

Christof Mandry
Gwendolin Wanderer (Hrsg.)

Narrative Ethik in der Klinikseelsorge

Ethische und theologische
Analysen und Diskussionen
von Fall Erzählungen

Kohlhammer

Kohlhammer

Ethik - Grundlagen und Handlungsfelder

Band 19

Christof Mandry / Gwendolin Wanderer (Hrsg.)

Narrative Ethik in der Klinikseelsorge

Ethische und theologische Analysen und
Diskussionen von Fall Erzählungen

Verlag W. Kohlhammer

1. Auflage 2023

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-042472-2

E-Book-Format:

pdf: 978-3-17-042473-9

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
1. Narrative Ethik und Klinikseelsorge – zur Einleitung	11
2. Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation	37
Thematische Einleitung (Christof Mandry).....	37
Schwangerschaftsabbruch in der 32. Woche	47
<i>Kommentar: Ethische Anforderungen an die ärztliche Beratung</i> <i>(Sigrid Graumann)</i>	51
Schwangerschaftsabbruch nach Herzfehlerdiagnose beim Fötus.....	54
<i>Kommentar I: Kommentar aus der Perspektive der klinischen Ethikberatung</i> <i>(Katja Weiske)</i>	57
<i>Kommentar II: Kommentar aus professionsethischer Sicht</i> <i>(Andreas Lob-Hüdepohl)</i>	62
3. Stellvertretende Entscheidungen in der Kinder- und Jugendmedizin.....	65
Thematische Einleitung (Gwendolin Wanderer).....	65
Therapieentscheidung in der Neonatologie bei prekärer Situation der Mutter	73
<i>Kommentar I: Anerkennungsprobleme einer Mutter mit Fluchthintergrund</i> <i>(Hille Haker)</i>	76
<i>Kommentar II: Wie kann die Mutter angesichts ihrer sozialen Situation</i> <i>unterstützt werden? (Martina Wanner)</i>	80
Ein Kind mit akuter lymphatischer Leukämie	85
<i>Kommentar: Wenn Kommunikation nicht gelingt (Julia Inthorn)</i>	88
Der auf der Blume verweilende Schmetterling	90
<i>Kommentar: Zur Bedeutung der Spiritualität in Therapieentscheidung</i> <i>und Begleitung (Simon Peng-Keller)</i>	93

4. Verantwortungsvoll handeln in der Psychiatrie	97
Thematische Einleitung (Gwendolin Wanderer)	97
Einweisung einer bipolaren Patientin in manischer Episode	107
<i>Kommentar I: Handeln zwischen Vertrauensbildung und Übergriffigkeit</i> <i>(Heike Knögel)</i>	109
<i>Kommentar II: Zur Rechtfertigung der Unterbringung</i> <i>(Gwendolin Wanderer)</i>	112
Fixierung einer Patientin mit akuter Psychose	116
<i>Kommentar I: Der Betroffenenperspektive Raum geben</i> <i>(Jona Carlet, Jakov Gather)</i>	119
<i>Kommentar II: Seelsorge im Spannungsfeld gegensätzlicher Ansprüche</i> <i>(Thorsten Moos)</i>	122
In die Psychiatrie gekommen, um zu sterben.....	125
<i>Kommentar I: Das Problem der Angst vor Abhängigkeit</i> <i>(Helen Kohlen)</i>	128
<i>Kommentar II: Abwägen zwischen Wohl und Wunsch bei Depression</i> <i>(Esther Braun, Anna Lisa Westermair)</i>	135
5. Schwierige Therapieentscheidungen	139
Thematische Einleitung (Christof Mandry).....	139
Behandlungsentscheidung im Lichte der Lebenssituation.....	148
<i>Kommentar: Entscheidungsfindung unterstützen – eine Aufgabe für die</i> <i>klinische Ethik(-beratung) (Gerald Neitzke)</i>	153
Herr B. und die bunten Luftballons	159
<i>Kommentar: Die Frage nach dem „guten Leben“ im Bild der 1.000 Luftballons</i> <i>(Hille Haker)</i>	163
Bluttransfusion bei einer Zeugin Jehovas?	167
<i>Kommentar: Uneindeutige Willensartikulation oder</i> <i>unsichere religiöse Identität? (Christof Mandry)</i>	169

6. Entscheidungen am Ende des Lebens	173
Thematische Einleitung (Gwendolin Wanderer)	173
Odyssee eines Patienten mit Gehirntumor	181
<i>Kommentar I: Eine Tragödie in drei Akten (Christof Mandry)</i>	186
<i>Kommentar II: Die ethische Pflicht zur Klarheit</i> <i>(Harald Braun, Gwendolin Wanderer)</i>	191
Ablehnung einer Gehirnoperation bei Aneurysma	195
<i>Kommentar: Das ärztliche Aufklärungsgespräch und der Umgang</i> <i>mit Non-Compliance (Monika Bobbert)</i>	199
Sterben auf Station	205
<i>Kommentar: Wenn Abwägungsprozesse misslingen (Timo Sauer)</i>	207
Weiterbehandlung oder Therapiebegrenzung?	210
<i>Kommentar: Wenn Behandlungsprozesse angebracht sind, aber nicht</i> <i>erfolgen (Monika Bobbert)</i>	213
7. Organisationsethik	221
Thematische Einleitung (Christof Mandry)	221
Zwischen chirurgischer Station und Psychiatrie	229
<i>Kommentar I: Defizite auf vielen Ebenen – (ein) sozialetischer Kommentar</i> <i>(Markus Zimmermann)</i>	232
<i>Kommentar II: Multiperspektivische advokatorische Seelsorge</i> <i>(Heike Knögel)</i>	235
Ethische Fragen zwischen Akutklinik, Rehabilitation und Pflegeeinrichtung	238
<i>Kommentar I: Überforderte PatientInnen in einem komplexen System</i> <i>(Claudia Bozzaro)</i>	240
<i>Kommentar II: Wenn keine Lösung zu passen scheint (Julia Inthorn)</i>	242
Das Posey-Bett auf dem Flur der geriatrischen Abteilung	245
<i>Kommentar I: Freiheitsentziehende Maßnahmen in organisationsethischer</i> <i>Perspektive (Johannes Pantel)</i>	247
<i>Kommentar II: Die Klinikseelsorge in der organisationsethischen Rolle</i> <i>(Christof Mandry)</i>	252

Im Nebel von Patientenwille und Mitleid.....	256
<i>Kommentar I: Behandlungsfehler aus Organisationsmängeln?</i> <i>(Gwendolin Wanderer)</i>	260
<i>Kommentar II: Was haben Seelsorgende mit dem Nebel von Frau D. zu tun? –</i> <i>Organisationsethische Perspektiven</i> <i>(Thomas Schmidt, Andreas Heller, Hans Bartosch)</i>	265
 Verzeichnis der AutorInnen	 271

