

Ethik im Krankenhaus¹

von

Ulrich H.J. Körtner

1. Orte des Krankseins – Orte der Ethik

Die medizinethische Diskussion ist einer der Orte, an welchem unsere Gesellschaft ihr Verhältnis zu Leben und Tod als einer gleichermaßen personalen wie sozialen Realität zu klären versucht. In der Auseinandersetzung um die Einführung neuer medizinischer Techniken, ihre rechtliche Regelung und Kontrolle, um die künftige Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens und die dem Einzelnen von der Gesellschaft zugestandenen Leistungsansprüche stehen anthropologische Einstellungen, moralische Werte und letztlich auch religiöse Grundüberzeugungen zur Diskussion.

Wie die allgemeine ethische Entwicklung reagieren Medizin- und Pflegeethik sowie eine Ethik des Gesundheitswesens auf den gestiegenen ethischen Reflexionsbedarf einer zunehmend pluralistischen Gesellschaft. Der moderne Pluralismus und die Individualisierungsschübe der Moderne führen zu einer Pluralisierung auch der moralischen Überzeugungen. Der Philosoph Otfried Höffe bezeichnet die Moral als Preis der Moderne.² Man sollte besser von Ethik, welche die selbstreflexive Theorie der Moral ist, als Preis der Moderne sprechen. Der Charakter der Ethik unterliegt dabei einem Wandel von der Prinzipienethik zur Verfahrensethik. Aufgabe der Ethik in einer moralisch pluralistischen Gesellschaft ist es nicht, eine bestimmte Moral durchzusetzen, zum Beispiel auf dem Feld der Politik, sondern Verfahren zur Bearbeitung moralischer Konflikte bereitzustellen und zu einer diskursiven Entscheidungsfindung beizutragen. Ethik gewinnt damit grundlegend eine beratende Funktion. So gewiß jede Ethik normative Anteile hat, tritt doch die deskriptiv-hermeneutische Aufgabe der Ethik heutzutage in den Vordergrund.

Ethik fragt sowohl deskriptiv als auch normativ nach dem menschlichen Handeln und menschliche Lebensführung leitenden Begriff des Guten. Zwischen dem sittlich Guten, dem technisch Guten und dem ästhetisch Guten gilt es zu unterscheiden. „Häufig gilt

¹ Vortrag vor Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorgern der Ev. Kirchenkreise Gladbeck-Bottrop-Dorsten und Recklinghausen am 16.3.2007 in Recklinghausen. Vgl. dazu auch *U. Körtner, Ethik im Krankenhaus. Diakonie – Seelsorge – Medizin, Göttingen 2007* (im Druck).

² *O. Höffe, Moral als Preis der Moderne. Ein Versuch über Wissenschaft, Technik und Umwelt* (stw 1046), Frankfurt a.M. ³1995.

unausgesprochen die Überzeugung, Ärzte oder Pflegende würden Probleme einfach sachgerecht, das heißt fachlich lösen. Wäre dies tatsächlich der Fall, dann hätten wir es bei den Ärzten mit Medizintechnikern zu tun, die den Namen Arzt nicht verdienen würden, und bei den Pflegenden mit Pflegerobotern, die den Namen Schwester oder Pfleger nicht verdienen würden.“³ Medizin und Pflege sind eben nicht nur eine Technik, sondern auch eine Kunst, die der Empathie, des Mitgefühls mit dem kranken Menschen, bedarf.

Grundlegend für jede Medizinethik ist die Frage nach dem Sinn der Medizin, nach dem Sinn von Gesundheit, Krankheit, Leiden und Tod.⁴ Vor der Frage nach den Grenzen verantwortbaren medizinischen Handelns hat diejenige nach seinen Zielen zu stehen. Die Frage: „Darf die Medizin, was sie kann?“ greift oftmals zu kurz. Muß die (Spitzen)medizin nicht tun, was sie kann, will sie sich nicht der unterlassenen Hilfeleistung schuldig machen oder dem Vorwurf der Zweiklassenmedizin aussetzen? Hieraus entsteht das Problem der sogenannten „Defensivmedizin“, die nicht zum Wohle des Patienten handelt, sondern die Ärzte vor dem Verdacht mangelnder Fürsorge und gegebenenfalls vor juristischen Klagen schützen will.

Die moderne Medizinethik ist eine Reaktion auf die Grundaporie des medizinischen Fortschritts. Diese besteht darin, daß die Medizin im Kampf gegen ein vom Menschen unbeeinflußbares Schicksal ständig neue Erscheinungsformen schicksalhafter Widerfahrnisse hervorbringt. Neue Formen der Fremdbestimmung sind die dialektischen Folgen neuzeitlicher Autonomie, auch im Bereich der Medizin. Der Weg der Moderne, an dem die naturwissenschaftliche Medizin einen erheblichen Anteil hat, „führt vom Fatum zum Faktum, vom Schicksal zum Machsals“⁵.

Dieser Prozeß erweist sich jedoch als janusköpfig. Je mehr die Lebenswirklichkeit, auch Krankheit und Gesundheit, in menschlichen Handlungssinn überführt wird, desto mehr werden neue Kontingenzen erzeugt, die es vordem gar nicht gab. Gerade die Entwicklung der Medizin ist dafür ein eklatantes Beispiel. Intensivmedizin, Reproduktionsmedizin und medizinische Genetik haben den Spielraum ärztlichen Handelns enorm erweitert, produzieren aber zugleich neue Dilemmata, mit denen die Betroffenen moralisch und psychisch fertig werden müssen.

³ *Kath. Krankenhausverband Deutschlands e.V. / Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.*, Ethik-Komitee im Krankenhaus. Selbstverlag des Kath. Krankenhausverbands Deutschland e.V., Freiburg i.Br.1997, S. 9.

⁴ Vgl. dazu *U. Körtner*, Unverfügbarkeit des Lebens? Grundfragen der Bioethik und der medizinischen Ethik, Neukirchen-Vluyn 2001; *ders.*, Grundkurs Pflegeethik (UTB 2514), Wien 2004.

⁵ *O. Marquard*, Ende des Schicksals? Einige Bemerkungen über die Unvermeidlichkeit des Unverfügbaren, in: *ders.*, Abschied vom Prinzipiellen. Philosophische Studien, Stuttgart 1981, S. 67-90, hier S. 67.

Das mir gestellte Thema „Ethik im Krankenhaus“ macht darauf aufmerksam, daß die moderne Medizinethik nicht ortlos ist, sondern ihre konkreten Orte hat. Auch Krankheit und Kranksein und ebenso das Sterben haben in unserer Gesellschaft bestimmten Orte. Michel Foucault hat die Kasernierung von Krankheit und Tod in der Moderne eingehend beschrieben.⁶ Nicht nur Akutkrankenhäuser, sondern auch Pflegeheime sind konkrete Orte institutionalisierten Krankseins und Sterbens.

Ich gehe davon aus, daß die Förderung der ethischen Kompetenz aller Mitarbeitenden im Krankenhaus ein wichtiger Beitrag zum Qualitätsmanagement ist. In diesem Zusammenhang ist nach der Rolle der Krankenhauseelsorge zu fragen. Das „Qualitätshandbuch Evangelische Krankenhauseelsorge im Gestaltungsraum 10 der Evangelischen Kirche von Westfalen“, das heute der Öffentlichkeit vorgestellt wird, betont, daß ethische Kompetenz neben kommunikativer Kompetenz, Deutungskompetenz, liturgischer Kompetenz und interreligiöser Kompetenz zu den professionellen Grundlagen der Krankenhauseelsorge zählt.⁷ Im Sinne von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung stellt sich eine doppelte Frage: a) Wie kann die Krankenhauseelsorge aufgrund ihrer spezifischen ethischen Kompetenz zur Förderung der allgemeinen ethischen Kompetenz im Unternehmen Krankenhaus beitragen? b) Worin besteht die besondere ethische Kompetenz der Krankenhauseelsorge, und wie kann sie selbst gefördert werden?

2. Topische Ethik

Die zunehmende Professionalisierung der Ethik weckt Befürchtungen, es könnte zur Entfremdung zwischen ethischer Theoriebildung und diakonischer Praxis kommen. Verhinderung läßt diese sich nur, wenn Medizin- und Pflegeethik konsequent als Bereichsethik und das heißt auch als „topische“ Ethik konzipiert werden. Topoi, „Örter“, lateinisch *loci* sind in der antiken Rhetorik, vor allem bei Aristoteles und Cicero, allgemeinste Kategorien, in denen ein Redner plausible Argumente aufsucht.⁸ Wir sprechen auch heute noch von „Gemeinplätzen“ (lateinisch *loci communes*). Das Ziel der Topik ist die situative Angemessenheit von Argumentationsstrategien.

