

- *Accepted version* -

III.6 Sterbeentscheidungen aus interkultureller Sicht

Ralf J. Jox

Stichworte:

Interkulturelle Ethik, Metaethik, Entscheidungen am Lebensende

Eine kultursensible Betreuung und Begleitung von Menschen am Ende ihres Lebens sieht sich insbesondere vor enorme Herausforderungen gestellt, wenn Entscheidungen über Zeitpunkt und Art des Sterbens zu treffen sind. Die dabei in Rede stehenden Handlungen wurden früher mit dem inzwischen obsoleten Begriff der „Sterbehilfe“ bezeichnet und lassen sich trotz ihrer Vielfalt grob in zwei Gruppen einteilen: Handlungen, die das natürliche Sterben zulassen und fachlich begleiten (Begrenzen lebenserhaltender Maßnahmen, Sedierung am Lebensende) und Handlungen, welche den natürlichen Krankheitsverlauf abkürzen und ein vorzeitiges Sterben herbeiführen helfen (Tötung auf Verlangen, Suizid und assistierter Suizid, Sterbefasten, s. Box 1).

Da diese Sterbeentscheidungen fundamentale Werthaltungen und Einstellungen zum Leben, Leiden und Tod berühren, provozieren sie meist intuitiv starke Überzeugungen und Emotionen darüber, was dabei moralisch richtig und falsch ist. Kulturen haben verschiedene Vorstellungen davon, welche Handlungen gegenüber dem Tod als Grenze menschlichen Lebens erlaubt bzw. verboten sind, abhängig auch von ihren jeweiligen religiösen und spirituellen Vorstellungen, doch alle Kulturen kennen hier moralische Grenzen. Wie sehr eine Kultur den Individuen erlaubt, in den natürlichen Sterbeverlauf einzugreifen, hat viel damit zu tun, welche Moral sie trägt, welches Menschenbild in ihr dominiert und wie sie das Verhältnis des Menschen zu seiner Sterblichkeit, zur Natur und zur Religion begreift.

Die Tatsache, dass über solche moralischen Phänomene rational nachgedacht wird – was man mit dem Wort „Ethik“ bezeichnet –, ist an sich bereits Zeichen einer Koexistenz und Kollision mehrerer Kulturen. Denn gäbe es nur eine einzige, homogene Kultur mit einer dominanten Moral, käme vorerst kaum jemand auf die Idee, diese Moral anzuzweifeln. Die Geburt der westlichen Ethik in der europäischen Antike vor etwa zweieinhalb Tausend Jahren fällt daher nicht zufällig in eine Zeit, als rund um das Mittelmeer ganz unterschiedliche Kulturen aufeinandertrafen, sich durch Handel und Schifffahrt kennenlernten und durchmischten. Die antike Welt zwischen 500 v. Chr. und 500 n. Chr. war eine multikulturelle Welt. In dieser Welt, gefördert durch Mobilität von Personen, Gütern und Ideen, konnte die große antike Philosophie und Ethik erblühen, angefangen von den Vorsokratikern wie Thales von Milet, Pythagoras oder Heraklit über die großen Gestalten Sokrates, Platon, Aristoteles, die Epikureer und Stoiker bis hin zu den Neuplatonikern.

Heute leben wir erneut in einer Zeit, in der die Kulturen der Welt aufeinanderprallen – durch die Globalisierung und Digitalisierung vielleicht noch heftiger als zuvor. Dabei ist ein dialektischer Zusammenhang zu beobachten: einerseits findet sich, angetrieben vom dominanten kapitalistischen Wirtschaftsmodell, eine Tendenz zur Vereinheitlichung der Kulturen und zur Herausbildung einer globalen Mischkultur, wie sie sich etwa in den großen, einander ähnlich werdenden Städten rund um den Globus beobachten lässt. Andererseits provoziert das Zusammenrücken der Kulturen durch Mobilität, Informationstechnologie und Internet die Reaktion, dass Kulturen sich voneinander abgrenzen wollen und sich um Ihre Identität bemühen, dass Patriotismus und Nationalismus wieder Urstände feiern, dass Xenophobie wächst. In diesem gegenwärtigen Kontext ist es unerlässlich, gegenseitiges Verständnis und Kultursensibilität zu fördern. Das trifft auf alle Bereiche der Gesellschaft zu, auch auf das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung am Lebensende.

In diesem Kapitel soll das Thema der kultursensiblen Sterbeentscheidungen in drei Schritten angegangen werden: In einem ersten Schritt werden Grundlagen des Verhältnisses von Kultur und Ethik reflektiert, die für ein angemessenes Verständnis der Konflikte wichtig sind. In einem zweiten Schritt werden einige empirische Erkenntnisse darüber vorgestellt, wie sich Sterbeentscheidungen in verschiedenen Kulturen unterscheiden, wobei der Fokus auf der

Situation in Deutschland bzw. Europa liegen wird. In einem dritten Schritt schließlich sollen die in der Praxis häufigen interkulturellen Konflikte beleuchtet und Wege zu einem kultursensiblen Umgang aufgezeigt werden.

