird Zeit-Haben zum wichtigen Verfügen über wichtiges Kapital.⁷⁶⁶ Dennoch: Zeit ist nun aber auch hier noch immer bzw. wieder ökonomisches Kapital, weil Gesprächszeit im Palliativen Feld

⁷⁶² Rosa, 204.

⁷⁶³ Vgl. Rosa, 206!

⁷⁶⁴ Vgl. Rosa, 206!

⁷⁶⁵ Vgl. Interview Expertin IV, 16!

⁷⁶⁶ Vgl. Seeger, Leitlinien der Palliative Care, 10: „Zeit zu haben ist ein Kapital, das es in den meisten beruflichen Gruppierungen heute nicht mehr gibt.“

abrechenbar geworden ist.

(2) Veränderung der Zeitwahrnehmung

Die Zeiterfahrung hat sich infolge der veränderten Lebens- und Alltagspraktiken verändert: „Die quantitative Erhöhung des objektiven Lebenstempos scheint zu einer qualitativen Veränderung der subjektiven Zeiterfahrung zu führen.“⁷⁶⁷ So mag Arbeitsverdichtung als Stress empfunden werden, aber der Wechsel aus der arbeitsverdichteten Akutstation auf eine Palliativstation ebenso, wenn die nun vorhandene unverdichtete Zeit als unangenehme Dehnung empfunden wird, die gefühlt sinnvoll gefüllt werden muss.⁷⁶⁸

Die Erfahrung von Zeitdruck und die Erfahrung der rasenden Zeit sind angesichts des Gewinnens von Zeit durch die technische Beschleunigung ein Paradoxon. Die Erhöhung des Lebenstempos ist eine Reaktion auf die Verknappung von Zeitressourcen, das heißt die Steigerung der Handlungsmenge übersteigt die Steigerung der Bewältigungsgeschwindigkeit.⁷⁶⁹ „Für die einzelnen Handlungen (oder Erlebnisse) steht *weniger Zeit* als zuvor zur Verfügung.“⁷⁷⁰ Dies erst führt dann zur Erfahrung von Zeitnot und Stress.

(3) Ursachen für die subjektive Wahrnehmung einer Zeitverknappung

Für die subjektive Wahrnehmung einer Zeitverknappung entdeckt Rosa zwei Ursachen. Zum einen die Verpassensangst und zum anderen den Anpassungszwang.

(a) Verpassensangst - schneller leben wollen: Der moderne Mensch lebt in einer Welt der Vielfalt an Möglichkeiten. Angesichts der Fülle von Optionen gilt es nun, „das je eigene Leben erfüllter und erlebnisreicher zu machen und eben dadurch ein ‘gutes Leben’ zu realisieren.“⁷⁷¹ Aus der Angst, etwas zu verpassen, das das Leben noch besser machen könnte, entsteht der Wunsch, schneller leben zu

⁷⁶⁷ Rosa, 213.

⁷⁶⁸ Vgl. Expertin IV (Baumann, 16f.)!

⁷⁶⁹ Vgl. Rosa, 214!

⁷⁷⁰ Rosa, 214.

⁷⁷¹ Rosa, 218.

wollen. An den Wunsch des guten Lebens schließt sich folgerichtig der Wunsch eines guten Sterbens an. Eines guten Sterbens, das normiert scheint im Bewusstsein der nun eingeschränkten Optionen und Verwirklichungsressourcen. Das gute Sterben ist die verdeckte Antwort auf das gute optionenreiche Leben, das nun im guten Sterben enggeführt wird auf eine Dehnung des Sterberaums angesichts einer sich verknappenden Lebenszeit. Die Welt der Optionen schrumpft, der Raum der Achtsamkeit angesichts verminderter Optionen und Ressourcen dehnt sich für das Wahrnehmen letzter Bedürfnisse im Rahmen einer radikalen Patientenorientierung. Palliative Haltung entsteht in den Care-Gebenden und Care-Empfangenden zugleich. Palliative Haltung ist nicht mehr nur die Haltung der Sorgenden, sondern ist, wie in der Care-Beziehung sichtbar wurde, die Haltung, die Gebende und Empfangende verbindet. Sie erst macht Empathie und Compassion möglich - im gemeinsamen Ausstieg aus der Akzelerationsspirale in den gedehnten Raum des langen und langsamen Sterbens hinein. Hier gewinnt das lange Sterben eine andere Bedeutung. Das langsame Sterben ist Antwort auf das schnelle Leben. Das Sterben wird zur gesellschaftlich sanktionierten Entschleunigungsinsel für die Gebenden und die Empfangenden zugleich und wirkt als solche innerhalb der Gesellschaft und für die Gesellschaft als Überlebensinsel.

(b) Anpassungszwang - schneller leben müssen: Der Anpassungszwang ist Folge der Beschleunigung des sozialen Wandels angesichts akzelerierter Veränderungen der materialen und sozialen Strukturen der Umwelt. Wissens- und Besitzstände sind als Folge der Gegenwartsschrumpfung beständig vom Veralten bedroht.⁷⁷² „Das 'objektive Geschehen' vollzieht sich rascher, als es im je eigenen Handeln und Erleben reaktiv verarbeitet werden kann.“⁷⁷³ Folge des Anpassungszwanges ist es, schneller leben zu müssen (Beschleunigungstotalitarismus) aus der Angst heraus, nicht auf dem Laufenden zu bleiben, den Anschluss zu verpassen. Dabei ist Zeitdruck keinesfalls ausschließlich negativ konnotiert. Keine Zeit zu haben, ist „sexy“, da dies signalisiert: ich bin begehrt und produktiv.⁷⁷⁴ Die Aussage einer Krankenschwester der Akutstation, die auf der Palliativstation aushilft und dort mit einem Überfluss an Zeit zurechtkommen muss, bestätigt dies. Auf

⁷⁷² Vgl. Rosa, 291!

⁷⁷³ Rosa, 219.

⁷⁷⁴ Vgl. Rosa, 219!

Akutstation Produktivität, auf Palliativstation zu wenig Stress. Zeit zu haben wird gleichgesetzt mit weniger produktiv zu sein. Palliative Haltung ist der Ort, sich mit der eigenen Zeit-Ambivalenz auseinander zu setzen, des Seins zwischen zwei Zeit-Welten, der des Palliativen Feldes und der des eigenen beschleunigten Seins. Palliative Haltung hält offen für diese Ambivalenz und rückt die systemimmanenten Bewertungen näher ans Bewusstsein der eigenen Ambivalenz heran.

(c) Keine Zeit für die wirklich wichtigen Dinge des Lebens - erfahren statt

erleben: Ein dritter Aspekt, in dem sich Verpassensangst und Anpassungszwang verbinden, ist die Erfahrung, mit dem Abarbeiten des Vordringlichen, das anstürmt und auf Abarbeitung dringt, sich also selbst priorisiert, das eigentlich Wichtige aus dem Blick zu verlieren. Die Optionen priorisieren sich selbst und machen mich als abarbeitendes Subjekt zugleich zum Objekt äußerer Zwänge. Hinter der Angst, etwas zu verpassen, und dem Zwang, sich anpassen zu müssen, steckt die Angst, das Eigentliche, das Wesentliche und damit das Leben selbst zu verpassen. „Hinter dem Bemühen, mit den Veränderungen und den daraus resultierenden Anforderungen Schritt zu halten und die Zahl der Optionen... zumindest zu erhalten, verschwinden die um ihrer selbst willen für wertvoll oder erstrebenswert gehaltenen Tätigkeiten aus dem Gesichtsfeld: Für die 'eigentlich' wertvollen Tätigkeiten bleibt keine Zeit mehr.“⁷⁷⁵ Die Frist bestimmt das Handeln, die Frist priorisiert, nicht der Wert des zu erreichenden Ziels. Das handelnde Subjekt handelt zweckrational-formal, nicht mehr sinngesteuert-material.

Palliative Haltung ist die „Reverse“-Taste zu diesem Programm. Durch die Verengung der Optionen wird das vermeintlich „Wichtige“ und „Wesentliche“ in den Mittelpunkt der verbleibenden Zeit gebracht. Eine Palliative Haltung wird im Bewusstsein des Übertragungseffekts eigener normativer Vorstellungen vom „guten Sterben“ gut daran tun, das „Wichtige“ und „Wesentliche“ in radikaler Patientenorientierung stets neu mit dem Care-Empfangenden selbst zu finden und zu erfinden. Das individuell und kollektiv Sinnhafte wird dabei abgeglichen und einander angenähert im wechselseitigen, das heißt reziproken Aneignungs- und Lernprozess.

⁷⁷⁵ Rosa, 221.

Das Palliative Feld hat mit Menschen zu tun, die durch ihre Krankheit entschleunigt das Palliative Feld betreten. Sie kommen aus einer spätmodernen Gesellschaft, in der Menschen keine Zeit mehr zu haben scheinen (nicht mehr wollen und nicht mehr dürfen) für die für wirklich wichtig gehaltenen Dinge des eigenen Lebens: „*wir kommen buchstäblich nicht mehr dazu, sie auszuführen, wenngleich wir uns damit trösten mögen, dass wir uns irgendwann später einmal Zeit dafür nehmen werden.*“⁷⁷⁶ Die gegenwärtig verfügbare Zeit wird in den Erwartungshorizont der Zukunft verlegt, die Ewigkeit dagegen in die Zeit geholt. Die künftige Zeit verdichtet sich - mit dieser Dichte ist das Palliative Feld konfrontiert. Mit diesen Care-empfangenden Menschen gehen die Care-gebenden Menschen im Palliativen Feld um - mit Menschen, die vorm Berg des Aufgeschobenen angesichts der nun tatsächlich real knappen Zeit sitzen. Das ändert die Perspektive für die darin Arbeitenden und stellt dabei als Palliative Haltung die Lebensentwürfe der Care-Gebenden und der Care-Empfangenden auf den Kopf: (1) Für den Care-Empfangenden bedeutet dies: Die verzeitlichte Zeit des Sterbens als kurzer Orientierungszeitraum wird von den Akteuren entzeitlicht, das heißt in eine Zeit des Lebens angesichts des Todes hineingedehnt, indem der Patient in radikaler Patientenorientierung nach seinen Bedürfnissen befragt wird und dazu befähigt wird, im Rahmen seiner Abhängigkeit in relationaler Autonomie Subjekt seiner letzten Lebenszeit zu sein. (2) Für den Care-Gebenden bedeutet dies: Der Care-Gebende ist mit der Ambivalenz des eigenen Lebensentwurfs tagtäglich konfrontiert. Palliative Haltung wirkt auf das eigene Leben zurück. Der Care-Gebende ist mit dem Paradoxon der real knappen Zeit am Lebensende und der gesellschaftlich erfahrbaren knappen Zeit zugleich konfrontiert. Palliative Haltung wird damit zum reflexiven und selbstreflexiven Geschehen.

Der entstrukturierte Alltag des dekontextuierten optionsoffenen spätmodernen Menschen⁷⁷⁷ wird neu strukturiert und kontextuiert, und zwar in Aushandlungsprozessen zwischen Care-Gebenden und Care-Empfangenden im Rahmen einer Care-Beziehung. Vermeintlich normative Setzungen des spätmodernen Menschen brechen sich an der Empirie des Palliativen Felds. Normativer Anspruch und Ambivalenz der empirisch erfahrenen Wirklichkeit kommen als offen gelegte Werte auf

⁷⁷⁶ Rosa, 227.

