

PFLEGEETHIK – FEIGENBLATT, TROSTPFLASTER ODER NAVI?¹

Von

Ulrich H.J. Körtner

1. Vom Nutzen und Nachteil der Ethik für das Leben

Nun also auch noch Ethik in der Pflege! Als hätte man im Pflegeberuf nicht schon genug mit immer neuen Anforderungen, Qualitätsstandards, Evaluierungsmaßnahmen, Dokumentationspflichten und Digitalisierung zu tun! Der Katalog an Kompetenzen wird auch in der Profession der Pflege immer länger. Genügt es nicht, fachlich kompetent zu sein? Jetzt werden auch noch ethische Kompetenzen verlangt. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe vom 2. Oktober 2018 definiert in der Anlage zu § 7 für die Zwischenprüfung folgende Kompetenzen für ethisch reflektiertes Handeln:

„Die Auszubildenden

- a) respektieren Menschenrechte, Ethikkodizes sowie religiöse, kulturelle, ethnische und andere Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen,
- b) erkennen das Prinzip der Autonomie der zu pflegenden Person als eines von mehreren konkurrierenden ethischen Prinzipien und unterstützen zu pflegende Menschen bei der selbstbestimmten Lebensgestaltung,
- c) erkennen ethische Konflikt- und Dilemmasituationen, ermitteln Handlungsalternativen und suchen Argumente zur Entscheidungsfindung.“

Für die staatliche Abschlussprüfung werden die genannten Kompetenzen in der Anlage zu § 9 nochmals erweitert:

„Die Absolventinnen und Absolventen

- a) setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen ein,

¹ Vortrag auf dem Online-Schwesterntag der Johanniter-Schwesterschaft, 26.5.2021.

- b) fördern und unterstützen Menschen aller Altersstufen bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien,
- c) tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei.“

Ethikkodexe, ethische Prinzipien – noch dazu konkurrierende! –, ethische Entscheidungsfindung – wer soll das alles im beruflichen Alltag noch schaffen, wo doch eh schon Zeitmangel und Personalknappheit herrscht.

Ethisches Handeln in der Pflege: das klingt so wie ethische Produkte im Supermarkt, in der Bekleidungsindustrie oder im Finanzsektor. Das Label Ethik macht sich irgendwie gut, so wie „Öko“ oder „Bio“, aber nicht selten entpuppen sich solche Labels als bloßes Feigenblatt, damit man beim ungehemmten Konsum das eigene schlechte Gewissen beruhigt oder sich vielleicht auch noch denen moralisch überlegen fühlt, die beim Billigdiscounter einkaufen. Und am Ende stellt sich vielleicht heraus, dass die teuren Markenklamotten mit dem Anstrich des ethischen Produkts genauso in einer pakistanischen Fabrik zusammengenäht werden, wo die bei uns üblichen arbeitsrechtlichen Standards und Sicherheitsstandards missachtet werden.

Was kann man tun, damit ethische Leitlinien, Codes of Conduct und Leitbilder in Kliniken und Pflegeeinrichtungen mehr als ein Feigenblatt sind, durch das sie sich von anderen Mitantbietern auf dem Gesundheitsmarkt abheben wollen, nämlich als wertebasierte Unternehmungen, denen es nicht ausschließlich um Profit und Dividenden für die Stakeholder geht? Im diakonischen Kontext ist dann gern und schnell von christlichen Werten und einem christlichen Menschenbild die Rede, das dann aber doch recht formelhaft bleibt. Ist der Mehrwert, den die ethischen Werte des Unternehmens und die ethischen Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausmachen soll, im Alltag auch wirklich zu spüren? Nicht nur für die Patienten oder Bewohnerinnen und ihre Angehörigen, sondern auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Betriebsklima, in der Art, wie eine Einrichtung geführt wird, wie medizinische und pflegerische Entscheidungen, aber auch ökonomische Entscheidungen getroffen werden?

Für den Missbrauch von Ethik als Feigenblatt sind gerade jene Menschen sensibel, die an sich selbst einen hohen moralischen Anspruch stellen. Wer sich für den Beruf der Pflege entscheidet, tut dies doch in der Regel aus einer ethischen Motivation heraus, nämlich Menschen zu helfen, und zwar gerade solchen, die krank und pflegebedürftig sind, die in hohem Maße verletzlich und schutzbedürftig sind. Die Motivation kann eine dezidiert christliche oder eine nicht spezifisch religiöse, aber doch humanitäre Gesinnung sein, die Grundhaltung der Nächstenliebe, gepaart mit Empathie, Fürsorglichkeit und Achtsamkeit. Besteht nicht ohnehin die Gefahr, unter der Kluft zwischen eigenem Anspruch und beruflicher Wirklichkeit zu leiden?

Wo die eigenen moralischen Überzeugungen und Werte zu den Routinen des beruflichen Alltags nicht nur gelegentlich, sondern strukturell in Konflikt geraten, entsteht moralischer Stress. Ihm widmet sich ein von Colombine Eisele herausgegebener Sammelband.² Hand aufs Herz: „Haben Sie“, fragt Christoph Mueller in seiner Buchbesprechung, „als Pflegende(r) einmal moralischen Stress im Alltag erlebt? Wenn Sie dies verneinen, so erscheint dies nicht glaubhaft.“³ Moralischer Stress – so die Pflegewissenschaftlerin Berta Schrems – entsteht in der Pflege wie überhaupt im Gesundheitswesen, „[w]enn man weiß, was das moralisch Richtige ist, aber die Umsetzung durch interne / externe Faktoren eingeschränkt ist und dies zur Kompromittierung der moralischen Integrität oder der Verletzung der persönlichen Kernwerte führt“⁴. Moralischer Stress, so die Pflege-Pädagogin Silke Doppelfeld in demselben Band, kann aber auch schon in der Ausbildung entstehen.⁵ Lässt sich der Distress nicht wirksam abbauen, kommt es entweder zum Burnout oder zum Cool-Out-Phänomen, bei dem sich das Mitgefühl einfach erschöpft.

Damit stellt sich die kritische Frage an die Ethik in der Pflege wie im Gesundheitswesen insgesamt, ob sie dabei behilflich ist, moralischen Stress abzubauen und die Kluft zwischen moralischem Anspruch und beruflicher, das heißt aber auch institutioneller und organisationaler Wirklichkeit zu verringern – wenn nicht gar zu beseitigen –, oder ob ethische Kompetenzkataloge, Leitlinien und Codexe im Gegenteil sogar noch als Brandbeschleuniger für moralischen Stress mit der Folge von Burnout oder Cool-out wirken.

Oder wird Ethik als Beruhigungsmittel und Trostpflaster für die moralisch Sensiblen und Gestressten eingesetzt, gewissermaßen als organisationales Sedativum? Sie ändert dann zwar nichts an bestehenden Sachzwängen, am Zeitmangel und am Arbeitsdruck, der es nicht erlaubt, den eigenen moralischen Ansprüchen, die Pflegende an sich und ihren Beruf stellen, zu genügen, aber sie mildert doch die Stöße des Lebens, weil man sich in seinem moralischen Unbehagen zumindest von den Vorgesetzten und der Führungsebene verstanden fühlen darf. Ethik als Ausdruck für das Unbehagen in der herrschenden Kultur des Gesundheitswesens, das wenigstens nicht auf taube Ohren stößt.