1. Kultur und Ethik

Moral ist ein System von Werten, Verhaltensnormen und Charakterbewertungen, welches das Leben einer menschlichen Gemeinschaft ordnet und erleichtert (Birnbacher 2007). Weil Menschen nicht rein instinktiv handeln, sondern die Freiheit haben, sich für oder gegen Handlungen zu entscheiden, benötigen sie eine Orientierung zum Entscheiden und Handeln. Die Moral liefert eine solche Orientierung. Moral macht das Handeln der Menschen in bestimmten Grenzen vorhersehbar und kontrollierbar, liefert Sicherheit und Verlässlichkeit (Grau 2018). Zugleich ist es für Moral charakteristisch, dass sie sich im Lauf der Zeit wandeln kann und somit jene Flexibilität des Handelns eröffnet, die dem Menschen während seiner kulturellen Evolution eine Anpassung an verschiedenste Lebensräume ermöglicht hat.

Die Moral als gesellschaftliches Phänomen ist an eine bestimmte Kultur gebunden. Genau wie die Kultur existiert die Moral also im Plural, es gibt Moralen wie es Kulturen gibt.

Dabei ist das Verhältnis zwischen Kultur und Moral komplex und wechselseitig: Einerseits ist die Moral von der Kultur geprägt. So findet sich etwa aktuell in ostasiatischen Kulturen weniger Individualismus als in westlichen Kulturen, weshalb auch die moralische Vorstellung vom autonomen Individuum dort weniger stark verbreitet ist. Die Patientenverfügung hatte und hat daher in Ostasien viel weniger Attraktivität entfaltet als in Nordamerika und Teilen Europas (Voltz et al. 1998). Andererseits beeinflusst die Moral wiederum ihrerseits die Kultur. Vorstellungen von Ehre und Anstand prägen etwa in einem Land wie Japan zahlreiche alltägliche Gewohnheiten und Umgangsweisen.

Kultur und Moral stehen nicht nur direkt miteinander in Wechselwirkung, sondern beeinflussen einander etwa auch durch die Religion. In den meisten Kulturen spielen Religionen eine wichtige Rolle und das spielen sie auch in der Moral. Es ist bekannt, dass Religionszugehörigkeit stark assoziiert ist mit moralischen Einstellungen (Seale 2010), aber gleichwohl ist die Religion nur *ein* Einflussfaktor von vielen auf die Moral. Innerhalb des Christentums gibt es die unterschiedlichsten Positionen zur „Sterbehilfe“, genauso wie in anderen Religionen auch.

Während nun aber Moral stets eine partikulare Moral einer bestimmten Kultur darstellt und damit in Konkurrenz oder gar Konflikt zu einer anderen Moral einer anderen Kultur treten kann, so steht die Ethik als rationale Reflexion der Moral stets in einer gewissen Spannung zur Moral. Denn Ethik überprüft eine kulturell gewachsene Moral daraufhin, ob sie rationalen Maßstäben entspricht, ob sie schlüssig, kohärent und gut begründet ist. Dabei lässt die Ethik allein das vernünftige Argument als Kriterium gelten. Wird eine Moral ethisch auf den Prüfstand gestellt oder gar mit anderen Moralen verglichen, so kann es durchaus passieren, dass Inhalte dieser Moral aus ethischer Perspektive kritisiert oder gar abgelehnt werden. Hierfür muss man nicht so weit gehen und eine global einheitliche Vernunftkenntnis aller Menschen postulieren. Es reicht zu zeigen, dass Menschen aus verschiedenen Kulturen sich rational verständigen können, in eine Argumentation eintreten können und dabei durchaus auch eine kritische Distanz zu ihrer eigenen Moral und Kultur einnehmen können. Dies geschieht vor allem dann, wenn disparate Kulturen und Moralen aufeinandertreffen, wie es etwa in modernen offenen Gesellschaften geschieht. Die kulturtranszendierende Eigenschaft

der Rationalität erlaubt es also auf herausgehobene Weise, bei interkulturellen Konflikten zu vermitteln, den Dialog zwischen Kulturen zu fördern und friedliche Lösungen aufzuzeigen. Insofern könnte man bereits an dieser Stelle die These stark machen, dass ein kultursensibler Umgang mit moralischen Empfindungen und Urteilen am Lebensende dringend einer ethischen Rationalität bedarf.

Merksatz: Ein kultursensibler Umgang mit moralischen Empfindungen und Konflikten am Lebensende drückt sich in einer rationalen ethischen Reflexion aus.

Dies bedeutet aber keineswegs, dass der rationale Dialog alle Probleme lösen, alle Differenzen ausräumen und alle moralischen Fragen beantworten würde. Bekannterweise gibt es auch in der Ethik eine Vielfalt von Positionen und Theorien sowie ungelöste Kontroversen. Das Ziel der Ethik besteht zuallererst darin, Menschen zum Nachdenken über Moral anzuregen, sie miteinander auch kulturübergreifend in einen Dialog zu bringen und die Weiterentwicklung von Moral zu fördern. Hier und da erlaubt die ethische Verständigung es auch, bei moralischen Konflikten Lösungen und Kompromisse zu finden.

