

Fürsorge im Leben und Sterben : Aus  
phänomenologisch-anthropologischer Sicht

メタデータ	言語: deu 出版者: 公開日: 2012-11-01 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: Hamauzu, Shinji メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.14945/00006882">https://doi.org/10.14945/00006882</a>

# **Fürsorge im Leben und Sterben**

## **—Aus phänomenologisch-anthropologischer Sicht—**

**Shinji HAMAUZU**

### **Einleitung**

Ich bin, wie es aussieht, dank der Fürsorge anderer geboren, und irgendwann werde ich wahrscheinlich mit der Fürsorge anderer sterben. Zwischen diesen beiden Passivitäten sowohl am Anfang als auch am Ende des Lebens ist es mir doch möglich, mit der Fürsorge anderer für mich selbst wie auch für andere zu sorgen. Obwohl ich eben von „anderen“ gesprochen habe, es ist aber fast unmöglich, im Bereich der Fürsorge ohne Bezug auf konkrete menschliche Beziehungen lediglich abstrakt über die Beziehung des Ichs zu anderen zu diskutieren. Selbst wenn es nicht nötig ist zu fragen, wer, wann, wie, wo für wen sorgt, scheint es mir, dass wir wenigstens zwei Fälle unterscheiden müssen: zum einen, wenn ich für ein „Du“ als intimen, mir nahe stehenden Anderen Sorge und im Gegenzug Fürsorge von diesem „Du“ erhalte, zum anderen, wenn ich für ein „Jemand“ als fremden, mir fern stehenden Anderen Sorge und im Gegenzug Fürsorge von diesem „Jemand“ erhalte. Während ich im ersten Fall meine Beziehung zum Anderen als „zweite Person“ bezeichnen kann, bezeichne ich im zweiten Fall meine Beziehung zum Anderen als „dritte Person“. In diesem Aufsatz werde ich versuchen, das Problem von „Fürsorge im Leben und Sterben“ aus einer solchen Unterscheidung der personalen Perspektiven phänomenologisch zu betrachten.

### **1. Zur phänomenologischen Anthropologie von Fürsorge**

Wenn ich ein bisschen phänomenologische Terminologie benutzen darf, würde ich sagen, „Fürsorge“ ist eine Art von Intentionalität des Bewusstseins,

und zwar eine Intentionalität, die mehr in der Dimension des Handelns als in der Dimension des Erkennens funktioniert; überdies eine Intentionalität, die nicht im Selbst eingeschlossen ist, sondern sich auf den Anderen bezieht. Wenn die auf den Anderen gerichtete Intention nicht zur Befriedigung des Anderen führt, wird sie vielleicht zur Befriedigung des Selbst, aber keineswegs zur Fürsorge im eigentlichen Sinne. Zu wenig Fürsorge kann nur zu einem Zuwenig an Freundlichkeit, zu viel Fürsorge nur zu einem Zuviel an Bemühung werden. Weder das eine noch das andere wird zu einer adäquaten Fürsorge. Zwischen „Fürsorge geben“ und „Fürsorge erhalten“ steckt immer die Möglichkeit eines Ungleichgewichts.

Wie oft in Büchern zum Thema „Fürsorge“, wird bei Martin Heidegger in *Sein und Zeit* die fundamentale Seinsweise von Dasein, d.h., wenn ich es einfach sagen darf, von menschlichem Sein, als „Sorge“ bezeichnet, und zwar als „In-der-Welt-Sein“ wie auch als „Mitdasein“. Fürsorge besagt, dass wir Menschen immer schon in der Welt sind in einer Seinsweise, die sich auf den Anderen bezieht. Wenn ich es noch genauer sagen darf, bedeutet Fürsorge, dass ich mich auf den Anderen beziehe und gleichzeitig der Andere sich auf mich bezieht, d.h. dass ich mit dem Anderen in der Beziehung „Fürsorge geben und Fürsorge erhalten“ lebe. In husserlscher Terminologie ausgedrückt, ist dieses Verhältnis eine „intersubjektive Seinsweise in unserer Lebenswelt“, oder in der Terminologie von Bernhard Waldenfels oder Bin Kimura: das Phänomen des „Zwischen“, das Menschen verbindet.

Es handelt sich dabei jedoch nicht um eine homogenisierte Gemeinsamkeit im „Wir“. Die phänomenologisch verstandene intersubjektive Welt ist eine perspektivische Welt mit einer sich vom Ausgangspunkt des „Jetzt-Hier-Ich“ strahlenförmig ausbreitenden Aussicht auf eine nicht-homogene Welt, welche sich durch den Wechsel des Standpunkts und der Kommunikation zwischen diesem „Ich“ und dem „Anderen“ mit einer jeweils anderen Perspektive konstituiert. Das Wort „Perspektive“, das normalerweise im räumlichen Zusammenhang verwendet wird, verwendet Husserl auch im zeitlichen Sinne, doch wir können den Begriff noch weiter ausdehnen und auch im personalen Sinne verwenden. Die perspektivisch betrachtete Welt ist also eine Welt, die *räumlich* Oben-Unten, Links-Rechts,

Vorne-Hinten, Ferne-Nähe, *zeitlich* Vergangenheit-Gegenwart-Zukunft, Ferne-Nähe sowie *personal* die Verschiedenheit der Beziehungen von erster, zweiter und dritter Person enthält.