⁷⁷⁷ Vgl. Rosa, 234!

den Tisch und sind Grundlage der Vermittlung von Anspruch und Wirklichkeit auf Seiten des Care-Empfangenden wie auch auf Seiten des Care-Gebenden. Aushandlungs- und Vermittlungsprozesse am Ende des Lebens wirken auf diese Weise wertklärend und sinnstiftend und also strukturierend und kontextuierend auf die Akteure des Feldes zurück. Der Anspruch, dem Leben nicht um jeden Preis mehr Zeit geben zu wollen, sondern der Zeit mehr Leben, ist normativer Anspruch des Palliativen Feldes, den es mit der Lebens- und Sterbenswirklichkeit des optionsorientierten Menschen zu vermitteln gilt. Erst dann kann er zum Anspruch der Ver-Gegenwärtigung und damit Ent-Zeitlichung eines verzeitlichten spätmodernen Menschen werden, dem Erfahrungsraum und Erwartungshorizont ineinander geraten sind im situativen Sein⁷⁷⁸, dem Erfahrungsraum und Erwartungshorizont nun angesichts seines Sterbens endlich wieder auseinanderrücken und Erlebnisse in seiner Palliativen Situation nun wieder zu echten Erfahrungen transformieren können. Dass Erfahrungsraum und Erwartungshorizont zeitlich wieder auseinandertreten, bedeutet eine Erhöhung von Kontinuität und Konsistenz von Werten als Vermittlung von Vergangenheit und Zukunft in der Gegenwart. Ein Annähern von Erfahrungsraum und Erwartungshorizont bedeutet demgegenüber eine Schrumpfung von Gegenwart (als gedehnter Zeit konsistenter Werteorientierungen) mit einer Zunahme der Kontingenz der Werteorientierungen: „Handlungsbedingungen und Situationsbestimmungen verlieren ihre Gestaltungskonstanz in immer kürzeren Zeitabständen“⁷⁷⁹. Das Auseinandertreten von Erfahrungsraum und Erwartungshorizont bedeutet folglich, dass Erfahrungen aus Vergangenheit und Gegenwart wieder Gültigkeit besitzen und damit Verlässlichkeit bieten für die Zukunft - im Palliativen Feld die Zeit des Sterbens. Das Ineinanderfallen von beiden bedeutet, dass ich situativ entscheide, dass die Erfahrung nichts mehr für meine Erwartung hergibt - Werte werden kontingent, Orientierungen wenig verlässlich. Demgegenüber setzt Palliative Haltung als Haltung auf die Verlässlichkeit der eigenen Planung, indem patientenorientiert und prospektiv Handlungsszenarien bedacht und mit den Betroffenen besprochen werden - in vorausschauender Vorwegnahme möglicher Komplikationen. Palliative Care macht sich damit verlässlich.

Überhaupt kann das Palliative Feld als Gegenentwurf betrachtet werden zu einer

⁷⁷⁸ Vgl. Rosa, 234ff.!

⁷⁷⁹ Rosa, 248.

erlebnisreichen, aber erfahrungslosen Gesellschaft, der die Zeit an beiden Enden, im Erleben und im Erinnern unter den Händen zerrinnt.⁷⁸⁰ Der zeitaufwendige Versuch, die sich beschleunigenden sozialen Verhältnisse kulturell zu verarbeiten, das heißt sie sich historisch-sinnverarbeitend anzueignen (als Voraussetzung der Transformation von Erlebnissen in Erfahrung), wird immer problematischer. Palliative Haltung stellt hierfür einen Ermöglichungsgrund dar - sie bietet Zeit, die notwendig ist für ein sinnverarbeitendes Überführen von Erlebnissen eines beschleunigten Lebens in Erfahrungen eines entschleunigten Sterbens am Ende des Lebens. Palliativ Arbeitende sind in dieser Haltung sinnhafte Begleiter des solchermaßen desynchronisierten Menschen.

6.4.4. Abschiedliches Leben als Antwort auf Identitätsschrumpfung - zum Verhältnis von Temporalstrukturen und Selbstverhältnissen

Die Temporalstrukturen der Gesellschaft und der Subjekte sind das Bindeglied zwischen der Gesellschaft und den Subjekten.⁷⁸¹ Nicht nur das Handeln, sondern auch das Dasein (Identität/Selbstverhältnis) der Subjekte also ist durch die Beschleunigung des Lebenstempos verändert, weil die Subjekte durch Beziehungen und Handlungen konstituiert werden. „Unser Sinn dafür, *wer wir sind*, ist geradezu eine Funktion unserer Beziehung zum Raum, zur Zeit, zu den Mitmenschen und den Objekten unserer Umwelt und unseres Handelns und Erlebens - und vice versa: in unseren Handlungen und Beziehungen reflektiert sich unsere Identität; es handelt sich also um eine Interdependenzbeziehung.“⁷⁸² Beschleunigt sich folglich mit der Beschleunigung des Lebenstempos und des Sozialen Wandels auch unsere Identität?

(1) Situative Identität als Identitätsschrumpfung

Selbstverhältnisse (Identitäten) haben eine zeitliche Struktur, sie sind in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft eines Subjektes verknüpft. „In einer Gesellschaft, in der die Vergangenheit ihre verpflichtende Kraft verloren hat, während die

⁷⁸⁰ Vgl. Rosa, 235f.!

⁷⁸¹ Vgl. Rosa, 236f.

⁷⁸² Rosa, 236.

Zukunft als unvorhersehbar und unkontrollierbar konzipiert wird, mögen dagegen gegenwartsbezogene oder >situative< Identitätsmuster dominieren... Zugleich werden in der >alltäglichen Identitätsarbeit< von Subjekten stets mehrere Zeithorizonte unterschiedlicher Reichweite miteinander verknüpft: Die Zeit- und Identitätsmuster der jeweiligen Situation, der je gegebenen Alltagpraxis, der übergreifenden Perspektive auf das eigene Leben und schließlich der historischen Epoche... Veränderungen in den Temporalstrukturen und -horizonten der Gesellschaft wirken sich daher unvermeidlich auf die Temporalstrukturen der Identitätsbildung und -erhaltung aus⁷⁸³. Die Phänomene von Gegenwarts- und Zeitschrumpfung führen folglich zu einer Identitätsschrumpfung: „das Selbst zieht sich zu einem gleichsam prädikatlosen ‘punktförmigen Selbst’ zusammen, ...das sich mit seinen Rollen und Beziehungen... nicht mehr (restlos) identifiziert, sondern ein gleichsam instrumentelles Verhältnis zu ihnen einnimmt.“⁷⁸⁴ Die Subjektseite (das Wer der Identität) schrumpft also zu einem prädikatlosen Punkt, während die Objektseite (das Was der Identität) als situativ verflüssigt erscheint. Werteorientierungen sind kontingent. Identität bestimmt sich spätmodern verzeitlicht (in ihrer Gleichzeitigkeit der Optionsorientierung) und situativ - der Mensch erfindet sich stets neu.⁷⁸⁵ Individualisierung in der Spätmoderne bedeutet die Steigerung von Wahlmöglichkeiten und Kontingenzen bezüglich der eigenen Biografie, was eine freiere Kombinierbarkeit und leichtere Revidierbarkeit von Identitätsbausteinen („*Temporalisierung personaler Identität*“⁷⁸⁶) aus sich heraussetzt.⁷⁸⁷ So „ist ein neuer Sozialcharakter entstanden, der Spieler und Drifter. Weil er nicht wissen kann, was morgen sein wird, hält er sich alle Optionen offen. Er scheut Bindungen und Dauer, entscheidet situativ und stets in letzter Minute... Je gleichgültiger die Inhalte, desto schneller kann er sich anpassen. Die Steigerung von Optionen und Wettbewerbsfähigkeit... ersetzt ‘die auf ein Lebensziel gerichtete Lebensführung’.“⁷⁸⁸ „Identität wird somit *transitorisch*“⁷⁸⁹. Stabilisierende Milieus wirken anachronistisch - es kommt zur Auflösung identitätsprägender und starrer Milieus.⁷⁹⁰

⁷⁸³ Rosa, 237.

⁷⁸⁴ Rosa, 238f.

⁷⁸⁵ Vgl. Rosa, 352ff.!

⁷⁸⁶ Rosa, 364.

⁷⁸⁷ Vgl. Rosa, 362!

⁷⁸⁸ Assheuer, 2.

⁷⁸⁹ Rosa, 364.

⁷⁹⁰ Vgl. Rosa, 363!

In Anlehnung an Luhmann formuliert Rosa, dass als Folge der funktionalen Differenzierung, die einhergeht mit einer Temporalisierung von Komplexität, „alle (identitätsstiftenden) Positionen und Entscheidungen gleichsam *zeitrelativ* und nicht mehr *seinsrelativ* werden.“⁷⁹¹ Dieses kann als Verzeitlichung der Zeit aufgefasst werden, was meint, „dass über Dauer, Sequenz, Rhythmus und Tempo von Handlungen, Ereignissen und Bindungen erst im Vollzug, und das heißt: *in der Zeit selbst* entschieden wird“⁷⁹². Diese situative Zeitpraxis führt zur Ausbildung einer situativen Identität.⁷⁹³ Identität als situative Identität will Rosa verstanden wissen „als einen Orientierungs- und Handlungsfähigkeit verleihenden *Sinn dafür, wer man ist...* Jener Sinn wandelt sich in seiner Substanz von Kontext zu Kontext und von Situation zu Situation, aber das in allen Praxiszusammenhängen entscheidungs- und handlungsleitende Identitätsgefühl geht dabei nicht verloren.“⁷⁹⁴ Die situative Identität definiert freilich nicht die soziale Realität für alle, aber sie beschreibt doch das Muster eines Selbstverhältnisses, „das der strukturell und kulturell dominanten Entwicklungslogik der Gegenwartsgesellschaft entspricht“⁷⁹⁵ und zur Erosion sozialer Beziehungen und sozialen Vertrauens führt.⁷⁹⁶

Exkurs: Beschleunigung und Habitus

Wie wirkt sich das Phänomen der Beschleunigung auf die Stabilität des Habitus aus? - Kraus und Gebauer weisen in ihrer Diskussion des Habitus-Konzepts auf dessen Heterogenität hin: „Stabilität und Kohärenz des Habitus heißt jedoch

⁷⁹¹ Rosa, 364.

⁷⁹² Rosa, 365. Vgl. auch 478!

⁷⁹³ Vgl. Rosa, 370!

⁷⁹⁴ Rosa, 373. Damit deutet der Begriff an, „dass keine Identitätsbestimmung mehr per se zeitstabil ist und dass Gewichtung, Relationierung und Ausdeutung von Identitätsmerkmalen sich von Situation zu Situation ändern.“ (Rosa, 374) Im Folgenden bestimmt er vier Faktoren, durch die eine „rudimentäre *transsituationale* Einheit und Kontinuität des Selbst, welche die Verwendung des Identitätsbegriffs erst rechtfertigt“ (Rosa, 374), gewährleistet ist: (1) Eine minimale Verknüpfung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. (2) Subjekte sind durch eine „*habitualisierte* Kontinuität geprägt..., die eine relative Zeitfestigkeit aufweist.“ (Rosa, 374) (3) „Zusammenhang von *geliebten Objekten* und Identitätsbildung“ (Rosa, 375). (4) Angeborenes, prädikatloses Kern-Selbst (vgl. Rosa, 376!).

⁷⁹⁵ Rosa, 376.