Vorwort

Am Zustandekommen dieses Buches haben viele Menschen mitgewirkt. Zunächst und vor allem die vielen Klinikseelsorgerinnen und Klinikseelsorger, die an unseren Zertifizierungskursen „Medizinethik in der Klinikseelsorge“ an der Goethe-Universität Frankfurt am Main teilgenommen haben. Sie haben in die Kursbegegnungen viel von ihrer Erfahrung und ihrem theologischen und pastoralen Wissen eingebracht und damit diese Kurse bereichert. Dafür möchten wir an dieser Stelle erneut herzlich danken. Die Idee zu diesem Buch ist uns angesichts der vielen sehr unterschiedlichen Fallerzählungen gekommen, die alle Kursteilnehmenden formuliert und zur Diskussion gestellt haben. Wir hatten den Eindruck, dass diese Erzählungen so viel Material für die ethische, theologische, pastorale und soziale Reflexion enthalten, dass es für viele Kontexte in Fort- und Weiterbildung oder für die persönliche Auseinandersetzung zusammengestellt werden sollte. Über die Buchkonzeption konnten wir uns in Chicago mit Prof.in Dr. Hille Haker und weiteren Mitgliedern der internationalen Arbeitsgruppe Medical Ethics in Health Care Chaplaincy austauschen. Für die dabei erhaltenen Anregungen danken wir herzlich.

Wir sind allen Seelsorgerinnen und Seelsorgern dankbar, die ihre Fallerzählungen in dieses Buch eingebracht haben, die sie dafür nochmals überarbeitet und sorgfältig anonymisiert haben. Herzlich danken wir auch den Fachpersonen aus Medizinethik, theologischer und philosophischer Ethik sowie aus der Pastoraltheologie, die sich auf das Format dieses Buches eingelassen und die Kommentare zu den Fallerzählungen verfasst haben. Uns war es wichtig, in den Buchbeiträgen möglichst durchgehend gender-sensible Ausdrücke zu verwenden und gleichzeitig die Lesbarkeit sowie stilistische Eigenheiten zu berücksichtigen. Wir nehmen daher eine gewisse Varianz in Kauf. Menschen mit nicht-binären Genderidentitäten sind immer mitgemeint.

Beim Lektorat konnten wir uns wieder einmal auf die Sorgfalt von Beate Müller verlassen. Das Layout hat mit großem Einsatz und viel Geduld Roman Rogg erstellt. Beide haben uns auch bei der Redaktion sowie zuletzt bei der Schlusskorrektur unterstützt. Dafür danken wir sehr herzlich. Schließlich gilt unser Dank Dr. Sebastian Weigert und Daniel Wunsch vom Kohlhammer Verlag für die gute Zusammenarbeit.

Christof Mandry, Gwendolin Wanderer

1. Narrative Ethik und Klinikseelsorge – zur Einleitung

Christof Mandry, Gwendolin Wanderer

Dieses Buch greift die im Rahmen unserer Weiterbildungskurse zur Ethik in der Klinikseelsorge immer wieder aufkommende Frage auf, wie denn die narrative Ethik in der Praxis eingesetzt werden könne. Angesichts der vielschichtigen philosophischen, theologischen und literaturwissenschaftlichen Grundlagen dieses ethischen Ansatzes ist diese Frage gar nicht so einfach zu beantworten. Geht man etwa vom Setting der Klinischen Ethikberatung und seinem zeitlichen und medizinischen Entscheidungsdruck aus, so scheint es naheliegend, solche Ethikansätze und -prozeduren zu wählen, die in drängenden Situationen rasche Orientierung bieten und sich gut operationalisieren lassen. Zu diesen Anforderungen scheint die narrative Ethik etwas quer zu stehen. Gleichwohl bietet sie einen Zugang zu ethischen Fragen gerade in jener Perspektive, aus der oftmals Klinikseelsorgende und weitere Sorge- und Begleitungsprofessionen sich mit ihnen konfrontiert sehen. Für die Klinikseelsorge steht nämlich eine Perspektive im Vordergrund, die im medizinischen und pflegerischen Vorgehen eher im Hintergrund steht, nämlich die Wahrnehmung und Begleitung der existentiellen Auseinandersetzung der PatientInnen mit ihrem individuellen Erleben des Krankseins, mit der Auseinandersetzung über den persönlichen Lebensentwurf sowie mit der häufig nicht komplikationslosen Kommunikation zwischen PatientIn, Behandlungsteam und Angehörigen. Hier sind oftmals ethische Dimensionen impliziert, etwa wenn Verständnisschwierigkeiten zwischen PatientIn und Fachpersonen auftreten, oder ethische Problemstellungen tauchen unvermittelt auf, etwa wenn der mutmaßliche Wille eines/einer nicht mehr einwilligungsfähigen PatientIn bestimmt werden muss. Inwiefern der Zugang der narrativen Ethik für die große Bandbreite konkreter medizinethischer Fragen – direkt am Krankenbett oder im Kontext klinischer Ethikberatung – fruchtbar gemacht werden kann und wie Seelsorgepersonen damit im Rahmen ihrer Tätigkeit umgehen können, soll dieses Buch erläutern und mit Hilfe von kommentierten Fall-erzählungen illustrieren.

Der Kontext: Klinische Ethikberatung

Klinische Ethikberatung leistet einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung in der Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen, und Strukturen Klinischer Ethikberatung werden in Krankenhäusern vermehrt implementiert. Während deutschlandweit im Jahre 2007 jedes siebte Krankenhaus eine Ethikberatungsstruktur eingerichtet hatte, legten Schätzungen in 2015 nahe, dass mindestens in jedem vierten Krankenhaus Ethikstrukturen vorhanden waren (vgl. z.B. Dörries/Hespe-Jungesblut 2007; Schochow u.a. 2014; Schochow u.a. 2015; Dörries u.a. 2015).¹ Ein Antrieb für diese Entwicklung ist die Erfahrung, dass es für die Bearbeitung der vielfältigen moralischen Konflikte im Krankenhaus hilfreich ist, wenn dafür entsprechende Institutionen und ethische Expertise zur Verfügung stehen; ein anderer, dass Ethikberatung auch bei der Zertifizierung von Gesundheitseinrichtungen verstärkt als Qualitätskriterium nachgefragt wird. Nicht zuletzt ist es zur Implementierung von Strukturen Klinischer Ethikberatung förderlich, wenn dies gesetzlich gefordert ist, wie etwa im Hessischen Krankenhausgesetz seit 2011 (vgl. Schochow u.a. 2014, 2183). Innerhalb der Klinischen Ethikberatung sind unterschiedliche Institutionsformen zu unterscheiden. *Klinische Ethikberatung* wird als Überbegriff für „alle Aktivitäten von Ethik in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ (Neitzke 2009, 37) verwendet. Das *Ethikkomitee* ist wohl am häufigsten anzutreffen. Es hat die Aufgabe, Leitlinienarbeit zu leisten und Fortbildungen wie auch *Ethik-Fallberatungen*² anzubieten. Letztere dienen „der Unterstützung in schwierigen Entscheidungs- bzw. Behandlungssituationen“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin 2010, 151) und können von allen an der Beratung der Fallsituation Beteiligten angefragt werden. Es kann dabei grundsätzlich zwischen Einzelberatungen (etwa bei individueller Wissensnot) und gemeinsamen Fallbesprechungen, aber auch zwischen retrospektiven, prospektiven und präventiven Ethik-Fallberatungen unterschieden werden (vgl. ebd.). Weitere etablierte Ethikberatungsstrukturen sind der *Ethik-konsiliardienst* oder auch offene Modelle wie der *Runde Tisch Ethik*, das *Ethikforum*, das *Ethik-Café* oder der *Ethik-Salon* mit einem Angebot zum gemeinsamen themenbezogenen Austausch. Das Angebot der *Fallbezogenen Stationsrunde* dient einem Austausch über ethischen Problemsituationen, die auf einer Station regelmäßig auftreten (vgl. Neitzke 2009).