Um das Thema „Fürsorge im Leben und Sterben“ phänomenologisch zu betrachten, müssen wir die Seinsweise der menschlichen Beziehung als auch die Personalität der Beziehung in Betracht ziehen. Sowohl wenn ich geboren werde, als auch wenn ich sterbe, sind wir in eine solche Seinsweise der Beziehung und ihrer Personalität eingebunden. Sowohl die Geburt als auch der Tod — wenn ich buddhistisch sprechen darf „Geburt, Alter, Krankheit und Tod“ (Shiku: 四苦) — sind ein Ereignis im „Zwischen“-Modus einer Beziehung mit personaler Verschiedenheit. Wenn Arthur Kleinman in *The Illness Narratives* zwischen „disease“ als Gegenstand der objektiven Medizin und „illness“ als gelebtes, subjektives Erlebnis unterscheidet, können wir darin genau diese Unterscheidung zwischen der in der dritten Person erfassten Krankheit und der in der ersten Person gelebten Krankheit erkennen. Und was den „Tod“ betrifft: Wenn Vladimir Jankélévitch in *La mort* zwischen dem Tod in der ersten, der zweiten und der dritten Person unterscheidet, können wir darin untergründig eine phänomenologische Sichtweise erkennen. Und auch bezüglich des buddhistischen „Leidens“ von „Geburt, Alter, Krankheit und Tod“ können wir die leidende Person als erste Person, die sie mit „Du“ anredende Person als zweite Person und die andere, für die beiden sorgende Person als dritte Person bezeichnen.

Entsprechend ist die medizinische Betreuung auch die Welt, wo sich die personale Verschiedenheit zeigt. Vor allem in der Sterbemedizin (terminal care) wird diese Verschiedenheit deutlich. Die Verschiedenheit der Person wirft auch die Frage auf, wer der Betroffene ist. In der medizinischen Betreuung am Lebensende ist es der im Angesicht des Todes leidende Patient in der ersten Person. Wenn Krankheit und Tod ein Ereignis im Modus des „Zwischen“ ist, können wir auch die Familie oder Freunde und Freundinnen des Leidenden, die mit ihm in der Beziehung des „Du“ stehen, als Betroffene bezeichnen. Und weiter können wir auch die Beteiligten, die sich mit der Sterbemedizin beschäftigen, als das Ereignis mittragende Betroffene bezeichnen, auch wenn nur im Sinne einer Beziehung

der dritten Person. (Folglich bedeutet dies: Wenn „Euthanasie“ als Verbrechen geahndet wird, werden die medizinisch Verantwortlichen zu Betroffenen des Verbrechens.)

Weil eine solche Verschiedenheit der Person und der Perspektive auch in der medizinischen Behandlung eine große Rolle spielt, ist es auch da nötig, die Verschiedenheit der Person und der Perspektive durch Kommunikation auszubalancieren. In Wirklichkeit gelingt die Kommunikation nicht immer gut; es kann geschehen, dass die Standpunkte verschieden und die Meinungen geteilt sind. Dabei ist es wichtig, dass die Verschiedenheit der Person aus der phänomenologischen Beziehung der „Fundierung“ eine vorrangige Ordnung hat. Wen wir also für primär wichtig halten müssen, ist der leidende und sterbende Patient selbst in der ersten Person. Sekundär wichtig ist die Person, die in der „Du“-Beziehung mit dem Patient steht, und dann an der dritten Stelle diejenigen, die den sterbenden Patient medizinisch begleiten und betreuen. Damit wir eine solche Vorrangsordnung nicht aus den Augen verlieren, müssen wir bei der Kommunikation die verschiedenen Standpunkte (Perspektiven) gegenseitig achten und beachten.

Eine solche Betrachtung koinzidiert mit Problemen der Bioethik. In der Bioethik diskutiert man, einerseits, über das mit dem Gesetz zusammenhängende Problem von Recht, Pflicht und Gerechtigkeit, andererseits auch über Fragen der Fürsorge wie z.B. über die „Quality of Life“ (QOL) oder das „Cure and Care“ (CAC) von Patienten. Die Diskussion in der Ethik, ob als deren Fundament die Gerechtigkeit (justice), das Recht (law) oder die Fürsorge (care), Verantwortlichkeit (responsibility) gelten sollte, wird auch in der Bioethik geführt. So werde ich im nächsten Paragraph — aus der Perspektive der phänomenologischen Anthropologie — einen Blick auf die Unterschiede zwischen der „Ethik der Gerechtigkeit“ und der „Ethik der Fürsorge“ werfen.

## **2. Eine andere Lesart von *In einer anderen Stimme***

Die Debatte „Gerechtigkeit vs. Fürsorge“, die durch die Veröffentlichung von Carol Gilligans Buch *In einer anderen Stimme (In a Different Voice)* ausgelöst wurde, ist vorwiegend als Feminismus-Debatte geführt worden,

weil Gilligan selbst den Gegensatz zwischen der „Ethik der Gerechtigkeit“ und der „Ethik der Fürsorge“ an mehreren Stellen als Gegensatz zwischen „Männer-Gerechtigkeit“ und „Frauen-Fürsorge“ bezeichnet. Aber hier möchte ich nicht auf diese Interpretationsweise eingehen, sondern den Gegensatz anders verstehen.

Wenn Gilligan in der „Einleitung“ schreibt: „Es gibt zwei Weisen, über Moral zu sprechen und über die Beziehung zwischen dem Anderen und dem Ich etwas zu sagen“, d.h. dass es „eine andere Stimme“ gibt, dann lenkt sie die Aufmerksamkeit darauf, dass es sich bei der „anderen Stimme“ nicht um die „andere Stimme“ des anderen Geschlechts (gender) handelt, sondern um eine Verschiedenheit des Themas. Sie will nämlich die Verschiedenheit von Moral bzw. Ethik nicht aus der Verschiedenheit des Geschlechts herleiten, sondern aus der Verschiedenheit, die davon herrührt, dass man in Bezug auf das Verhältnis vom Selbst und dem Anderen die „Individuation“ oder auch die „Abhängigkeit“ anders erfährt. Während sie das schreibt, bedient sie sich trotzdem wiederholt des Kontrastes Männer — Frauen und ruft so Missverständnisse hervor.