Aber Kontroversen bleiben vor allem dann bestehen, wenn sie auf grundlegenden Differenzen in der sogenannten Metaethik beruhen. Mit Metaethik meint man die der Ethik zugrundeliegenden Theorien der Erkenntnistheorie, Metaphysik und Sprachphilosophie. Die Metaethik versucht also zu klären, inwiefern überhaupt Erkenntnisse auf dem Gebiet der Ethik möglich sind, welchen Seins-Status moralische Phänomene in der Welt haben und wie wir über Ethik sprechen können. Eine fundamentale Dichotomie in der Metaethik besteht zwischen zwei Gruppen von Positionen: Die erste behauptet, ethische Aussagen seien stets subjektive Meinungen ohne objektiven Wahrheitsgehalt, die man weder überprüfen noch ablehnen könne und die daher von Kultur zu Kultur und von Mensch zu Mensch relativistisch variierten, ohne dass eine rationale Verständigung darüber einen Sinn hätte. Die andere Position behauptet, dass ethische Aussagen mehr als nur subjektive Meinungen seien, dass eine gesicherte Erkenntnis im Bereich der Ethik möglich sei, dass ethische Aussagen als mehr oder weniger plausibel, tragfähig und begründet ausweisbar seien und dass eine rationale Verständigung zwischen Menschen und Kulturen sinnvoll und hilfreich sei.

Die erste, relativistische Position lässt sich zwar theoretisch vertreten, aber in der Praxis, etwa wenn man mit Patienten und Angehörigen in der Palliativmedizin zu tun hat, lässt sich ein solcher Relativismus kaum durchhalten. Wenn etwa zwei behandelnde Ärzte aus unterschiedlichen Kulturen und mit konfligierenden Moralvorstellungen aufeinanderprallen, so müssen sie in Bezug auf eine Therapieentscheidung ja zu einer praktikablen Lösung gelangen. Dieser Einigungs- und Lösungsdruck wird sie beide ins Gespräch mit einander bringen, was sofort bedeutet, dass sie mit Hilfe von Gründen argumentieren werden. In ihrem Dialog werden sie de facto so tun, als ob eine rationale Erkenntnis über das ethisch Vorzugswürdige möglich wäre, sonst hätten sie ja keine Veranlassung, miteinander in ein Gespräch einzutreten. Es ist also mit unserer alltäglichen Praxis viel besser im Einklang, einen metaethischen Kognitivismus zu vertreten, d.h. die Annahme, dass auch im Feld der Ethik Erkenntnisse möglich sind und ein rationaler, erkenntnisorientierter Dialog sinnvoll ist.

2. Empirische Erkenntnisse

Welche kulturellen Unterschiede finden sich nun in Bezug auf ethische Einstellungen zu Sterbeentscheidungen? Die wohl renommierteste Studie in diesem Kontext ist die EURELD-

Studie. In dieser populationsbasierten Studie wurden 2001-2002 für sechs Monate in sechs kulturell verschiedenen Ländern Europas (Belgien, Dänemark, Italien, Niederlande, Schwede, Schweiz) alle offiziellen Totenscheine ausgewertet (van der Heide et al. 2003). Eine rückblickende Befragung der letztbehandelnden Ärzte ergab deutlich disparate Häufigkeiten von Sterbeentscheidungen: während nur 4% aller Todesfälle in Italien auf bewusste Entscheidungen zum Sterbenlassen zurückgingen (Beenden oder Nichtbeginnen lebenserhaltender Maßnahmen), waren dies in der Schweiz 28% aller Todesfälle. Dänemark und Schweden lagen mit 14%, Belgien mit 15% und die Niederlande mit 20% dazwischen. Dies war der Fall, obgleich die Häufigkeit der erwarteten Todesfälle in allen sechs Ländern in etwa gleich hoch war und um die 30-32% lag. Es lag also nicht an unterschiedlichen Patientenpopulationen, sondern an der kulturell geprägten Weise, wie welche Entscheidungen getroffen werden. Noch deutlicher war die Diskrepanz bei der Tötung auf Verlangen und der Suizidassistenz, zumal ja Belgien, die Niederlande und die Schweiz hier auch eine liberalere Rechtslage als die anderen Staaten hatten und haben. Spätere Studien, welche die Methodologie mehr oder weniger exakt in anderen Ländern replizierten, fanden Häufigkeiten von 22% in England und 19% in Frankreich (Seale 2009; Pennec et al. 2012).

Die EURELD-Studie wies auch auf, dass die Diskussion von Sterbeentscheidungen mit Patienten und ihren Angehörigen zwischen den sechs Ländern variierte (van der Heide et al. 2003). In Italien gaben nur 11% der Ärzte an, mit terminal Kranken stets die Unheilbarkeit ihrer Erkrankung zu besprechen, während dies in der Schweiz 71% der Ärzte angaben, in den Niederlanden sogar 92% (Cartwright et al. 2007).

Vergleichbare Unterschiede zwischen europäischen Ländern dokumentierten auch Studien auf Intensivstationen und Intermediate-Care-Stationen (Sprung et al. 2003; Nava et al. 2007), insbesondere mit Blick auf die Beendigung künstlicher Ernährung und Flüssigkeitsgabe (Buiting et al. 2007) und den Gebrauch von Reanimationsverzichtsanordnungen in Krankenhäusern (van Delden et al. 2006).

Nachgewiesenermaßen erklären sich die Unterschiede zwischen den Entscheidungen über das Sterbenlassen nicht nur durch patientenbezogene Faktoren (Alter, Krankheit, Prognose), sondern auch durch arztbezogene bzw. institutionsbezogene Faktoren, die viel mit Religion und mit Kultur zu tun haben (Quill et al. 2014; Seale 2010).