Das grundsätzliche Vorhandensein von Einrichtungen Klinischer Ethikberatung bedeutet allerdings noch nicht, dass das Angebot von Ethik-Fallberatungen auch wirklich angefragt wird. Immer wieder wird kritisch angemerkt, dass diese

¹ Die empirischen Studien richten sich in der Regel auf die Implementierung von Ethikstrukturen im Krankenhaus. Entsprechende Studien zur Verbreitung und Akzeptanz von Strukturen der Ethikberatungen in Pflegeeinrichtungen in Deutschland sind bislang noch ein Desiderat.

² Zur Abgrenzung der Ethik-Fallberatung (auch ethische Fallbesprechung) vom Ethikonsil, der Ethikvisite und anderen Formen, vgl. Neitzke 2009, 44f.

von VertreterInnen der Heilberufe selbst am allerbesten, also ohne das Hinzuziehen von EthikberaterInnen, geleistet werden können. Damit wird allerdings übersehen, so Jox, dass die meisten qualifizierten EthikberaterInnen ohnehin VertreterInnen der Gesundheitsberufe sind und es sich bei der Ethikberatung nicht um eine eigenständige Disziplin oder Profession handelt. Ethikberatung sei vielmehr nach dem Modell einer „eine Spezialisierung analog der Palliative Care“ zu verstehen, „die allerdings neben den klassischen Gesundheitsprofessionen auch etwa Seelsorgern und Philosophen“ (Jox 2014, 87) offenstehe. Sowohl die beständige Qualitätssicherung wie auch die Weiterentwicklung der Strukturen Klinischer Ethikberatung werden empfohlen, um eine nachhaltige Implementierung und Akzeptanz der Angebote zu erreichen (vgl. Dörries u.a. 2015, 252; Ranisch u.a. 2021). Diese Überlegungen verdeutlichen, wie wichtig es ist, dass plausibel wird, dass die Angebote Klinischer Ethikberatung und dabei besonders das Format der Ethik-Fallberatung für die klinischen Akteure Entlastung zu bringen vermögen.

Während Ethikkomitees in den USA bereits Anfang der 1990er Jahre flächendeckend eingeführt wurden, wurde eine derartige Empfehlung in Deutschland erst 1997 für die Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft ausgesprochen (vgl. Neitzke 2009). Wesentliche Motive dafür waren Fragen der Ressourcenallokation sowie die intensivmedizinischen und medizintechnischen Entwicklungen, die zu einem enormen Zuwachs an medizinischen Maßnahmen zur Lebensverlängerung führten. Damit kamen ethische Legitimationsfragen neuen Ausmaßes in der klinischen Praxis an: Darf man alles machen, was medizinisch möglich ist? Bis wann ist die Fortsetzung lebensverlängernder Maßnahmen sinnvoll? Entspricht dies überhaupt dem Patientenwillen? Hinzu traten gravierende Verantwortungsfragen bei der medizinischen Forschung am Menschen, seitdem bekannt wurde, welches Leid und welche Schädigungen Forschungsprogramme verursacht haben, die ohne Wissen und Zustimmung der ProbandInnen durchgeführt wurden. Aus diesem Problemfeld erwuchs die Notwendigkeit, aber auch die Motivation zur Gründung und Etablierung von Ethikkommissionen der Landesärzteverbände und an Universitätskliniken. Hand in Hand damit ging die Entwicklung medizinethischer und klinisch-ethischer Theorien und Beratungskonzepte, von denen viele heute weit verbreitet sind

Pluralität der medizinethischen Ansätze

In der Medizinethik spielen eine Menge an Argumenten und ethischen Theorien eine Rolle. Beispielsweise wird häufig argumentativ auf die Menschenwürde verwiesen oder es werden Grund- und Menschenrechte angeführt – etwa, wenn Gleichbehandlung oder Nichtdiskriminierung von PatientInnen eingefordert werden. Neben solchen grundsätzlichen („deontologischen“) Argumenten spielen außerdem güter- und folgenorientierte Überlegungen eine große Rolle: Was bedeutet es für eine Patientin oder einen Patienten, weiterhin zuhause leben zu können, bestimmte Mobilitätsgrade wieder oder nicht mehr zu erlangen, sich

auf eine (vielleicht dauerhafte) Medikamententherapie oder einen (möglicherweise riskanten) operativen Eingriff einzulassen? Gerade bei Folgenabschätzungen („konsequentialistischen“ Argumenten) ist es sehr wichtig zu erwägen, wie wahrscheinlich und wie schwerwiegend mögliche positive oder negative Entwicklungen eintreten können und wen sie betreffen werden. Schließlich gibt es auch haltungs- oder tugendethische Argumente, die sich darum drehen, was die jeweiligen Handlungen oder Entscheidungen für das Selbstverständnis und das Selbstbild der betroffenen Person bedeuten – kann etwa ein Arzt oder eine Ärztin es mit ihrem persönlichen Ethos vereinbaren, wenn ein/eine PatientIn eine Behandlungsoption favorisiert, die aus ärztlicher Sicht nicht angezeigt ist? Alle diese unterschiedlichen ethischen Argumentationsweisen haben anspruchsvolle philosophische Grundlagen, von denen her ihre Reichweite und ihre Grenzen erörtert und begründet werden können. In der Praxis der ethischen Fallberatung im Krankenhaus ist es in der Regel weder möglich noch sinnvoll, ganz grundlegend anzusetzen und metaethische Positionierungen zu diskutieren. Daher haben sich verschiedene ethische Modelle etabliert, die eine praxisnahe, aber dennoch gründliche und verantwortliche ethische Analyse und Beurteilung von medizinischen und pflegerischen Entscheidungskonflikten ermöglichen sollen.