⁷⁹⁶ Vgl. Rosa, 382!

weder, dass es sich dabei um ein widerspruchsfreies, in sich schlüssiges System von Dispositionen, Ordnungsprinzipien, Klassifikationsschemata und so weiter handelt, noch ist damit Immunität gegenüber Veränderungen impliziert. Zwar betont Bourdieu die Bedeutung der frühen Erfahrungen in der Kindheit; diese bilden im Habitus eine grundsätzliche Haltung zur Welt aus. Sie eröffnen bestimmte Handlungspotentiale im Raum des Möglichen, verschließen andere. Wie stabil der Habitus eines Individuums oder einer Gruppe, wie konsistent das Handeln der Akteure sein kann, ist jedoch... von den sozialen Verhältnissen abhängig.⁷⁹⁷ Die im Menschen grundsätzlich angelegte Ambivalenz wird durch die Beschleunigung der sozialen Lebensverhältnisse zum Sprengsatz. „Bourdieu hat sich selbst als Beispiel für das Zerrissene, Konflikthafte, Widersprüchliche im Habitus des modernen Individuums geschildert... Wenn es richtig ist, dass der Habitus eines Menschen geformt und geprägt wird durch die sozialen Verhältnisse, in denen sie oder er in die Gesellschaft als handelndes Subjekt hineinwächst, dann ist anzunehmen, jedenfalls für die moderne Gesellschaft, dass die Habitus-prägenden Erfahrungen der Heranwachsenden durchaus heterogen und widersprüchlich sind und sich nicht bruchlos oder gar harmonisch ineinander fügen. Mit der Komplexität ihrer Strukturen und Kriterien sozialer Differenzierung legt die moderne Gesellschaft... zugleich Sprengsätze im Habitus der Subjekte an, Konflikte zwischen unterschiedlichen Ordnungsvorstellungen und Verhaltensweisen, die die Selbstverständlichkeit der Praxen immer wieder ein Stück in Frage stellen kann.“⁷⁹⁸ Die Selbstverständlichkeit der sozialen Ordnung wird in konflikthaften Erfahrungen im Palliativen Feld bzw. in konflikthaften Erfahrungen im sozialen Feld des Gesundheitswesens allgemein - sei es angesichts konkurrierender Wertsysteme (Ökonomie - Care) oder sei es angesichts konkurrierender Berufsgruppen im Feld (in der interprofessionellen Entscheidungsfindung oder durch die Professionalisierungsbemühungen der Berufsgruppen verursacht) - leicht brüchig. „Der Raum des Möglichen, des für das *eigene* Handeln Möglichen, bleibt durch die in den Institutionen ebenso wie im Habitus eingelagerte Arbeitsteilung... begrenzt.“⁷⁹⁹ Palliative Haltung, die die im Feld der Palliative Care Arbeitenden eint, die auch Care-Empfangende und Care-Gebende im Rahmen einer Care-Beziehung aufgrund

⁷⁹⁷ Kraus/Gebauer, 71.

⁷⁹⁸ Kraus/Gebauer, 72f.

⁷⁹⁹ Kraus/Gebauer, 74, wenden dies auf die Arbeitsteilung zwischen Frau und Mann an, ist aber m.E. ohne

Palliativer Haltung eint, befindet sich als interdisziplinär-interprofessionelle Haltung im Spannungsfeld disziplin- und professionsimmanenter Wertsysteme, die habituell in den sozialen Akteuren (Individuen und Gruppen) immer schon verankert sind und als Habitus thematisiert werden müssen - soll Palliative Haltung wirklich einigend wirken und nicht als Anspruch stehen bleiben. Erst im Aushandlungsprozess wird Care zur Care, Palliative Care zur Palliative Care und überschreitet damit den engen Rahmen situativer Identität hin zu einer habituell verankerten Palliativen Identität. Werte des Feldes, die in der Komplexität ausdifferenzierter und beschleunigter Gesellschaften mit zentrifugaler Kraft an den Rand geschleudert wurden, werden in Palliativer Haltung am Rand habituell verankert.

(2) Situative Identität und Autonomieverlust in der Spätmoderne

Der Mensch befindet sich in einem sich stetig steigenden, einem sich beschleunigenden *circulus vitiosus*. Dieser *circulus vitiosus* der Beschleunigung wird gespeist und angetrieben durch das Ineinandergreifen der den modernen Menschen antreibenden Ängste (etwas zu verpassen und nicht mehr auf dem Laufenden zu bleiben) und durch die durch die Beschleunigungsmechanismen (hohe Dynamik der technischen, sozialen und kulturellen Umwelt) bedingte Zunahme von Komplexität und Kontingenz. Diesem Teufelskreis schuldet der moderne Mensch seinen Wunsch nach Kontrolle des eigenen Lebens. Das Prinzip der Autonomie gewinnt für den modernen Menschen im Rahmen dieses *circulus vitiosus* an Relevanz und Brisanz. Je mehr der moderne Mensch aber nach Autonomie strebt, umso weiter scheint sie ihm in die Ferne zu rücken. Denn bezogen auf das Autonomiestreben des modernen Menschen muss konstatiert werden, dass der spätmoderne Mensch eben dadurch seiner Autonomie verlustig geht, also nicht mehr Herr seines eigenen Lebens ist, dass er ohne kontextübergreifende Lebensziele eben nur noch situativ handeln kann und sich dabei in temporaler Komplexität selbst verliert, sich selbst entzogen ist. Das Leben als Ganzes verliert seine Richtung, „es kann nicht länger als *gerichtete Bewegung* verstanden werden... *Das Leben bewegt sich nirgendwo hin, es tritt letztlich mit hohem (Veränderungs-) Tempo auf der Stelle.* Dies ist der Sinn, in dem die *Verzeitlichung der Zeit* die *Entzeitlichung des Lebens* impli-

weiteres auf Selbstverständlichkeiten sozialer Ordnungen aller Art anwendbar.

ziert⁸⁰⁰. „Der in der Gesellschaftsstruktur der *rutschenden Abhänge* begründete *Zwang* zur Beschleunigung zwingt Subjekte, Organisationen und Regierungen zu einer *reaktiven Situativität* anstelle einer *gestaltenden Führung* individuellen und kollektiven Lebens.“⁸⁰¹

(3) Aufdehnung der situativen Identität in einer Palliativen Haltung

Wo sich spätmodern identitätsprägende und starre Milieus aufzulösen beginnen, schafft Palliative Care ein neues, ein Palliatives Milieu - aus einer Palliativen Haltung heraus -, und macht diese Palliative Haltung zugleich zum verbindlichen, identitätsstiftenden Charakteristikum des Palliativen Feldes. Palliative Care verweigert sich dem Schritt aus der Moderne in die Spätmoderne hin zu einer Dynamisierung der Selbstverhältnisse, indem sie am Prinzip der Individualisierung der klassischen Moderne⁸⁰² für den sterbenden Menschen festhält und auf ihn anwendet. In Palliativer Haltung nimmt Palliative Care das Prinzip der Individualisierung auf, als ein Prinzip, das eine „*Verzeitlichung des Lebens*“⁸⁰³ forciert und „das eigene Leben als ein *zeitlich zu gestaltendes Projekt*“⁸⁰⁴ auffasst, und wendet dieses Prinzip dann auf den Sterbenden an, der im Rahmen eines guten, eines langen und langsamen Sterbens das eigene Leben im Angesicht des bevorstehenden Todes als ein zeitlich zu gestaltendes Projekt auffassen soll.

In diesem Sinne erst wird der Mensch wieder autonom, und zwar im Bezugsfeld einer Care-Beziehung. Es handelt sich dabei um eine relational verfasste Autonomie. Während Klinische Ethik die Antwort auf die reaktive Situativität individueller und kollektiver Existenz und deren Bestätigung ist (Klinische Ethik hat damit eine Alibi-Funktion für das Aufrechterhalten dieser Situativität), kehrt Palliative Haltung die zeitlichen Muster der Spätmoderne um - als Aktion der Gesellschaft selbst und als Reaktion auf die Gesellschaft. Die reaktiv situative Verfasstheit von Individuen und Kollektiven scheint der hinreichende Grund für eine situationsethisch ausgerichtete Transformation des spätmodernen Gesundheitswesens.

⁸⁰⁰ Rosa, 383f.

⁸⁰¹ Rosa, 453.

⁸⁰² Vgl. Rosa, 355! – Vgl. auch Kapitel zu Pfeffer!

⁸⁰³ Rosa, 355.

⁸⁰⁴ Rosa, 355.

Im Verlieren konsistenter Wertorientierungen und angesichts diffuser und komplexer Behandlungsmöglichkeiten soll Klinische Ethik dabei unterstützen, stets neu situativ reaktiv zu entscheiden, was getan werden soll. Statt vorausschauendem Handeln dominieren reaktive Muster. Der Autonomieverlust als Verlust selbstbestimmter Steuerungsmechanismen kommt nicht durch den Zuwachs an Optionen per se zustande. Autonomiegefährdend werden die Steigerung von Entscheidungsmöglichkeiten und Verfügbarkeitshorizonten erst „durch die mit ihnen verknüpfte Veränderung der spätmodernen Zeitstrukturen: Die selbstbestimmte Gestaltung individuellen und/oder kollektiven Lebens setzt voraus, dass der Optionenraum über eine gewisse Zeit hinweg stabil bleibt..., [so] dass sich Veränderungsprozesse noch *verstehen* und zumindest teilweise kontrollieren lassen, und schließlich dass ausreichend Zeit zur Verfügung steht, um durch die planmäßige Einwirkung auf den Handlungsraum Leben und Gesellschaft tatsächlich zu *gestalten*.“⁸⁰⁵ Palliative Haltung wirkt aber nun gerade dadurch autonomiefördernd, dass der Optionenraum übersichtlich gestaltet und bis zur Zeit des Sterbens stabil gehalten wird, um so ein tieferes Verstehen der Vorgänge am Ende des Lebens zu ermöglichen und Kontrollierbarkeit und damit Sicherheit herzustellen. Palliative Haltung koppelt sich als Haltung der Entschleunigung aus dem spätmodernen “Beschleunigungshype” aus und macht von ihrem Anspruch her Palliative Praxis am Lebensende plan- und verstehbar. Palliative Haltung setzt Vertrauen der in der Care-Beziehung miteinander Verbundenen voraus - Vertrauen in das andere, weil nicht beschleunigte Tun Palliativer Praxis. Vertrauen, weil Palliative Haltung als Haltung versöhnt ist mit der Hoffnungslosigkeit angesichts überlebensermöglichender Therapieoptionen und als Haltung auf die Hoffnung lebens(qualitäts)ermöglichender Therapieoptionen baut. Das Vertrauen einer Haltung, das eingebettet ist in die Akzeptanz des eigenen Sterbens als Teil des Lebenslaufs und damit zur Haltung des Loslassenskönnens, des sterben Lassens, wird. Wo das Loslassen der Komplexität der Optionen möglich geworden ist, dehnt sich die situative Identität in ein Leben angesichts des Sterbens hinein aus und wird im Bewusstsein der eigenen Relationalität erst wirklich frei und autonom. Palliative Haltung ist damit die institutionalisierte Antwort auf den Dynamisierungsdruck, der Stabilität gewährleistende Institutionen auflöst, auf einen Dynamisierungsdruck, dem „das Offenhalten von Optionen und Anschlussmöglichkeiten zu einem *kategorischen Impera-*

⁸⁰⁵ Rosa, 454.

tiv wird, der sich gegenüber substanziellen Bindungen immer stärker durchsetzt. Dies erzeugt aber eine Lage, in der Erfahrungen kaum mehr Bindekraft für die Erwartungen haben und in der deshalb individuell wie politisch die Verbindung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft... zerreißt⁸⁰⁶. Palliative Haltung wird demgegenüber zum kategorischen Imperativ einer Haltung des Vertrauens und der Compassion im Rahmen der Ausgestaltung einer Care-Beziehung, die substantiell bindet und nicht mehr nach Anschlussmöglichkeiten an Therapieoptionen sucht, sondern nach Anschlussmöglichkeiten an eine sinnhafte und relational-autonome Gestaltung der verbleibenden Lebens-/Sterbenszeit.

Im Rahmen seiner Entschleunigung in seiner Betreuung im Palliativen Feld kommt der sich zeitlich bisher selbst entzogene Mensch wieder unmittelbar und gegenwärtig nahe - er kommt zu sich. Seine Identität bekommt den Raum und die Zeit, sich auszudehnen. Der Mensch, der in den Prozess des Bewusstwerdens des eigenen Sterbens eintritt, wird damit wieder zum Sterbenden, der er immer schon ist, seine Identität dehnt sich in der Entschleunigungs- und Soase des Palliativen Felds in diese seine Wirklichkeit als Identität hinein aus, Anspruch und Wirklichkeit werden identisch im Identischwerden des Sterbenden. Palliative Haltung ist die Haltung des Bewusstseins der eigenen Endlichkeit, die sich in alle menschlichen Vollzüge hinein auswirkt. Palliative Haltung in diesem Sinne ist die Haltung abschiedlichen Lebens.

Exkurs: Abschiedlich leben⁸⁰⁷

Wilhelm Weischedel entwirft im Rahmen seiner skeptischen Ethik die Figur des "Abschiedlichen Lebens". - Der Tod ragt in die Offenheit des Daseins hinein und konfrontiert dieses unser Dasein mit seiner Zeitlichkeit und Endlichkeit. „Uns droht dasselbe Schicksal, das allen natürlichen Wesen beschieden ist, wir werden mit der Geburt einem riskanten Leben ausgesetzt, sind ständig von organischen Krankheiten bedroht und sehen im Tod dem Untergang alles Lebendigen ent-

⁸⁰⁶ Rosa, 454.