Was also ist nun Ethik in der Pflege: Feigenblatt, Trostpflaster – oder Navi? Man kann ja jede Moral und jedes Ethos mit einem inneren Kompass vergleichen, der einem in der persönlichen Lebensführung und im beruflichen Alltag die Richtung weist, wenn es darum geht, zwischen Gut und Böse abzuwägen, zwischen dem, was Recht und Unrecht ist – wobei wir nicht selten in die schwierige Lage geraten, zwischen dem Schlechten und dem weniger Schlechten entscheiden

² Vgl. *Colombine Eisele* (Hg.), *Moralischer Stress in der Pflege – Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmasituationen*, Wien 2017.

³ *Christoph Mueller*, Rezension zu C. Eisele (Hg.), a.a.O. (Anm. 2), in: *Pflege Professionell*, 26.6.2019 (<https://pflege-professionell.at/moralischer-stress-in-der-pflege-auseinandersetzung-mit-ethischen-dilemmasituationen> [letzter Zugriff: 12.2.2020]).

⁴ *Berta Schrems*, *Moralischer Stress im Gesundheitswesen. Theoretische Grundlagen und empirische Erkenntnisse im Überblick*, in: C. Eisele (Hg.), a.a.O. (Anm. 2), S. 11-27, hier S. 15.

⁵ Vgl. *Silke Doppelfeld*, *Moralischer Stress als Aspekt in der Ausbildung*, in: C. Eisele (Hg.), a.a.O. (Anm. 2), S. 91–105.

zu müssen. Ein Navi hingegen zeigt einem nicht nur den direkten Weg von A nach B, sondern es zeigt einem die ganze Landkarte der Gegend, durch die man gerade fährt. Es bietet möglicherweise alternative Routen an, zum Beispiel, wenn es wegen einer Baustelle oder eines Unfalls auf der eingeschlagenen Route zu zeitlichen Verzögerungen kommen kann. Das Navi reagiert auch darauf, wenn wir aus irgendeinem Grund von der vorgeschlagenen Route abweichen, und es passt, satellitengesteuert, die Informationen, die es gibt, fortlaufend an.

Wer ein Navi benutzt, ist aber damit nicht von seiner Eigenverantwortung entbunden. Es genügt eben nicht nur, auf die Stimme des Navis zu hören, sondern man muss auch selber schauen, ob die Angaben des Navis mit der tatsächlichen Umgebung, in der man sich gerade befindet, übereinstimmen. Vielleicht fehlt dem Navi ein Update, und man wird im Kreis herumgeführt oder landet irgendwo, wo man gar nicht hin wollte. So ist es auch in der Ethik. Die Ethik ist eine Anleitung zur kritischen Reflexion unseres Handelns unter moralischen Gesichtspunkten, aber moralisches Handeln und Urteilen verlangt immer den eigenen Verstand. Und statt nur stur der Stimme eines Ethik-Navis zu folgen – also einer bestimmten Ethiktheorie und ihren Prinzipien – gilt es, auf die Stimme des eigenen Gewissens zu hören. Und das auch nicht nur in einsamen Entscheidungen, sondern in einem Prozess der Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Dazu braucht es geeignete Instrumente der Ethikberatung, und Ethikberatung ist ein Prozess, nicht das sture Abarbeiten eines Algorithmus oder einer Checkliste. In diesem Sinne möchte ich heute das Bild des Navi für Aufgabe und Gegenstand der Pflegeethik verwenden.

2. Grundfragen der Pflegeethik

Nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Pflege und in der Altenhilfe – denken wir an die Johanniter Seniorenhäuser – treten ethische Fragestellungen, bisweilen auch Konflikte auf, deren Lösung nicht nur ein intensives Nachdenken und eine bestimmte Kommunikationskultur, sondern auch ein gewisses ethisches Fachwissen verlangen. So ist neben der Medizinethik in jüngerer Zeit auch eine eigenständige Pflegeethik entstanden.

In unserer Alltagssprache werden die Begriffe „Ethik“ und „Moral“ häufig synonym verwendet. Firmen und Banken beklagen die schlechte „Zahlungsmoral“ ihrer Kunden. Militärische Vorgesetzte kritisieren die „schlechte Moral“ ihrer Truppe. Trainer und Fans sind von der „Spielermoral“ ihres Vereins enttäuscht. Ein „unmoralisches Angebot“ kann aber ebenso gut als „unethisch“ zurückgewiesen werden. Gesundheits- und umweltbewusste Kunden oder auch Menschen mit einer Sensibilität für die Probleme der Dritten Welt verlangen nach „ethischen Produkten“.

Die Wörter „Moral“ und „Ethik“ stehen in den genannten Beispielen für Einsatzbereitschaft, Ehrlichkeit und Fairness, für Umweltbewusstsein und Gerechtigkeitssinn. Mit alledem haben es

Moral und Ethik auch tatsächlich zu tun. Wir müssen aber begrifflich zwischen Moral und Ethik unterscheiden.

Ethik ist die kritische Theorie der Moral, d.h. die Reflexion, welche menschliches Handeln und Verhalten sowie die beiden zugrundeliegenden Einstellungen und Haltungen anhand der Beurteilungsalternative von Gut und Böse bzw. Gut und schlecht auf seine Sittlichkeit hin überprüft. Ethik fragt, wie sich moralische Normen, Prinzipien und Werte begründen lassen. Sie fragt nach Gründen für moralische Urteile und sie unterzieht vermeintlich fraglose moralische Normen der Kritik. Ethik untersucht die Ambivalenzen jeglicher Moral und ihren Wertungen, die immer auch Werturteile über Menschen fällen. Aufgabe der Ethik ist es, vor dem Missbrauch von Moral, vor Moralisierung und einem Zuviel an Moral zu warnen. Ethik muss aber immer auch ihre eigene Rolle selbstkritisch durchleuchten, damit sie sich nicht ihrerseits als Feigenblatt oder Trostpflaster instrumentalisieren lässt.

Ist Ethik allgemein eine kritische Theorie der Moral, so sind Gegenstand und Aufgabe der Pflegeethik die kritische Reflexion pflegerischen Handelns und Planens unter sittlichen Gesichtspunkten.⁶ Es geht nicht allein um die Frage, ob sich das pflegerische Handeln und das Verhalten von Pflegepersonen im Allgemeinen wie im konkreten Einzelfall ethisch begründen oder im Nachhinein ethisch rechtfertigen lassen. Ethisch zu prüfen sind auch die institutionellen und organisationalen Rahmenbedingungen, unter denen pflegerisches Handeln stattfindet. Ob Pflege in einem Krankenhaus der Maximalversorgung oder in einer Pflegeeinrichtung stattfindet, ob es sich um einen mobilen Pflegedienst handelt, ob stationär oder zu Hause gepflegt wird, all das macht einen Unterschied. Es macht auch einen erheblichen Unterschied, ob ich eine Person nur für kurze Zeit pflege oder ob ich im Bereich der Langzeitpflege zu der zu pflegenden Person und ihren Angehörigen im Laufe der Zeit eine engere persönliche Beziehung aufbaue.