Prinzipienethik

Sehr weit verbreitet und in vielen ethischen Ausbildungsgängen etabliert ist die Prinzipienethik der beiden amerikanischen Ethiker Tom Beauchamp und James Childress.³ Beauchamp und Childress haben ihre Prinzipien ausdrücklich als „mittlere Prinzipien“ entworfen, d.h. sie sind einerseits allgemein gehalten, damit sie auf die Vielzahl der medizinischen Situationen und Konstellationen appliziert werden können, und sie sind andererseits durch ihre relative Praxisnähe unabhängig von philosophischen oder weltanschaulichen Begründungstheorien. In einem pluralistischen Kontext, in dem ein Konsens über fundamentale Begründungsfragen nicht zu erwarten ist, sollten sie daher dennoch orientierend wirken können, so die beiden Autoren. Zu den Vorzügen der Prinzipienethik gehört sicherlich, dass ihre vier Prinzipien eingängig und didaktisch geeignet sind und dass sie sich für eine Operationalisierung eignen, die als Arbeitsweise im Klinikkontext vertraut ist. Dennoch ist die Prinzipienethik keineswegs unangefochten, und es gibt eine Anzahl weiterer Ansätze, die sich als Alternative oder komplementär zur Prinzipienethik verstehen. Die vier Prinzipien der Medizinethik nach Beauchamp/Childress lauten: Respekt vor Autonomie (respect for autonomy), Nicht-Schaden (non-maleficence), Wohltun (benefi-

³ Beauchamp, Tom/Childress, James F.: *Principles of Biomedical Ethics*, Cambridge/Mass. Zuerst 1979 erschienen, haben die beiden Autoren das Buch für weitere Auflagen vielfach überarbeitet. Die aktuelle achte Auflage ist 2019 erschienen.

cience) und Gerechtigkeit (justice). Als „mittlere Prinzipien“ dienen sie dazu, gewissermaßen praktisch einleuchtende ethische Gesichtspunkte („Prima-facie-Pflichten“) anwendungsnah zusammenzuführen. Den beiden Autoren zufolge besteht keine Hierarchie zwischen den Prinzipien; es kann aber kaum bezweifelt werden, dass „Respekt vor Autonomie“ in der Rezeption der Prinzipienethik – unterstützt von weiteren Faktoren – eine Schlüsselstellung einnimmt. Beim nun folgenden näheren Betrachten der vier Prinzipien ist außerdem zu beachten, dass Beauchamp und Childress ihre Prinzipienethik als eine Berufsethik für die ärztliche Profession formuliert haben und es daher notwendig ist, den Blick für die jeweiligen ethischen Verantwortlichkeiten der weiteren Berufe und Funktionen im Krankenhausbetrieb zu weiten.

Respekt vor Autonomie – das Recht von PatientInnen auf Selbstbestimmung

Mit dem Grundsatz des Respekts vor der Autonomie der PatientInnen ist das anti-paternalistische Anliegen der modernen Medizinethik verbunden (vgl. Maio 2017, 158f.; Simon 2022). Der Würde der Personen und ihrem Status als Träger von Menschen- und Bürgerrechten entsprechend muss auch im medizinischen Betrieb darauf geachtet werden, dass PatientInnen nicht bloß Empfänger (also „Objekte“) medizinischen und pflegerischen Handelns sind, sondern dabei stets ihre Subjekt-Position gewahrt bleibt. Mit der Würde hängt eng der Anspruch auf Selbstbestimmung zusammen: Jede Person darf grundsätzlich frei über sich, ihr Leben und ihre leibliche Integrität verfügen. Daraus folgt, dass jedes ärztliche und pflegerische Handeln an der Person nur mit ihrer Zustimmung erfolgen kann. Außerdem kann das Ziel des jeweiligen medizinischen Handelns – nämlich das Wohl des/der PatientIn zu schützen und zu verbessern – nur erreicht werden, wenn die PatientIn an der Bestimmung dessen beteiligt ist, worin jeweils ihr Wohl besteht. Denn ob eine medizinisch mögliche und sinnvolle Behandlung auch aus der Perspektive der PatientIn gut und sinnvoll erscheint, kann nur er/sie jeweils einsehen und mitteilen. Der Respekt vor der Autonomie der PatientIn besteht also darin, ihre Selbstbestimmung zu achten. Entsprechend ist ein professionelles Handeln durch ÄrztInnen und Pflegende an PatientInnen ethisch nur dann legitim, wenn diese dem zustimmen. Der Patientenautonomie entspricht also das klinisch-ethische Instrument der informierten Einwilligung (informed consent) – der/die PatientIn muss einer Behandlung zustimmen, damit diese legitim ist, und hat daher Anspruch auf die für diese Zustimmung erforderliche vollständige, rechtzeitige und verständliche Information durch den/die behandelnde ÄrztIn. Die zentrale Stellung der Patientenautonomie drückt sich auch darin aus, dass sie nicht nur ein ethisches, sondern auch ein rechtliches Prinzip darstellt. Grundrechtlich leitet sich die Patientenautonomie aus Artikel 1, Absatz 1 (Menschenwürde) sowie aus Artikel 2, Absatz 1 (freie Entfaltung der Persönlichkeit) GG her; der medizinrechtliche Grundsatz der informierten Einwilligung ist in § 330d BGB normiert.

In der Alltagspraxis im Krankenhaus ist Patientenselbstbestimmung freilich mit einer ganzen Reihe an Herausforderungen und Problemen verbunden, die daher auch im Ethikkomitee sowie generell bei Ethikberatungen eine große Rolle spielen. So ist es etwa eine stetige Herausforderung im Klinikalltag, die Information der PatientInnen über alle jene Zusammenhänge sicherzustellen, die sie verstehen müssen, um über ihre eigene medizinische Situation im Klaren zu sein und eine Entscheidungsbasis für das weitere Vorgehen zu haben. Medizinische Sachverhalte sind oftmals nicht leicht zu verstehen, und Sprach-, Bildungs- und kulturelle Hürden können das Verständnis zusätzlich erschweren. ÄrztInnen müssen sich Zeit nehmen, um Sachverhalte – manchmal auch mehrmals – zu erläutern, und Zeit geben, um die Informationen zu verarbeiten. Sie müssen kommunikative Kompetenzen entwickeln, um belastende Informationen angemessen mitzuteilen. Bei manchen PatientInnen kann das Verständnis durch eine ganze Reihe krankheitsbedingter Faktoren erschwert sein. Hinzu kommt, dass nicht nur das Verständnis, sondern auch die Urteilsfähigkeit der/des PatientIn situativ oder dauerhaft eingeschränkt oder gar nicht vorhanden sein kann, so dass die Einwilligungsfähigkeit in Frage steht oder fehlt. Dies kann etwa bei PatientInnen mit psychischer oder dementieller Erkrankung der Fall sein oder wenn PatientInnen unfall- oder krankheitsbezogen nicht ansprechbar sind (vgl. Deutscher Ethikrat 2015). Um solchen Situationen der Einwilligungsunfähigkeit vorzugreifen, besteht die Möglichkeit, eine Vorausverfügung (Patientenverfügung) abzufassen, die festhält, welche Behandlungen in welchen Situationen vorgenommen oder unterlassen werden sollen. Diese Vorausverfügungen sind für das Behandlungspersonal bindend (§ 1827 BGB). Wenn im Falle der Einwilligungsunfähigkeit keine Patientenverfügung vorliegt oder sie nicht klar auf die aktuelle Situation zu passen scheint, muss mit Hilfe von Angehörigen oder nahestehenden bzw. bevollmächtigten Personen der mutmaßliche Wille der PatientIn ermittelt werden. In Krankheitssituationen kann es also sehr kompliziert sein, der Autonomie des/der PatientIn Geltung zu verschaffen, da es immer Unsicherheiten gibt, was die Person wollte (als sie die Patientenverfügung abfasste) oder was sie wollen würde (wenn es keine gibt oder die Patientenverfügung unklar ist).⁴ Der Grundsatz „Respekt vor der Autonomie“ ist also einerseits ethisch und rechtlich von grundlegender Bedeutung und ethisch wie institutionell fest verankert, andererseits wirft seine konkrete Verwirklichung im Alltag einer arbeitsteiligen, verdichteten und an effizienten Arbeitsabläufen ausgerichteten (Intensiv-)Medizin nicht wenige Probleme auf.