Wenn ich aber Gilligans Warnung in der „Einleitung“ wirklich ernst nehme und den Kontrast zwischen „Ethik der Gerechtigkeit“ und „Ethik der Fürsorge“, den sie beschreiben wollte, mit der Beseitigung der geschlechtlichen Verschiedenheit mir noch einmal vor Augen führe, komme ich zu folgendem Gedanken: Während die „Ethik der Gerechtigkeit“ der „Ethik des Rechts“ entspricht, entspricht die „Ethik der Fürsorge“ der „Ethik der Verantwortlichkeit“. Der ersten Ethik zufolge besteht die Welt „aus selbständigen Menschen“ bzw. „aus einem System von Gesetzen“, während sie der zweiten Ethik zufolge eine Welt aus „menschlichen Verhältnissen“ bzw. „menschlichen Verbindungen“ ist. In beiden Fällen ist die „Vorstellung vom Selbst und vom menschlichen Verhältnis“ verschieden — je nachdem, was vorrangig ist: die Trennung von den Anderen oder die Verbindung mit den Anderen.

Anders gesagt, die „Ethik der Gerechtigkeit“, in der jedes einzelne, selbständige Individuum Rechte und Pflichten hat, basiert auf der Vorstellung, dass jedes Individuum gleich behandelt werden soll, während

die „Ethik der Fürsorge“ auf einer Vorstellung basiert, dass Menschen in Beziehungen zueinander stehen und auf einander angewiesen sind, sowie auf einer Verantwortlichkeit, mit der jemand auf den Ruf eines Anderen reagiert. Während die „Ethik des Rechts“ auf Gleichheit beruht und sich mit der Auffassung von Gerechtigkeit beschäftigt, gründet die „Ethik der Verantwortlichkeit“ auf der Erkenntnis, dass jeder seine je eigenen Bedürfnisse und Ansprüche hat. Die „Ethik der Fürsorge“ legt den Schwerpunkt auf die Sympathie und die Verantwortlichkeit für das konkrete Gegenüber. Ihr liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die Menschen im Verhältnis des Voneinander-abhängig-Seins (interdependency) leben. Im Gegensatz dazu legt die „Ethik der Gerechtigkeit“, die die Menschen in ihrer Gesamtheit betrachtet, sie also, um es mit den Worten Merleau-Pontys zu sagen, überfliegend überschaubar („pensée de survol“), den Schwerpunkt auf die Gerechtigkeit, damit jedem die gleiche Gunst und der gleiche Anteil von etwas zukommt. Weil bei der Gerechtigkeit die Gefahr besteht, angesichts des konkreten, leiblich anwesenden Gegenübers die Gleichheit aus den Augen zu verlieren, trägt „die Göttin der Gerechtigkeit eine Augendecke“. Vom Gesichtspunkt der Personalität aus gesehen, kann man sagen, dass die „Ethik der Fürsorge“ die Beziehung ins Zentrum rückt, in der sich die erste und die zweite Person von Angesicht zu Angesicht gegenüber stehen, während die „Ethik der Gerechtigkeit“ das Schwergewicht auf die dritte Person legt, d.h. auf eine abstrakte Gleichheit der Menschen, die sich nicht konkret begegnen müssen.

An dieser Stelle möchte ich noch kurz auf ein Merkmal hinweisen, das beide Ethiken kontrastiert. Gilligan zufolge ist die „Ethik der Gerechtigkeit“ eine „formale und abstrakte Denkweise“, welche „das moralische Dilemma für eine Art mathematisches Problem hält, daraus eine Gleichung bildet und eine Lösung zu suchen anfängt“. Die „Ethik der Fürsorge“ ist hingegen „eine kontextuelle und narrative Denkweise“, welche „in dem Dilemma nicht ein mathematisches Problem, sondern eine Erzählung der menschlichen, sich über die Zeit ausbreitenden Beziehung sieht“. Hier wird der Kontrast beider Ethiken als Kontrast zwischen dem vom Kontext absehenden, abstrahierenden Denken und dem den Kontext einbeziehenden, narrativen

Denken verstanden. Es lohnt sich, diese Diskussion im Zusammenhang mit der neueren Narrativ-Theorie zu prüfen, es bleibt jedoch hier kein Platz dafür.

Nun, nachdem wir den Kontrast beider Ethiken als einen Kontrast in der Beziehung zwischen dem Ich und dem Anderen begriffen haben, möchte ich noch hinzufügen, dass Gilligan beide Ethiken nicht einfach dualistisch gegenüberstellt, sondern sagt, dass beide „sich ergänzend zur Reife kommen“. Das liest sich, als könnte der aus der Verschiedenheit der Personen rührende Unterschied aufgehoben werden, aber ich denke, dass diese Frage der weiteren Erläuterung bedarf. Im nächsten Abschnitt möchte ich deswegen das Problem der Personalität vertiefen und meinen Blick auf die Diskussion werfen, die, sich auf Gilligans Kontrastierung berufend, im Bereich der Bioethik (bioethics) und der Medizinethik (ethics of medicine) für eine Sonderstellung der Pflegeethik (ethics of nursing) eintritt.

### **3. Vorzüge und Mängel einer Ethik „der 2.5ten Person“**

Bisher wurde die Bioethik (oder die Medizinethik) meistens im Rahmen des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient oder zwischen Arzt und Gesetz diskutiert. Da gab es kein Platz für die Pflegepersonen. Aus dieser Situation heraus gab es nun einige Versuche, Pflegeethik nicht einfach als Teil der Bioethik betrachten, sondern sie deutlich von der auf die Ärzte fixierten Medizinethik abzuheben und als eigenständige Pflegeethik zu denken. Ein Auslöser war auch Gilligans Gedanke, auf den ich im letzten Abschnitt hingewiesen habe.