⁸⁰⁷ Vgl. Weischedel, 188f.; 194-197; 209-215!

gegen.⁸⁰⁸ Aus dieser Erfahrung, dass wir nicht immer leben werden, erwächst eine Grundhaltung, die **in allen Lebensphasen** gleichsam wirksam ist - die Grundhaltung der **Abschiedlichkeit**. Sie ist Antwort auf die Vergänglichkeit und Auftrag zugleich: Als Kunst des Loslassenkönnens soll sie aktiv geübt werden, der Tod also nicht passiv erfahren, sondern aktiv ins Leben einbezogen werden - als Tätigkeit des Abschieds. Aus dieser Tätigkeit heraus wird sich der Mensch seiner innersten Freiheit bewusst: Aus seiner Distanz zur Welt erwächst ihm der Auftrag zum Engagement in der Welt, ohne sich dabei an die Welt zu verlieren. Aus seiner Distanz zu sich selbst ist der Mensch vom Versteifen auf sich selbst befreit. Aus dieser Freiheit erwachsen weitere Haltungen wie Entsagung, Selbstbescheidung, Demut, Selbstaufgabe, Selbstbeherrschung, Besonnenheit, Tapferkeit, Freimut, Großmut, Güte, Gelassenheit und Geduld. - Die lebenslang geübte Auseinandersetzung mit dieser Grundhaltung ist gerade im Prozess des Alterns unausweichlich. Denn in jedem Älterwerden ist der Tod gegenwärtig.

6.4.5 Palliative Haltung als Haltung der Entschleunigung

Angesichts der Motoren moderner Beschleunigung wird deutlich: Durch Stillstand droht ein Zurückfallen in allen Dimensionen des sozialen Lebens. Stillstand als Zeitlosigkeit der Zeit entsteht im Sterben stets neu und bedroht die beschleunigte und sich stets weiter beschleunigende Gesellschaft, weshalb eine Auslagerung des Sterbens aus einem beschleunigten Gesundheitswesen zwangsläufig notwendig wird. Die Haltung abschiedlichen Lebens ist für eine moderne Gesellschaft eine anachronistische Haltung, Sterben als Stillstand aller sozialen Beschleunigung wirkt anachronistisch und muss ausgelagert werden in Randbereiche hinein, die als Palliatives Feld zu identifizieren sind. Die dort zur Verfügung gestellte Zeit ist im Anachronismus des Sterbens selbst angelegt - denn Sterben braucht Zeit. Sterben wird zu einem langen und langsamen Prozess (Entschleunigung im Sinne einer natürlichen Geschwindigkeitsgrenze). Der Luxus von Zeit wird mit der Ausgliederung des Sterbens in das Palliative Feld hinein ausgelagert. Der Kreis schließt sich - einem langsamen Geborenwerden folgt ein modernes schneller leben Wollen und Müssen, diesem folgt ein langsames Sterben. Das legt nahe, dass Zeit dem Sterben immanent ist. Auf der anderen Seite wird im Auslagern von Zeit

⁸⁰⁸ Honneth (2010a), 298.

in das Sterben hinein ein gesellschaftlich-intentionaler Aspekt sichtbar. Die Gesellschaft befördert und erlaubt, das heißt sanktioniert ebendiese Auslagerung von Zeit in das Palliative Feld hinein (intentionale Form der Entschleunigung). Ist die Entwicklung von Palliative Care dann tatsächlich einem Defizit in der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen geschuldet? Oder verdankt sich die Entstehung von Palliative Care und mit ihr einer Palliativen Haltung nicht vielmehr den Diktaten einer Moderne, die individualisiert, was als Anspruch in der Palliative Care im Rahmen einer radikalen Patientenorientierung verwirklicht wird. Einer Moderne, die funktional differenziert und also das Sterben, das so speziell geworden ist, einer funktional differenzierten Palliative Care anheimgibt. Einer Moderne, die domestiziert, die die Natur und damit das Leben und das Sterben beherrschbar machen möchte durch eine eigens hierfür ausgebildete Haltung. Einer Moderne schließlich, die dem Diktat der Beschleunigung folgt, und alles, was sich dieser Beschleunigung sperrt oder sie bedroht, auslagert und dafür das Palliative Feld geschaffen hat. Palliative Haltung ist dann nicht nur Reaktion auf gesellschaftliche Defizite, sondern zugleich und vor allem Ergebnis einer Aktion der Gesellschaft. Die Funktion von Palliative Care ist dann zuerst die Entlastung einer beschleunigten Gesellschaft von der Belastung des entschleunigenden Sterbens. Als solche hat Palliative Care eine Erinnerungsfunktion: sie ist ein Residuum des Beschleunigungshype moderner Gesellschaften und wirkt als solche in der Haltung der darin Tätigen in die beschleunigte Gesellschaft zurück.

Anders verhält es sich meiner Ansicht nach mit der Ethisierung des Gesundheitswesens angesichts eines ungeheuerlichen Beschleunigungsschubs des Gesundheitswesens. Residue inmitten des "Beschleunigungshypes" moderner Gesellschaften ist der Schutzraum für "Wert und Würde" des beschleunigten modernen Menschen, die in der karitativen Verfasstheit des Gesundheitssystems unbestrittene Werte waren und nun in kapitalwirtschaftlicher Entfremdung des Gesundheitswesens einerseits und der Reduktion der Identität des Menschen auf einen situativ anmutenden Kontingenzpunkt andererseits in Gefahr geraten und mit ihnen der moderne Mensch selbst. In Anlehnung an die Motoren der Beschleunigung lässt sich auch der Schutzraum der Residuen "Wert und Würde des spätmodernen Menschen" näher beschreiben und Ethisierung nicht nur als Konsequenz von Ökonomisierung fassen, sondern als Reaktion der Residue aus seinem Schutz-

raum hinaus in das beschleunigte Gesundheitswesen hinein.

Zwei Seiten also, darauf hatte ich hingewiesen, hat die Herausnahme der Palliative Care aus dem Feld. (1) Sie ist zum einen Reaktion einer Palliativen Haltung, um dem Sterben in unserer Gesellschaft einen geeigneten Ort der Ruhe und der Begegnung zurückzugeben, und zwar frei von Tabus - hier darf gestorben werden, hier darf Tod sein, hier darf Zeit sein (oppositionelle bzw. ideologische Form der Entschleunigung). (2) Zum anderen ist die Herausnahme aus dem Feld Aktion der Gesellschaft, um die Gesellschaft als eine solche zu bestätigen, wie sie ist. Das heißt, die Herausnahme soll vordergründig eine adäquate Versorgung gewährleisten, hintergründig aber das System der Beschleunigung des Gesundheitssystems gewährleisten. Wobei hier anders als bei Rosa nicht an eine temporäre Entschleunigung von Systemen gedacht ist, die sich Kraft holen für eine weitere Beschleunigung - Akteure, Individuen oder Kollektive also, die aus- und dann gestärkt wieder einsteigen. Palliative Care ist nicht der Yoga-Kurs des Gesundheitssystems. Nein, es handelt sich um die Ausgliederung desjenigen Teils des Gesundheitssystems, das nicht beschleunigt werden kann, da dieses Teilsystem sich der essentiell als Beschleunigungsmotor verankerten Flucht vorm Tod als Entschleuniger widmet. So ist Palliative Care zum einen Alibi - das Gesundheitssystem kümmert sich - und zum anderen Funktion - des Aufrechterhaltens des "Beschleunigungshypes" des Gesundheitssystems. Die in diesem Teilsystem Care-Gebenden und die Care-Empfangenden mögen von dieser Ausgliederung profitieren, dem Gesamtsystem des Gesundheitssystems aber ist das sinngebende Element damit abhandengekommen. Denn was heißt das für das Phänomen der Palliativen Haltung? - Nicht das Vorhandensein einer irgendwie gearteten Palliativen Haltung führte nach dieser Logik zur Herausbildung des Felds der Palliative Care, sondern die Not eines beschleunigten Gesundheitswesens, das das Sterben - als Stachel der Entschleunigung und Optionenvernichter - als Störfaktor empfand.

So wie Pflege nach ihrem Proprium fragt, fragt Palliative Care nach ihrem Proprium und findet ihre Antwort in einer exklusiven Haltung, die in ihrer inhaltlichen Bestimmung doch aber mit der Bestimmung des Anspruchs von Care als Pflege übereinstimmt und damit als Palliative Haltung immer schon Haltung von Care an sich ist. Und weil der Anspruch von Care zugleich gesellschaftlicher Anspruch ist,

entsteht das Paradoxon, dass da etwas als Palliative Haltung ins Feld der Palliative Care ausgelagert wird, das doch immer schon Wesensmerkmal von Care-Beziehungen ist. Darum ist es Aufgabe einer Klinischen Ethik, diese Haltung mäeutisch-hermeneutisch wieder zu entdecken und in den Teilnehmern von Ethikforen zu wecken, um darauf hinzuweisen, worum es in Care-Beziehungen immer schon geht - um eine gelebte, das heißt ernst genommene radikale Patientenorientierung.

Kritisch soll nun noch angemerkt sein: Die Entschleunigung im Palliativen Feld geht einher mit einer zunehmenden Verdichtung der darin Handelnden am Sterbebett. Wo im Krankenhaus Arbeitsverdichtung wahrgenommen wird, einhergehend mit einem Mangel an Zeit für eine auch nur ausreichende Care, stehen im Palliativen Feld Haupt- und Ehrenamtliche, und unter den Hauptamtlichen eine Vielzahl an Therapeuten verdichtet zur Verfügung. Ob im Sinne einer radikalen Patientenorientierung diese Flut an Menschen Geschmack und Bedürfnis der Care-Empfangenden zwingend trifft, darf und muss gefragt werden. Ebenso, ob die Angebote der Therapeuten am Patienten orientiert sind oder nicht doch eher an der Normativität des Palliativen Feldes mit seinen Regularien und der Normativität der eigenen Vorstellungen mit einer Dominanz der eigenen Angebote. Kritisch wird dann außerdem zu fragen sein, ob der palliativ Tätige sich seiner Rolle bewusst ist bezüglich der Bildung sozialer Werte und damit seiner eigenen normativen Kraft.

7. Zusammenfassung und Ausblick

7.1. Ergebnisse

Palliative Haltung - von einer solchen Haltung war während meines Forschungspraktikums mehrfach gesprochen worden. Das Palliative Feld hatte ich im Rahmen dieses Forschungspraktikums in aller Offenheit mit der Fragestellung betreten, wie die Care-Dimensionen von Eva Feder Kittay in der Praxis des Palliativen Feldes im Kontext einer Ökonomisierung und Ethisierung des Gesundheitswesens zu verorten und zu bewerten sind. Durch das Reden über eine sogenannte Palliative Haltung neugierig geworden, fasste ich meine Fragestellung enger und ging in teilnehmenden Beobachtungen und Interviews mit Experten des Palliativen Feldes im weiteren Verlauf des Forschungspraktikums der Frage nach, was eine Palliative Haltung ist (Haltung von Care), wie sie erworben wird (Tugend von Care) und wie sie sich in das Palliative Feld hinein auswirkt (Care-Arbeit im Rahmen eines ökonomisierten und ethisierten Feldes). Aspekte einer Palliativen Haltung konnten oft nur in Abgrenzung davon, was eine Palliative Haltung nicht ist bzw. was der Träger einer solchen Haltung nicht tun darf, sowie durch Erzählen von Episoden präzisiert werden. Als leitende Aspekte Palliativer Haltung konnte ich nach dieser explorativen Phase konkreter fassen: (1) Haltung im Rahmen von Care; (2) die Norm des guten Sterbens; (3) Haltung in der Dialektik von Habitus und Feld; (4) die Funktion von Zeit. Der Frage, was sich hinter diesen Aspekten verbirgt, bin ich in meiner theoretisch angelegten Arbeit näher nachgegangen unter Zugrundelegung der These:

Die Palliative Haltung bestimmt das pflegerische Handeln am Lebensende in grundlegender Weise. Im Rahmen von Care-Beziehungen vermittelt Palliative Haltung den Anspruch von Care mit der Wirklichkeit von Pflege und stiftet damit Sinn am Lebensende (Eva Feder Kittay). Palliative Haltung ist die Haltung abschiedlichen Lebens in dialektischer Bezogenheit auf die Norm des guten Sterbens des Palliativen Feldes (Christine Pfeffer). Palliative Haltung ist die habituell im Feld erworbene und habituell im Feld wirksame Haltung des sozialen Akteurs - Palliative Haltung ist also Produkt der Dialektik von Palliativem Habitus und Palliativem Feld

(Pierre Bourdieu). Palliative Haltung ist die Haltung des Zeit-Habens und damit ein Anachronismus in der beschleunigten Moderne (Hartmut Rosa).