⁴ Patientenverfügungen sollten daher „gut gemacht“ sein, was kaum ohne ärztliche Beratung geht, oder, wie das Konzept des Advance Care Planning es vorsieht, nicht als einmaliger Akt, sondern als ein kontinuierlicher Prozess mit einschlägiger Beratung und regelmäßiger Aktualisierung verstanden werden, vgl. Coors/Jox/in der Schmitten 2015.

Nicht-Schaden

Das zweite Prinzip der Prinzipienethik nach Beauchamp/Childress trägt mit der Forderung, Schaden zu vermeiden, der Tatsache Rechnung, dass ÄrztInnen – und das gilt sicherlich ebenfalls für weitere Krankenhausprofessionen – gegenüber den PatientInnen in einer Machtposition sind. Die Medizin und die Akteure in Medizin und Pflege sind durch ihren Wissensvorsprung und durch ihre institutionelle Stellung grundsätzlich in der Lage, den PatientInnen Schaden zuzufügen – und sei es allein durch Unachtsamkeit, Vernachlässigung oder Irrtum. Hinzu kommt, dass auch sachgerechtes ärztliches Handeln oftmals mit einem mehr oder weniger schwerwiegenden Eingriff in den menschlichen Körper verbunden ist und daher potenziell die physische und psychische Integrität des Patienten und der Patientin schädigen kann. Kranke Menschen sind schließlich durch ihre Verletzung oder Krankheit und ihr Angewiesensein auf medizinische Hilfe in einer verletzlichen Lage. Der Grundsatz des Nicht-Schadens formuliert daher eine negative Pflicht: Ärzte und Ärztinnen sollen zunächst zusehen, dass sie die PatientInnen nicht aktiv schädigen, und sodann so agieren, dass sie eine weitere Schädigung der PatientIn verhindern bzw. Schaden abwenden.

Wohltun

Das Nicht-Schadens-Prinzip ist damit gewissermaßen das Gegenstück zum Prinzip des Wohltuns, welches die aktive Verpflichtung formuliert, das Wohl des/der PatientIn durch professionelles Handeln zu fördern. Erst mit diesem Grundsatz ist eigentlich das medizinische Handlungsfeld eröffnet, da kranke Menschen ja in die Klinik kommen, damit ÄrztInnen aktiv werden, nämlich ihnen in ihrer medizinischen Bedürftigkeit beistehen, und ärztlicherseits fußt das medizinische Ethos grundsätzlich darauf, nicht (primär) etwas zu unterlassen, sondern spezifische Hilfe zu leisten: Krankheit zu heilen und Leiden zu lindern. Es liegt in der fachlichen Verantwortung des Behandlungsteams zu erörtern, wie das Wohl der/der PatientIn am besten zu fördern ist. Maßgeblich ist hierbei „weniger das aktuelle Wohlbefinden, sondern vielmehr das längerfristige Wohlergehen“ des/der PatientIn, und es geht beim Wohltun-Prinzip um das medizinisch erreichbare Patientenwohl (Marckmann 2022, 25). Erst wenn die Perspektiven der einzelnen Prinzipien zusammengeführt werden, muss abgeglichen werden, ob das medizinisch Mögliche auch von dem/der PatientIn gewollt wird.

Gerechtigkeit

Das Prinzip der Gerechtigkeit geht über die bisher eingenommene Perspektive des individuellen Verhältnisses zwischen Behandlungsteam und PatientIn hinaus und nimmt weitere Personenkreise in den Blick. Erhält nicht nur diese PatientIn, was sie benötigt, sondern ebenso die anderen PatientInnen auf der Station oder in der Klinik? Es kann PatientInnen geben, die in besonderer Weise Ressourcen binden, etwa Zeit und Aufmerksamkeit, aber auch therapeutische Maß-

nahmen und Apparate, die anderen dann nicht zur Verfügung stehen. Gerechtigkeitsfragen gehen schließlich über die unmittelbar Tätigen hinaus und weiten sich zu Fragen der Systemgerechtigkeit, etwa ob Mittel im Gesundheitswesen gerecht verteilt sind, ob die Arbeitsbelastung, die Entlohnung und die beruflichen Chancen fair geregelt sind usw. Wiewohl solche Themen durchaus Einfluss auf die konkreten Behandlungsfälle haben können, stellt sich doch die Frage, ob Gerechtigkeitsfragen im individuellen Behandlungsverhältnis bearbeitet werden können und sollen. Sicherlich sind sie viel eher als Organisations- und Systemfragen aufzufassen und müssen an die entsprechenden Stellen adressiert (und politisch eingefordert) werden. Dennoch sind Gerechtigkeitsfragen auch im individuellen Verhältnis zwischen Behandlungsteam und PatientIn nicht völlig abwesend. So formulieren etwa die Fragen nach Gleichbehandlung und Nichtdiskriminierung eine Gerechtigkeitsthematik aus: Wird diese individuelle Patientin bzw. dieser Patient fair behandelt, erhält er/sie die gleiche Behandlung, die andere auch erhalten oder erhalten würden? Oder bleibt die Behandlung dahinter zurück, etwa, weil er/sie fremd oder absonderlich erscheint, sich störend oder unangenehm verhält oder ein „schwieriger Patient“ ist?