Ein Versuch, Pflegeethik als etwas Eigenständiges zu begreifen, ist Daniel F. Chambliss' Buch *Jenseits der Pflege (Beyond caring: Hospitals, nurses, and the social organization of ethics)*. Was für ein Wesen ein Pfleger ist, was für eine Handlung seine Pflege ist, das charakterisiert er, im Unterschied zu dem, was ein Arzt tut, folgendermaßen: Erstens geschieht Pflege unmittelbar, von Angesicht zu Angesicht, in fortwährender gegenseitiger Vergewisserung. Zweitens wird bei der Pflege der Patient nicht bloss als ein biologisch-medizinisches Objekt bzw. als ein von einer Krankheit befallener Körper betrachtet. Drittens ist die Arbeit der Pflege endlos.



Viertens ist Pflege ohne tiefe, zwischenmenschliche Beziehung nicht möglich. Und nicht zuletzt sind Pflegepersonen professionell ausgebildet. Trotz all dem nimmt das Pflegepersonal innerhalb der Krankenhaushierarchie eine weit niedrigere Stellung ein als Ärzte und wird, was Macht und Ansehen betrifft, fundamental benachteiligt. Von daher kommt, folgert Chambliss, das „Dilemma der Pflegerrolle“ und das Problem der Pflegeethik ganz allgemein. Es gebe „einen strukturellen Streit der Weltanschauungen“ zwischen Pflegepersonal und Ärzten.

In diese Kontroverse eingreifend, fordert Helga Kuhse in ihrem Buch *Pflegen (Caring: Nurses, Women and Ethics)*, dass der Schwerpunkt auf die Stellung des Pflegers gelegt werden müsse. Wie Chambliss, welcher vor allem auf die Konflikte zwischen Pflegepersonal und Ärzten in der Sterbemedizin hingewiesen hat, nimmt auch Kuhse dieses Problem auf und stellt die Frage, warum nur ein Arzt Wiederbelebensmaßnahmen stoppen kann (DNR: do not resuscitate), warum nur ein Arzt darüber entscheiden kann, wie viel palliative Betreuung für einen sterbenden Patienten nötig ist, warum nicht eine Pflegeperson. Sie meint, ob nicht „gerade die Pflegeperson eine solche Entscheidung treffen sollte“. Sich auf die Debatte „Gerechtigkeit contra Fürsorge“ berufend, sagt sie, dass „Gerechtigkeit und Pflege einen ethischen Rahmen bilden“, und fordert radikal, dass „der Pflegeperson das Recht zukommen sollte, für Patienten im Endstadium eine bestimmte palliative Behandlung anzuordnen oder sich gar im Einvernehmen mit dem urteilsfähigen, sterbenden Patienten für das Stoppen der lebenserhaltenden Maßnahmen zu entscheiden“.

Kurz gesagt, beinhaltet dies zwei Forderungen: Einmal, dass „statt des bisherigen Vitalismus die Interessen des Patienten sowie die Achtung des Rechts zur Selbstbestimmung zum Prinzip der Medizin werden sollte, was auch die gesetzliche Regelung der eigenverantwortlichen Euthanasie beinhaltet“. Und zum anderen, dass „in der Sterbemedizin das Pflegepersonal die Verantwortung für den Behandlungsplan übernehmen sollte“.

Sich stets auf Gilligan beziehend, zielt Kuhse darauf ab, „Fürsorge“ und „Gerechtigkeit“ zu vereinen. Für eine geeignete Ethik sei neben der

Fürsorge auch Gleichheit und Gerechtigkeit notwendig, sagt sie und behauptet außerdem, dass es bei der Gegenüberstellung von „Fürsorge“ und „Gerechtigkeit“ nicht um das Problem des Geschlechts (gender) gehe. Denn eine Entsprechung zwischen Geschlecht und Moral sei rein zufällig und auch die Möglichkeit mit sozialen und historischen Gründen sei zu denken. So verlässt sie die Frage nach dem Geschlecht und versucht die im Geschlechtlichen gefangene Debatte „Gerechtigkeit contra Fürsorge“ als Konflikt zwischen der „auf dem Prinzip der Gleichheit beruhenden Ethik der Gerechtigkeit“ und der „nicht auf dem Prinzip der Gleichheit beruhenden Ethik der Fürsorge“ umzudeuten. In dem Sinn, nicht aus einer Gender-Perspektive gelesen, stimmt sie mit meiner oben genannten Lesart überein, obwohl der gedankliche Hintergrund völlig verschieden ist. Doch Kuhse denkt in eine ganz andere, gegenteilige Richtung weiter. Sie sagt: „Wenn der Ansatz dahin geht, die Autonomie des Individuums hochzuschätzen, die Interessen des Patienten zu wahren und den Wunsch nach Selbstbestimmung ernst zu nehmen, bedeutet das auch, nicht nur das Individuum als autonom entscheidendes Wesen hochzuschätzen, sondern das Individuum auch als ein durch menschliche Beziehungen sich definierendes Wesen zu sehen und dem Rechnung zu tragen“. An diesem Punkt behauptet sie: „Der Ansatz, den ich vorgezeichnet habe, erfüllt beide Forderungen, sowohl jene der Gerechtigkeit als auch jene der Fürsorge, und kann meiner Meinung nach zwischen beiden eine Brücke schlagen“.