Eine interessante kulturelle Varianz, die nicht oder nicht ausschließlich auf religiöse Einflüsse zurückzuführen ist, stellt die Beobachtung dar, dass in skandinavischen, angelsächsischen und germanisch geprägten Ländern Europas lebenserhaltende Maßnahmen eher auf Probe begonnen und dann auch leichter und häufiger beendet werden, während in südeuropäischen bzw. romanisch geprägten Ländern solche Maßnahmen schwerer und seltener beendet werden können, weshalb man sich dort vielleicht auch eher von vornherein überlegt, ob eine solche Behandlung überhaupt begonnen werden soll (Sprung et al. 2003).

Bei den lebensverkürzenden Sterbeentscheidungen, also Tötung auf Verlangen und assistiertem Suizid, gibt es ebenfalls hochinteressante kulturvergleichende Studien. Die „European Values Study“ hat festgestellt, dass in der europäischen Bevölkerung eine höhere Akzeptanz dieser Formen von „Sterbehilfe“ mit folgenden Faktoren korreliert: geringere Religiosität, höherer Bildungsgrad, jüngerer Alter (Cohen et al. 2006a, 2006b). In anderen Studien hat sich die Korrelation mit geringerer Religiosität bestätigt, kontrovers ist dagegen die Korrelation mit jüngerem Alter, höherem Bildungsgrad und männlichem Geschlecht (Emanuel et al. 2016; Attell 2017; Terkamo-Moisio et al. 2017; Wilson et al. 2013; Cohen et al. 2014; Cox et al. 2013).

Erstaunlicherweise findet sich bei Längsschnitterhebungen eine markante Differenz zwischen westeuropäischen und osteuropäischen Gesellschaften: während in westeuropäischen Bevölkerungen die Akzeptanz des assistierten Suizids und der Tötung auf Verlangen mit wenigen Ausnahmen zwischen 1981 und 2008 quasi linear ansteigt (inkl. in Westdeutschland, aber auch in romanischen Ländern wie Italien, Spanien, Frankreich oder auch in dem katholisch geprägten Irland), zeigt sie in Osteuropa zunächst einen Anstieg zwischen 1990 und 1999, ab der Jahrtausendwende aber wieder einen Abfall (1999-2009) (Cohen et al. 2013). Es liegt nahe, diese Feststellung mit gesellschaftlichen Transformationsprozessen osteuropäischer Bevölkerung in Verbindung zu bringen, etwa der Emigration junger, gebildeter Schichten, der Enttäuschung vom westlich-kapitalistischen Individualismus, der Renationalisierung, der neuen Ostorientierung oder einer Renaissance konservativer Religiosität.

Interkulturell verschiedene Einstellungen zu moralisch-ethischen Fragen am Lebensende finden sich aber nicht nur in der Bevölkerung und bei Patienten, sondern genauso bei Ärzten und anderen Professionellen. Schließlich sind sie Teil der sie umgebenden Kultur und Gesellschaft. Offenbar ist die spezifische Berufsethik nicht so prägend, dass sie die kulturellen Einflüsse verdrängen würde. Sichtbar wird dies etwa in den zahlreichen Studien, die es zu den Einstellungen von Ärzten zu Fragen der Behandlung von Wachkomapatienten gab. Die Frage, ob die Beendigung der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsgabe über PEG-Sonde bei Menschen im persistierenden vegetativen Status (heute „Syndrom der reaktionslosen Wachheit“) ethisch gerechtfertigt ist, bejahten 96% kanadischer Ärzte, 94% englischer und belgischer Ärzte, 89% US-amerikanischer Ärzte, 80% deutscher Ärzte und 66% italienischer Ärzte (Grubb et al. 1996; Dierickx et al. 1998; Payne et al. 1996; Kuehlmeier et al. 2012; Jox et al. 2014; Solarino et al. 2011). In einer europaweiten Studie kam klar zum Vorschein, dass südeuropäische Ärzte dies deutlich seltener bejahten als nordeuropäische (Demertzi et al. 2011). Aber selbst zwischen kanadischen und deutschen Ärzten waren bei identischer Frageformulierung deutliche Unterschiede zu beobachten (Kuehlmeier et al. 2014).

Analoge Studien ließen sich auch für Pfleger und andere Gesundheitsfachkräfte finden. Der empirische Befund steht somit klar vor Augen: Differenzen in moralischen Einstellungen zu Sterbeentscheidungen hängen sehr eng mit kulturellen Differenzen zusammen, wobei die Religiosität eine einflussreiche Rolle spielt. Diese interkulturellen Moraldifferenzen zeigen sich ebenso bei Laien bzw. Patienten wie bei Professionellen. Daher verwundert es nicht, dass in kulturell gemischten Gesellschaften, die durch Mobilität, Immigration und Offenheit geprägt sind, solche interkulturellen Moraldifferenzen immer wieder zutage treten, auch und gerade im klinischen Alltag.