Die Organisationsstrukturen und die vorhandenen oder eingeschränkten Ressourcen haben erheblichen Einfluss auf das Pflegegeschehen, auf die alltäglichen und routinierten Abläufe. Gleiches gilt für die baulichen Voraussetzungen, von der Größe der Zimmer bis zur Gesamtarchitektur einer Einrichtung einschließlich ihrer Außenanlagen und ihrer Lage innerhalb einer Ortschaft oder eines Stadtviertels. Pflegeethik als ethische Theorie des pflegerischen Ethos befasst sich außerdem mit den Einstellungen und Haltungen von Pflegepersonen und ihrer Einbettung in die ethische Kultur von Einrichtungen oder Organisationen, in denen Pflege stattfindet.

Die organisatorischen Rahmenbedingungen beeinflussen nicht nur das Handeln der pflegenden Personen oder sonstiger Professionen, die in Einrichtungen der Pflege und der Altenhilfe tätig sind. Sie bestimmen auch die Lebens- und Entfaltungsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung oder von Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus. Die Freiheitsgrade in der persönlichen Lebensführung oder bei den Aktivitäten

⁶ Vgl. Ulrich H.J. Körtner, Grundkurs Pflegeethik, Wien 2017.

des täglichen Lebens werden durch die räumlichen Gegebenheiten und organisatorischen Abläufe erheblich beeinflusst. Die Selbstbestimmung kann durch sie unter Umständen erheblich eingeschränkt werden. Zu bedenken ist auch, dass sich pflegebedürftige Menschen oftmals nicht langfristig und freiwillig zur Übersiedlung in eine Pflegeeinrichtung oder ein Altenwohnheim entschließen, sondern aufgrund einer dramatischen Veränderung ihrer Lebenssituation ihre gewohnte häusliche Umgebung verlassen müssen. Bei Menschen, für die ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter bestellt ist, kann die Entscheidung über den Aufenthaltsort dem Betroffenen überhaupt entzogen sein. Pflegeethik hat all diese genannten Aspekte mit zu bedenken, welche die Interaktion zwischen Pflegekräften und Bewohnern mit beeinflussen.

Neben den Pflegepersonen, den Bewohnerinnen und Bewohnern, fallweise auch den Ärztinnen und Ärzten, sind aber auch noch andere Akteure in die ethische Reflexion einzubeziehen. Da sind zum einen die Angehörigen oder die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer. Da sind aber auch noch die übrigen Berufsgruppen, die in Einrichtungen der Pflege und Altenhilfe tätig sind: Sozialarbeiter, Physio- und Ergotherapeuten, ehrenamtliche Kräfte, die Besuchsdienste leisten, Seelsorger und Seelsorgerinnen.

Wie in der Medizinethik lassen sich auch in der Pflegeethik generell drei Ebenen unterscheiden:⁷ 1. die *personale Ebene: Ebene der interaktionellen Beziehungen* (Bereich des direkten diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Kontaktes); 2. die *strukturelle Ebene: Ebene der Institutionen* (Gesundheitswesen und seine Einrichtungen, Gesundheitspolitik, soziale Faktoren von Gesundheit und Krankheit, Medizinökonomie/Gesundheitsökonomie), 3. die *kulturelle Ebene: Ebene der Einstellungen und Werthaltungen* (individuelles und allgemeines Verständnis von Gesundheit und Krankheit, tatsächliches Gesundheitsverhalten).

Auf der *personalen Ebene* ist u.a. der Zusammenhang von Gesundheit bzw. Krankheit oder Pflegebedürftigkeit und Lebensgeschichte des Patienten oder der Patientin zu beachten.⁸ Es ist also auch zu fragen, welche Bedeutung, d.h. welchen Sinn z.B. medizinische Maßnahmen oder der Verzicht auf solche im Zusammenhang mit der Biografie des oder der Betroffenen haben.

Auf der *strukturellen Ebene* zeigt sich, dass Gesundheit und Krankheit, Heilung und Krankheitslinderung sowie unterschiedliche Grade der Pflegebedürftigkeit abhängig vom System des Gesundheitswesens sind. Ein zentrales ethisches Problem ist die Verteilungsgerechtigkeit (Problem der Allokation auf der Mikro- und Makroebene) und die zwangsweise (!) Beteiligung am (Ver-)sicherungssystem im Sinne der Solidar- und Gefahrengemeinschaft. Gesundheit ist nicht nur ein individuelles, sondern auch ein soziales Zukunftsgut. Systembedingte Aporien (unlösbare Fragen) bestehen u.a. im Missverhältnis zwischen Rationalität von Einzelentscheidungen und Irrationalitäten des Gesamtsystems.

⁷ Vgl. Eberhard Amelung (Hg.), *Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch*, Berlin u.a. 1992.

⁸ Vgl. Dietrich Rischl, das „story“-Konzept in der medizinischen Ethik, in: *ders.*, *Konzepte. Gesammelte Aufsätze*, München 1986, S. 201–212; *ders.*, *Zur Theorie und Ethik der Medizin. Philosophische und theologische Anmerkungen*, Neukirchen-Vluyn 2004.

Auf der *kulturellen Ebene* sind allgemeine Grundwerte und Normen zu beachten, die in einer Gesellschaft akzeptiert werden. Fragen des Menschenbildes, der religiösen und weltanschaulichen Überzeugungen beschränken sich nicht auf die persönliche Einstellung derer, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder der Altenhilfe tätig sind, sowie die Überzeugungen der Patienten, Bewohner oder Klienten. Sie erstrecken sich auch auf die Grundeinstellungen und das Ethos der gesamten Einrichtung, des Unternehmens oder einer Holding, wie es die Johanniter GmbH ist. Es geht also auch um Unternehmensleitbilder und die Frage, in welcher Weise sie die alltägliche Praxis vor Ort prägen und inwiefern sie für Entscheidungen auf den unterschiedlichen Führungsebenen, aber auch für die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Orientierung bieten oder gar verbindlich sind. Wie soll z.B. eine diakonische Einrichtung mit dem weltanschaulichen und religiösen Pluralismus umgehen, der unsere heutige Gesellschaft kennzeichnet? Wie kann das Angebot an Seelsorge und Spiritualität in einem Haus mit christlicher Prägung ausschauen, das Menschen mit anderen Überzeugungen und religiöser Orientierung respektiert? Wie will man mit ethischen Konflikten umgehen, die zwischen der ethischen Grundorientierung einer Einrichtung und der persönlichen Überzeugungen von Patienten oder Bewohnern aufbrechen können, etwa wenn es um Fragen der Sterbehilfe oder des Suizids geht?