In einer ethischen Falldiskussion müssen die unterschiedlichen Aspekte, die die vier Prinzipien zu erschließen helfen, zusammengeführt werden: Was entspricht dem Patientenwillen? Kann der/die PatientIn dies selbst äußern, liegt eine aussagekräftige Vorausverfügung vor oder muss der mutmaßliche Wille mittels Dritter erschlossen werden? Welches Tun oder Unterlassen schädigt den/die PatientIn oder hält ein Schädigungsrisiko für den/die PatientIn bereit? Welches Wohl kann aus medizinischer Sicht erreicht werden? Wie verhalten sich in der Abwägung Nutzen (Patientenwohl) und Nachteile (Schädigung bzw. Risiken) zueinander? Welche Gerechtigkeitsaspekte sind berührt, schränkt etwa die anvisierte Behandlung Dritte in nicht gerechtfertigter Weise ein? Dabei muss auch erörtert werden, welcher Aspekt oder welche Aspekte konkret jeweils gewichtiger erscheinen als andere – der Ansatz der Prinzipienethik lässt das offen, aber stellt der jeweiligen Beratung (idealerweise in einem multiprofessionellen Kontext wie im Ethikkomitee) dafür einen Rahmen bereit.

Neben der Prinzipienethik gibt es, wie bereits erwähnt, weitere Ethikansätze, die komplementär zur Prinzipienethik im Kontext der Medizin- und Pflegeethik Anwendung finden. Zu nennen sind hier insbesondere der Ansatz der Care-Ethik wie auch solche der hermeneutischen oder narrativen Ethik. Sie haben jeweils unterschiedliche theoretische Ausgangspunkte und verfolgen unterschiedliche Stoßrichtungen, so dass es wichtig ist, im Blick zu haben, welcher medizinethische Ansatz wofür hilfreich ist. In Bezug auf die Prinzipienethik wurde deutlich, dass sie insbesondere für die Analyse von ethisch relevanten Problemaspekten und für die Strukturierung von Entscheidungsfragen, etwa im Rahmen von ethischer Fallberatung, Orientierung bietet. Die Care-Ethik wurde besonders in der Pflegeethik rezipiert und für diese weiter ausgearbeitet. Dies bedeutet jedoch nicht, dass es sich dabei um einen ethischen Ansatz allein für

Pflegekräfte handelt. Die Care-Ethik beansprucht vielmehr, einen eigenständigen ethischen Zugang zu formulieren, der für alle AkteurInnen im Gesundheitswesen bereichernd ist. Die Seelsorge, so legt es die Studie von Moos u.a. (2016) nahe, weist im Umgang mit PatientInnen, Angehörigen und Klinikmitarbeitenden Haltungen auf, die Parallelen zu Ansätzen der Care-Ethik zeigen (vgl. ebd., 110), so dass es naheliegt, sie im Folgenden vorzustellen.

Care-Ethik

Der Care-Ethik-Ansatz wurde im Kontext feministischer Ethik entwickelt. Care-Ethik greift die Überlegung auf, dass Sorge-Arbeit ein insbesondere weiblich konnotierter Tätigkeitsbereich ist und sich weniger an abstrakten Prinzipien wie der Gerechtigkeit ausrichtet, dafür aber die Konstellationen der Sorge-Beziehung in den Blick nimmt. Alle Menschen bedürfen in ihrem Leben je nach Lebensphase und Gesundheitszustand mehr oder weniger der Fürsorge durch andere. Die Fürsorgebedürftigkeit ist Teil der *conditio humana*. „Während Neugeborene und Kinder grundsätzlich von einer verlässlichen Bindung und Beziehung abhängig sind, sind im Erwachsenenalter insbesondere hilfsbedürftige kranke sowie behinderte und (hoch-)betagte Menschen auf Zuwendung und kompetente Pflegepraxis angewiesen“ (Kohlen 2020, 68). Allein unter der Voraussetzung der ihnen entgegengebrachten persönlichen Zuwendung können Menschen die Fähigkeit erwerben, selbstbestimmt zu handeln und eigene Bedürfnisse zu artikulieren (vgl. Conradi 2010, 98). Diese intersubjektive Grundannahme von Care als Haltung, die Ermöglichungsgrund von Freiheit und Befähigung zur Bedürfnisartikulation ist, erfährt eine Erweiterung mit dem Gedanken, dass eine Grundhaltung von Care überhaupt erst dazu befähigt, Hilfe zu leisten und Hilfe anzunehmen und sich umsorgt zu fühlen (vgl. Kohlen 2020, 69). Mit dem Aspekt der Haltung ist Care allerdings noch nicht vollständig beschrieben. Vielmehr ist sie eine *Praxis*, in der Gedanken, Handlungen und Emotionen miteinander in Verbindung stehen und auf ein bestimmtes *Ziel* gerichtet sind (vgl. ebd., 70). Dieses Ziel der Fürsorge sind der Schutz und die Förderung der menschlichen Würde. Ohne das Bemühen um einen Aufbau und eine Stärkung der Beziehung zu jenen, die abhängig sind, ist das Erreichen dieses Ziels nicht möglich. Eine rein mechanische, emotions- und beziehungslose Pflege ist zwar grundsätzlich möglich, übergeht aber, dass Fürsorge kein Zweck an sich ist. Care ist nicht nur Handlung, sondern basiert auf einer spezifischen Haltung. Joan Tronto beschreibt diesbezüglich vier Dimensionen der Sorge, nämlich 1.) die Aufmerksamkeit für das Bedürfnis nach oder den Bedarf an Fürsorge, 2.) die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme, 3.) die praktische Aufmerksamkeit für die Befriedigung von Bedürfnissen. Fürsorge zu erhalten bedeutet 4.), auf die erfahrene Aufmerksamkeit und Fürsorge zu reagieren (vgl. ebd., 70).

Für Pflegekräfte ist Care (auch: Caring) „der zentrale Begriff in der Selbstbeschreibung der Pflege, und das zentrale Konzept, wenn es um das Selbstverständnis der Pflegenden in Hinblick auf ihre Aufgabe geht“ (ebd., 68).

Es handelt sich dabei nicht um eine Abgrenzung zu Cure, der Tätigkeit des (medizinischen) Heilens (vgl. Remmers 2016, 101). Schließlich sollte auch das ärztliche Handeln Selbstbestimmung und die Artikulation von Bedürfnissen ermöglichen und letztendlich dem Schutz und der Förderung der menschlichen Würde dienen.

Der Care-Ethik zufolge stehen beispielsweise am Lebensende nicht Entscheidungsfragen im Vordergrund, wie etwa, ob lebensverlängernde Maßnahmen beendet werden sollten oder nicht, sondern es geht vor allem darum, „dass ein Mensch die letzte Lebensphase erreicht hat und in jeder Hinsicht achtsam zu begleiten ist“ (ebd., 71). Mit der Sorge-Beziehung, der Verbundenheit mit dem anderen, sind moralische Implikationen verbunden, die eine Verantwortungsübernahme einfordern. Moralische Urteile sind, so die Grundaussage von Carol Gilligan (1988), immer von situativen und relationalen Kontexten abhängig und ohne diese nicht möglich. Rein abstrakten Prinzipien, wie jenem der Gerechtigkeit, wäre Gilligan zufolge mit Skepsis zu begegnen.