3. Umgang mit interkulturellen Moraldifferenzen

Interkulturelle moralische Differenzen im Gesundheitswesen können innerhalb des Behandlungsteams, innerhalb der Familie des Patienten oder zwischen Patient (und seiner Familie) und dem Behandlungsteam oder einem Teil davon auftreten. Selbstverständlich können sich auch mehrere solcher Differenzen überlagern. Im Folgenden sollen für jede dieser drei paradigmatischen Situationen typische Konflikte herausgearbeitet und Möglichkeiten eines ethisch verantwortungsvollen Umgangs eruiert werden.

a) Differenzen innerhalb eines Behandlungsteams

Das Gesundheitswesen ist schon lange ein Wirtschaftsbereich, in dem ein Personalmangel besteht, insbesondere unter den Kranken- und Altenpflegekräften. Unter anderem aus diesem Grund sind ein Großteil der Pflegenden, aber auch ein zunehmender Teil der Ärzte und anderen Fachkräfte im Gesundheitswesen Immigranten. Aufgrund des Personalmangels werden Arbeitskräfte aus dem Ausland teilweise strategisch angeworben. Unter den in Deutschland arbeitenden Ärzten, die aus dem Ausland stammen, stellen Rumänen, Griechen, Syrer, Österreicher und Russen die größten Gruppen dar (Bundesärztekammer 2017). Unter den Pflegenden sind es traditionell Migranten aus dem süd-, südost- und osteuropäischen Raum, die in Deutschland arbeiten. Durch die Globalisierung, die Flüchtlingsströme aus dem Nahen und Mittleren Osten sowie aus Afrika kommen aber auch mehr und mehr Migranten aus fernen, nicht-europäischen Ländern. Selbst die gut ausgebildeten Ärzte haben erhebliche Mühen, sich in das deutsche Medizinsystem und Gesundheitswesen einzupassen und mit der Vielzahl von Adaptationsproblemen zurecht zu kommen (Klingler and Marckmann 2016; Klingler et al. 2018).

Nach den oben ausgeführten empirischen Studien dürfte klar sein, dass die immigrierten Fachkräfte überwiegend aus Ländern und Kulturen kommen, die in moralischen Belangen, gerade auch moralischen Fragen in der Medizin, durchaus unterschiedliche Traditionen aufweisen. Daher verwundert es nicht, wenn es innerhalb von Behandlungsteams in Krankenhäusern, Pflegeheimen und andere Einrichtungen mehr und mehr zu moralischen Differenzen kommt. Diese können sich z.B. darin äußern, dass immigrierte Fachkräfte die hierzulande große Bedeutung der transparenten Krankheitsaufklärung und der informierten Einwilligung des Patienten nicht nachvollziehen können (Klingler et al. 2018). Eine weitere typische Situation ist, dass Mitglieder des Behandlungsteams sind nicht darüber einig sind, ob eine bestimmte Art der Behandlung am Lebensende noch medizinisch indiziert ist oder schon eine Übertherapie darstellt. Da die Beendigung einer laufenden lebenserhaltenden Therapie in vielen Kulturen Südeuropas und des Nahen Ostens problematisch gesehen wird, tauchen hier nicht selten interkulturelle Konflikte auf und ein Behandlungsabbruch wird etwa von manchen Fachkräften als unerlaubte Euthanasie empfunden.

Solche moralisch-kulturellen Differenzen in den Behandlungsteams können langfristig vor allem dadurch reduziert werden, dass immigrierte Fachkräfte besser auf ihre Arbeit im deutschen Gesundheitswesen vorbereitet werden. Neben Sprachkursen bräuchte es auch spezifische Schulungen über Grund- und Leitwerte im deutschen Gesundheitswesen. Darüber hinaus könnte man sich Fortbildungen vorstellen, welche einen integrativen Charakter haben und gemeinsam einen Sockel medizinethischer und medizinrechtlicher Grundzüge erarbeiten lassen. Hierzu gehört aber auch, dass in Deutschland geborene Fachkräfte eine Offenheit gegenüber anderen Kulturen und ihren moralischen Vorstellungen mitbringen und diese bereits in der Ausbildung eingeübt wird. Da kulturelle und moralische Normen immer wieder neu diskursiv zu finden sind, braucht es einen anhaltenden Dialog unter den Bürgern, insbesondere auch solchen, die aus unterschiedlichen kulturellen Milieus stammen.

Bei akuten Konflikten zwischen Behandelnden eignet sich insbesondere das Instrument der ethischen Fallberatung, wie sie inzwischen in vielen Kliniken und anderen Einrichtungen etabliert ist (Schochow et al. 2014; Schochow, Schnell, and Steger 2015). Dabei kann ein ethischer Konflikt unter professioneller Anleitung eines ethisch qualifizierten Moderators oft entschärft werden, indem Informationen geteilt, Gründe aufgedeckt, alternative Handlungsmöglichkeiten gesammelt und argumentativ gegeneinander abgewogen werden. Ein Konsens ist zwar nicht immer zu erreichen, doch kann ein solcher Dialog zumindest das

gegenseitige Verständnis für die Position des anderen schärfen und daher künftige Konflikte früher erkennen lassen.