Solchen Fragen widmet sich die 2019 eingerichtete Zentrale Ethikkommission des Johanniterordens. Ihr Ziel ist es, „die ethische Kultur des Ordens im Sinne seines doppelten Auftrags, des Einsatzes für den christlichen Glauben und dem Dienst an den Kranken und Schwachen, zu fördern. Grund und Maßstab ethischer Urteilsbildung und ethischer Kultur im Orden und seiner Werke ist das biblisch bezeugte Evangelium von Jesus Christus, das es im Alltag und insbesondere auch im Einsatz für hilfsbedürftige Menschen in Wort und Tat zu bezeugen gilt.“ (Satzung des ZEK 1 [1]). „Die besondere Aufgabe der ZEK ist es, die ethische Bewusstseinsbildung und Urteilsfähigkeit auf den Gebieten der Medizin und der Pflege zu fördern und zur Meinungsbildung im Orden und seinen Werken in medizinethischen und pflegeethischen Fragen sowie allgemein auf dem Gebiet der Ethik im Gesundheitswesen beizutragen.“ (Satzung der ZEK 1 [2])

Auf der kulturellen Ebene sind auch die Fragen der interkulturellen und transkulturellen Pflege angesiedelt. Unter den transkulturellen Werten steht in der abendländischen Tradition an vorderster Stelle die Idee der Menschenrechte, welche den Gedanken der Menschenwürde zur Voraussetzung haben. Die Geltung von Menschenwürde und Menschenrechten wird heute universal behauptet (Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948). Im Judentum und im Christentum wird der Gedanke der Menschenwürde aus der Gottebenbildlichkeit des Menschen abgeleitet, die ihm *bedingungslos*, d.h. unabhängig von seiner körperlichen und geistigen Verfassung, zukommt. Auch der Islam bekennt sich zu den Menschenrechten, interpretiert sie aber im Rahmen der Scharia (islamisches Recht), woraus Konflikte mit dem westlichen Menschenrechtsverständnis entstehen können.

Um Gegenstand und Aufgabe der Pflegeethik genauer bestimmen zu können, ist zunächst der Begriff der Pflege zu klären. Silvia Kühne-Ponesch definiert Pflege als „eine Praxisdisziplin“, deren Aufgabe es ist, „einzelne Menschen und Gruppen von Menschen verschiedenen Geschlechts, Alters und kultureller Prägung in ihrer Gesundheit zu fördern und zu beraten, sie während einer Krankheit im Genesungsprozess zu unterstützen oder, in chronischen nicht heilbaren Stadien, Wohlbefinden zu ermöglichen und Schmerzen zu lindern“⁹. Es handelt sich um „eine Disziplin, bestehend aus Elementen der Forschung, der Philosophie, der Praxis und der Theorie“¹⁰. Sie entwickelt sich international immer mehr von einer erfahrungsbezogenen zu einer wissenschaftsbasierten Disziplin.¹¹

Nun ist freilich zwischen einem engeren und einem weiteren Begriff der Pflege zu unterscheiden. Der weitere Begriff bezieht sich auf Pflege als allgemeine menschliche Fähigkeit, Bedingungen für das Überleben oder Wohlbefinden von Menschen zu sichern (care/caring). Der engere Begriff bezeichnet Pflege als Beruf bzw. als professionelles Handeln (nursing). Pflegeethik im Sinne von „nursing ethics“ setzt den engeren Begriff der Pflege voraus. Ihre Aufgabe ist die ethische Reflexion nicht nur des pflegerischen Handelns, sondern auch des Verhaltens von Pflegenden und ihrer Haltung gegenüber Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen. Pflegeethik befasst sich nicht nur mit Einzelfragen oder Einzelkonflikten im Alltag des Pflegeberufs, sondern reflektiert auch die ethischen Grundlagen und Prinzipien von Pflege und Pflegeberufen. Entsprechend der verschiedenen Handlungsfelder der Pflege reflektiert Pflegeethik im Einzelnen ethische Probleme in Pflegepraxis, Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.

Die Pflegeethik ist nicht nur eine Professionsethik, sondern sie gehört auch zu den sogenannten Bereichsethiken. Weitere Beispiele für Bereichsethiken sind Wirtschaftsethik, Rechtsethik, Politische Ethik, Medienethik und natürlich auch die Medizin- und Bioethik. Zwischen Pflegeethik und anderen Bereichsethiken besteht eine Reihe von Verbindungen oder Nahstellen.¹² Ethik in der Pflegepraxis überschneidet sich nicht nur mit Ethik in der Medizin, sondern auch mit Ethik in der sozialen Arbeit. Ethik im Pflegemanagement hat gemeinsame Schnittmengen mit Wirtschaftsethik, Sozialethik und politischer Ethik. Ethik in der Pflegepädagogik steht im Austausch mit einer allgemeinen Pädagogischen Ethik. Ethik in der Pflegewissenschaft ist ein Teilbereich von Wissenschaftsethik und Forschungsethik. Letztlich ist die Pflegeethik wie die Medizinethik in eine Ethik des Gesundheitswesens eingebettet. In der Altenhilfe aber bestehen wiederum Schnittmengen zwischen Gesundheitswesen und anderen Bereichen der sozialen Hilfe.

Pflegeethik kann letztlich nur von einem systemischen Ansatz aus betrieben werden. Das bedeutet nun allerdings nicht, dass sich alle Fragen der Ethik in diesem Bereich auf die Ebene

⁹ Silvia Kühne-Ponesch, Modelle und Theorien in der Pflege (UTB 2467), Wien 2004, S. 11.

¹⁰ S. Kühne-Ponesch, a.a.O. (Anm. 9), S. 14.

¹¹ Vgl. Hanna. Mayer, Einführung in die Pflegeforschung (UTB 2328), Wien 2002.

der *Organisations-* oder der *Sozialethik* verschieben lassen. Das würde nämlich bedeuten, die persönliche Verantwortung, die jeder und jede von uns hat, an die Institutionen und Organisationen im Gesundheits- und Sozialwesen zu delegieren. So gewiss mein persönliches Handeln, Tun und Lassen immer auch von gesellschaftlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen mitbestimmt wird, habe ich doch für meine Lebensführung und meinen Umgang mit anderen Menschen eine persönliche Verantwortung. So wichtig die sozialetische und organisationsethische Dimension in Medizin, Pflege und Altenhilfe auch ist, so unaufgebar bleiben doch daneben die individual- und die personaletische Dimension. Unter *Individueethik* verstehe ich die ethische Reflexion meines Umgangs mit mir selbst. Wie gehe ich z.B. mit meiner eigenen Gesundheit und mit meinem Körper um. Wie ist es um meine Selbstpflege und Selbstachtung bestellt, ohne die ich wohl kaum in der Lage sein werde, auch anderen Menschen die nötige Achtung und Empathie entgegenzubringen? Unter *Personaethik* verstehe ich ethische Reflexion, die sich auf alle Ich-Du-Beziehungen richtet, also z.B. auf die direkte Interaktion zwischen Pflegepersonen und Bewohnern.