Care-Ethik hält wichtige Impulse bereit, wenn sie die Bedeutung menschlicher Beziehungen betont, die in Sorge-Beziehungen von Asymmetrie gekennzeichnet sind. Wird auf die Bezogenheit des Menschen auf andere nicht geachtet, birgt dies die Gefahr, Grenzen zu übergehen, Bedürfnisse nicht wahrzunehmen und den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, das eine Beziehungskonstellation überhaupt erst gelingen lässt, zu verunmöglichen. Es bedarf einer Haltung der Achtsamkeit, für diese asymmetriebedingte Möglichkeit der Verletzung des anderen sensibel zu sein und diesbezüglich für die Art des eigenen Sorge-Handelns Verantwortung zu übernehmen.

Diese wird im Rahmen der Care-Ethik besonders thematisiert. Sie betont beispielsweise die Notwendigkeit, die Haltung der Achtsamkeit zu reflektieren, die die Wahrnehmung dieser Asymmetrie ermöglicht, sowie die Notwendigkeit, das Ziel der Fürsorge im Blick zu behalten, nämlich den Schutz und die Förderung der menschlichen Würde. Damit kann sie der Prinzipienethik eine weitere Dimension der ethischen Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit hinzufügen. Da Care immer unter realen Bedingungen stattfindet, kritisiert sie auch die Faktoren, die einem gelingenden Pflegehandeln entgegenstehen. Belastungen der Pflege, etwa durch die Knappheit der Ressource Zeit und durch hierarchiebedingt schwierige Kommunikation, werden von Care-Ethik identifiziert, was ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Klinischen Ethik in einem umfassenderen Verständnis leistet.

Klinikseelsorge und Ethik

Bevor wir darstellen, ob und inwiefern die einzelnen Ethikansätze (oder sie alle) für die Seelsorgepersonen im Krankenhaus relevant sind, ist zu überlegen, ob und inwieweit Seelsorgende überhaupt zu den AkteurInnen der Ethik im Krankenhaus zu zählen sind. Es ist klar, dass im Krankenhaus eine Vielzahl an Profes-

sionen tätig sind. Diese unterscheiden sich durch ihre Rollen- und Kompetenzprofile, womit etwa der jeweils eigene Zugang zu den PatientInnen verbunden ist, womit aber auch jeweils eigene Perspektiven auf ethische Herausforderungen im Klinikalltag einhergehen. Ethische AkteurInnen sind solche ProfessionsvertreterInnen, die in ethische Problemlagen im Kontext des Krankenhauses involviert sind und an deren Bearbeitung mitwirken beziehungsweise aus sachlichen und ethischen Gründen in diese miteinbezogen werden sollten. Somit sind auch PatientInnen und deren Angehörige ethische AkteurInnen. Für die Seelsorge als Klinikprofession kann sich die Frage stellen, inwiefern sie sich jeweils selbst explizit in der Rolle des/der MedizinethikerIn sieht. Die Einbindung der Seelsorge in die Klinikstruktur ist weniger klar als die der anderen Klinikprofessionen, die als Angestellte der Klinik tätig sind. Darüber hinaus ist das Tätigkeitsprofil offener, was dazu führt, dass Seelsorgende in besonderer Weise zur Rollenreflexion herausgefordert sind. Dies birgt Herausforderungen, aber auch Chancen, wie an Klessmanns gleichermaßen treffendem wie problematischem Bild gezeigt werden kann, demzufolge Klinikseelsorge sich „im Zwischenraum“ (Klessmann 2013, 18) befindet. Problematisch ist es, weil es suggeriert, dass Seelsorge in einer Art Transitbereich festhänge und nirgendwo Wirkung entfalten könne. Gemeint ist aber, dass die Seelsorge sowohl *von außen kommend* als auch *innen seiend* ist. Seelsorgende sind durch die grundrechtlich festgeschriebene positive wie negative Religionsfreiheit „[...] in Krankenhäusern [...] zur Vornahme religiöser Handlungen zuzulassen, wobei jeder Zwang fernzuhalten ist“ (Art. 140 GG). In Verbindung mit dem Recht auf freie Ausübung der Religion (Art. 4 GG) sind alle Institutionen, die Menschen beherbergen, die etwa aufgrund von Krankheit daran gehindert werden, Gottesdiensten außerhalb dieser Institutionen beizuwohnen, dazu verpflichtet, Seelsorge zu ermöglichen. Klessmann zufolge ist es eine wichtige Aufgabe, die „Spannungen und Ambivalenzen, die sich daraus ergeben, auszuhalten und kreativ fruchtbar zu machen statt sie einseitig aufzulösen“ (Klessmann 2013, 18). Es wird hier eine Grenzgängerstellung beschrieben, die Beschränkungen mit sich bringt, aber auch als „Chance für kritische Anwaltschaft“ wahrgenommen wird (vgl. Mandry u.a. 2019, 25). Die Herausforderung, die mit dieser Grenzgängerstellung einhergeht, ist allerdings, dass Seelsorge gefordert ist, sich selbst in der Klinikstruktur zu positionieren. Dies betrifft etwa die Frage danach, inwieweit eine Anbindung an das Behandlungsteam angeraten ist, aber auch die Frage, wie es gelingen kann, „Möglichkeiten für medizinethisches Arbeiten im Gefüge von unterschiedlichen Professionen und Entscheidungsebenen“ (ebd.) zu finden. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang – auch mit Blick auf die eingangs skizzierten Strukturen Klinischer Ethikberatung –, dass es einer Weitung des Blicks bedarf, was unter „medizinethischem Arbeiten“ im Krankenhaus zu verstehen ist.

Seelsorgende sind oft in größerem Umfang medizinethische AkteurInnen, als ihnen bewusst ist. Dies liegt daran, dass der Bereich der Klinischen Ethik oft zu eng gefasst wird. Die Bearbeitung ethischer Fragestellungen hat nämlich

nicht allein im Klinikethikkomitee oder in der Ethik-Fallberatung ihren Ort, wo es darum geht, ethisch begründete Handlungsentscheidungen zu treffen. Ethische Reflexion findet beispielsweise auch im Kontext der Lebensführung oder in Bezug auf die Ethikkultur in der Einrichtung statt. Ethische Abwägungen sind also nicht nur bei Entscheidungssituationen angebracht, sondern auch in deren Vorfeld und in ihrem Nachgang. Ethisch bedeutsam ist schließlich nicht allein das, was in der Ethik-Fallberatung zur Sprache kommt, sondern bereits all das, was am Krankenbett oder im Tür- und Angelgespräch oder im Gottesdienst gesprochen oder nonverbal kommuniziert wird (vgl. Moos u.a., 56).