Kuhses Versuch der Umwandlung der Metapher von der Pflegeperson als ein „dem Arzt untertäniges Dienstmädchen“ zu einem „Stellvertreter des Patienten“ bedeutet, nicht nur das Verhältnis zwischen Pflegeperson und Arzt, sondern auch das Verhältnis zwischen Pflegeperson und Patient zu verändern. Wenn sie verlangt, „dass die Fürsorge der Pflegeperson dem Patienten die Selbstbestimmung ermöglichen und auch im Endstadium Gerechtigkeit und Gleichheit gewährleisten muss“, kann ich das noch akzeptieren. Wenn sie jedoch fordert: „Wenigstens bei der Fürsorge im Endstadium soll das Recht zu den letzten Entscheidungen beim Krankenpfleger liegen“, konkret ausgedrückt: „Die zuständige Pflegeperson soll eine DNR-Anweisung geben können und zudem für den Bedarf oder

Nichtbedarf einer palliativen Behandlung, für Maßnahmen zur Lebensverlängerung oder Lebensbeendung, d.h. für spontane Euthanasie und Sterbehilfe verantwortlich sein“ — wenn sie das fordert, dann muss ich sagen: Das geht zu weit.

Oben habe ich zwischen dem Patient als erster Person, seinem Familien- und Freundeskreis als zweiter Person sowie der medizinisch Beteiligten als dritter Person unterschieden. Obwohl ein Arzt zur dritten Person gehört, wäre eine Pflegeperson sozusagen als „die 2.5te Person“ zu bezeichnen, weil sie dem Patienten und seinem Familien- und Freundeskreis noch näher steht. Daraus, dass eine Pflegeperson ihrem Patienten näher steht als der Arzt, schließt Kuhse, dass sie in der Lage ist, durch die fürsorgebedingte Nähe zum Patienten auch für Gerechtigkeit zu sorgen. Aber in ihrem Gedanken fehlt der Aspekt des Familien- und Freundeskreises ganz und gar. Durch ihre Art, Arzt und Pflegeperson miteinander zu konfrontieren und den Standpunkt der Pflegeperson zu verteidigen, geht der Aspekt der zweiten Person völlig unter. Oder hat diese Beurteilung in Wirklichkeit mehr mit meiner japanischen Denkart zu tun?

An dieser Stelle möchte ich auf Gilligans Buch *In einer anderen Stimme* zurückblicken und schauen, was sie im „Vorwort zur japanischen Übersetzung“ hinzugefügt hat. Darin heißt es: „Das in diesem Buch aufgeworfene Problem wird noch interessanter und eröffnet eine neue Perspektive, wenn man den kulturellen Unterschied bezüglich moralischer Anschauung in Betracht zieht.“ Sie schreibt: „Der Gedanke, den Hauptwert auf das Recht des Individuums zu legen, gehört zum Kern der amerikanischen Tradition, während die japanische Gesellschaft das Voneinander-abhängig-Sein (interdependency) hochschätzt und sich auch im Rahmen dieser Abhängigkeiten (amae - 甘え) bewegt.“ Sie sieht also die „Ethik der Gerechtigkeit“ in der amerikanischen Tradition und die „Ethik der Fürsorge“ in der japanischen Tradition. Hier haben wir m. E. einen Anhaltspunkt, um das Problem der zweiten Person, d.h. des Familien- und Freundeskreises, durch den Blick auf den kulturellen Unterschied zu revidieren. Als nächstes möchte ich mich also der Diskussion über die aktuelle Sterbemedizin in Japan zuwenden.

#### 4. Sterbemedizin in Japan

Im März des letzten Jahres ist von dem Zwischenfall zwei Monate lang fast täglich in den Massenmedien berichtet worden: dass im städtischen Krankenhaus von Imizu (Präfektur Toyama) die künstliche Beatmung von sieben an Krebs und anderen unheilbaren Krankheiten leidenden Patienten abgestellt wurde. In den Berichten tauchten viele interessante Informationen auf, von denen ich hier drei nennen möchte. Erstens: Was den Willen des Patienten und das Einverständnis seiner Familie betrifft, scheint es eine „stillschweigende Zustimmung“ zum Entscheid des Arztes geben zu haben, die schriftlich nicht festgehalten war. Zweitens: Die Entscheidung ist von anderen Mitgliedern des medizinischen Personals nicht überprüft worden. Der zuständige Chefarzt hat also mit hoher Wahrscheinlichkeit die Entscheidung allein getroffen. Drittens: Auf Grund dieser Vorkommnisse werden von den Krankenhäusern und/oder vom Staat klare Verhaltensregeln gefordert.

Über die Transplantation von Organen hirntoter Menschen wurde 1997 in Japan mit Müh und Not ein Gesetz eingeführt („Gesetz über die Organtransplantation“). In diesem Zusammenhang sind auch die „Gesetzliche Ausführungsbestimmung“, der „Leitfaden zur Anwendung“ und das „Manual zur gesetzlichen Bestimmung des Hirntodes“ entstanden. Obwohl im Einzelnen noch manche Probleme ungeklärt sind, wurden auf Grund dieser neuen Regel bis Ende letzten Jahres (2006) 50 Organtransplantationen nach dem Hirntode durchgeführt. Im Parlament sind neulich zwei Revisionsentwürfe vorbereitet worden, mit denen nicht nur der Revisionsbedarf des Gesetzes über die Organtransplantation, sondern auch die Notwendigkeit von Verbesserungen bezüglich Ausführungsbestimmungen, Leitfaden und Spenderkarte (donor card) deutlich wurde, worauf ich hier im Einzelnen nicht eingehen kann. Trotz vieler Schwächen schätze ich doch die Grundidee dieses Gesetzes, dass nur bei Erfüllung folgender zwei Bedingungen: „Schriftliche Willensäußerung des Patienten“ und der „Zustimmung seiner Familie“ sowie bei Erfüllung der gesetzlichen Bestimmung des Hirntodes eine Organentnahme möglich

ist. Die „Bestimmung des Hirntodes“ (dritte Person) nach dem „Willen des Patienten“ (erste Person) und die „Zustimmung der Familie“ (zweite Person) ist also ein Ergebnis, das der in der japanischen Kultur verwurzelten Medizin entspricht. Das ist m.E. als Grundidee nicht schlecht.