Auf allen drei genannten Ebenen, der individualethischen ebenso wie der personal- und sozialetischen Ebene ist Verantwortung ein ethischer Schlüsselbegriff. Bevor wir uns im engeren Sinne ethischen Problemen in der Altenhilfe und der Pflege zuwenden, seien daher noch einige Erläuterungen zum Begriff der Verantwortungsethik gegeben.

3. Verantwortung

Der Begriff der Verantwortung begegnet uns in unterschiedlichen Zusammenhängen. Wir sprechen nicht nur von moralischer, sondern auch von politischer Verantwortung. Daneben kennen wir einen haftungsrechtlichen Verantwortungsbegriff. Wenn wir über Verantwortung als *ethisches* Prinzip von Medizin und Pflege oder eben auch der multiprofessionellen Altenarbeit nachdenken, ist es wichtig, die verschiedenen Bedeutungen des Verantwortungsbegriffs zu unterscheiden.¹³ Für die ethische Diskussion über den Geltungsbereich und die Begründung einer Verantwortungsethik ist es schon deshalb notwendig, die unterschiedlichen Verwendungen des Verantwortungsbegriffs auseinander zu halten, weil andernfalls sein ethischer Gehalt verdunkelt wird, oder aber die Kommunikation sämtlicher Teilsysteme der Gesellschaft moralisch überfrachtet wird.

Der Verantwortungsbegriff markiert die Schnittstelle zwischen Ethik und Recht in der Pflege. Pflege- und medizinethische Probleme berühren immer auch rechtliche Fragen. Im beruflichen Alltag der Altenarbeit stellen sich, wenn es um die Unterscheidung von Recht und Moral geht, ganz praktische Fragen:

¹² Vgl. *Reinhard Lay*, Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, Hannover ²2012, S. 85ff.

- Ist mein Handeln schon allein dadurch ethisch gerechtfertigt, dass ich mich an gesetzliche Vorschriften oder an die Anweisungen von Vorgesetzten halte? Lassen sich Fälle denken, in denen Recht und Moral in Konflikt geraten? Gibt es Gewissensentscheidungen, bei denen aus moralischen Gründen geltendes, bestehendes Recht missachtet werden darf oder sogar muss?
- Welche Konflikte zwischen der Eigenverantwortung, der Mitverantwortung und der Durchführungsverantwortung sind im Berufsalltag vorstellbar? Welche Verantwortungskonflikte können zwischen Patient oder Bewohner, Arzt und Pflegenden, entstehen? Welche Rolle spielen Angehörige, Sachwalter und Vertreter anderer Berufsgruppen?

Recht und Moral bzw. Ethik als Theorie der Moral können im Einzelfall in Konflikt geraten. Man denke nur an die Verabreichung von Psychopharmaka bei trauernden oder verängstigten Patienten oder an die medikamentöse Sedierung/Fixierung von „umtriebigen“ Demenzpatienten. Die Wahrnehmung von Verantwortung kann unter Umständen bedeuten, Verordnungen aus Gewissensgründen zu verweigern. Eine solche Handlungsweise setzt allerdings voraus, dass die Pflegeperson ihr Verhalten gründlich reflektiert hat und auch fähig ist, eine ethisch fundierte Begründung oder Rechtfertigung des eigenen Tuns zu geben.

Der Begriff der Verantwortung ist vor allem im Konzept einer Verantwortungsethik zum ethischen Schlüsselbegriff geworden. Der Begriff der Verantwortungsethik stammt von dem Soziologen Max Weber (1864–1920), der zwischen Verantwortungs- und Gesinnungsethik unterschied. Während das Gutsein oder die Sittlichkeit einer Handlung nach gesinnungsethischem Verständnis in erster Linie von der guten Absicht und den befolgten Prinzipien abhängt, gehört zur Sittlichkeit des Handelns nach Weber die Verantwortung für die Folgen des eigenen Tuns. Allerdings kann auch der Erfolg bzw. das Ziel, welches man erreichen möchte, nicht das alleinige ethische Kriterium sein. Andernfalls würde der Zweck die Mittel heiligen, womit sich z.B. ein massiver Paternalismus in Medizin und Pflege rechtfertigen ließe.

Der Begriff der Verantwortung hat mehrere Aspekte. In diesem Wort steckt das Verb „antworten“. Es weist darauf hin, dass die ethische Grundsituation immer eine dialogische ist. Wir müssen unser Handeln gegenüber anderen begründen oder rechtfertigen. Moral und Ethik setzen voraus, dass jeder Mensch grundsätzlich rechenschaftspflichtig für sein Tun und Lassen ist. Verantwortungsethik legt großen Wert auf die Eigenverantwortung des Menschen. Ich soll die Verantwortung nicht auf andere abwälzen oder mich hinter den Anweisungen Dritter oder den moralischen Wertvorstellungen einer Gemeinschaft oder Gesellschaft verstecken.

Verantwortung setzt voraus, dass es ein verantwortliches Subjekt, aber auch eine Instanz gibt, der gegenüber man sich zu verantworten hat. Schließlich ist es auch wichtig, den Verantwortungsbereich, für den jemand verantwortlich ist oder gemacht wird, genau

¹³ Vgl. U. Körtner, a.a.O. (Anm. 6), S. 85ff.

abzugrenzen. Umstritten ist allerdings, ob Verantwortung als hinreichendes Prinzip jeder Ethik gelten kann. Vom Prinzip Verantwortung hat der Philosoph Hans Jonas (1903-1993) in seinem gleichnamigen Buch gesprochen.¹⁴ Die Tragfähigkeit des Verantwortungsbegriffs als Grundprinzip einer den heutigen Anforderungen genügenden Ethik bedarf allerdings einer Überprüfung. Dafür gibt es mehrere Gründe: Zum einen lässt sich gegenläufig zur verantwortungsethischen Diskussion ein Trend zur Entmoralisierung des Verantwortungsbegriffs beobachten. Zum anderen lässt sich zeigen, dass jede Theorie der Verantwortung nachgeordnet gegenüber einer Theorie der Moral ist, und zwar deshalb, weil der Verantwortungsbegriff als solcher wertneutral ist, jede ethische Verantwortungstheorie folglich von moralischen Wertsetzungen lebt, die sie selbst nicht begründen kann.

Wie schon gesagt wurde, bestimmt der Verantwortungsbegriff die ethische Grundsituation als Situation der Rechenschaftspflicht. „Man kann nicht nicht antworten“ (Bernhard Waldenfels). Im dialogischen Charakter jeder Verantwortungssituation treffen die ethischen Gesichtspunkte zusammen, die in der philosophischen Tradition als Pflichtenlehre, Güterlehre und Tugendlehre bekannt sind. In der Rechenschaftspflicht verbinden sich ein normatives und ein deontologisches Element (Pflichtenlehre). Die Anerkennung anderer Personen impliziert die Aufgabe verantwortlicher Prävention und Fürsorge (Güterlehre). Übernahme von Verantwortung setzt entsprechende Fähigkeiten und Verantwortlichkeit voraus (Tugendlehre).