⁶ Vgl. M. Foucault, Ein Versuch über Wissenschaft, Technik und Umwelt (stw 1046), Frankfurt a.M. ³1995; ders., Psychologie und Geisteskrankheit, Frankfurt a.M. ¹²2002.

⁷ Qualitätshandbuch Evangelische Krankenhauseelsorge im Gestaltungsraum 10 der Evangelischen Kirche von Westfalen, bearbeitet von Th. Jark, H. Wortmann und H. v. Schubert (Fassung vom 6.1.2006), S. 13f.

⁸ Vgl. J. Zachhuber, Art. Topik, RGG⁴ VIII, Tübingen 2005, Sp. 475–476.

Eben darum geht es auch beim Begriff der Bereichsethik. Das bereichsethische Denken unterscheidet sich vom Begriff der angewandten Ethik, der den Eindruck erweckt, als ginge es in der konkreten Praxis lediglich um die Anwendung oder Umsetzung allgemein anerkannter und theoretisch begründeter Prinzipien. In der Diakonie hieße dies also, daß ethische Prinzipien, die aus „dem“ christlichen Menschenbild abgeleitet werden, in den diakonischen Alltag zu übersetzen wären. Der Begriff der Bereichsethik geht statt dessen davon aus, daß uns unterschiedliche Praxisfelder mit ganz verschiedenen Arten von Problemen konfrontieren, die unterschiedliche Arten der ethischen Reflexion erforderlich machen. „Ethik entsteht“, wie der evangelische Theologe Reiner Anselm schreibt, „nicht in der dünnen Luft der Theorie, sondern ihr Ort ist die stickige Atmosphäre konkreter Konflikte. Sie ist gebunden an konkrete Orte der Entscheidung. Dies im Gegensatz zu allen Versuchen, die Kontextabhängigkeit der Ethik zu negieren, in den verschiedenen Handlungsfeldern helfenden Handelns deutlich zu machen, könnte ein wichtiger Beitrag der Selbstreflexion diakonischen Handelns für die gegenwärtige Ethik sein.“⁹ Das bedeutet nun aber, daß konkret nach Bereichen oder *Orten* des Ethischen (Klaus Tanner) zu fragen ist, deren Topographie es sorgfältig zu analysieren gilt. Dies ist mit *topischer* Ethik gemeint, vor der im folgenden die Rede sein soll.¹⁰

Als praxisorientierte Form von Medizinethik und Pflegeethik hat sich – ausgehend von den USA – ein eigener Forschungs- und Arbeitsbereich etabliert, der klinische Ethik („clinical ethics“) genannt wird. Ziel der klinischen Ethik ist es, die praktische ethische Kompetenz von medizinischem und pflegendem Personal zu fördern. Medizinische Ethik im allgemeinen wie klinische Ethik im Besonderen sind Formen einer sogenannten Bereichsethik. Wirtschaftsethik beziehungsweise Unternehmensethik, Rechtsethik, Umweltethik, Medienethik und Wissenschaftsethik sind weitere Beispiele für Bereichsethiken. Klinische Ethik, Medizinethik und Pflegeethik sind wiederum Teil einer Ethik des Gesundheitswesens (Gesundheitsethik).

Medizinethik, Pflegeethik und klinische Ethik sind immer auch eine Ethik medizinischer Organisationen und Institutionen. Das Tempo der Arbeit und für schwierige Abwägungen beschleunigt sich zusehends. Die medizintechnische Entwicklung verzeichnet eine fortlaufende Komplexitätssteigerung. Hinzu kommt die zunehmende moralische Verunsicherung des medizinischen Personals. Auch hat sich das Arzt-Patienten-Verhältnis grundlegend verändert. Patientenautonomie und informed consent gelten heute als

⁹ R. Anselm, Ethik als theologische Dienstleistung der Diakonie in der Gesellschaft, in: M. Schibilsky/R. Zitt (Hg.), *Theologie und Diakonie* (VWGTh 25), Gütersloh 2004, S. 169–176, hier S. 173.

¹⁰ Zur Bedeutung der Topik für die Ethik siehe auch J. v. Soosten, *Vertrauen. Kreditsysteme im Fokus von Rhetorik und Topik*, in: T. Jähnichen u.a. (Hg.), *Flexible Welten. Sozialethische Herausforderungen auf dem Weg in die Informationsgesellschaft*, Münster 2002, S. 83–100.

Grundprinzipien jeder Medizinethik. Es gibt aber nicht nur mögliche Konflikte zwischen der Fürsorgepflicht des Arztes und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, sondern auch Konflikte zwischen der individuellen Moral von Mitarbeitenden im Krankenhaus und der institutionellen Moral oder dem Standesethos von Berufesverbänden oder Krankenhausträgern.

Ein bereichsethisches Verständnis klinischer oder auch diakonischer Ethik ist prozeßorientiert. Dabei geht es nicht darum, daß sich die Ethik opportunistisch den vermeintlichen „Sachzwängen“ unterwirft, wohl aber darum, die Sachlogik unterschiedlicher Lebens- und Handlungsbereiche und das Wechselspiel zu würdigen zwischen tradierten moralischen Standards und gesellschaftlicher wie individueller Praxis zu analysieren.

Allerdings ist auch ein bereichsethischer Ansatz diakonischer Ethik mit Schwierigkeiten behaftet, wie man sich abermals am Wertbegriff und seiner Verwendung im diakonischen Kontext verdeutlichen kann. Aus der Frage nach dem moralischen und religiösen Werteprofil der Diakonie spricht nämlich die Sorge, daß der Geist einer ungezügelter Ökonomie den Geist der Nächstenliebe verdrängen könnte. Diakonisches Handeln steht in Spannung zwischen ökonomischer und moralisch-religiöser Wertorientierung. Es ist eben nicht von vornherein ausgemacht, inwieweit das Wirken mit ökonomischen Werten in einem religiös-moralischen Wertehaushalt sein Fundament besitzt oder zu diesem im Widerspruch steht.

Derartige Fragen werden heute im Rahmen einer diakonischen Unternehmensethik diskutiert, die zu entsprechenden Leitbildprozessen geführt hat. Die Grundfrage jeder Unternehmensethik kann freilich in zwei Richtungen gestellt werden. Einerseits lautet sie: „Wie moralfähig ist die Ökonomie?“, andererseits aber: „Wie ökonomiefähig ist die Moral?“ Lassen sich ökonomische Sachgerechtigkeit, Menschengerechtigkeit und Umweltgerechtigkeit in einer fruchtbaren Spannung halten, oder dominiert einseitig die Logik der Ökonomie mit ihrer vermeintlichen Eigengesetzlichkeit?

Aus soziologischer Sicht fällt das Urteil bei Niklas Luhmann einigermaßen ernüchternd aus. Die Teilsysteme der ausdifferenzierten modernen Gesellschaft – und zu ihnen gehört auch die Diakonie – werden zwar weiterhin durch Moral gestützt, soweit sie nämlich auf wechselseitiges *Vertrauen* angewiesen sind, das sich weder durch Recht erzwingen noch für Geld kaufen läßt. Daraus lasse sich aber keinesfalls schließen, daß die einzelnen Funktionssysteme selbst oder gar die Gesellschaft als ganze auf Moral oder auf einen Grundbestand gemeinsamer Werte gegründet sei. „Eher liegt der umgekehrte Schluß nahe, daß das fluide Medium der Moral dort ankristallisiert, wo Funktionssysteme ihm eine

Funktion geben können.“¹¹ Konkret bedeutet dies zum Beispiel, daß Unternehmensethik in einem Wirtschaftsunternehmen soweit gefördert wird, wie dies das Betriebsklima fördert und zugleich die Akzeptanz der Firma und ihrer Produkte am Markt verbessert. „Ethische“ Produkte oder eine auf Ökologie und Nachhaltigkeit ausgerichtete „Unternehmensphilosophie“ können sich durchaus rechnen. Jenseits einer fundamentalen Gesellschafts- oder Kapitalismuskritik, wie sie heute vor allem von den neuen sozialen Bewegungen gegen die Globalisierung formuliert wird, ist Ethik aus unternehmerischer Sicht durchaus ökonomisch interessant und willkommen.