Überall dort, wo schließlich Handlungen durchzuführen sind, die für einzelne Mitglieder des Behandlungsteams ihre innersten moralischen Überzeugungen widerstreben, sollte die Idee der Ablehnung aus Gewissensgründen erwogen werden (*conscientious objection*) (Cowley 2016). Etabliert ist diese Idee hierzulande vor allem beim Schwangerschaftsabbruch, den Ärzte aus Gewissensgründen ablehnen können. Analog können Gesundheitsfachkräfte überall dort, wo professionelle Suizidhilfe rechtlich möglich ist, die Beteiligung daran mit Verweis auf ihr Gewissen verweigern. Etwas Ähnliches wäre zu diskutieren bei einer Mitwirkung am sogenannten Sterbefasten (Freiwilliger Verzicht des Patienten auf Essen und Trinken) oder in manchen Fällen der tiefen Sedierung bis zum Tod (z.B. bei existenziellem Leiden). Überall dort jedoch, wo ein Patient von seinem Recht auf Ablehnung medizinischer Maßnahmen Gebrauch macht und vom Arzt also ein Unterlassen, kein aktives Tun, gefordert wird, kann es kein ärztliches oder pflegerisches Recht auf Ablehnung aus Gewissensgründen geben. Denn dieses gibt einem Arzt oder einem Pflegenden nicht das Recht, durch aktives Eingreifen in die körperliche Unversehrtheit des Patienten dessen Grundrechte zu verletzen.

b) Differenzen zwischen Behandlungsteam und Patient

Unabhängig davon, ob das Behandlungsteam unter sich kulturell bedingte moralische Differenzen hat oder nicht, können diese zwischen dem Team und dem Patienten auftreten. In der Praxis kommt dies vor allem dann vor, wenn Patienten gesellschaftlichen Minderheiten angehören, die wenig in die Mehrheitsgesellschaft integriert sind. Bei Patienten mit Migrationshintergrund kommt oftmals noch das Problem der Sprachbarriere hinzu. Solche Differenzen können jedoch auch in ganz spezifischen Kontexten auftreten, etwa in der medizinischen Behandlung von Flüchtlingen oder der Behandlung von sogenannten Medizintouristen.

Für die behandelnden Fachkräfte ist es dabei oft sehr schwierig, den Spagat zwischen dem Respekt für den Patienten und seine kulturelle Prägung sowie den eigenen, in der Mehrheitsgesellschaft akzeptierten moralischen Einstellungen auszuhalten. Die Frage spiegelt letztlich eine gesamtgesellschaftliche Diskussion über die Spannung zwischen Werten der Mehrheitsgesellschaft und Toleranz gegenüber abweichenden Werten von Minderheiten wider. Eine Grenze stellt in dieser Frage eindeutig das deutsche Grundgesetz mit seinen klaren Wertvorgaben dar, ebenso wie europäische Werteproklamationen und die universale Erklärung der Menschenrechte. So verlangt etwa der Grundsatz der Gleichheit der Geschlechter, dass männliche Patienten auch die Behandlung und Pflege durch weibliche Fachkräfte akzeptieren müssen. Selbstverständlich kann eine Institution im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf Patientenwünsche eingehen, aber sie sollte auch gegenüber ihren Patienten und künftigen Patienten klar kommunizieren, welche Werte sie vertritt.

c) Differenzen innerhalb der Familie des Patienten

Auf Seiten des Patienten kann es ebenfalls zu Differenzen kommen, die kulturell bedingt sind, wenn es sich um eine kulturell gemischte Familie bzw. einen solchen Freundeskreis handelt. Dies mag weniger offensichtlich sein, zumal Professionelle die innerfamiliären Konflikte und Differenzen nicht immer mitbekommen. Dennoch gibt es im Rahmen der globalen Mobilität des 21. und ausgehenden 20. Jahrhunderts immer mehr kulturell gemischte Partnerschaften,

Familien und Freundschaften, die mitunter auch nach vielen Jahren noch Konfliktpotenziale in moralischen Fragen bergen. So kann es etwa sein, dass ein streng muslimischer Mann im Endstadium einer Krebserkrankung unter starken Schmerzen leidet und auf Verweis auf seinen Glauben die Einnahme von Opioiden ablehnt, um bei wachem Bewusstsein sterben zu können, seine christlicher Frau diese Position jedoch nicht nachvollziehen kann und ihm eine Leidenslinderung durch Opioide wünscht.

Bei interkulturellen Wertekonflikten innerhalb der Familie ist zunächst die Familie selbst gefordert. Ressourcen können im weiteren Umfeld, bei Freunden und Bekannten gefunden werden, aber auch etwa durch das Hinzuziehen von religiösen Autoritäten wie einem Imam, einem Rabbi oder einem Priester, welche mitunter falsche oder extreme Moralvorstellungen, die angeblich von der Religion vorgegeben sind, relativieren können. Des weiteren sollte die ethische Fallberatung auch Familien für ein klärendes Gespräch offenstehen. Alle Beteiligten sollten wachsam und sensibel dafür sein, ob innerhalb der Familie des Patienten relevante kulturell-moralische Differenzen vorliegen, die den Boden bilden für spätere Konflikte, leidvolle Sterbeprozesse und komplizierte Trauerverläufe. Deshalb gehört die Schulung von Palliativfachkräften über die verschiedenen Werthaltungen der großen kulturellen Minderheiten in Deutschland (speziell mit Blick auf Leiden, Sterben und Tod) zu den essentiellen Inhalten ihres Curriculums.

Fazit: Interkulturalität stellt eine wesentliche Grundlage moralischer Konflikte in der Palliative Care dar, wo auch immer sie zwischen den Beteiligten auftauchen. Fachkräfte sollten lernen, diese Konflikte als solche zu erkennen und einen rationale Dialog darüber zu führen, wobei gegebenenfalls auch externe Ressourcen wie etwa die Ethikberatung im Gesundheitswesen hinzugezogen werden können.