Was sind nun die Ergebnisse dieses hermeneutisch-offenen Versprechens von Aspekten Palliativer Haltung, die ich aufgrund meiner Literaturrecherche konkretisieren konnte, mit den gesellschaftstheoretischen Entwürfen von Kittay, Bourdieu und Rosa und der ethnographischen Studie von Pfeffer? Zunächst einige Hinweise zum aktuellen Forschungs- und Diskussionsstand.

(1) Meine Literaturrecherche hatte gezeigt: Obwohl Haltung als Schlüssel zu Wissen, Fertigkeiten und Praxis von Palliative Care aufgefasst wird, ist wenig darüber geschrieben und noch weniger darüber geforscht worden. Die Autoren schreiben im Bewusstsein, dass Haltung das Entscheidende ist für das Arbeiten im Palliativen Feld. Haltung betrachten sie im Zusammenhang der Trias Haltung - Wissen - Fertigkeiten und setzen voraus: die Haltung hat hier den Vorrang, erst über sie erschließt sich der rechte, das heißt der Palliative Zugang zu Wissen und Können von Palliative Care. Sie bringen Haltung außerdem in die Nähe von Compassion - Compassion taucht auf im Reden von Mit-Menschlichkeit, im Reden vom Schwesterlichen und Brüderlichen, im Reden vom Mütterlichen, im Reden vom Verantwortlichen und Solidarischen. Doch all das Reden legt die Karten nicht auf den Tisch. Ist Compassion normative Setzung von den christlichen Wurzeln von Care her - in der Rede von der Gastfreundschaft, im Verständnis des Lebens als Reise durchs Leben, in der Rede von Güte und Barmherzigkeit? Ist Compassion normative Setzung einer Befreiungstheologie und -ethik, die die Verantwortung wieder entdeckt hat? Oder ist Compassion Bedingung meines Menschenbildes, das das Menschenbild von Care ist? Müsste ich dann nicht zuerst die Voraussetzungen eines solchen Menschenbildes explizieren, das Compassion als Grundverfasstheit eines schon immer abhängigen Menschen auffasst, bevor ich von Haltung rede? Das nun legt eine Care, die in der Verwirklichung von drei Dimensionen als Care überhaupt erst fassbar wird, nahe. Nach der Tugend zu fragen, heißt nämlich nach den Voraussetzungen zu fragen einer solchen Care, wie ich sie im Palliativen Feld betreibe. Im Bemühen, die begrifflichen Setzungen von Bourdieu zur Beschreibung von Wirklichkeit mit einer sogenannten Palliativen Haltung zu versprechen, und im Bemühen, die sogenannte Palliative Haltung mit

der Verfasstheit des modernen Menschen als einem beschleunigten Menschen zu versprechen, habe ich versucht, mich den Voraussetzungen eines Redens von Palliativer Haltung anzunähern.

Ein weiteres hatte die Literaturrecherche gezeigt. Auf der Suche nach der sogenannten Palliativen Haltung war ich auf die Grundhaltungen von Palliative Care gestoßen und - aufgrund der Allgemeinheit der Merkmale einer solchen Grundhaltung - auf die Idee einer Universalität von Palliative Care als Care - was wiederum eine Universalität Palliativer Haltung bedingt. Das wiederum lässt sich zurückführen auf ein Menschenbild, das mich als immer schon abhängig Verfassten begreift und von daher Care und dann auch Palliative Care begründet. Was Care noch zulassen könnte für die Entlastung des modernen Menschen, ist die Vorstellung, dass die wahrgenommenen Abhängigkeitsverhältnisse nur vorübergehend und damit nur vorübergehend entschleunigend sein könnten, während eine Bestimmung von Care als Palliative Care dieses Ausweichen des modernen Menschen nicht mehr zulässt. Wo Care in die Nähe des Todes rückt und zur Palliative Care wird, kann diese Abhängigkeit als etwas Vorübergehendes nicht mehr verdrängt werden - sie ist dann meine Wirklichkeit, in die ich wieder hereingeholt werde. - Ich komme "ganz" zu mir selbst. Definitionen von Palliative Care, die Palliative Care weiter fassen und chronische Abhängigkeitsverhältnisse auch mit hinein nehmen, haben dies intuitiv erfasst. Was ich in Auseinandersetzung mit dem Sterben durch meinen Umgang mit Sterbenden lerne, ist: zu mir selbst zu kommen, mich als dieser immer schon Abhängige selbst zu begreifen. Hierin vermittelt sich der Anspruch von Care mit der Wirklichkeit von Care, ihrer Praxis, im Rahmen der Haltung von Care. Im Versprechen der Anerkennung des So-Verfasstseins des Menschen mit seiner Wirklichkeit eines So-Verfasstseins, er ist ja nun wahrnehmbar als dieser abhängige Mensch, entsteht die Haltung von Care als Akzeptanz einer solchen Verfasstheit. Erst unter dieser anthropologisch näher bestimmten Verfasstheit macht es m.E. Sinn, die Rogersschen Attribute auf Palliative Haltung zu übertragen. Ich komme zu mir selbst heißt nun: ich bin **kongruent** in dieser Situation, weil ich **akzeptiert** habe. Ich komme zu mir selbst heißt nun: in der Begegnung mit dem Anderen begegne ich mir selbst - in dieser Begegnung auf Augenhöhe ereignet sich **Empathie**. Eine solche Grundhaltung zu lernen, heißt, zu mir selbst zu kommen.

(2) Care-Beziehungen sind die Grundformen des In-Beziehung-Seins von abhängig verfassten Menschen. Sie sind notwendig als Begegnungsräume von Care-Gebenden und Care-Empfangenden (Tugend von Care). Sie werden getragen von einer gemeinsamen Haltung, einer Palliativen Haltung (Haltung von Care). Diese Haltung wirkt in dieses Aufeinanderbezogensein hinein als verantwortliches mitmenschliches Solidarisch-Sein (Care-Arbeit). Anhand der Care Ethik von Eva Feder Kittay bin ich den Voraussetzungen einer so verstandenen Care, die den Rahmen einer Palliativen Haltung darstellt, auf den Grund gegangen.

Kittays Modell von den drei Care-Dimensionen zeigt, dass ich Haltung nie voraussetzungslos und nie wirkungsfrei habe. Tugend von Care bedeutet, dass ich bestimmte Einstellungen mitbringe, mit denen ich das Feld betrete, es bedeutet aber auch, dass meine Einstellungen beim Betreten des Feldes mit den Einstellungen, den normativen Voreinstellungen dieses Feldes umzugehen haben werden. Voraussetzung des Menschen, das heißt seine anthropologische Bedingtheit, ist nicht Unabhängigkeit, diese kann Kittay als Fiktion der Moderne entlarven, sondern Abhängigkeit. Als ein immer schon auf ein Mehr oder Weniger an Abhängigkeit Angelegter, kommt der Mensch erst im Rahmen einer Beziehung, einer Care-Beziehung nämlich zu sich selbst. In der Akzeptanz eines solchen reziproken Abhängigseins steckt der Schlüssel zum erfüllten Leben, das nun nicht mehr verzweifelt dem Hirngespinnst von der eigenen Autonomie naheifert, sondern das bei sich selbst angekommen ist und anerkannt hat: in der Abhängigkeit liegt die Möglichkeit zur Integration, ich bin nicht allein, nicht isoliert, sondern schon immer auf Gemeinschaft angelegt, was sich in meiner größten Abhängigkeit im Rahmen der Pflegebedürftigkeit einmal mehr bestätigt. Daran darf ich mich jetzt erinnert wissen in meinem Mehr an Unabhängigkeit, dass der Andere in seinem Wohl schon immer von mir abhängig ist, weil wir auf Abhängigkeit hin angelegt sind. Das begründet das Mit-Menschliche von Care, das Solidarische, die Verantwortung, solidarisch zu sein, weil ich dann erst bei mir selbst bin. Das heißt meinen Voraussetzungen - als Mensch auf Abhängigkeit angelegt zu sein - begegne ich im Feld wieder und bilde damit die habituell verankerte Haltung von Solidarität aus. In diesem Sinn ist Haltung nur bedingt lernbar, weil sie schon immer in der Dialektik von Habitus und Feld angelegt ist und als Haltung darum ins Bewusstsein zurück gebracht werden muss. In diesem Sinne ist Solidarität als Attribut einer Palliativen Haltung zugleich

Attribut einer Haltung von Care als solcher, auf die hin der Mensch als *conditio humana* schon immer angelegt ist.

Diese Haltung ist im Feld wirksam - nicht nur beeinflusst meine Haltung das Feld, auch das Feld beeinflusst meine Haltung. Meine Haltung verwirklicht sich in meine Care-Arbeit hinein. Care ist Anspruch, der sich notwendigerweise im Feld verwirklicht - als Anspruch zu sich selbst kommt. An diesem Anspruch darf sich Pflege als verwirklichte Care messen lassen. Eine Abwertung von Abhängigkeit hatte zur Abwertung von Care als Verwirklichung dieser Grundverfasstheit geführt. In der Anerkennung dieser Grundverfasstheit werde ich nicht nur meinem Nächsten solidarisch, sondern die Gesellschaft wird sich in der Anerkennung von Care ihres Auftrags bewusst - sie kommt zu sich und damit in die Verantwortung hinein, die mit einer solchen Abhängigkeit verbunden ist - im Sorgen für Bedingungen, dass Care sich "gut" verwirklichen kann, Anspruch und Wirklichkeit also zur Deckung kommen können. Damit geht eine Aufwertung von Care einher. Dass dies gelingen kann, zeigt sich in der Palliative Care, für die diese Bedingtheit auch gesellschaftlich akzeptiert ist und der die Gesellschaft ein eigenes Feld geschaffen hat, in dem Palliative Haltung die dominante Haltung sein darf.