Es gehört zu den brisanten Themen klinischer und diakonischer Ethik, inwiefern Luhmanns Analyse auch auf Diakonie und Seelsorge zutrifft. Konkret kann das Problem nicht nur an den unterschiedlichen Beispielen von Leitbildern, sondern auch an der Stellung von Theologie und Seelsorge in modernen diakonischen Unternehmen und Krankenhäuser in staatlicher, kommunaler oder privatwirtschaftlicher Trägerschaft durchgespielt werden. Das beginnt schon bei der Frage, aus welchem Budget die Seelsorge bezahlt werden soll. Gelegentlich ist vom „Soft-Management“ die Rede, wenn die heutige Rolle von Unternehmensethik und Seelsorge in diakonischen Einrichtungen zur Diskussion steht. Für die ökonomischen Werte ist das „Hard-Management“ zuständig, die Seelsorge für die „Seele“ des Betriebs, für religiöse und moralische Werte, für die Klimapflege also, die man braucht, um Vertrauen unter den Mitarbeitern und auf Seiten der „Kunden“ zu fördern.¹² Wieweit aber werden bei solcher Arbeitsteilung christliche Werte und Normen nicht nur als Faktor der Stabilisierung und Optimierung des diakonischen Betriebs, sondern auch noch als Quelle möglicher Kritik und Selbstkritik begriffen?

3. Klinische Ethik

Ethik im Krankenhaus begegnet uns in unterschiedlichen Formen. Eine davon ist das Klinische Ethikkomitee.¹³ 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

¹¹ N. Luhmann, Ethik als Reflexionstheorie der Moral, in: ders., Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie, Bd. 3 (stw 1093), Frankfurt a.M. 1993, S. 358–447, hier S. 433.

¹² Vgl. A. Jäger, Seelsorge als Funktion diakonischer Unternehmenspolitik, in: Chr. Schneider-Harpprecht (Hg.), Zukunftsperspektiven für Seelsorge und Beratung, Neukirchen-Vluyn 2000, S. 136–138.

¹³ Einführend siehe dazu N. Steinkamp/B. Gordijn, Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag, Neuwied u.a. 2003, S. 92ff.165ff.

evangelische und der katholische Krankenhausverband in Deutschland starteten 1997 eine gemeinsame Initiative. In Deutschland gibt es ca. 2.400 Krankenhäuser, davon ein Drittel in konfessioneller Trägerschaft. Derzeit haben lediglich ca. 100 Spitäler Klinische Ethikkomitees eingesetzt.

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 Ethik-Komitees 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.

Neben Klinischen Ethikkomitees, die in Österreich noch kaum bekannt sind, gibt es weitere Formen eines institutionalisierten Ethikdiskurses im klinischen Alltag.¹⁴ Da sind zunächst die Ethik-Kommissionen, gesetzlich vorgeschriebene Gremien zur Begutachtung medizinischer Forschungsprojekte. Ferner gibt es das Ethik-Konsil, das aus konkretem Anlaß ad hoc einberufen wird. Die Beratung bei schwierigen Therapieentscheidungen kann einzeln oder mit Beteiligung mehrerer kompetenter Personen, vor allem aus den Gebieten der Medizinethik oder des Medizinrechts, erfolgen. Zu ergänzen wäre dies mit Expertinnen oder Experten auf dem Gebiet der Pflegeethik, die in den vorliegenden Modellen bisher kaum eigens erwähnt werden. Der oder die Ratsuchende kann die Beratung individuell oder mit dem gesamten Stationsteam in Anspruch nehmen. Die praktische Erfahrung mancher Krankenhäuser zeigt, daß sich bei zunehmender Sensibilisierung für ethische Probleme die Fallberatungen von zentralen Ethikkomitees auf die jeweils betroffenen Stationen verlagern können. Weiter gibt es Versuche mit sogenannten Ethik-Foren, in denen allgemein über praktische medizinethische und pflegeethische Fragen diskutiert wird, jedoch keine konkreten Einzelfallberatungen durchgeführt werden. Und schließlich gibt es in manchen Spitälern sogenannte „Ethik-Cafés“. Dabei handelt es sich um offene Gesprächsangebote, die Patienten und Patientinnen ebenso offen stehen wie den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Einrichtung.

Es gibt verschiedene Erwartungen, die an Klinische Ethikkomitees oder vergleichbare Formen eines organisierten Ethikdiskurses gerichtet werden. Man erhofft von Ethikkomitees Problemlösungen für ethische Konflikte im klinischen Alltag. Auch sollen sie exemplarisch allgemein auftretende ethische Alternativen im Behandlungsvorgang bearbeiten. Ferner sollen

¹⁴ Vgl. S. 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.

sie ethische Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeitende einer Klinik anbieten. Erwartet wir 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 Projekt des Soziologen Armin Nassehi und der beiden Theologen Michael Schibilsky und Reiner Anselm geben Anlaß zur Nüchternheit.¹⁵ Zwar wird die Zweckmäßigkeit und Konsensfähigkeit medizinisch-ethischer Diskurse inzwischen in Forschung und Praxis allgemein anerkannt. Die tatsächliche Funktion Klinischer Ethik-Komitees ist es aber nicht, Moral durchzusetzen, sondern zu „verhindern – wenn man unter einem moralischen Statement einen unbedingten, unverrückbaren Satz versteht.“¹⁶

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“¹⁷.

„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.“¹⁸ Der Abbau von Asymmetrien zwischen Beteiligten stößt an Grenzen, nicht nur bei Ärztinnen und Ärzten, sondern auch bei Angehörigen anderer Berufsgruppen, da sie sich auch in Ethik-Diskursen nicht plötzlich außerhalb institutioneller Funktionen und Denkweisen befinden.

¹⁵ Vgl. F. Ley, *Klinische Ethik. Entlastung durch ethische Kommunikation?*, in: *Ethik in der Medizin* 17, 2005, S. 298–309.

¹⁶ A. 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.

¹⁷ E. 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., Freiburg i.B. 1997, S. 15–28, hier S. 25.

¹⁸ Vgl. F. Ley, a.a.O. (Anm. 15), S. 307.

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.“¹⁹ Klinische Ethik benötigt dementsprechend auf einem Konzept von deskriptiv-hermeneutischer Ethik.

Ethische Urteilsbildung ist auf eine gewisse fachliche Kompetenz angewiesen. Jedoch garantiert kein Modell der Urteilsbildung garantiert, daß unser tatsächliches Handeln auch wirklich „richtig“ oder „gut“ ist. 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 schützen 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.

4. Moralische und außermoralische Gründe

Es war vor allem der Philosoph Immanuel Kant, der unser Handeln von allem Menschlich-Allzumenschlichen reinigen wollte, indem er darauf bestand, daß nur moralische Gründe unser Tun und Lassen rechtfertigen dürften. Motive wie Sympathie oder Abneigung wären demnach durch eine diakonische Ethik aus dem Geschehen des Helfens auszuschneiden. Nun liegt es auf der Hand, daß sich das Ethos des Helfens oder auch helfender Berufe nicht von bloßen Gefühlen leiten lassen kann. Man kann zum Beispiel aus Liebe oder falsch verstandener Fürsorge das sachlich Falsche tun. Und das gut Gemeinte ist häufig das genaue Gegenteil des Guten. Man kann vom Mitleid derart überwältigt werden, daß man am Ende selbst völlig hilflos ist. Menschen können, wie eine einprägsame Metapher sagt, vor Mitleid zerfließen. Falsch verstandenes Mitleid kann sogar, wie die Euthanasiedebatte zeigt, tödlich sein.

Abgesehen von dem Erfordernis fachlicher Kompetenz beziehungsweise der Professionalität und abgesehen von einem hohen Maß an Erfahrung, das man nicht schon

¹⁹ F. Ley, a.a.O. (Anm. 15), S. 308.

mitbringt, sondern sich im Laufe des (Berufs)lebens erwerben muß, spielen Fragen der Gerechtigkeit eine ganz wesentliche Rolle, zum Beispiel, wenn es um die Allokation von Ressourcen und Prioritätensetzungen in Notfallsituationen geht.