Leider gibt es keine entsprechende Regel für die japanische Sterbemedizin. Ein Teil des Strafgesetzes befasst sich zwar mit der Beihilfe zum Selbstmord, die als Mord taxiert wird, darüber hinaus sind aber nur die „drei Bedingungen für das Beenden lebensverlängernder Maßnahmen (Sterben mit Würde)“ und die „vier Bedingungen für die Euthanasie“ einigermaßen verbindlich, welche beim Urteilsspruch vom vergangenen Zwischenfall (in der Universitätsklinik der Tokai-Universität, 1995) angewandt wurden und einen Präzedenzfall bildeten. Ich bin jedoch nicht der Meinung, dass ein Gesetz in der Art eingeführt werden soll, wie die ehemalige (japanische) Gesellschaft für Euthanasie dachte, oder wie Euthanasie-Gesetz in den Niederlanden und in Belgien, oder wie das Gesetz für würdevolles Sterben (Beihilfe zum Selbstmord) in Oregon in den USA. Weil es sich in Japan anders verhält als in Ländern, in denen das individualistische Denken und das System des Hausarztes tief verankert sind, sollte man, wie im Fall der Organentnahme bei Hirntod, für die Sterbemedizin ein Gesetz erwägen, bei dem grundlegende Werte und Anschauungen der japanischen Kultur ebenso wie spezifische Eigenheiten des medizinischen Systems in Betracht gezogen werden.

Dann müsste man sich fragen, wie weit sich die beiden japanischen Bedingungen von der „Willensäußerung des Patienten“ und der „Zustimmung seiner Familie“ für eine Organentnahme bei Hirntod auch für die Sterbemedizin anwenden lassen. Entsprechend der sogenannten Spenderkarte (donor card), die das Einverständnis zur Organentnahme schriftlich bezeugt, so verbreit die „Vereinigung für würdevolles Sterben“ (sie soll mehr als 110,000 Mitglieder haben) ihr „Manifest für würdevolles Sterben (living will)“. Weil dieses Manifest aber in allen drei darin aufgeführten Punkten problematisch ist (darauf kann ich hier im Detail nicht eingehen), weder eine Unterschrift der Familie noch eine Bestätigung des Arztes enthält und gesetzlich in keiner Weise verbindlich ist, kann auch

ein Arzt, der den darin ausgedrückten Willen achten möchte, diesem Willen nur schwer folgen. Dann finde ich die „Patientenverfügung (let me decide)“ für empfehlenswerter, die inhaltlich genauer gefasst ist und von zwei Vertretern (das können Familienmitglieder sein) sowie von einem Hausarzt unterschreiben sein müssen. Darin gibt es auch ausführliche Auswahlmöglichkeiten von Behandlungsmethoden und Platz für eine freie Beschreibung persönlicher Wünsche. Obwohl auch bei der Patientenverfügung noch Fragen offen bleiben, wäre es m. E. besser, wenn ein solches Dokument gesetzliche Verbindlichkeit haben würde.

Das ist die Situation, in der im September vergangenen Jahres das japanische Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt den „Leidfaden zur Sterbemedizin (Vorschlag)“ zusammengestellt, im Internet veröffentlicht und um die öffentliche Meinung gebeten hat. Die Vorschläge lauten im Wesentlichen: 1. Auf der Basis von medizinischer Angemessenheit und dem Willen des Patienten sollten Ärzte und Pflegepersonal mit Hilfe von Fachleuten aus unterschiedlichen Gebieten eine vorsichtige Entscheidung treffen. 2. Schmerzen und andere unangenehme Symptome sollten so weit wie möglich gemildert werden. Ferner soll der Patient eine ganzheitliche Behandlung bekommen, die auch seelische und soziale Unterstützung beinhaltet. 3. Eine auf aktive Euthanasie bzw. Beihilfe zum Selbstmord abzielende Behandlung soll als medizinische Lösung keinesfalls anerkannt werden. Darüber hinaus sollte man in der Sterbemedizin prinzipiell zwei Fälle unterscheiden: Erstens der Fall, wo der Wille des Patienten bekannt ist, zweitens der Fall, wo er nicht bekannt ist. Im ersten Fall sollte die Willensentscheidung des Patienten mit der Einverständniserklärung (informed consent) als Basis genommen werden und der Patient im Gespräch mit dem medizinischen Team seinen Willen noch einmal deutlich machen — um sicher zu gehen, dass er seine Meinung nicht geändert hat oder ändern möchte. Im zweiten Fall sollte man versuchen, den Willen des Patienten durch das Gespräch mit den Angehörigen herauszufinden. Falls das auch schwierig ist, sollte auf Grund der Gedanken und Ratschläge der Familie die für den Patienten beste Lösung gefunden werden. Wenn Patient und medizinisches Team zu keinem gegenseitigen Einverständnis gelangen

oder wenn die Meinungen im Team gespalten sind, sollte im Krankenhaus ein Ausschuss von unterschiedlichen Fachleuten gebildet werden, der dann die definitiven Entscheidungen fällt.