Was in der Literatur zu finden war, waren deshalb Beschreibungen von Care, wie sie sich in Palliative Care verwirklichen darf. Freilich ist das Gegenüber in Palliativer Praxis der sterbende Mensch - an ihm richten sich die Bewertungen seines und meines Lebens aus, das ist bedingt durch die Dialektik von Habitus und Feld. Aber nicht erst in der Begegnung mit dem Sterbenden bin ich selbst ein Sterbender, nein in der Begegnung mit dem Sterbenden werde ich mir nur bewusst, dass ich als moderner Mensch, der gerne Felder für das Sterben ausdifferenziert, damit Sterben an den Rand stellt, weil ich das Sterben ja nicht völlig ignorieren kann, dass ich als moderner Mensch, der auf diese Weise das Sterben an den Rand drückt, weil Sterben nicht sein darf, sondern Leben sein muss, was durch eine optionenoptimierte Medizin bestätigt wird, dass ich auch als ein moderner Mensch doch nur ein sterblicher Mensch sein kann. Die Angst vorm Optionenvernichter Tod ist wieder da in der Begegnung mit dem Sterbenden - was da in mir als Care-Gebender wächst, ist dann aber nichts Neues, das ich nun solidarische Haltung nennen darf, sondern es wächst in mir das befreite Bewusstsein, dass ich dieser

sterbliche Mensch schon immer bin und ich eigentlich in einem "abschiedlichen Lebensentwurf" mir selbst am nächsten komme und darin Sinn also erlebbar wird. Deshalb erlebe ich Sinn in Care-Beziehungen - weil ich darin bei mir selbst bin. Ein abschiedliches Leben ist sich bewusst: alles ist endlich, also bin ich endlich - daraus erwächst eine Verantwortung für mich als endlichen Menschen, für meinen Nächsten, der mir im Gewährwerden seiner Endlichkeit Nächster ist und ich ihm, und Verantwortung für meine Umwelt, die eben auch endlich ist. Ein abschiedliches Leben ist sich der Begrenztheit von Ressourcen und damit der Begrenztheit von Optionen bewusst. Ein abschiedliches Leben nimmt die Ambivalenz von Leben und Tod an und versucht nicht, den Tod und das Sterben durch die Vermehrung und Beschleunigung von Optionen zu verdrängen. Einer modernen Beschleunigung, die das lange und langsame Sterben freilich zentrifugal an den Rand katapultiert hat - das hat die Analyse der Zeitbezogenheit einer Palliativen Haltung gezeigt. Es ist diese Ambivalenz, die eine christliche Anthropologie zeichnet, weil auch eine solche Anthropologie säkularisiert gedacht nur das erkennt und zu beschreiben vermag, was sich ihr als Wirklichkeit zu verstehen gibt. Es bleibt auch säkularisiert eine Ambivalenz übrig, in der der Mensch als Mensch schon immer verfasst ist. Das bedeutet das Reden von Ganzheitlichkeit. Von der Vorstellung einer solchen Ambivalenz ausgehend macht das Reden von Ganzheitlichkeit dann überhaupt erst Sinn. Ganz heißt nun nicht Körper UND Seele, nein, ganz heißt lebendig und sterblich zugleich, heißt heil und unheil zugleich, heißt gesund und krank zugleich. Das ist nicht zu trennen. Ganz sein heißt, dass ich ganz nur in der Anerkennung meiner Abhängigkeit bin, dass ich auch als individualisierter Mensch immer ein auf Sozialität angelegter Mensch bin, dass sich Individualität eigentlich nur in meiner Sozialität recht entfalten kann - das ist meine Identität, dass ich erst im Rahmen meiner Sozialität Individuum sein kann, das greift die Figur der individualisierenden Vergemeinschaftung von Pfeffer wieder auf, das ist in der Care als Anspruch angelegt. Dem entspricht auch die Anerkennungstheorie von Honneth. Dass Autonomie immer nur relative Autonomie sein kann. Dass Freiheit bedeutet, in der Anerkennung dieser Abhängigkeit als Grundverfasstheit meinen Spielraum anzuerkennen, in dem ich mich fortan freier aufgrund dieser Anerkennung bewegen kann, weil ich nicht mehr blockiert bin durch das Anstürmen von Wänden, die ich doch nicht einreißen kann. Dass in den Menschen die Idee der Ewigkeit

eingepflanzt ist⁸⁰⁹ - das ist die Idee vom Leben. Diese Idee hat sich dem modernen Menschen als fixe Idee verselbstständigt, der Mensch sich selbst ent-fremdet. In der Haltung von Care kommt er wieder zu sich selbst und wird darin ganz. Ganz heißt, dass ich nur multidimensional und multikontextuell zu fassen bin. Dimensional in meinen Verfasstheiten als physischer, psychischer und spiritueller Mensch. Diese Dimensionen sind nicht zu trennen. Kontextuell als soziales und als geschichtliches Wesen. Diese Kontexte sind nicht zu trennen und begründen darin ja auch die hermeneutische Bedingtheit begrenzten Verstehens - das entspricht der Ganzheit.

Diese Ambivalenz menschlicher Verfasstheit wirkt sich als Voraussetzung, als Tugend, als Zugang zum Feld auf die Haltung der Palliativ Tätigen aus. Sie ist damit eine Haltung von Ambivalenz, nicht von genormter Einheitlichkeit. Das Gegenüber löst sich auch in der Begegnung mit mir nicht in mich hinein auf und ich mich nicht in mein Gegenüber hinein. Wir bleiben dieses Gegenüber, so bleibt auch die Haltung der Ambivalenz in der Begegnung bestehen zwischen einem bald Sterbenden und einem Sterblichen. Es bleibt die Ambivalenz von existentieller Nähe und professioneller Distanz. Eine solche Haltung der Ambivalenz wirkt sich in die Praxis der Palliativ Tätigen hinein aus. Die Ambivalenz einer solchen Haltung bedingt, dass ich eher das Leben oder eher den Tod sehen kann. Ob ich Unruhe aushalten kann oder den Tod betäuben muss. Ob ich Rituale des Lebens noch ausübe (im Waschen von Sterbenden) oder diese unterlasse. Das kann ich nur situativ entscheiden. Handeln entscheidet sich stets situativ am Bett des Sterbenden und ist dabei beladen mit Normen meines Habitus und Normen des Feldes, die mir entsprechend meinem Handeln eine Palliative Haltung zu- oder absprechen. Professionelles Handeln vereint sich transdisziplinär mit dem Handeln Anderer im kommunikativen Handeln miteinander am Bett des Sterbenden mit dem Sterbenden. Die Ambivalenz der Haltung ist die Ambivalenz der eigenen Voraussetzungen und wirkt ebenso ambivalent in die Praxis von Palliative Care hinein. Dadurch entstehen Konflikte und Widerstände. Diese darf ich dann in normierender Vereinheitlichung nicht verdrängen, sondern situativ aushandeln und aushalten.

⁸⁰⁹ Vgl. Kohelets Lied von der Zeit bzw. den Gelegenheiten/Möglichkeiten: Koh 3,1-15!

(3) “Gutes Sterben”: Die Beschäftigung mit der eigenen Endlichkeit öffnet mich als Care-Gebenden für mich selbst und bringt meine sehr persönlichen Wertvorstellungen auf den Tisch. Diese Wertvorstellungen gilt es mit den Wertvorstellungen des Feldes abzugleichen, das heißt mit den Vorstellungen einer Norm des “guten Sterbens”. Die ethnografische Studie von Christine Pfeffer kann normative Voraussetzungen des Palliativen Feldes offen legen, die ja auch Voraussetzungen einer Palliativen Haltung sind. So hat die Untersuchung einer Norm des “guten Sterbens” gezeigt: es gibt sie, die normativen Vorstellungen vom Sterben - wo es stattzufinden hat und wie es stattzufinden hat und wie sich der Patient, die Angehörigen und die professionellen Care-Gebenden zu verhalten haben. - Sterben und Tod **sind** an den Rand gedrückt und beim Zurückholen in die Mitte des Lebens bleibt das Sterben doch auch weiterhin unheimlich. Es muss normierend kontrolliert werden.

(4) Dialektik von Haltung und Feld: Die gegenseitige Bedingtheit von Palliativer Haltung und Palliativem Feld, das heißt deren dialektisches Ineinander-Verwoben-Sein, verbunden mit Vorstellungen von Spielregeln, Konflikten und Strategien des Palliativen Feldes und der habituell erworbenen und habituell sich äussernden Palliativen Haltung innerhalb und außerhalb des Palliativen Feldes sowie die Vorstellung der Wirkmächtigkeit einer solchen Haltung im Palliativen Feld waren für mich Hinweis darauf, das Phänomen der Palliativen Haltung von Pierre Bourdieus Habitus-theorie und seiner Annahme einer Dialektik von Habitus und Feld her zu vertiefen, um die Bedingungen der Entstehung einer Palliativen Haltung von hier aus besser verstehen zu können.

Der Palliativen Haltung als Haltung des Habitus auf den Grund zu gehen, bringt Palliative Haltung in Kontakt mit den Vorstellungen Bourdieus über die Verfasstheit der Gesellschaft (Soziale Räume mit Klassen und den ihnen eignenden Lebensstilen und Geschmäckern) und über die Verfasstheit von Haltung als Produkt einer Dialektik von Habitus und Feld - unter Berücksichtigung der Bedingungen des Habitus und den Bedingungen des Feldes. Hier habe ich eine Sprache gefunden und damit eine Möglichkeit des Verstehens, wie sich Palliative Haltung in der Wirklichkeit des Feldes als Wirklichkeit des Sozialen Akteurs, der mit der Wirklichkeit der Gesellschaft verwoben ist, verwirklicht. Für mich entdeckt habe ich

dabei die "Palliative Klasse" und die "Klasse des Gesundheitswesens", die die Palliative Klasse entmachtet an den Rand stellt - ausdifferenziert. Eine Palliative Klasse, die im eigenen Feld die herrschende Klasse ist und mit ihr der "Luxusgeschmack" eines sterben Lassens anstelle des "Notwendigkeitsgeschmacks" der Klasse des allgemeinen Gesundheitswesens, die ihrerseits Geschmack am leben Machen gefunden hat - wobei kritisch auch für das Palliative Feld gesagt werden muss: auch an den Palliativ Tätigen ist die Rede vom leben Machen nicht spurlos vorbei gegangen, da auch sie vom Leben bis zuletzt reden müssen und folglich von der Lebensqualität, wo doch eine Sterbensqualität gemeint ist. Das irritiert die Menschen am Sterbebett - dass hier bis zuletzt gelebt werden muss und nicht einfach gestorben werden darf. Wie wirkmächtig Sprache hier irritieren kann, könnte Gegenstand einer weiteren Untersuchung des Feldes sein. - Dem Notwendigkeitsgeschmack geschuldet ist das leben Machen. Dieses leben Machen ist möglich geworden durch eine optionenoptimierte Medizin, die seit den 70er Jahren zunehmend ökonomisiert wird. Beides, die Optimierung und die Ökonomisierung, haben zu Irritationen des Feldes geführt und tun es noch. Diese Irritationen werden manifest in ihrer Wirkung der Ethisierung und Palliativisierung des Feldes. Das habe ich im Exkurs zur Transformation von Care durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens näher betrachtet.

Die Betrachtung der Bedingungen des Habitus als "strukturiert und strukturierend", als Dispositionen von Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata, weist auf den Rahmen einer Palliativen Haltung hin, auf ihren Spielraum. Dieser Spielraum wiederum befindet sich in einer dialektischen Versprechung mit dem Spielraum des Feldes mit den dort geltenden je eigenen Spielregeln, Kapitalsorten, Verteilungsmustern von Kapital, normativen Bewertungen von Kapital, Strategien, Konflikten und Profit der entsprechenden Felder. Aus dieser dialektischen Versprochenheit ergibt sich der Handlungsspielraum des sozialen Akteurs, der in seiner Haltung und seinem Sozialen Sinn in diesen Raum eingebettet ist. Welches Kapital im Palliativen Feld dominant ist und wie es sich in die Praxis hinein auswirkt, ist die Frage von normativen Bewertungen des Kapitals. Das ist die Frage nach den Voraussetzungen, die Frage nach der Tugend. Wie ich mich dazu verhalte, wie ich also meine normativen Voraussetzungen mit denen des Feldes verspreche, ist die Frage meiner Haltung. Welches Kapital wirksam ist und bleibt oder auch nicht

bleibt und deshalb ausdifferenziert werden muss, ist die Frage der Praxis. Dass das Palliative Feld mit seiner Palliativen Haltung notwendigerweise als Luxusgeschmack ausdifferenziert werden musste, das war das Ergebnis meiner Betrachtung.