Literatur:

- Attell, B. K. 2017. 'Changing Attitudes Toward Euthanasia and Suicide for Terminally Ill Persons, 1977 to 2016: An Age-Period-Cohort Analysis', *Omega (Westport)*: 30222817729612.
- Birnbacher, D. 2007. *Analytische Einführung in die Ethik* (de Gruyter: Berlin).
- Buiting, H. M., J. J. van Delden, J. A. Rietjens, B. D. Onwuteaka-Philipsen, J. Bilsen, S. Fischer, R. Lofmark, G. Miccinesi, M. Norup, and A. van der Heide. 2007. 'Forgoing artificial nutrition or hydration in patients nearing death in six European countries', *J Pain Symptom Manage*, 34: 305-14.
- Bundesärztekammer. 2017. 'Ärzttestatistik 2016'. <http://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2016/> (aufgerufen am 16.5.18).
- Cartwright, C., B. D. Onwuteaka-Philipsen, G. Williams, K. Faisst, F. Mortier, T. Nilstun, M. Norup, A. van der Heide, and G. Miccinesi. 2007. 'Physician discussions with terminally ill patients: a cross-national comparison', *Palliat Med*, 21: 295-303.
- Cohen, J., I. Marcoux, J. Bilsen, P. Deboosere, G. van der Wal, and L. Deliens. 2006a. 'European public acceptance of euthanasia: socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries', *Soc Sci Med*, 63: 743-56.
- . 2006b. 'Trends in acceptance of euthanasia among the general public in 12 European countries (1981-1999)', *Eur J Public Health*, 16: 663-9.
- Cohen, J., P. Van Landeghem, N. Carpentier, and L. Deliens. 2013. 'Different trends in euthanasia acceptance across Europe. A study of 13 western and 10 central and eastern European countries, 1981-2008', *Eur J Public Health*, 23: 378-80.
- . 2014. 'Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries', *Int J Public Health*, 59: 143-56.
- Cowley, C. 2016. 'A Defence of Conscientious Objection in Medicine: A Reply to Schuklenk and Savulescu', *Bioethics*, 30: 358-64.
- Cox, K., L. Bird, A. Arthur, S. Kennedy, K. Pollock, A. Kumar, W. Stanton, and J. Seymour. 2013. 'Public attitudes to death and dying in the UK: a review of published literature', *BMJ Support Palliat Care*, 3: 37-45.
- Demertzi, A., D. Ledoux, M. A. Bruno, A. Vanhaudenhuyse, O. Gosseries, A. Soddu, C. Schnakers, G. Moonen, and S. Laureys. 2011. 'Attitudes towards end-of-life issues in disorders of consciousness: a European survey', *J Neurol*, 258: 1058-65.
- Dierickx, K., P. Schotsmans, A. Grubb, P. Walsh, and N. Lambe. 1998. 'Belgian doctors' attitudes on the management of patients in persistent vegetative state (PVS): ethical and regulatory aspects', *Acta Neurochir (Wien)*, 140: 481-89.
- Emanuel, E. J., B. D. Onwuteaka-Philipsen, J. W. Urwin, and J. Cohen. 2016. 'Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe', *Jama*, 316: 79-90.
- Grau, A. 2018. *Hyprmoral: Die neue Lust an der Emprörung* (Claudius: München).
- Grubb, A., P. Walsh, N. Lambe, T. Murrells, and S. Robinson. 1996. 'Survey of British clinicians' views on management of patients in persistent vegetative state', *Lancet*, 348: 35-40.
- Jox, R. J., K. Kuehlmeier, A. M. Klein, J. Herzog, M. Schaupp, D. A. Nowak, E. Koenig, F. Müller, and A. Bender. 2014. 'Diagnosis and decision making for patients with disorders of consciousness: a survey among family caregivers', *Resuscitation*, (in press).
- Klingler, C., F. Ismail, G. Marckmann, and K. Kuehlmeier. 2018. 'Medical professionalism of foreign-born and foreign-trained physicians under close scrutiny: A qualitative study with stakeholders in Germany', *PLoS One*, 13: e0193010.
- Klingler, C., and G. Marckmann. 2016. 'Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative interview study', *Hum Resour Health*, 14: 57.
- Kuehlmeier, K, E Racine, N Palmour, E Hoster, GD Borasio, and RJ Jox. 2012. "Diagnostic accuracy and treatment decision-making in disorders of consciousness and the locked-in-syndrome: a survey among German neurologists." In *Journal of neurology*, S140-S40. SPRINGER HEIDELBERG TIERGARTENSTRASSE 17, D-69121 HEIDELBERG, GERMANY.