Bloße Achtung der Person im Sinne Kants wird auf die Dauer jedoch nicht genügen, um zum Helfen zu motivieren. Auch die Goldene Regel genügt nicht, um die Menschlichkeit des Helfens zu erklären. Mag im Helfen noch so viel Berechnung liegen – schließlich könnte ich auch einmal auf die Hilfe des anderen oder doch auf die entsprechende Hilfe Dritter angewiesen sein –, genügt auch das nicht, um menschliche Hilfsbereitschaft hinreichend zu erklären. Einer Erklärung näher bringt uns das Wort „Liebe“, und zwar, wie vorhin schon gesagt wurde, verstanden nicht nur im Sinne selbstloser Nächsten- und Gottesliebe, sondern auch im Sinne der Freundschaft, der Sympathie und sogar des Eros.

Moralisches Handeln folgt nicht ausschließlich verallgemeinerbaren sittlichen Normen, sondern es ist auch von Gefühlen, von Intuitionen und von allen Moral transzendierenden Grundorientierungen des Lebens geleitet. Neben der Liebe ist auf das Mitleid zu verweisen. Aber auch der Gerechtigkeitssinn kann als moralische Intuition gelten, weil Gerechtigkeitssinn als besondere Sensibilität für Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit beziehungsweise für Fairneß in konkreten Lebenssituationen von einem allgemeinen Gerechtigkeitsprinzip oder von allgemeinen Gerechtigkeitsregeln nochmals zu unterscheiden ist.

In der Geschichte der Ethik ist freilich darüber immer wieder gestritten worden, ob Mitleid eine hinreichende moralische Orientierung für unser Handeln gibt.²⁰ Während die stoische Tradition das Mitleid zu einer Krankheit der Seele erklärt hat, wurde es im Gegensatz dazu von Arthur Schopenhauer zum Grundprinzip aller Moral erhoben. Das deutsche Wort „Mitleid“ ist die Übersetzung des lateinischen „*compassio*“ oder des griechischen *sympátheia*. Mitleid, Sympathie und Empathie sind die fürsorgende Weise, in der wir auf die Verletzlichkeit des Menschen oder auch anderer Lebewesen reagieren und uns ihnen wohlwollend zuwenden.

Die christliche Tradition sieht das Mitleid in die Agape, das heißt in die rechte Gottes- und Nächstenliebe, eingeschlossen und setzt es mit der Barmherzigkeit gleich. Seinen tiefsten Grund hat das Mitleid nach christlichem Verständnis darin, daß es im Mitleiden, in der „Compassion“ Christi mit den notleidenden Menschen wurzelt, der im Sinne von Mt 25,31 in den Geringsten unter seinen Brüdern präsent ist.²¹ Der gekreuzigte Christus ist der Inbegriff

²⁰ Vgl. dazu K. Huxel, Art. Mitleid II, RGG⁴ V, Tübingen 2002, Sp. 1347–1348.

²¹ Vgl. dazu J.B. Metz/L. Kuld/A. Weisbrod (Hg.), Compassion – Weltprogramm des Christentums. Soziale Verantwortung lernen, Freiburg/Basel/Wien 2000.

menschlicher Verletzlichkeit. Seine Compassion ist der Kompaß, der christlichem Handeln die Richtung weist.

Mit der Ambivalenz des Menschlich-Allzumenschlichen hängt zusammen, daß die philosophische Tradition häufig zwischen zwei Arten von Mitleid unterscheidet, einer vernünftigen Form des Mitleids, die zum einsichtigen Handeln motiviert, und einer unvernünftigen, pathologischen Form des Mitleids, die handlungsunfähig macht. Nur am Rande sei vermerkt, daß Albert Schweitzer sowohl die religiös begründete Liebesethik der christlichen Tradition als auch die Mitleidsethik Arthur Schopenhauers in eine universale Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben aufheben wollte, die sich zur Hilfe nicht nur gegenüber dem Mitmenschen, sondern gegenüber allem Lebendigen verpflichtet weiß.²² Doch kann darauf in unserem Zusammenhang nicht näher eingegangen werden.

Wie Liebe ist freilich auch das Mitleid kein hinreichendes Prinzip der Moral oder eine hinreichende moralische Norm. Daß beide keine Norm im engen Sinne des Wortes, sondern eine transmoralische Orientierung unseres Handelns sind, verdeutlicht Johannes Fischer am Beispiel eines Mannes, der von mehreren Personen, die sich in einem brennenden Haus befinden nur eine retten kann und sich für seine Frau entscheidet.²³ Er handelt in diesem Augenblick spontan aus Liebe. Im Nachhinein wird er seine Liebe als Motiv beziehungsweise als Rechtfertigungsgrund für seine Handlungsweise anführen können. Sein Handeln ist aber nicht das Resultat einer kasuistischen Ableitung von einer allgemeinen moralischen Norm auf den konkreten Fall. Würde er sich zunächst die Frage stellen, warum er gerade seine Frau und nicht einen anderen der im brennenden Haus befindlichen Menschen retten soll, und würde er diese Frage aufgrund einer allgemeinen Regel beantworten: „Weil es moralisch geboten ist, in einer solchen Situation die Person vorzuziehen, der man in Liebe verbunden ist“, dann würde er seine Frau zwar aufgrund einer am „Wert“ der Liebe orientierten moralischen Erwägung retten, jedoch nicht aus Liebe.

„Wer in der Liebe bleibt“ (I Joh 4,16b), entkommt damit jedoch nicht jedem ethischen Konflikt. Wie sollte sich zum Beispiel der Mann entscheiden, wenn sich nicht nur seine Frau, sondern auch ihr gemeinsames Kind in dem brennenden Haus befände? Liebe ist zwar eine grundlegende Orientierung für unser Handeln, jedoch kein hinreichendes Kriterium in Konfliktlagen.

²² Siehe v.a. A. Schweitzer, *Kultur und Ethik*. Sonderausgabe mit Einschluß von Verfall und Wiederaufbau der Kultur, München 1960, Nachdr. 1981.

²³ J. Fischer, *Bioethik in theologischer Perspektive*, in: *ders.*, *Medizin- und bioethische Perspektiven*. Beiträge zur Urteilsbildung im Bereich von Medizin und Biologie, Zürich 2002, S. 77–104, hier S. 87.

Eine Ethik des Helfens muß außerdem darauf bestehen, daß unsere Hilfsbereitschaft nicht auf den persönlichen oder den familiären Nahbereich beschränkt bleibt. Von Situationen der persönlichen Befangenheit abgesehen soll gelten, daß wir jedem Menschen in vergleichbarer Notlage ohne Ansehen der Person auf dieselbe Art und Weise helfen. Ethik reflektiert also nicht nur die Einzelsituation, sondern die in ihr aktualisierte typische Handlungsweise, von der wir überzeugt sind, daß sie moralisch gut ist – wenn wir für den Augenblick von den bereits geschilderten Zweideutigkeiten unserer Motive und auch der Moral selbst absehen. Eine kantische Ethik oder auch eine materiale Wertethik wird argumentieren, daß wir das Gute um des Guten willen, also zum Beispiel das Helfen um des Helfens willen tun sollen. Unser alltägliches Verhalten folgt aber ganz offensichtlich einer anderen moralischen Orientierung. „Für diese liegt das sittlich Entscheidende am Helfen darin, daß es um dessen willen geschieht, dem geholfen wird, statt um seiner selbst willen im Sinne der Aktualisierung der Handlungsweise ‚Helfen‘.“²⁴ Das setzt aber voraus, daß wir uns ein Bild beziehungsweise eine konkrete Vorstellung von der Situation des Hilfsbedürftigen und der Möglichkeit, diese zu verändern, machen. Daran wird sich unser Handeln orientieren und nicht nach abstrakten Regeln.

Darum greift auch die Frage zu kurz, welche Gründe uns zu einem nach allgemeinen Regeln als moralisch richtig erkannten Tun motivieren. Die Frage nach dem Proprium eines Ethos der christlichen Nächstenliebe wird ja nicht selten auf der Motivationsebene abgehandelt. Demnach würde das christliche Ethos mit einem universalen Ethos des Helfens materialiter übereinstimmen. Spezifisch christlich wäre nur die persönliche Motivation des Einzelnen zu helfen. Man könnte aber genau das Gleiche aus buddhistischer, islamischer, jüdischer oder humanistisch-säkularer Motivation tun. Tatsächlich geht es jedoch nicht nur um *Motivation*, sondern um moralische *Intuitionen*.