(5) Zeit-Haben: Der Überfluss an Zeit des Palliativen Feldes innerhalb eines beschleunigten Gesundheitswesens einerseits und das Paradoxon von gefühlter Zeitknappheit am Lebensende (zum Regeln all der letzten Dinge) und einem längeren und langsameren Sterben andererseits lässt die Frage nach der Palliativen Haltung zur Frage nach dem Verständnis von Zeit im Zusammenhang einer Palliativen Haltung werden. Diesen sehr dominanten Aspekt Palliativer Haltung betrachtete ich näher von der Zeitsoziologie Hartmut Rosas her, der Antworten bereit hält für ein besseres Verständnis beschleunigender und entschleunigender Phänomene der Moderne, denen sich auch eine Palliative Haltung zuordnen lässt. Sie ist die Haltung der Entschleunigung und dient in der Sprache Rosas der Raumdehnung von Care-Gebenden und Care-Empfangenden als Raum von Palliative Care. Sie verändert die Handlungsgeschwindigkeit und damit die Wahrnehmung der Zeit. Sie ist die Haltung abschiedlichen Lebens, das die situativ geschrumpfte Identität des modernen Menschen wieder aufdehnt in Verantwortlichkeit und Solidarität hinein. Sie verändert als Haltung das Selbst- und Weltverständnis, also das Sozial- und Dingverhältnis. Sie dient der Entschleunigung des Menschen im Palliativen Feld, des Care-Empfangenden und des Care-Gebenden im Rahmen einer Care-Beziehung. Zeit ist hier das soziale Kapital, das dem Palliativ Tätigen zur Verfügung steht - wobei auch hier der Blick auf die Abrechnungswirklichkeit von Zeit im Palliativen Feld verrät, dass die ökonomisch in Geld umgedeutete Zeit ("Zeit ist Geld") auch hier noch immer Geltung hat. Palliative Haltung ist die Haltung der Gegenwartsdehnung für die Care-Gebenden und die Care-Empfangenden, sie ist die Haltung eines "Palliativ-in-der-Welt-Seins", sie ist die Haltung der Desynchronisation. Dies bedeutet, dass das beschleunigte Gesundheitswesen gar nicht anders konnte, als das entschleunigte System ausdifferenzieren - zum einen, um das eigene System am Laufen zu halten (Palliative Haltung wird damit zur Strategie der weiteren Akzeleration eines ohnehin schon sehr beschleunigten Gesundheitswesens), zum anderen, um den Optionenvernichter Tod als Feind der Beschleunigung in ein eigenes Feld zu "bannen". Das ist ein weiteres

Ergebnis des Versprechens mit gesellschaftstheoretischen Entwürfen. Es war damit das dritte Theoriemodell und damit der dritte gesellschaftstheoretische Entwurf dreier Forscher, die nicht über Palliative Care gearbeitet haben, aber meiner Auffassung nach durch die Nähe ihrer Theorien zu den genannten Aspekten Palliativer Haltung hilfreich sind, um die Voraussetzungen eines solchen Phänomens besser beschreiben zu können.

7.2. Fazit und Ausblick

Nach Palliativer Haltung kann ich nur fragen, indem ich zugleich nach ihrer Voraussetzung (Tugend, Norm "guten Sterbens", Dialektik von Habitus und Feld, der moderne beschleunigte Mensch) frage, die in der Haltung vermittelt (als Habitus aus der Dialektik von Habitus und Feld heraus) zur Praxis wird, die als Palliative Praxis kein Machen (leben Machen), sondern Handeln ist - in mit-menschlich-solidarischer Verantwortlichkeit.

Es bleibt damit der gesellschaftliche Auftrag von Care bestehen - als Anspruch von Care ist er Auftrag von Care und wird als solcher in Palliative Care verwirklicht. Was das für die Professionalisierung der Pflege als der Professionalisierung von Care-Gebenden bedeutet, müsste noch erarbeitet werden. Es ist die Frage nach dem Gegenstand von Pflege, die eine Frage nach der historischen Bedingtheit von Pflege ist und damit die Frage nach dem historisch bedingten Habitus von Pflege und wie sich dieser Habitus aktuell mit der Wirklichkeit verspricht und versprechen lässt oder eben nicht verspricht und versprechen lässt. Das als Chance von Pflege und als Chance für unsere moderne Gesellschaft zu begreifen, legt m.E. nahe, einem solchen historisch bedingten Habitus in pflegewissenschaftlichem Forschen näher nachzugehen, um ihn unter Wahrung des Anspruchs von Care mit der Wirklichkeit von Pflege versprechen zu können.

Weiterhin bleibt zu untersuchen, wie moderne Sprache, die eine habituell gewordene Sprache ist, mein Denken strukturiert und mit meinem Denken das Feld, in dem ich denke, und in der Sprache des Feldes seinerseits mein Denken

strukturiert. Inwiefern setzt sich eine Palliative Care tatsächlich von den Vorstellungen der Gegenwart ab bzw. widerspricht ihr, da doch auch sie Sprachmuster des modernen Menschen habituell internalisiert, das heißt einverleibt hat. Die Wirkmächtigkeit von Sprache im Palliativen Feld wirkt sich von ihren Voraussetzungen her auf die Haltung der dort Arbeitenden und in dieser Haltung auf die Care-Empfangenden im Rahmen einer Care-Beziehung aus. Dies legt es m.E. nahe, der Verfasstheit und Wirkmächtigkeit von Sprache im Palliativen Feld im Rahmen von Care-Beziehungen pflegewissenschaftlich näher nachzugehen.

Ein letztes bleibt offen. Nach einer theoretischen Konkretisierung dessen, was ich in einem explorativen Zugang zum Palliativen Feld gefunden habe, also das Phänomen der Palliativen Haltung, wäre nun der nächste Schritt, das Phänomen Palliativer Haltung in einer größer angelegten ethnographischen Forschung weiter zu vertiefen und dabei auf die Beobachtungen hin, die ich im Rahmen dieser Arbeit gemacht habe, aus pflegewissenschaftlicher Perspektive weiter zu befragen. Im Kontext einer Bestimmung von Dimensionen von Care, im Kontext einer Ökonomisierung und Ethisierung bzw. Palliativisierung des Gesundheitswesens und schließlich im Kontext eines Redens von der Ambivalenz Palliativer Haltung.

Literaturverzeichnis

Alzheimer, M. (2010), „Hier ist ein Zuhause zum Leben - und zum Sterben...“. Hospizkultur im Pflegeheim entwickeln. In: Heller, A./Kittelberger, F. (Hrsg.), *Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung* (S. 307-326), Freiburg im Breisgau.

Arnold, D./Kersting, K./Stemmer, R. (2006), Podiumsgespräch: Pflegewissenschaft im paradigmatischen Diskurs - Bedeutung für das Pflegehandeln. In: *Pflege & Gesellschaft* 02/2006 (S. 170-182).

Assheuer, T. (2006), Atemlos. In: *Zeit online* 26.01.2006.

In: <http://pdf.zeit.de/2006/05/ST-Beschleunigung.pdf> (16.05.2012; 11:34 Uhr).

Bartholomeyczik, S. (2010), Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S. (Hrsg.), *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. In: Pflegewissenschaft und Pflegebildung Bd. 5 (hrsg. von Remmers, H.)* (S. 133-154), Göttingen.

Bartholomeyczik, S. et al. (2008), Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Dortmund/Berlin/Dresden.

Baumann, M. (2011), Palliative Haltung. Interviews im Rahmen des Forschungspraktikums. Forschungspraktikum im Rahmen des Masterstudiums Pflegewissenschaft. Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar. Fakultät Pflegewissenschaft. 12.09.2011- 30.09.2011 (unveröffentlichter Praktikumsbericht).

Bausewein, C./Roller, S./Voltz, R. (Hrsg.) (2007), Leitfaden Palliativmedizin - Palliative Care, 3.Auflage, München/Jena.

Benner, P. (1997), Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert, 2.Auflage, Nachdruck, Bern.

Beyer, S. (2012a), Anthropologie. Ich denke, also irre ich. Hirnforscher, Psychologen und Historiker stellen das Menschenbild der Aufklärung in Frage: dass es uns besser gehe, wenn wir unseren Verstand benutzen. In: Der Spiegel 14/2012 (S. 122-126).

Beyer, S. (2012b), Autoren. Mörderischer Bruder. Ein New Yorker Arzt hat eine grandiose Kulturgeschichte des Krebses geschrieben und dafür den Pulitzer-Preis bekommen. Er beschreibt den Tumor als nahen, aber bösen Verwandten des Menschen. In: Der Spiegel 8/2012 (S. 122-124).

Bollig, G. (2010), Palliative Care für alte und demente Menschen lernen und lehren. In: Sass, H.-M. (Hrsg.), *Ethik in der Praxis/Practical Ethics. Studien/Studies Bd. 35*, Berlin/Zürich.

Bourdieu, P. (1987), Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Übersetzt von Bernd Schwibs und Achim Russer, Frankfurt/Main.

Bourdieu, P. (1993), Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Übersetzt von Günter Seib, Frankfurt/Main.

Bryon, E./Gastmans, C./Dierckx de Casterlé, B., Involvement of hospital nurses in care decisions related to the administration of artificial nutrition or hydration (ANH) in patients with dementia: A qualitative study. In: International Journal of Nursing Studies 47/2010 (S. 1105-1116).

Bundesärztekammer (Hrsg.) (1998), Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 39/1998 (S. A-2366-2367). In: <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=13330> (16.05.2012; 11:52 Uhr).

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2004), Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 19/2004 (S. A-1298-1299). In: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Grundsätze_BAEK.pdf (16.05.2012; 11:56 Uhr).

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2011), Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 07/2011 (S. A-346-348). In: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf (16.05.2012; 11:59 Uhr).

Bundesärztekammer (Hrsg.) (1993), Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 37/1993 (S. A-2404-2406). In: <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=92383> (16.05.2012; 11:42 Uhr).

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) (2011), Branchenschwerpunkt ambulante und stationäre Pflege. In: <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Pflege/Pflege.html> (08.07.2011; 15.00 Uhr).

Conradi E. (2001), Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit, Frankfurt/Main.

Davy, J./Ellis, S. (2010), Palliativ pflegen. Sterbende verstehen, beraten und begleiten. Aus dem Englischen von Heide Börger. Deutschsprachige Ausgabe bearbeitet und herausgegeben von Markus Feuz, 3., aktualisierte Auflage, Bern.

De Beauvoir, S. (1996), Alle Menschen sind sterblich, Hamburg.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V./Bundesärztekammer (Hrsg.) (2010), Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. In: http://charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta-08-09-2010.pdf (01.12.2011; 14.07 Uhr).

Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin (Hrsg.) (2010), Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. In: <https://www.btg-bestellservice.de/pdf/10060000.pdf> (12.12.2012; 10.13 Uhr).

Duden, B. (2010), Mit Kopf und Sinnen, mit Händen und Verstand. Ein Versuch zur Bedeutsamkeit der Pflegenden im modernen Medizinsystem. In: Kreutzer, S. (Hrsg.), *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. In: Pflegewissenschaft und Pflegebildung Bd. 5 (hrsg. von Remmers, H.)* (S. 19-31), Göttingen.

European Association for Palliative Care (2012), Definition of palliative care.

In: <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx>

(10.02.2012, 10:09 Uhr).

Figal, G. (1996), Der Sinn des Verstehens. Beiträge zur hermeneutischen Philosophie, Stuttgart.

Flick, U./V.Kardorff, E./Steinke, I. (Hrsg.) (2005), Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Hamburg.

Florian, M. (2008), Ökonomische Institutionen als soziale Praxis. Der Beitrag von Pierre Bourdieu zur "neuen" Wirtschaftssoziologie. In: Rehberg, K.-S. (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33.Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilband 2* (S. 4292-4301), Frankfurt/Main.

Foucault, M. (1992), Leben machen und sterben lassen: Die Geburt des Rassismus. In: Reinfeldt, S./Schwarz, R. (Hrsg.), *Bio-Macht. Biopolitische Konzepte der Neuen Rechten. Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung. DISS-Texte Nr. 25* (S. 27-52), Duisburg.

Geiss-Mayer, G./Ramsenthaler, C./Otto, M. (2009), "Haltung als Herzstück Palliativer Begleitung". "Attitude as the cornerstone of palliative caregiving". In: *Einblicke* 50/2009 (S. 16-19).

Glaser, J./Höge, T. (2005), Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften, Dortmund/Berlin/Dresden.

Graefe, S. (2007), Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe, Frankfurt/Main.

Grossmann, R. (2000), Organisationsentwicklung im Krankenhaus. In: Heller, A./Heimerl, K./ Metz, C. (Hrsg.), *Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten* (S. 80-105), 2., erweiterte Auflage, Freiburg im Breisgau.