Obwohl ich hier nicht ausführlich darauf eingehen kann, hege ich einige Befürchtungen: Obwohl die Familie im ersten Fall in die seelische und soziale Hilfe eingebunden wird, ist es ihr nicht erlaubt, am Gespräch zwischen dem Patient und dem medizinischen Team teilzunehmen. Dadurch wird zwar gewährleistet, dass die Familie keinen Druck auf die Meinung des Patienten ausüben kann, aber fraglich ist es trotzdem, ob es sinnvoll ist, wenn Patient und medizinisches Team unter völligem Ausschluss der Familie einen Entscheid fällen. Im zweiten Fall wiederum kann man sich fragen, ob es sinnvoll ist, den Willen des Patienten aus dem Gespräch mit seinen Angehörigen abzuleiten, wenn das Verhältnis zwischen dem Patienten und seiner Familie nicht gut ist. Gerade als man über diesen „Leitfaden“ diskutierte, wurde im Dezember letzten Jahres (2006) die japanische Übersetzung des *Zwischenberichts der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“* über Patientenverfügungen (2004) veröffentlicht. Darin wurden die Unterschiede zwischen den Verhältnissen in Japan und Deutschland deutlich sichtbar.

## **5. Die Patientenverfügung im kulturellen Vergleich**

Der Bericht des Bundestages betrachtet den „Zusammenbruch der traditionellen Familie“ als status quo der Gegenwart. Vor dem Hintergrund dieser tiefgreifenden „Veränderung der Gesellschaft“ wird darin behauptet: „Eine Patientenverfügung ist sinnvoll, solange man damit die Dinge schriftlich festhalten kann, in denen früher allgemeine Meinungen zur Übereinstimmung kommen konnten oder über die in der Familie miteinander gesprochen wurde.“ Aus diesem Grund schlägt er auch einen konkreten Entwurf vor, um die Patientenverfügung gesetzlich zu regeln.

Im Vergleich mit dem oben genannten japanischen „Leitfaden“ fällt auf, dass der deutsche Bericht nicht nur konkret die Patientenverfügung regelt, sondern auch grundsätzlich über das Problem nachdenkt und in einen umfassenden Kontext zu stellen versucht, was mir für Deutschland typisch

scheint. In der „Zusammenfassung“ heißt es: „Entscheidend ist vielmehr eine verbesserte Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen sowie die Stärkung von Palliativmedizin und Hospizeinrichtungen. Die Debatte um Patientenverfügungen muss stets in diesen Kontext eingebettet werden.“ Auch in der Einleitung steht, „dass die Fragen zum Thema Patientenverfügungen im Gesamtkonzept der Sterbebegleitung und Palliativmedizin gesehen werden müssen.“ Zum Kontext äußert sich der Zwischenbericht, ihn zu umreißen versuchend: „Die viel weiter gehenden Fragen der Sterbebegleitung, die die Befriedigung körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Bedürfnisse umfasst, werden von vielen Patientenverfügungen nicht erfasst, bestimmen aber gleichwohl wesentlich die Debatte um den Stellenwert der Patientenverfügung und den Umgang mit ihr.“ Die Selbstbestimmung des Patienten qua Patientenverfügung sollte also innerhalb dieses Kontextes diskutiert werden.

Der Bericht stellt einerseits fest, „dass das Recht auf Selbstbestimmung ein fundamentales Menschenrecht ist“, vergisst aber andererseits nicht hinzuzufügen, dass es nicht isoliert betrachtet werden sollte. Die Patientenverfügung sollte deswegen „in den Gesamtzusammenhang von individueller Freiheit, menschlichem Wohl, ärztlichen und pflegerischen Pflichten, patientenrechtbasierter Regeln und medizinischer Effektivität gestellt“ werden. Darin offenbart sich eine andere Einstellung als die der liberalistischen Bioethik (bioethics) im angelsächsischen Bereich, die den Willen des Individuums über alles stellt, solange es anderen nicht schadet.

Das erinnert mich daran, dass der vorangehende Bericht, d.h. der *Schlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“* des Deutschen Bundestages aus dem Jahr 2002 (in japanischer Übersetzung unter dem Titel *Menschenwürde und Genetische Daten* erschienen), mit der „Menschenwürde“, der Grundvoraussetzung im ersten Kapitel des deutschen Grundgesetzes, beginnt und beim historischen Rückblick den Menschen als „freies und abhängiges Wesen“ betrachtet. Dieser Bericht hält fest, „dass Menschen immer auch leibliche, unvollkommene und verletzbare Wesen sind, und wir müssen die Achtung gerade derjenigen sicherstellen, die auf Schutz besonders angewiesen sind



[...] Der Mensch muss daher keine besonderen Eigenschaften oder Fähigkeiten besitzen, um vom Schutzanspruch der Menschenwürdegarantie erfasst zu sein. Ob alt oder jung, stark oder schwach, krank oder gesund — jeder Mensch hat Anspruch auf Achtung seiner Würde. [...] Jeder Mensch ist zumindest in vielen Phasen seines Lebens (z. B. Kindheit, Krankheit, Alter) für die Wahrnehmung seiner individuellen Freiheitsrechte von der Unterstützung durch andere abhängig.“ Hier richtet man den Blick nicht nur auf den Menschen als selbständiges, freies und ein Recht auf Selbstbestimmung habendes Wesen, sondern auch auf den Menschen als schwaches, verletzliches und unvollkommenes, abhängiges Wesen, das auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Beim Problem der Patientenverfügung muss diese Ambivalenz in der Natur des Menschen in Betracht gezogen werden. Soweit die deutsche Sichtweise.