Unser Handeln wird zum allergrößten Teil intuitiv gesteuert. Dafür gibt es heute neurobiologische Erklärungsversuche. Die Menschlichkeit moralischer Intuitionen hat demnach eine biologische Basis. Hieraus ist nun freilich nicht die Konsequenz zu ziehen, alle Moral auf Biologie zu reduzieren. Vielmehr erleben wir uns als Wesen, die sich zu ihren Intuitionen verhalten müssen. Eine Ethik des Helfens kann dabei davon ausgehen, daß uns moralische Intuitionen solange als Orientierung für unser Handeln dienen dürfen, wie nicht triftige Gründe gegen sie sprechen. Der Zwang zur ethischen Rechtfertigung unseres Tuns entsteht erst in dem Moment, wo uns unsere bisherigen Intuitionen zweifelhaft beziehungsweise von anderen mit Gründen in Zweifel gezogen werden.

²⁴ J. Fischer, Moralische Urteilsbildung im Bereich der Bioethik, in: *ders.*, Medizin- und bioethische Perspektiven (s. Anm. 23), S. 51–75, hier S. 61.

Unsere Intuitionen hängen nun freilich von unserer Wahrnehmung ab und diese wiederum nicht nur von biologisch vererbten, sondern auch von sozial vermittelten und symbolisch strukturierten Wahrnehmungsmustern. Eine Ethik des Helfens hat darum solche Wahrnehmungsmuster zu untersuchen und zur ethischen Wahrnehmung und Deutung von Lebenssituationen anzuleiten. Wie für die Ethik allgemein ist auch für eine Ethik des Helfens eine ethische Theorie beziehungsweise Phänomenologie der Wahrnehmung unabdingbar.²⁵ Das gilt auch für das ethische Prinzip der Verantwortung.²⁶ Der Begriff der Wahrnehmung ist ethisch in seinem doppelten Wortsinn zu bedenken: Nur wenn einzelne sich entschließen, moralische Verantwortung zu *übernehmen*, wird diese überhaupt als zu realisierende Möglichkeit neu entdeckt und *wahrgenommen*. Die Wahrnehmung von Verantwortung im Sinne ihrer Übernahme setzt ihre Wahrnehmung im Sinne ihres Erkennens voraus.²⁷ Vor der Verantwortungsübernahme und vor dem Helfen steht das Sehen und Hinschauen, durch das wir affiziert werden. So allgemein menschlich das Helfen ist, so menschlich-allzumenschlich ist leider auch das Wegschauen und die Verweigerung von Hilfe. Moralische Intuitionen sind also keine Naturgegebenheit, sondern bedürfen der Förderung und der ethischen Reflexion.

Beispielhaft läßt sich dieser Zusammenhang am Gleichnis Jesu vom barmherzigen Samariter erkennen (Lk 10,25–37). Priester und Levit schauen weg. Sie sehen in dem Verletzten nicht denjenigen, der konkret ihrer Hilfe bedürfte, sehen also auch nicht ihre konkrete Verantwortlichkeit. Anders dagegen der Samaritaner. Die Moral, die Jesus aus der Beispielgeschichte zieht: „Gehe hin und tue desgleichen!“ (V.37), ist als Anleitung zu einer entsprechenden Aufmerksamkeit und somit Schulung der ethischen Wahrnehmungsfähigkeit zu verstehen. Insofern besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Ethik und Ästhetik²⁸, die bei Søren Kierkegaard zu Unrecht einseitig in Opposition zueinander gesetzt werden. Die Beispielerzählung vom barmherzigen Samariter macht aber auch auf den Zusammenhang von *Wahrnehmen und Verstehen* aufmerksam. Die Frage des Schriftgelehrten in Lk 10, wer denn sein Nächster sei, zeigt nämlich, daß jede sogenannte Angewandte Ethik auf *hermeneutische* Kompetenz angewiesen ist.²⁹ Theologische Ethik kann so als eine

²⁵ Vgl. auch M. Merleau-Ponty, *Phänomenologie der Wahrnehmung*, Berlin 1966.

²⁶ Vgl. dazu U. Körner, *Evangelische Sozialethik. Grundlagen und Themenfelder* (UTB 2107), Göttingen 1999, S. 76f.

²⁷ Vgl. dazu auch J. Fischer, *Wahrnehmung als Aufgabe und Proprium christlicher Ethik*, in: *ders.*, *Glaube als Erkenntnis. Zum Wahrnehmungscharakter des christlichen Glaubens*, München 1989, S. 91–118., sowie B. Harbeck-Pingel, *Ethische Wahrnehmung. Eine systematisch-theologische Skizze* (Beiträge zur Theologie und Religionsphilosophie 2), Aachen 1998, der allerdings Ethik zu einseitig als Theorie der Lebensführung bestimmt.

²⁸ Zum Zusammenhang von Ethik und Ästhetik vgl. auch G. Franck, *Ökonomie der Aufmerksamkeit. Ein Entwurf*, München 1998, S. 213–251.

²⁹ Zur hermeneutischen Grundlegung angewandter Ethik siehe auch B. Irrgang, *Praktische Ethik aus hermeneutischer Perspektive* (UTB 2020), Paderborn 1998.

deskriptiv-hermeneutische Ethik verstanden werden, die – durchaus im Sinne Rudolf Bultmanns – im Wechselspiel von Glauben und Verstehen ihr besonderes Profil hat.³⁰

Für eine Ethik des Helfens bedeutet dies, daß wir in der Situation, die unser Eingreifen zu erfordern scheint, stets mehr in den Phänomenen sehen als nur das, was sich empirisch beobachten läßt. „Zum Beispiel sehen wir in einem Anderen: den kranken Menschen als jemanden, der besonderer Fürsorge bedarf; den Fremden als jemanden, der nicht zur eigenen Gruppe oder Gemeinschaft gehört; den Hilfsbedürftigen; den Feind; den Nächsten usw.“, wobei jeder dieser Ausdrücke, wie sich mit Johannes Fischer feststellen läßt, für „ein intuitiv gesteuertes Interaktionsmuster“ steht, „das geprägt ist einerseits durch erlebte soziale Interaktionen – etwa dem Erleben, wie mit kranken Menschen umgegangen wird –, andererseits durch bestimmte Überlieferungen und Erzähltraditionen, die im religiösen (,Nächster’) und kulturellen Gedächtnis aufbewahrt sind, und das durch die Begegnung mit Menschen aktiviert wird, in denen uns der kranke Mensch, der Hilfsbedürftige, der Nächste usw. gegenübertritt“³¹.

Fischer leitet daraus die Konsequenz ab, daß die heute verbreitete Auffassung, in einer säkularen und pluralistischen Gesellschaft müsse der ethische Diskurs von allen religiösen oder weltanschaulichen Prämissen freigehalten werden, mit einem großen Fragezeichen zu versehen sei. Selbst wenn man explizit religiöse Argumente aus der moralischen Urteilsbildung ausschließen könne, lasse sich der Einfluß von Religion oder Weltanschauung auf der für unser Verhalten viel elementarerer Ebene der Intuition nicht unterbinden. „Hier hat jemand“, vermutet Fischer, „der in der christlichen Tradition steht, möglicherweise andere moralische Intuitionen als jemand, der von einem anderen religiösen oder weltanschaulichen Hintergrund herkommt.“³²

³⁰ Vgl. dazu U. Körtner, Zur Einführung: Hermeneutik und Ästhetik. Zur Bedeutung einer theologischen Ästhetik für die Lehre vom Wort Gottes, in: *ders.* (Hg.), Hermeneutik und Ästhetik. Die Theologie des Wortes im multimedialen Zeitalter, Neukirchen-Vluyn 2001, S. 1–18, hier S. 7ff.

³¹ J. Fischer, a.a.O. (Anm. 24), S. 65.

³² Ebd.

5. Modelle klinisch-ethischer Urteilsbildung

Ein bereichsethisches Verständnis von klinischer Ethik 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. Grundlegend ist hierfür eine ethische Theorie der Wahrnehmung, wie sie im vorigen Abschnitt skizziert wurde. Klinische Ethik, zumal eine klinische Ethik in diakonischer Perspektive, 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.³³ 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. Nicht nur die Wertethik oder der Kantianismus, sondern auch der in Kreisen der Diakonie zumeist heftig bekämpfte Utilitarismus sind Beispiele eines solchen „top-down“-Modells. 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 bestimmt ist, um von dort her normative Kriterien für Einzelentscheidungen zu gewinnen. In der Diakonie gehören zu diesen Basisannahmen vor allem 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.