Grundsätzlich müssen wir zwischen reziproken und nicht-reziproken Verantwortungsverhältnissen unterscheiden. Als reziprok bezeichnet man Verantwortungsverhältnisse, die auf Gegenseitigkeit beruhen. Nicht-reziprok sind Verhältnisse, in denen jemand ganz einseitig Verantwortung für einen anderen und sein Wohlergehen übernimmt, der dazu selbst nicht in der Lage ist. Man spricht in diesem Fall auch von einer advokatorischen Ethik, die darauf abzielt, gleichsam stellvertretend die Rechte von Individuen zu schützen und durchzusetzen. Beispiele für nicht-reziproke Verantwortung sind die Verantwortung von Eltern für ihre unmündigen Kinder oder die Verantwortung von Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden für nicht zustimmungsfähige, z.B. für bewusstlose oder geistig verwirrte Patienten oder Bewohner. Auch für das Wohl von Tieren, über die Menschen verfügen (z.B. Haustiere oder Nutztiere), tragen Menschen Verantwortung.

Das Prinzip Verantwortung bedarf also der Ergänzung durch das Prinzip der Fürsorglichkeit. Dieses kann zum Prinzip der Gerechtigkeit in Konflikt geraten. Manche Ethiker sehen zwischen Fürsorglichkeit und Gerechtigkeit sogar einen unlösbaren Dauerkonflikt. Die Prinzipien der Fürsorglichkeit (Care-Ethik) und der Gerechtigkeit sind jedoch nicht alternativ zu sehen, sondern müssen einander ergänzen.

Konkret besteht die Aufgabe der Pflege nicht in einer abstrakt egalitären Verteilungsgerechtigkeit („allen das Gleiche“), sondern darin, dem einzelnen Menschen in seiner

¹⁴ H. Jonas, *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1984.

konkreten Lebenssituation gerecht zu werden. „Dies erfordert ethisch begründete Zurückweisung unbegründeter Pflegeansprüche und damit wiederum Zivilcourage“ (Eva-Maria Neumann).

In der beruflichen Praxis stellen sich konkrete Fragen:

- Wie weit reicht meine Verantwortung für den Patienten oder Bewohner? Wie weit ist er für sich selbst verantwortlich? Welche Verantwortung tragen Dritte?
- Wo versuchen Patienten oder Bewohner von ihrer Eigenverantwortung abzulenken? In welchen Situationen sind Patienten und Patientinnen mit dem Appell an ihre Eigenverantwortung überfordert?
- Was soll man tun, wenn Patienten oder Bewohner in den Augen der Pflegenden unverantwortlich handeln oder entscheiden?
- Welche Konflikte zwischen der Eigenverantwortung des Patienten oder Bewohners und der Verantwortung der Ärzte oder Pflegenden kann es geben?
- Welche Formen gemeinschaftlicher Wahrnehmung von Verantwortung gibt es? Welche Formen der Kooperation sind möglich oder notwendig?
- Wo sind die Nahstellen der Verantwortlichkeiten in der Pflege oder in der interprofessionellen Altenarbeit?

4. Klinische Ethik und Ethikberatung

Ethik im Krankenhaus begegnet uns in unterschiedlichen Formen. Eine davon ist das Klinische Ethikkomitee.¹⁵ In den USA wurden sog. „Hospital Ethics Committees“ bereits seit den 1960er Jahren entwickelt. Im deutschsprachigen Raum wird die Einrichtung Klinischer Ethikkomitees vor allem von den konfessionellen Krankenhausträgern gefördert. Der evangelische und der katholische Krankenhausverband in Deutschland starteten 1997 eine gemeinsame Initiative.

Vor allem drei Gründe führen zur Einrichtung Klinischer Ethikkomitees: Zum ersten der in Folge der medizinisch-technischen Entwicklung und gesellschaftlicher Veränderungen gestiegene Bedarf an ethischer Orientierung. Zweitens geht es um Zertifizierungsmaßnahmen. In den USA zum Beispiel sind Klinische Ethikkomitees seit 1991 für die Akkreditierung von Krankenhäusern vorgeschrieben. Zertifizierungsprogramme in Deutschland sind proCum Cert und KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus). Drittens spielt die Ethik in Leitbild-Prozessen von Kliniken oder diakonischen Einrichtungen eine Rolle.

Es gibt verschiedene Erwartungen, die an Klinische Ethikkomitees oder vergleichbare Formen eines organisierten Ethikdiskurses¹⁶ gerichtet werden. Man erhofft von Ethikkomitees

¹⁵ Einführend siehe *Andrea Dörries/Gerhard Neitzke/Alfred Simon/Jochen Vollmann* (Hg.), *Klinische Ethikberatung Ein Praxisbuch*, Stuttgart 2010.

¹⁶ Vgl. *Stella Reiter-Theil*, *Ethik in der Klinik – Theorie und Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils*, in: *Ethik in der Medizin* 11, 1999, S. 222–232.

Problemlösungen für ethische Konflikte im klinischen Alltag. Auch sollen sie exemplarisch allgemein auftretende ethische Alternativen im Behandlungsvorgang bearbeiten. Ferner sollen sie ethische Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeitende einer Klinik anbieten. Erwartet wird die Sicherstellung grundlegender moralischer Werte wie „Ganzheitlichkeit“, Humanität und Toleranz. Manche erhoffen sich auch eine Demokratisierung des klinischen Betriebs und seiner Organisation (zum Beispiel Aufwertung der Pflege).

Die Frage lautet allerdings, ob nicht die klinische Ethik mit derartigen Erwartungen möglicherweise überfordert wird. Lässt sich auf dem Wege ethischer Kommunikation überhaupt die erhoffte Problemreduktion und moralische Entlastung erzielen?

Die Ergebnisse eines 2003/04 von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projektes des Soziologen Armin Nassehi und der beiden Theologen Michael Schibilsky und Reiner Anselm geben Anlass zur Nüchternheit.¹⁷ Zwar wird die Zweckmäßigkeit und Konsensfähigkeit medizinisch-ethischer Diskurse inzwischen in Forschung und Praxis allgemein anerkannt. Die tatsächliche Funktion Klinischer Ethikkomitees ist es aber nicht, Moral durchzusetzen, sondern zu „verhindern – wenn man unter einem moralischen Statement einen unbedingten, unverrückbaren Satz versteht.“¹⁸

Eine entscheidende Frage lautet, was im konkreten Einzelfall tatsächlich das Ethische beziehungsweise Moralische an einem als ethisch qualifizierten Problem ist. Die moralische Dimension eines medizinischen Problems geht häufig aus divergierenden Einschätzungen rein sachlicher beziehungsweise fachlicher Fragen hervor. Beispiel: „Die Begriffe etwa der ‚beatmungs-‘ oder ‚dialysepflichtigen‘ Patientin“ sprechen für sich. Ist diese Situation gegeben, geschaffen oder konfiguriert, erübrigen sich [...] ethische Diskussionen von selbst“¹⁹.