Nun möchte ich noch einmal den Blick auf die gegenwärtige Situation in Japan werfen und den Bericht von der jüngsten Debatte „Noch einmal Sterbemedizin“ (2006) des japanischen Ärzteverbandes erwähnen, der im Februar letzten Jahres veröffentlicht wurde. Darin fällt auf, dass in der Sterbemedizin nicht nur allein der Wille des Patienten geachtet werden, sondern im Gespräch auch die Familie zum Einverständnis kommen soll. Im Bericht heißt es: „In der Sterbemedizin, vor allem am Scheidweg zwischen Leben und Tod oder auch bei der Entscheidung darüber, wie die Behandlung am besten durchgeführt werden soll (z.B. zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung), gibt es Fälle, wo die Entscheidung nicht nur ein Problem für den Patienten, sondern auch für die ihn unterstützenden, ihm beistehenden Familienangehörigen ist. In einem solchen Fall ist nicht die alleinige Entscheidung des Patienten, sondern vielmehr eine gemeinsame Entscheidung wünschenswert, entstanden durch das einführende Gespräch mit der Familie.“

In diesem Bericht wird auch auf einige Problempunkte in Zusammenhang mit der Patientenverfügung hingewiesen, z. B.:

- Die Einschätzung des Patienten ist nicht immer zutreffend.
- Vom Zeitpunkt der Erstellung der Patientenverfügung bis zum Zeitpunkt ihrer Anwendung könnte der Wille des Patienten sich geändert haben.

- Auch die Art und Weise, wie die Patientenverfügung erworben wird, ist zu überdenken.

- Was Prognosen am nahenden Lebensende betrifft, sind Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf die „Unmöglichkeit einer Besserung“ oder die „verbleibende Lebenszeit“ nicht zu vermeiden. Hier zeigt sich die Notwendigkeit, sorgfältig zu überprüfen, ob die Patientenverfügung medizinisch wirklich angemessen ist oder nicht.

Um auf das Problem der Familie zurückzukommen: Wie erwähnt, geht der deutsche Bericht vom „Zusammenbruch der traditionellen Familie“ aus. Obwohl Ausdrücke wie „Familie“ oder „Verwandtschaft“ darin vorkommen, haben sie kaum Gewicht; viel häufiger werden Begriffe wie „Vertreter“, „Betreuer“, „Bevollmächtigter“ und dergleichen benutzt. Dieser Bericht offenbart eine andere Einstellung als die angelsächsische Bioethik, in der das Recht auf Selbstbestimmung sozusagen absolut gesetzt wird. Der Unterschied liegt vor allem darin, dass der deutsche Bericht die grundsätzliche Abhängigkeit der Menschen voneinander betont — obwohl er diese Abhängigkeit nicht mehr auf die traditionale Familie bezieht. In Japan sind wir wohl noch nicht so weit, den Aspekt der zweiten Person, d.h. den Familien- und Freundeskreis, vernachlässigen zu können.

Deshalb ist es m. E. sinnvoll, wenn ein Entscheid über Leben und Tod bzw. ein gegenseitiges Einverständnis durch den kommunikativen Austausch dreier Personen zustande kommt: durch die erste Person der Patientenverfügung, die zweite Person der Angehörigen und die dritte Person der medizinisch Verantwortlichen (Ärzte und Pflegepersonen). Dies scheint mir kein schlechtes Konzept für die gegenwärtige Situation in Japan.

### **Schlusswort**

Im Vergleich zur „Fürsorge im Leben“ ist die „Fürsorge im Sterben“ ein Problembereich, den wir als „Polarkreis der Phänomenologie“ bezeichnen könnten. Auch wenn wir den Tod als Verhältnis des „Zwischen“ begreifen, zeigen sich in der „Fürsorge im Sterben“ je nach Person unterschiedliche, ineinander verwickelte Probleme. Was bei der Sterbe-Fürsorge die erste Person betrifft, kann sie nicht viel tun; für sie wird gesorgt und alles getan.

Was ich allenfalls selber tun kann, wäre, anderen meinen Willen mitzuteilen. Aber ich glaube, es ist besser, wenn ich meinen Willen nicht ganz allein bestimme. Zu einem für alle befriedigenden, gegenseitigen Einverständnis sollte es im kommunikativen Austausch mit den Menschen kommen, die für mein Leben wichtig waren, also mit der „zweiten Person“ der Sterbe-Fürsorge, dem Familien- und Freundeskreis, und schließlich auch mit der „dritten Person“, den Ärzten und Pflegepersonen, die mich medizinisch betreuen.

Zum Ende noch eine Bemerkung. Gemäß der WHO (World Health Organisation) und ihrer Vorstellung von Palliativmedizin bedeutet „Fürsorge im Sterben“: Der Tod wird „weder beschleunigt noch hinausgezögert“. Die Palliativmedizin zielt also weder auf eine Verkürzung der Lebenszeit (Euthanasie) noch auf eine Verlängerung der Lebenszeit ab. Im Deutschen gibt es, den Ausdruck „Sterbebegleitung“, dem wir bereits im oben genannten deutschen Bericht begegnet wird. Es gibt auch den Ausdruck „Sterbehilfe“, aber das klingt, als wollte man den Patient so bald wie möglich loswerden. Hingegen heißt „Sterbebegleitung“, an der Seite des Patienten Schritt für Schritt und Hand in Hand mit ihm zu gehen, ihn bis zum Ende zu begleiten, so dass er seinen Tod ohne Angst, gelöst und friedlich empfangen kann. Meiner Meinung nach liegt in diesem einen Wort die wahre Bedeutung von „Fürsorge im Sterben“.

**P.S.**

Für die freundliche Hilfe bei der deutschen Übersetzung bedanke ich mich bei meinem Kollegen und Freund, Thomas Eggenberg. Sollten dennoch inhaltliche Ungenauigkeiten oder Fehler verblieben sein, übernehme ich selbstverständlich die Verantwortung.