³³ Vgl. dazu *P. Dabrock*, Vom Streit um die Semantik zur Gestaltung der Struktur. Zum Status angewandter (theologischer) Sozialethik im Gespräch mit Niklas Luhmann, in: *T. Jähnichen/W. Maaser/J. v. Soosten* (Hg.), *Flexible Welten* (Entwürfe zur christlichen Gesellschaftswissenschaft 11), Münster 2002, S. 6–37.

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.³⁴ 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. Daß solche Konsequenzen gerade in der Diakonie, die sich als Anwältin der Schwachen und ihrer Rechte versteht, höchst bedenklich sind, liegt auf der Hand.

Einen Mittelweg zwischen dem „top-down“-Modell und dem „bottom-up“-Modell geht das Modell des reflektiven Gleichgewichts, des „(wide) reflective equilibrium“.³⁵ 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, moralischen Prinzipien und verschiedenen Hintergrundtheorien zu berücksichtigen. Die ethische Urteilsbildung ist folglich weder als deduktive Ableitung noch bloß als pragmatische Kompromißsuche angelegt, sondern als möglichst kohärente Vernetzung der verschiedenen Gesichtspunkte, die im Gespräch zwischen allen an einem ethischen Konflikt Beteiligten herzustellen ist. Die praktische Vernunft diakonischer Ethik wie aller christlichen Ethik ist eine vom Geist der Liebe geleitete Vernunft.

Auch Normen und Regeln spielen also nach dem Modell des reflektiven Gleichgewichts in der diakonischen Ethik eine wichtige Rolle. Ohne allgemeine Regeln gibt es schließlich keine Ausnahmen oder Grenzfälle. Der Begriff des Grenzfalls oder der Ausnahme darf daher nicht

³⁴ Vgl. N. Steinkamp/B. Gordijn, a.a.O. (Anm. 13), S. 136ff.

³⁵ Siehe v.a. J. Rawls, Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt a.M. 1975; N. Daniels, Justice and justification. Reflective Equilibrium in Theory and Practice, Cambridge u.a. 1996. Vgl. dazu auch J. Fischer, Medizin- und bioethische Perspektiven (s. Anm. 23), S. 4ff. Siehe ferner das klinisch-ethische Interaktionsmodell in N. Steinkamp/B. Gordijn, a.a.O. (Anm. 13), S. 146ff.

im Umkehrschluß zum Grundprinzip diakonischer Ethik erklärt werden. Die Sensibilität für den einzelnen Menschen in seiner speziellen Bedürftigkeit schließt aber aus, daß Menschen ausschließlich nach allgemeinen Regeln behandelt werden.³⁶ Daher besteht die Aufgabe diakonischer Ethik zunächst darin, die konkrete Situation hermeneutisch zu erschließen und in ihrem Kontext zu fragen, „welche Regeln um der Liebe willen, d. h. im Interesse des Schutzes und der Förderung des Anderen auch in seiner Bedürftigkeit und Verletzlichkeit, Geltung besitzen und Beachtung verdienen“³⁷.

Das Modell des reflektiven Gleichgewichts „beschreibt im Grunde nichts Anderes als die Art und Weise, wie unsere Alltagsverständigung über moralische Fragen im Regelfall funktioniert“³⁸. Es formuliert also nicht normative ethische Prinzipien, sondern ein methodisches Verfahren zur konkreten ethischen Urteilsbildung. Das bedeutet freilich nicht, die diakonische Ethik auf eine reine Situationsethik zu reduzieren. Diakonische und klinische Ethik kennen vielmehr *typische* Situationen diakonischen oder klinischen Handelns, die sich bis zu einem gewissen Grade verallgemeinern lassen.

Klinische Ethik als Bereichsethik ist also das, was bereits im 2. Abschnitt als *topische Ethik* beschrieben wurde. Sie richtet ihr besonderes Augenmerk auf die Schnittstellen der verschiedenen Lebens- und Handlungsbereiche. Topische Ethik kann daher nur multiprofessionell und das heißt eben auch multiperspektivisch getrieben werden. Sie verhindert so eine Versäulung konkurrierender Berufe und Professionsethiken. Ihr Ziel ist es, die symmetrische Kommunikation über ethische Fragen zu fördern und Hierarchien abzubauen oder zumindest abzuflachen. In diesem Sinne versucht klinische Ethik, die unterschiedlichen Orte medizinischen, pflegerischen und seelsorgerischen Handelns als Orte der ethischen Urteilsbildung ernst zu nehmen.

6. Die ethische Kompetenz der Krankenhauseelsorge

Geht es um Ethik im Krankenhaus, reklamiert die Krankenhauseelsorge für sich eine besondere Kompetenz. Das „Qualitätshandbuch Krankenhauseelsorge“ zitiert dazu das

³⁶ Was die Kammer der EKD für öffentliche Verantwortung in ihrer bioethischen Argumentationshilfe „Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen. Argumentationshilfe für aktuelle medizin- und bioethische Fragen“, S. 14f zur allgemeinen Charakteristik evangelischer Ethik ausgeführt hat, gilt sinngemäß auch für eine diakonische Ethik (*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).

³⁷ Geist der Liebe (s. Anm. 36), S. 15.

³⁸ J. Fischer, a.a.O. (Anm. 24), S. 53.

Kapitel IV der Leitlinien für die Krankenhauseelsorge der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD).³⁹ Fragen wir zunächst, worin nach Auffassung der EKD-Leitlinien und des Qualitätshandbuchs die ethische Kompetenz der Krankenhauseelsorge besteht. Sie umfaßt, wie es in den genannten Publikationen heißt, sowohl die Strukturen und Verfahren ethischer Entscheidungsfinden als auch den Gehalt der Urteile. Sofern die Krankenhauseelsorge selbst Position beziehe, geschehe dies „sowohl im Sinne einer Ethik der Profession als auch einer Ethik der Organisation“⁴⁰. Dazu müsse sie „mit den Grundlinien wissenschaftlich-ethischer Argumentation ebenso vertraut sein wie mit den infrage stehenden Sachverhalten“⁴¹. Was genau mit einer „Ethik der Profession“ gemeint ist, lassen beide Veröffentlichungen allerdings offen. Geht es nur um die Berufsethik von Medizinern, Pflegenden und anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen, oder ist auch an eine besondere Berufsethik von Pfarrerinnen und Pfarrern bzw. der Krankenhauseelsorge gedacht? Und wie verhält sich eine reflektierende *Ethik* der Profession zum jeweiligen *Berufsethos*? Dazu fehlen nähere Ausführungen.⁴²

Ehrfurcht vor dem Leben, Achtung vor der Würde und Unverfügbarkeit menschlichen Lebens in all seinen Stadien, aber auch Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten werden als grundlegende Prinzipien einer Ethik im Krankenhaus formuliert. Kriterien für Ermessensentscheidungen sollen aus konkreten Vorstellungen vom „guten Leben“ entwickelt werden. Die christliche und spezifisch evangelische Perspektive der Krankenhauseelsorge kommt in der Betonung der Unvermeidbarkeit menschlicher Schuld zum Ausdruck, verbunden mit der Ermutigung zur eigenverantwortlichen Entscheidung, die es solidarisch zu begleiten gelte.⁴³ Im Sinne der Lehre von der Rechtfertigung des Sünders allein aus Gnade durch den Glauben formulieren die EKD-Leitlinien und das Qualitätshandbuch einen grundsätzlichen Vorbehalt gegenüber Ethik und Moral überhaupt. Das hieraus resultierende Grundverständnis von Ethik ist eine theologisch begründete Form der Verantwortungsethik, die einem „platten Utilitarismus“ ebenso eine Absage erteilt wie dem „Terror der Tugend“.⁴⁴

Abgesehen davon, daß Grundbestimmungen der ethischen Kompetenz der Krankenhauseelsorge entfaltungs- und erläuterungsbedürftig sind, stellt sich doch auch die

³⁹ Die Kraft zum Menschsein stärken. Leitlinien für die evangelische Krankenhauseelsorge. Eine Orientierungshilfe, Hannover 2004.