„Vor allem bei Uneindeutigkeit von Entscheidungslagen und bei Unabsehbarkeit der Entscheidungsfolgen werden entstehende Konflikte sehr häufig als ethisch qualifiziert. Viele [...] Probleme werden durch ihre Deklaration als ethisches Problem überhaupt erst kommunikationsfähig.“²⁰ Der Abbau von Asymmetrien zwischen Beteiligten stößt an Grenzen, nicht nur bei Ärzten, sondern auch bei Angehörigen anderer Berufsgruppen, da sie sich auch in Ethik-Diskursen nicht plötzlich außerhalb institutioneller Funktionen und Denkweisen befinden.

Das Ziel der Arbeit von Klinischen Ethik-Komitees ist de facto „nicht so sehr die Problemlösung, als vielmehr die Problembeschreibung. Die Ethik fungiert daher vor allem als Chiffre der Thematisierung.“²¹ Klinische Ethik beruht dementsprechend auf einem Konzept von deskriptiv-hermeneutischer Ethik. Sie ist eine Form der Beratungspraxis, und solche

¹⁷ Vgl. *Friedrich Ley*, *Klinische Ethik. Entlastung durch ethische Kommunikation?*, in: *Ethik in der Medizin* 17, 2005, S. 298–309.

¹⁸ *Armin Nassehi*, „Wir können über alles reden ...“. Erste Ergebnisse aus einem DFG-Forschungsprojekt über „Klinische Ethik-Komitees“, in: *Einsichten* 1/2004, S. 36–39, hier S. 38.

¹⁹ *Erny Gillen*, *Frag nur – ethische Reflexionen zu den Fragenstellungen im Klinischen Ethik-Komitee*, in: *Kath. Krankenhausverband Deutschlands e.V./Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.: Ethik-Komitee im Krankenhaus. Selbstverlag des Kath. Krankenhausverbands Deutschland e.V.* 1997, S. 25.

²⁰ *F. Ley*, a.a.O. (Anm. 17), S. 307.

²¹ *F. Ley*, a.a.O. (Anm. 17), S. 308.

Ethikberatung ist nicht nur im klinischen Bereich sinnvoll und hilfreich, sondern auch in anderen Einrichtungen der Pflege.²²

Ethische Urteilsbildung ist auf eine gewisse fachliche Kompetenz angewiesen. Der Begriff des Ethikexperten darf freilich nicht so missdeutet werden, als solle auf dem Gebiet von Moral und Ethik eine neue Form der Expertokratie errichtet werden. Wenn es um moralische Fragen geht, um Fragen von Krankheit und Gesundheit, von Leben und Tod, sind wir alle immer schon Experten, sofern wir nämlich unmittelbar betroffen oder beteiligt sind.

Kein Modell der Urteilsbildung garantiert, dass unser tatsächliches Handeln auch wirklich „richtig“ oder „gut“ ist. Wir sprachen von Ethik als Navi. Ein Ethikstandard funktioniert nicht wie ein Therapie- oder Pflegestandard. Moralische Normen und Regeln stehen unter dem Vorbehalt, dass es Einzelfälle gibt, die nicht unter sie zu fassen sind und möglicherweise überhaupt nicht nach Regeln behandelt werden können. Oftmals führen ethische Konflikte in Dilemmata, in denen sowohl im Fall des Tuns als auch im Fall des Unterlassens ein Schuldigwerden im moralischen Sinne (nicht unbedingt im strafrechtlichen Sinne) unvermeidbar wird. Weder unsere moralische Intuition noch eine Methodik der ethischen Urteilsbildung schützt vor tragischen und letztlich unauflösbaren Konflikten, in denen wir am Ende nicht nur auf Nachsicht, sondern auf Vergebung angewiesen sind. Gerade eine christliche Ethik weiß darum ganz besonders.

5. Modelle klinisch-ethischer Urteilsbildung

Ein bereichsethisches Verständnis von klinischer Ethik und Ethikberatung geht davon aus, dass die besonderen Probleme, mit denen das medizinische und pflegerische Handeln sich konfrontiert sieht, eine spezifische Art der ethischen Reflexion erforderlich machen. Klinische Ethik ist elementar eine Schule der Wahrnehmung in klinischen Alltagssituationen und den in ihnen auftretenden Konflikten. Sie erfordert und fördert die für alle ethische Urteilsbildung notwendige hermeneutische Kompetenz.

Was nun das konkrete Verfahren der ethischen Entscheidungsfindung in den verschiedenen Bereichsethiken betrifft, unterscheidet man heute drei Grundtypen.²³ Das klassische Modell, wie es auch noch im Begriff der Angewandten Ethik durchscheint, argumentiert „top-down“. Es geht von jeweils einer bestimmten, für universal gehaltenen Theorie aus, die sich auf sämtliche moralische Probleme und Konfliktfelder anwenden lassen soll. Die Stärke dieses Modells besteht darin, dass es die ethische Reflexion auf die elementaren Voraussetzungen und Grundannahmen über das Menschsein lenkt, von denen die gemeinsame Lebenspraxis

²² Vgl. *Stefan Dinges*, Entscheidungssicherheit durch klinische Ethikberatung, in: *Ulrich H.J. Körtner/Christian Kopetzki/Maria Kletečka-Pulker/Sigrid Müller* (Hg.) *Entscheidungsfindung und Entscheidungshilfen am Lebensanfang* (Ethik und Recht in der Medizin 13), Wien 2018, 137–160.

²³ Vgl. dazu *Peter Dabrock*, Vom Streit um die Semantik zur Gestaltung der Struktur. Zum Status angewandter (theologischer) Sozialethik im Gespräch mit Niklas Luhmann, in: *Traugott Jähnichen/Wolfgang Maaser/Joachim*

bestimmt ist, um von dorthin normative Kriterien für Einzelentscheidungen zu gewinnen. Zu diesen Basisannahmen gehören im christlichen Kontext vor allem die Gottebenbildlichkeit bzw. die Menschenwürde und ihre Unantastbarkeit, die auch den Schwächsten zukommt, sowie ein dementsprechender Personbegriff, der jedem Menschen Personsein zuspricht, unabhängig von seinen individuellen Fähigkeiten oder Bewusstseinszuständen. Von derartigen Grundannahmen lassen sich in der Tat gewisse ethische Kriterien ableiten. Die Probleme „angewandter“ Ethik hängen jedoch zu einem nicht geringen Teil damit zusammen, dass im konkreten Fall über die Auslegung solcher Kriterien Uneinigkeit bestehen kann. Unstrittig ist zum Beispiel, dass allen Menschen in gleicher Weise Würde zukommt. Doch ab wann werdendes menschliches Leben das Leben eines Menschen ist, ob also beispielsweise auch schon eine befruchtete Eizelle im Reagenzglas, selbst wenn sie niemals einer Frau implantiert werden wird, als Person im Vollsinn des Wortes zu gelten hat, ist äußerst umstritten.