- Kuehlmeier, K., N. Palmour, R. J. Riopelle, J. L. Bernat, R. J. Jox, and E. Racine. 2014. 'Physicians' attitudes toward medical and ethical challenges for patients in the vegetative state: comparing Canadian and German perspectives in a vignette survey', *BMC Neurol*, 14: 119.
- Nationaler Ethikrat. 2006. *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende* (Nationaler Ethikrat: Berlin).
- Nava, S., C. Sturani, S. Hartl, G. Magni, M. Ciontu, A. Corrado, and A. Simonds. 2007. 'End-of-life decision-making in respiratory intermediate care units: a European survey', *Eur Respir J*, 30: 156-64.
- Payne, K., R. M. Taylor, C. Stocking, and G. A. Sachs. 1996. 'Physicians' attitudes about the care of patients in the persistent vegetative state: a national survey', *Ann Intern Med*, 125: 104-10.
- Pennec, S., A. Monnier, S. Pontone, and R. Aubry. 2012. 'End-of-life medical decisions in France: a death certificate follow-up survey 5 years after the 2005 act of parliament on patients' rights and end of life', *BMC Palliat Care*, 11: 25.
- Quill, C. M., S. J. Ratcliffe, M. O. Harhay, and S. D. Halpern. 2014. 'Variation in decisions to forgo life-sustaining therapies in US ICUs', *Chest*, 146: 573-82.
- Schochow, M., A. T. May, D. Schnell, and F. Steger. 2014. '[Implementation of clinical ethics consultation in German hospitals]', *Dtsch Med Wochenschr*, 139: 2178-83.
- Schochow, M., D. Schnell, and F. Steger. 2015. 'Implementation of Clinical Ethics Consultation in German Hospitals', *Sci Eng Ethics*.
- Seale, C. 2009. 'End-of-life decisions in the UK involving medical practitioners', *Palliat Med*, 23: 198-204.
- . 2010. 'The role of doctors' religious faith and ethnicity in taking ethically controversial decisions during end-of-life care', *J Med Ethics*, 36: 677-82.
- Solarino, B., F. Bruno, G. Frati, A. Dell'erba, and P. Frati. 2011. 'A national survey of Italian physicians' attitudes towards end-of-life decisions following the death of Eluana Englaro', *Intensive Care Med*, 37: 542-49.
- Sprung, C. L., S. L. Cohen, P. Sjøkvist, M. Baras, H. H. Bulow, S. Hovilehto, D. Ledoux, A. Lippert, P. Maia, D. Phelan, W. Schobersberger, E. Wennberg, and T. Woodcock. 2003. 'End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study', *Jama*, 290: 790-7.
- Terkamo-Moisio, A., A. M. Pietila, J. T. Lehto, and O. P. Ryyanen. 2017. 'Attitudes of nurses and the general public towards euthanasia on individuals with dementia and cognitive impairment', *Dementia (London)*: 1471301217717063.
- van Delden, J. J., R. Lofmark, L. Deliens, G. Bosshard, M. Norup, R. Cecioni, and A. van der Heide. 2006. 'Do-not-resuscitate decisions in six European countries', *Crit Care Med*, 34: 1686-90.
- van der Heide, A., L. Deliens, K. Faisst, T. Nilstun, M. Norup, E. Paci, G. van der Wal, and P. J. van der Maas. 2003. 'End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study', *Lancet*, 362: 345-50.
- Voltz, R., A. Akabayashi, C. Reese, G. Ohi, and H. M. Sass. 1998. 'End-of-life decisions and advance directives in palliative care: a cross-cultural survey of patients and health-care professionals', *J Pain Symptom Manage*, 16: 153-62.
- Wilson, D. M., D. Houttekier, S. A. Kunju, S. Birch, J. Cohen, R. MacLeod, and J. A. Hewitt. 2013. 'A population-based study on advance directive completion and completion intention among citizens of the western Canadian province of Alberta', *J Palliat Care*, 29: 5-12.

Weiterführende Literatur:

- Coors M., T. Grützmann, T. Peters. 2004. *Interkulturalität und Ethik: Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege*.(Edition Rupprecht: Göttingen)
- Marckmann G. (Hrsg.). 2015. *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. (MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin).

Box 1: Entscheidungen am Lebensende: Terminologie gemäß dem deutschen Nationalen Ethikrat 2006 (Nationaler Ethikrat 2006)

Sterbenlassen: Von Sterbenlassen statt von „passiver Sterbehilfe“ wird in dieser Stellungnahme gesprochen, wenn eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre. Das Unterlassen kann darin bestehen, dass eine lebensverlängernde Maßnahme erst gar nicht eingeleitet wird; es kann auch darin bestehen, dass eine bereits begonnene Maßnahme nicht fortgeführt oder durch aktives Eingreifen beendet wird. In manchen Fällen kann es sinnvoll sein, dies durch eine unterschiedlich tiefe palliative Sedierung zu begleiten.

Beihilfe zur Selbsttötung: Verschaffen Ärzte oder andere Personen jemandem ein todbringendes Mittel oder unterstützen sie ihn auf andere Weise bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung liegt Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) vor.

Tötung auf Verlangen: Wenn man jemandem auf dessen ernsthaften Wunsch hin eine tödliche Spritze gibt oder ihm eine Überdosis an Medikamenten verabreicht oder sonst auf medizinisch nicht angezeigte Weise eingreift, um seinen Tod herbeizuführen, der krankheitsbedingt noch nicht eintreten würde, handelt es sich um Tötung auf Verlangen. Im Unterschied zur Beihilfe zur Selbsttötung führt hier nicht der Betroffene selbst, sondern ein anderer die tödliche Handlung aus.

Therapien am Lebensende: Zu Therapien am Lebensende zählen alle medizinischen Maßnahmen, einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, Leben zu verlängern und jedenfalls Leiden zu mildern. Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist. Auf den bisher in diesem Zusammenhang verwendeten Begriff der „indirekten Sterbehilfe“ sollte verzichtet werden, weil der Tod des Patienten weder direkt noch indirekt das Ziel des Handelns ist.