Habermas, J. (2009), Philosophie. Arbeit, Liebe, Anerkennung. Der Philosoph Axel Honneth wird 60. Eine Gedankenreise von Marx zu Hegel nach Frankfurt und wieder zurück. In: Zeit online Kultur 16.07.2009, 08:00 Uhr.

In: <http://pdf.zeit.de/2009/30/Philosoph-Honneth.pdf> (13.02.2012, 21:08 Uhr).

Hallwirth-Spörk, C./Weiler, K. (2010), Hospizkultur und Mäeutik - Unser Umgang mit Fragen am Lebensende zu Hause, in Tageszentren und im Pflegeheim. In: Heller, A./Kittelberger, F. (Hrsg.), *Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung* (S. 205-221), Freiburg im Breisgau.

Heimerl, K. (2000), Lebensqualität bis zuletzt: Integrierte palliative Versorgung. In: Heller, A./Heimerl, K./Metz, C. (Hrsg.), *Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten* (S. 149-161), 2., erweiterte Auflage, Freiburg im Breisgau.

Heimerl, K. (2010), Orte zum Leben - Orte zum Sterben. Palliative Care im Pflegeheim umsetzen. In: Heller, A./Kittelberger, F. (Hrsg.), *Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung* (S. 327-340), Freiburg im Breisgau.

Heller, A. (2000a), Ambivalenzen des Sterbens heute - Einschätzungen zum gegenwärtigen Umgang mit dem Sterben und den Sterbenden. In: Heller, A./Heimerl, K./Metz, C. (Hrsg.), *Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten* (S. 17-34), 2., erweiterte Auflage, Freiburg im Breisgau.

Heller, A. (2000b), Berufsübergreifende Herausforderungen des Umgangs mit Sterbenden in den Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens. In: Heller, A./Heimerl, K./Metz, C. (Hrsg.), *Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten* (S. 106-127), 2., erweiterte Auflage, Freiburg im Breisgau.

Heller, A. (2000c), Sterbebegleitung und Bedingungen des Sterbens. In: Heller, A./Heimerl, K./Metz, C. (Hrsg.), *Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten* (S. 35-79), 2., erweiterte Auflage, Freiburg im Breisgau.

Heller, A./Kittelberger, F. (2010), Palliative Kompetenz und hospizliche Kultur im Alter. In: Heller, A./Kittelberger, F. (Hrsg.), *Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung* (S. 7-11), Freiburg im Breisgau.

Heller, A./Knipping, C. (2006), Palliative Care - Haltungen und Orientierungen. In: Knipping, C. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (S. 39-47), Bern.

Höflinger, L. (2012), Ethik. Tödlicher Hausbesuch. In den Niederlanden betätigen Ärzte sich neuerdings als ambulante Sterbehelfer. Betrieben werden die Teams vom größten Euthanasie-Verein der Welt. In: Spiegel 12/2012 (S. 132-133).

Honneth, A. (2010a), Entmächtigungen der Realität. Säkulare Formen des Trostes. In: Honneth, A., *Das Ich im Wir. Studien zur Anerkennungstheorie* (S. 298-306), Berlin.

Honneth, A. (2003), Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Mit einem neuen Nachwort, erweiterte Ausgabe, Frankfurt/Main.

Honneth, A. (2010b), Vorbemerkung. In: Honneth, A., *Das Ich im Wir. Studien zur Anerkennungstheorie* (S. 7-11), Berlin.

Hoppe, J.-D. (2011), Vorwort. In: **Bundesärztekammer (Hrsg.)**, *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*. In: Deutsches Ärzteblatt 07/2011 (S. A-346). In: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf (16.05.2012; 11:59 Uhr).

ICD-Code (2012), OPS-2012. 8-98 Sonstige multimodale Komplexbehandlung. 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung. In: <http://ops.icd-code.de/ops/code/8-982.html> (20.04.2012; 15:45 Uhr).

Kern, M. (2012), Haltung in Palliative Care. Neuer Ansatz oder alter Hut? In: http://www.palliativ-medizin.at/PP_Vortraege/kern.pdf (24.05.2012; 23:06 Uhr).

Kittay, E.F. (2004), Behinderung und das Konzept der Care Ethik. In: Graumann, S./Grüber, K./Nicklas-Faust, J. (Hrsg.), *Ethik und Behinderung. Ein Perspektivenwechsel* (S. 67-80), Frankfurt/New York.

Knipping, C. (2006), Einführung in das Lehrbuch. In: Knipping, C. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (S. 15-19), Bern.

Kohlen, H. (2012), Care als politische Praxis - Feministisch-ethische Perspektiven. Vortrag (unveröffentlicht).

Kränzle, S. (2006), Geschichte und Wesen von Palliative Care. In: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.), *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung* (S. 1-5), Heidelberg.

Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (2006), Vorwort der Herausgeberinnen. In: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.), *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung* (S. IX), Heidelberg.

Krais, B./Gebauer, G. (2010), *Habitus*, 3., unveränderte Auflage, Bielefeld.

Krampe, E.-M. (2009), Professionalisierung als Gegenstand des Diskurses. In: Krampe, E.-M., *Emanzipation durch Professionalisierung? Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er Jahren: Erwartungen und Folgen* (S. 157-182), Frankfurt/ Main.

Kreutzer, S. (2010), Einleitung. In: Kreutzer, S. (Hrsg.), *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert, Pflegewissenschaft und Pflegebildung Bd. 5* (hrsg. Von Remmers, H.) (S. 9-16), Göttingen.

Lanzerath, D. (2011), Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid - Positionswandel in der Ärzteschaft? In: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. (Hrsg.), *Analysen & Argumente aus der Konrad-Adenauer-Stiftung. Ausgabe 90*, Berlin. In: http://www.kas.de/wf/doc/kas_22287-544-1-30.pdf?110331145220
(15.05.2012; 00:21 Uhr).

Maio, G. (2011), Zur inneren Aushöhlung der Medizin durch das Paradigma der Ökonomie. In: *ÄBW 04/2011* (S. 240-243).

Manzeschke, A. (2010), Das ökonomisch dominierte Spiel - Diakonie zwischen Glaubwürdigkeit und Wirtschaftlichkeit. In: Heller, A./Kittelberger, F. (Hrsg.), *Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung* (S. 293-306), Freiburg im Breisgau.

Marx, R. (2002), Sozialethik als hermeneutische Ethik - Bedenkenswerte Aspekte. In: Gabriel, K. (Hrsg.), *Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften 43/2002* (S. 241-247), Münster.

Mayer, H. (2007), *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage*, Wien.

Mieth, D. (2002), Sozialethik als hermeneutische Ethik. In: Gabriel, K. (Hrsg.), *Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften 43/2002* (S. 217-240), Münster.

Morse, J.M./Field, P.A. (1998), *Qualitative Pflegeforschung. Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege*, Wiesbaden.

Nauer, D. (2009). Mensch-Sein vor und mit Gott. Jüdisch verwurzelte christliche Anthropologie als Fundament christlicher Ethik. In: Augustin, G./Reiter, J./Schulze, M. (Hrsg.), *Christliches Ethos und Lebenskultur* (S. 57-95), Paderborn.

Nolte, N. (2010), Pflege von Sterbenden im 19. Jahrhundert. Eine ethikgeschichtliche Annäherung. In: Kreuzer, S. (Hrsg.), *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert, Pflegewissenschaft und Pflegebildung Bd. 5* (hrsg. von Remmers, H.) (S. 87-107), Göttingen.

Pfeffer, C. (2005), "Hier wird immer noch besser gestorben als woanders". Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit, Bern.

Pleschberger, S. (2006), Die historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care. In: Knipping, C. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (S.24-29), Bern.

Reitze-Jehle, S. (2010), Menschlich sterben - zwischen Ökonomie und Ethik. In: Heller, A./Kittelberger, F. (Hrsg.), *Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung* (S. 279-292), Freiburg im Breisgau.

Riedel, A. (2010), Palliative Care als konzeptionelle Grundlage für die Begleitung in der stationären Altenhilfe in der letzten Lebensphase. In: Heller, A./ Kittelberger, F. (Hrsg.), *Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung* (S. 52-82), Freiburg im Breisgau.

Rosa, H. (2005), Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne, Frankfurt/Main.

Rosa, H. (2010), Entschleunigung! ESG Jena, 18.Mai 2010.

In: <http://www.esg.uni-jena.de/media/Entschleunigung.pdf>

(19.01.2012, 09:27 Uhr).

Ruoff, M. (2007), Foucault-Lexikon. Entwicklung - Kernbegriffe - Zusammenhänge, Paderborn.

Schneider, H.-D. (2000), Interdisziplinäre Perspektiven. In: Wahl, H.-W./Tesch-Römer, C. (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 21-26), Stuttgart.

Schwingel, M. (2011), Pierre Bourdieu zur Einführung, 7., ergänzte Auflage, Hamburg.

Seeger, C. (2006a), Krankenhaus. In: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.), *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung* (S. 134-138), Heidelberg.

Seeger, C. (2006b), Leitlinien der Palliative Care. In: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.), *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung* (S. 7-11), Heidelberg.

Siegmann-Würth, L. (2011), Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkundungen. In: Dialog Ethik. Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen (Hrsg.), *Interdisziplinärer Dialog - Ethik im Gesundheitswesen. Bd. 10*, Bern.

Silberzahn-Jandt, G. (2006), Transkulturelle Pflege - Oder: Die Falle mit "den Fremden". In: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.), *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung* (S. 25-30), Heidelberg.

Simon, M. (2012), Pflege-Studie. Entwicklung der Beschäftigungsstruktur in den Jahren 1999-2009. In: Die Schwester Der Pfleger 03/12 (S. 268-270).

Simon, S.T./Ramsenthaler, C./Bausewein, C./Krischke, N./Geiss, G. (2009), Core attitudes of professionals in palliative care: A qualitative study. In: *International Journal of Palliative Nursing* 8/2009 (S. 405-411).

Spiegel (2012), Spiegel-Gespräch. "Gier ist der Anfang von allem". Die Entwicklung des ökonomischen Ethos: der tschechische Wirtschaftswissenschaftler Tomáš Sedláček über Moral und Krise. In: Spiegel 12/2012 (S. 112-116).

Stadler, P. (2006), Psychische Belastungen am Arbeitsplatz - Ursachen, Folgen und Handlungsfelder der Prävention, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, November 2000, aktualisiert September 2006. In: http://www.lgl.bayern.de/arbeitsschutz/arbeitspsychologie/doc/psybel_arbeitsplatz.pdf (12.07.2011; 21:42 Uhr).

Steffen-Bürgi, B. (2006), Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping, C. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (S. 30-38), Bern.

Student, J.-C./Napiwotzky, A. (2007), Palliative Care. Wahrnehmen - verstehen - schützen, Stuttgart.

Suess, P. (2002), Und die Subjekte - wo sind sie geblieben? Anfragen aus Lateinamerika. In: Gabriel, K. (Hrsg.), *Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften 43/2002* (S. 248-259), Münster.

V.Rad, G. (1992), Theologie des Alten Testaments. Band 1. Die Theologie der geschichtlichen Überlieferungen Israels, 10. Auflage, München.

Weber, M. (2009), Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus, Köln.

Weischedel, W. (1980), Skeptische Ethik, Frankfurt/Main.

Wetz, F.J. (2002), Die Würde des Menschen: antastbar? In: Niedersächsische Landeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), *Informativ und Aktuell. Materialiensammlung zur politischen Bildung*, Hannover. In: http://www.politische-bildung.de/niedersachsen/wuerde_menschen.pdf (23.05.2012; 15:21 Uhr).

WHO (1946), Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946. Signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. In: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (10.05.2012; 21:53 Uhr).

Zeller, D. (2006), Begegnung mit Sterbenden. In: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.), *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung* (S. 97-104), Heidelberg.

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
DRG	Diagnosis Related Groups
EAPC	European Association for Palliative Care
QALY	Quality-adjusted Life Year
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Erklärung der Urheberschaft

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Benutzung der angeführten Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Sämtliche direkte oder dem Sinn nach verwendete Quellen wurden kenntlich gemacht.

Stuttgart, 09.12.2013

Manfred Baumann