Bereichsethiken bevorzugen daher heutzutage eher ein „bottom-up“-Modell, das nicht von ethischen Prinzipien und Normen ausgeht, sondern von den Besonderheiten des jeweiligen Praxisfeldes, von der Eigenart seiner moralischen Probleme und von den besonderen Bereichsrationalitäten sowie von den kulturabhängigen intuitiven Handlungs- und Entscheidungsmustern, die normalerweise vertreten werden.²⁴ Die Verallgemeinerung ethischer Urteile geschieht durch Analogieschluss und durch Standardisierung von Einzelentscheidungen. Die Stärke dieses Ansatzes liegt in seiner Situationsbezogenheit. In den diakonischen Praxisfeldern zum Beispiel liegt das sittlich Entscheidende offenkundig darin, dass Menschen um ihrer selbst willen geholfen wird, und nicht darin, dass eine Grundnorm oder Handlungsweise „Helfen“ exemplarisch aktualisiert wird.

Allerdings besteht beim „bottom-up“-Modell die Gefahr, dass die Bereichsrationalitäten, auch „Eigengesetzlichkeiten“ oder „Sachzwänge“ genannt, sich gegen alle moralischen Prinzipien wenden, die als Störung eines reibungslosen Betriebs betrachtet werden. Ethische Urteilsbildung droht dann zur Verträglichkeitsprüfung zu verkommen. Ethik ist dann unter Umständen nur das Werben um Akzeptanz für die Durchsetzung des Rechts des Stärkeren.

Einen Mittelweg zwischen dem „top-down“-Modell und dem „bottom-up“-Modell geht das Modell des reflektiven Gleichgewichts, des „(wide) reflective equilibrium“.²⁵ Seine methodische Lösung besteht darin, einerseits auf metaphysische oder nachmetaphysische Letztbegründungen in der Ethik zu verzichten, andererseits aber auch transzendente Argumentationsmuster in einem Überlegungsgleichgewicht aus moralischen Überzeugungen,

von Soosten (Hg.), *Flexible Welten* (Entwürfe zur christlichen Gesellschaftswissenschaft 11), Münster 2002, S. 6–37. Siehe auch U. Körtner, a.a.O. (Anm. 6), S. 141ff.

²⁴ Vgl. *Norbert Steinkamp/Bert Gordijn*, *Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch*. Zwischen Leitbild und Stationsalltag, Neuwied 2003, S. 136ff.

²⁵ Siehe v.a. *John Rawls*, *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Frankfurt a.M. 1975; *Norman Daniels*, *Justice and Justification. Reflective Equilibrium in Theory and Practice*, Cambridge 1996; vgl. dazu auch *Johannes Fischer*, *Medizin- und bioethische Perspektiven. Beiträge zur Urteilsbildung im Bereich von Medizin und Biologie*, Zürich 2002, S. 4ff. Siehe ferner das klinisch-ethische Interaktionsmodell in *N. Steinkamp/B. Gordijn*, a.a.O. (Anm. 24), S. 146ff.

moralischen Prinzipien und verschiedenen Hintergrundtheorien zu berücksichtigen. Die ethische Urteilsbildung ist folglich weder als deduktive Ableitung noch bloß als pragmatische Kompromissuche angelegt, sondern als möglichst kohärente Vernetzung der verschiedenen Gesichtspunkte, die im Gespräch zwischen allen an einem ethischen Konflikt Beteiligten herzustellen ist. Im christlichen Kontext versteht sich die praktische Vernunft als eine vom Geist der Liebe geleitete Vernunft. Im säkularen Kontext spricht man vielleicht von einer vom Geist der Humanität und der Solidarität geleiteten Vernunft

Das Modell des reflektiven Gleichgewichts propagiert keineswegs eine reine Situationsethik. Allgemeine Normen und Regeln spielen durchaus eine wesentliche Rolle. Ohne sie gibt es schließlich keine Ausnahmen oder Grenzfälle. Der Begriff des Grenzfalls oder der Ausnahme darf daher nicht im Umkehrschluss zum Grundprinzip in Medizin-, Pflege- und klinischer Ethik erklärt werden. Die Sensibilität für den einzelnen Menschen in seiner speziellen Bedürftigkeit schließt aber aus, dass Menschen ausschließlich nach allgemeinen Regeln behandelt werden. Daher besteht die Aufgabe der Ethikberatung zunächst darin, die konkrete Situation hermeneutisch zu erschließen und in ihrem Kontext zu fragen, welche Regeln „im Interesse des Schutzes und der Förderung des Anderen auch in seiner Bedürftigkeit und Verletzlichkeit, Geltung besitzen und Beachtung verdienen“²⁶.

Das Modell des reflektiven Gleichgewichts „beschreibt im Grunde nichts Anderes als die Art und Weise, wie unsere Alltagsverständigung über moralische Fragen im Regelfall funktioniert“²⁷. Es formuliert also nicht normative ethische Prinzipien, sondern ein methodisches Verfahren zur konkreten ethischen Urteilsbildung. Das bedeutet freilich nicht, die klinische Ethik auf eine reine Situationsethik zu reduzieren. Klinische Ethik kennt vielmehr *typische* Situationen klinischen Handelns, die sich bis zu einem gewissen Grade verallgemeinern lassen.

Ethikberatung im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen richtet ihr besonderes Augenmerk auf die Nahstellen der verschiedenen Lebens- und Handlungsbereiche. Sie kann nur multiprofessionell und das heißt eben auch multiperspektivisch getrieben werden. Sie verhindert so eine Versäulung konkurrierender Berufe und Professionsethiken.²⁸ Ihr Ziel ist es, die symmetrische Kommunikation über ethische Fragen zu fördern und Hierarchien abzubauen oder zumindest abzuflachen. In diesem Sinne versucht auch Pflegeethik als Teil des Prozesses, die unterschiedlichen Orte medizinischen und pflegerischen Handelns als Orte der ethischen Urteilsbildung ernst zu nehmen. So funktioniert sie bestenfalls eben wie ein Navi für die Orte des Ethischen.

²⁶ *Kammer der EKD für öffentliche Verantwortung*, Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen. Argumentationshilfe für aktuelle medizin- und bioethische Fragen (EKD-Texte 71); Hannover 2002, S. 15.

²⁷ *Johannes Fischer*, Moralische Urteilsbildung im Bereich der Bioethik, in: ders., a.a.O. (Anm. 25), S. 51–75, hier S. 53.

²⁸ Vgl. dazu auch *Ulrich H.J. Körtner*, Ethik in der Pflege und Ethik in der Medizin: Sektoren oder Kooperation und organisatorische Anforderungen, in: *Georg Hellmann* (Hg.), *Markenzeichen: Ethik! Führung durch Ethik und*

Autor:

RR O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner, Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft, Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Wien, Schenkenstr. 8–10, A-1010 Wien;

Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8, 1090 Wien;

E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at

Homepage: <http://etfst.univie.ac.at/ueber-uns/team/ulrich-koertner/>