⁴⁰ Leitlinien (s. Anm. 39), S. 24 (Abschnitt 18); Qualitätshandbuch (s. Anm. 7), S. 13f.

⁴¹ Leitlinien (s. Anm. 39), S. 24 (Abschnitt 18); Qualitätshandbuch (s. Anm. 7), S. 14.

⁴² Siehe dazu U. Körtner, Ist die Moral das Ende der Seelsorge, oder ist die Seelsorge am Ende Moral?, WzM 58, 2006, S. 225-245.

⁴³ Vgl. dazu auch U. Körtner, Sündenvergebung und Schuldübernahme in der Seelsorge, WzM 2006, 58, S. 259-269.

⁴⁴ Leitlinien (s. Anm. 39), S. 24 (Abschnitt 18); Qualitätshandbuch (s. Anm. 7), S. 14.

Frage, auf welchem Wege die Krankenhauseelsorge zu ihrer ethischen Kompetenz gelangt, die sie für sich reklamiert. Zur Qualitätsentwicklung in der Krankenhauseelsorge, welche das heute vorgestellte Qualitätshandbuch fördern möchte, gehören meines Erachtens konkrete Überlegungen zur ethischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Dabei plädiere ich grundsätzlich für ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Konzept der Ethikausbildung.

Zu Recht stellen die EKD-Leitlinien und das Qualitätshandbuch fest, daß Grundkenntnisse der wissenschaftlich-ethischen Argumentation eine wesentliche Voraussetzung für ethische Kompetenz sind. Ethische Grundkenntnisse werden im Theologiestudium vermittelt. Allerdings ist festzustellen, daß die Ethikausbildung im Rahmen des evangelischen Theologiestudiums im Vergleich mit der katholischen Theologie einen deutlich geringeren Stellenwert hat. Die Ambivalenz jeglicher Moral und Ethik zu betonen, wie es die EKD-Leitlinien und das Qualitätshandbuch tun, ist gut evangelisch und auch nach meiner Auffassung rechtfertigungstheologisch gut begründet. Zur Lebensführung im christlichen Sinne gehört das Wissen darum, daß die Vollendung des Lebens, sein „Gelingen“, wie man heute gern sagt, die unser Handeln motivierende Hoffnung ist, ohne doch von uns selbst geleistet werden zu können. Sofern Ethik letzteres suggeriert, bleibt es auch die ureigene Aufgabe der Seelsorge, im Sinne der reformatorischen Unterscheidungen von Gesetz und Evangelium, von Person und Werk, vor zuviel Moral zu warnen.⁴⁵ Evangelische Theologie steht freilich in der Gefahr, aus einer einseitigen Hermeneutik des Verdacht gegenüber aller vermeintlichen Gesetzlichkeit die lebensdienliche Funktion des Gesetzes und damit auch der Ethik zu verkennen. Bis in die aktuellen Debatten über die Reform des Theologiestudiums hinein ist die schwache Stellung des Faches Ethik und seine Marginalisierung zu beklagen.

Sodann muß man fragen, wie es um konkrete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auf dem Gebiet der Ethik im Pfarrberuf wie speziell in der Krankenhauseelsorge bestellt ist. Hier sehe ich einigen Verbesserungsbedarf. Was die Krankenhauseelsorge betrifft, so denke ich an ein Modell der Kompetenzentwicklung, das sich an dem Modell der Stufen zu Pflegekompetenz von Patricia Benner orientiert.⁴⁶ „From Novice to Expert“ heißt eines der wichtigsten Werke zum philosophischen und pflegewissenschaftlichen Verständnis der zeitgenössischen Gesundheits- und Krankenpflege.⁴⁷ Seine Verfasserin ist Patricia Benner. Im

⁴⁵ Vgl. auch die negative Funktionsbestimmung der Ethik bei *N. Luhmann*, *Paradigm lost. Über die ethische Reflexion der Moral*. Rede anlässlich der Verleihung des Hegel-Preises 1989 (stw 797), Frankfurt a.M. 1990, S.41.

⁴⁶ Zum Folgenden vgl. *U. Körtner*, *Grundkurs Pflegeethik* (UTB 2514), Wien 2004, S. 127-136.

⁴⁷ *P. Benner*, *Stufen zur Pflegekompetenz, From Novice to Expert*. 3. Nachdruck, Verlag Hans Huber, Bern 2000

Anschluß an das Modell der Brüder H.L. und S.E. Dreyfus entwickelt Benner ein Stufenmodell des Kompetenzerwerbs in der Krankenpflege:

Stufe 1: Neuling

Stufe 2: Fortgeschrittene Anfängerin / fortgeschrittener Anfänger

Stufe 3: Kompetente Pflegende

Stufe 4: Erfahrene Pflegende

Stufe 5: Pflegeexpertin / Pflegeexperte

Benners Modell setzt voraus, daß man die Stufen vom Neuling zum Experten im Berufsleben nicht nur einmal, sondern durchaus mehrmals durchlaufen kann. Wenn z.B. eine erfahrene Schwester oder ein erfahrener Pfleger, die jahrelang auf einer Internistischen Station gearbeitet haben, zur Intensivmedizin wechseln, um sich dort weiterbilden zu lassen, sind sie auf der neuen Station zunächst in gewissem Ausmaß wieder Neulinge oder allenfalls kompetente Pflegende. Das Stufenmodell ist also kontextbezogen. Auch wird sich die bzw. der eine Pflegende schneller als der oder die andere vom Neuling zum erfahrenen Pflegenden oder gar zur Pflegeexpertin entwickeln, und nicht alle werden die Stufe der Pflegeexpertin oder des Pflegeexperten erreichen.

Angesichts der zunehmenden Professionalisierung und Institutionalisierung von Bereichsethiken wie der Medizin- und der Pflegeethik liegt es nahe, sich auch über Stufen zur Ethikkompetenz Gedanken zu machen. Ein gewisses Maß an ethischer Kompetenz ist in der Medizin oder der Pflege nicht nur für die eigene Entscheidungsfindung vonnöten, sondern auch für die Funktion der Beratung von Kranken, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Medizinische Beratung und Pflegeberatung sollten eine gewisse Kompetenz zur ethischen Beratung einschließen. Entsprechendes gilt für die Krankenhauseelsorge.

Die Ausbildung einer medizin- und pflegeethischen Kompetenz, aber auch der Ethikkompetenz von Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorgern kann nur mit dem fortschreitenden Erwerb beruflicher Kompetenz Hand in Hand gehen. Entsprechend Benners Stufenmodell vom Anfänger zum Pflegeexperten sollte auch die ethische Kompetenz gefördert und entwickelt werden. Neben entsprechenden Unterrichts- und Weiterbildungsangeboten gehört dazu die praktische Einübung ethischer Urteilsbildung, z.B. in Form regelmäßiger Rounds, in denen Fallbeispiele diskutiert werden. Da sich ethische Kompetenz nicht einfach naturwüchsig entwickelt, ist auch die Möglichkeit von Ethiklehrgängen zu fördern, die mit einem Zertifikat abschließen.

Wie das Pflegeexpertentum setzt auch ethische Urteilsfähigkeit nicht nur den Erwerb von theoretischem Wissen und Methodenkenntnissen voraus, sondern auch Erfahrung. Wer über entsprechende Erfahrung verfügt, weiß nicht nur mit ethischen Konflikten reflektiert umzugehen, sondern hat auch gelernt, die Einzelsituation angemessen einzuschätzen und zwischen Regelfall und Grenzfall zu unterscheiden. Zum Expertentum auf dem Gebiet der Ethik gehört es, die Grenz- und Einzelfälle wahrzunehmen, die sich nicht unter allgemeine Regeln fassen lassen.

Der Begriff des Ethikexperten oder der Ethikexpertin 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 Expertinnen und Experten, sofern wir nämlich unmittelbar betroffen oder beteiligt sind. Entsprechend der Unterscheidung von Ethik und Moral wäre es ein Unding zu behaupten, daß jemand ohne ethische Expertise nicht zu einer verantwortlichen Entscheidung fähig wäre. Die besondere ethische Kompetenz besteht aber darin, gemeinsam mit anderen zu einer begründeten Entscheidung in ethischen Konfliktsituationen zu gelangen und Menschen bei schwierigen moralischen Entscheidungen beraten zu können.

Benner's Modell der fünf Stufen der Pflegekompetenz eignet sich auch für ein Modell der Ethikkompetenz in der Klinischen Ethik, weil es situativ und interpretativ ist.⁴⁸ Das aber entspricht genau der Herangehensweise heutiger Bereichsethiken bzw. dem im 2. Abschnitt meines Vortrags entwickelten Begriffs einer topischen Ethik, welche von der konkreten Situation aus nach ethischen Prinzipien und Normen fragt, die unser Handeln im speziellen Fall leiten sollen. Vor der normativen Urteilsbildung hat die deskriptiv-hermeneutische Analyse eines ethischen Problems zu stehen.

In Abwandlung des Modells von Patricia Benner lassen sich fünf Stufen der Ethikkompetenz im Krankenhaus unterscheiden:

- *Stufe 1: Neuling*

Berufsanfänger in der Grundausbildung. Sie müssen zunächst lernen, was konkret ein ethisches Problem ist bzw. was in einer konkreten Situation der ethische Aspekt des Problems (im Unterschied zu den pflegetechnischen oder medizinischen Aspekten) ist.

⁴⁸ Vgl. P. Benner, a.a.O. (Anm. 47), S. 58ff.

Ziele der Ausbildung: Vermittlung ethischer Grundbegriffe, Prinzipien und Regeln sowie der unterschiedlichen ethischen Konzeptionen; Einführung in die Grundlagen und Aufgaben der Pflegeethik.

- *Stufe 2: Fortgeschrittener Anfänger*

Menschen in der Endphase ihrer Berufsausbildung, die nicht nur über theoretisches Elementarwissen auf dem Gebiet der Ethik verfügen, sondern auch schon so viele Situationen kennen gelernt und bewältigt haben, daß sie in der Lage sind, die wiederkehrenden bedeutungsvollen situativen Bestandteile einschließlich der ethischen Aspekte zu erkennen und in konkreten Situationen das ethische Problem beschreiben können.

Ziele der Ausbildung: Einübung ethischer Kompetenzen anhand von Fallbeispielen.

- *Stufe 3: Ethikkompetente Personen im Krankenhaus*

Berufstätige mit mehrjähriger Berufserfahrung, die ihr ethisches Wissen und ihre situative Urteilsfähigkeit durch Teilnahme an regelmäßigen Rounds schulen, in denen Fallbeispiele aus der eigenen Praxis oder auch Beispiele aus der Literatur durchgespielt werden. Sie sind nicht nur in der Lage, ethische Probleme rückblickend zu analysieren und die Einzelaspekte ethisch zu gewichten sowie Handlungsalternativen ethisch zu begründen, sondern können auch vorausschauend die ethischen Aspekte und die ethischen Konflikte, die sich aus der weiteren Entwicklung eines konkreten Falles ergeben können, in die Planung ihres Handelns einbeziehen.

Ziele der Fortbildung: Neben regelmäßigen Rounds Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen auf dem Gebiet der Medizinethik oder der Pflegeethik bzw. der Klinischen Ethik.

- *Stufe 4: Ethisch erfahrene Berufsangehörige im Krankenhaus*

In der Ethik erfahrene Berufsangehörige lassen sich von ethischen Maximen leiten, deren rechter Gebrauch ein tiefergehendes Verständnis der Gesamtsituation erfordert (vgl. Benner 2000, S. 48). Auch verfügen sie über ausreichende Erfahrungen mit Ethikgesprächen und beherrschen die Verfahrensregeln für einen ethischen Diskussionsprozeß z.B. im Team oder in einem Ethikkomitee. Sie erkennen aufgrund ihrer Erfahrung, ob ein Einzelfall von der Regel abweicht und können im Sinne der Einzelfallgerechtigkeit (vgl. unten 8.3) auch mit ethischen Grenzfällen kompetent umgehen. Sie haben Erfahrung mit ethischen Dilemmata

und den Grenzen glatter ethischer Lösungen, an denen Verantwortungsübernahme nicht frei von moralischer Schuld ist (vgl. dazu unten 8.1).

Ziele der Fortbildung: Vor allem regelmäßige Rounds, in denen Fallbeispiele aus der eigenen Praxis diskutiert werden, aber auch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen auf dem Gebiet der Pflegeethik.

• *Stufe 5: Ethik-Experten im Krankenhaus*

Berufsangehörige, die neben der praktischen Erfahrung über ein vertieftes theoretisches Wissen verfügen. Sie sind in der Lage, ethische Probleme intuitiv zu erfassen und Einzelsituation ethisch in einem größeren Kontext zu interpretieren. Sie sind auch ausgewiesenermaßen für die Mitarbeit in Ethikkommissionen und Klinischen Ethikkomitees qualifiziert.

Ziele der Fort- und Weiterbildung: Berufliche Weiterbildung auf dem Gebiet der Klinischen Ethik, bzw. der Medizin- oder der Pflegeethik in Form von außeruniversitären Lehrgängen, die mit einem Zertifikat abschließen, in Form von Hochschullehrgängen oder in Form einer Schwerpunktbildung im Rahmen eines Studiums.

Ob es nun um die ethische Kompetenz von Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorgern, von Ärztinnen und Ärzten oder von Pflegenden geht: Wünschenswert ist ein Gesamtkonzept, das zwischen Grundstufe und Aufbaustufen unterscheidet und neben regelmäßigen Fortbildungen in Form von Rounds Ausbildungsmodule enthält. Eine akademische bzw. universitäre pflege- oder medizinethische Ausbildung läßt sich dann nochmals in Grund- und Aufbaustufen, vom Grundstudium bis zur Promotion, untergliedern. Auch hier gibt es also wieder Stufen vom Neuling zum Experten oder zur Expertin. Zum klinischen Ethik-Experten wird man aber auch nicht nur durch ein reines Theoriestudium. Ein vertieftes Studium der Pflegeethik, der Medizinethik oder der Klinischen Ethik muß auch Praxiselemente (Rounds, Praktika, Projekte, berufsbegeleitendes Studium) enthalten.

Im Sinne der Ausführungen zum Begriff der topischen Ethik im 2. Abschnitt meines Vortrags sei nochmals unterstrichen, daß bei diesem Modell der Aus-, Fort und Weiterbildung ein integrativer Ansatz von Ethik im Krankenhaus vorausgesetzt wird, kein Säulenmodell, das Medizinethik, Pflegeethik und Krankenhauseelsorge unvermittelt nebeneinanderstellen würde. So wie Ärzte, Pflegende und Krankenhauseelsorger im Berufsalltag ständig miteinander kooperieren, müssen medizin- und pflegeethische Fragen bzw. Fragen der Klinischen Ethik einschließlich ihrer religiösen Dimension in ihrem inneren

Zusammenhang gesehen werden. Für die Aus-, Fort- und Weiterbildung heißt dies, dass interprofessionelle Bildungsangebote zu entwickeln sind, an denen Ärzte, Pflegende und Krankenhauseelsorger gemeinsam teilnehmen. So gewiß die Krankenhauseelsorge für sich ethische Kompetenz in Anspruch nehmen darf, so wenig darf sie die ethische Kompetenz exklusiv für sich allein reklamieren.

Praktisch bedeutet dies, daß Medizin, Pflege und Krankenhauseelsorge in einer strukturierten Form miteinander ins Gespräch kommen müssen, und zwar nicht nur auf dem Gebiet einer im wesentlichen auf Risikoabschätzung reduzierten medizinischen Ethik, sondern im Bereich anthropologischer Grundfragen. Die Rechnung, wonach Heil und Heilung säuberlich zu trennen sind, so daß ausschließlich die Medizin für Gesundheit und Heilung, die Theologie allenfalls für Heil und Erlösung zuständig ist, geht in der bisherigen, gewissermaßen kantischen Form nicht auf. Gesundheit und Heil, Heilung und Erlösung, Sein und Sinn betreffen den in sich unteilbaren Menschen, der mehr ist als die Summe seiner anatomischen, psychischen und mentalen Teile. An die Stelle hochgradiger Arbeitsteilung muß das Teamwork aller heilenden Berufe treten, wenn der Mensch als Person nicht aus dem Blickfeld geraten soll. Dies ist eine Grundforderung aller Ethik im Krankenhaus.

Autor:

O. Univ.-Prof. Dr. Ulrich Körtner

Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2-4, A-1090 Wien, <http://www.ierm.at/>;

Vorstand des Instituts für Systematische Theologie, Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Wien, Schenkenstr. 8-10, A-1010 Wien, E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at.

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