Die Fürsorge, die mit Seelsorge assoziiert wird, gilt der gesamten Person, ihren tiefergehenden Interessen und Bedürfnissen. Die Interaktion mit den PatientInnen, den Angehörigen wie auch den Klinikmitarbeitenden und die gemeinsame Auseinandersetzung über existentielle, soziale, kulturelle und religiöse Fragen machen einen wesentlichen Teil seelsorglicher Begleitung aus. Dies geschieht vor allem in Gesprächen über die jeweiligen Erfahrungen. Diese Erfahrungen werden in Form von Erzählungen versprachlicht, die deutlich machen, welche Bedeutung sie für die jeweilige Person haben. Klinikseelsorge arbeitet dabei mit biblischen und anderen Texten, um die Betroffenen in der Auseinandersetzung mit ihren Erfahrungen zu begleiten. Diese Arbeit mit Narrativen dieser Art ist Ausgangspunkt der narrativen Ethik, die im Folgenden vorgestellt wird.

Narrative Ethik im Kontext von Medizin und Medizinethik

Welche Rolle spielt nun die narrative Ethik in der Medizin bzw. in der klinischen Ethikberatung? Neben dem ethischen Profil der narrativen Ethik muss es im Folgenden auch darum gehen, worin unseres Erachtens die besondere Nähe der Klinikseelsorge zur narrativen Ethik begründet ist und welche Chancen dieser Ansatz für die pastorale Tätigkeit im Krankenhaus bereithält.

Bei der Annäherung an narrative Ethik ist es hilfreich sich klarzumachen, dass das Erzählen in der Medizin durchaus kein Fremdkörper ist, sondern im Gegenteil mit der Medizin als praktischer Wissenschaft seit langem verbunden ist. Fallgeschichten und „Fälle“ spielen in der Medizin eine wichtige Rolle – es kann ja nicht übersehen werden, dass selbst noch die reduzierten Fallvignetten, die medizinisch (und medizinethisch) diskutiert werden, rudimentäre Geschichten erzählen: Meist bestehen sie daraus, dass bestimmte Befunde und datengestützte Krankheits- und Behandlungsverläufe eines/einer anonymisierten PatientIn dargestellt werden, um zu erörtern, was bisherige medizinische Interventionen erbracht haben und wie weiter verfahren werden soll. Fallgeschichten sind eine spezielle Art und Weise, Wissen zu generieren und zu präsentieren, und haben nicht nur in der Medizin, sondern auch in anderen Wissenschaften wie Psychologie oder Rechtswissenschaft ihren angestammten Platz – einen Platz freilich, der sich im Zuge der Wissenschaftsgeschichte auch verändert (vgl. z.B. Wegmann/King 2016).

In medizinischen Fallgeschichten wird ein Zusammenhang hergestellt zwischen der Individualität einer Person (der PatientIn), den konkreten Beobachtungen an dieser Person und der Selektion und Abstraktion aus der Perspektive der Medizin bzw. ihrer jeweiligen Wissensstandards. Erzählt werden jene Beobachtungen, die als „Symptome“ oder „Indikatoren“ für eine „Diagnose“ relevant sind, d.h. die individuellen Phänomene werden als Erscheinungen eines Allgemeinen dargestellt (vgl. Hess 2014, 34–38): Der/die PatientIn wird zum Repräsentanten einer Krankheit, also zu einem „Fall“, freilich – auch das ist wichtig – ohne gänzlich als Individuum zu verschwinden, da gerade auch das Ungewöhnliche, von der Erwartung Abweichende und Absonderliche des „Falles“ erzählt wird, oftmals mit knapper Referenz zu lebensgeschichtlichen Details (Alter, Beruf, Gewohnheiten, Lebensstil), die noch in der Typisierung das Individuelle erahnen lassen. Mit Meier kann man unterscheiden zwischen medizinischen Fallgeschichten und Krankengeschichten. Krankengeschichten setzen sich fragmentarisch aus den unterschiedlichen Einträgen und Vermerken vieler Hände in einer Krankenakte zusammen und erfüllen eine „Gedächtnisfunktion“, um die reibungslose und ordnungsgemäße Krankenbehandlung zu gewährleisten sowie evtl. als Material für wissenschaftliche Studien zu dienen (Meier 2014, 62). Fallgeschichten befassen sich ebenfalls mit dem Krankheits- und Therapieverlauf eines/einer PatientIn, sind jedoch von einem Autor oder einer Autorin in der Retrospektive verfasst und streben eine homogene Darstellung an: Die unterschiedlichen Begebenheiten werden nicht nebeneinandergestellt, sondern in ihrer wechselseitigen Bedingtheit geordnet und in einen Ablauf gebracht, so dass ein „Plot“ erkennbar wird. Der narrative Charakter ergibt sich dadurch, dass der Autor oder die Autorin die unterschiedlichen Elemente zu einer Geschichte zusammenfügt, deren Zusammenhang einerseits in der zeitlichen Struktur besteht, in der sie gebracht werden, und zum anderen, dass die AutorIn die Zeitstruktur mit der „inneren Logik“ der Begebenheiten verknüpft. In der Erzählung geschehen Dinge nicht nur in einer Zeitfolge, sondern stehen auch in einer logischen Ordnung aus Kausal- und Intentionalbeziehungen. Der Sinn des Erzählens ist schließlich nicht das Bereithalten von Informationen, um die richtige Behandlung der/des konkreten PatientIn sicherzustellen, sondern das Schärfen der Wahrnehmung für mögliches künftiges Handeln. „Fallgeschichten sollen über den Einzelfall hinausweisen, sie werden nicht in der klinischen Praxis, sondern in Lehre und Forschung verwendet und meistens auch publiziert“ (Meier 2014, 62f.). Die Fallerzählungen aus der Klinikseelsorge, um die es in diesem Buch geht, sind ebenfalls solche Geschichten, die etwas Besonderes erzählen, indem sie unterschiedliche Begebenheiten zu einer Geschichte formen, die aber gleichzeitig über diese Erzählung hinausweisen. Was hat dies nun mit narrativer Ethik tun?

Narrative Ethik als hermeneutische Ethik

Tatsächlich gehen ja auch die oben bereits angeführten Ansätze der Medizinethik, wie etwa die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress, auf Fallerszählungen ein. Wie wir gesehen haben, besteht eine Stärke der Prinzipienethik darin, ein heuristisches Raster bereitzustellen, um „Fälle“ aus den Perspektiven der vier Prinzipien zu analysieren und dies anschließend in eine ethische Gesamtbeurteilung zusammenzuführen. Narrative Ethik geht insofern anders vor, als sie primär am Verstehen interessiert ist und nicht an einer Beurteilung. Dies zeichnet sie als „hermeneutische Ethik“ aus. Das Verstehen richtet sich auf das Andere seiner selbst, das als Anderes verstanden werden soll. Daher versucht eine hermeneutische Ethik von einer ausgearbeiteten Heuristik abzusehen, wie sie etwa die Prinzipienethik verwendet, um das „Wilde“ und zunächst Ungeordnete – und darin das Einzigartige – in den Geschichten aufzuspüren und sie nicht sofort als „Fall“ nach vorgegebenen Aspekten einzuordnen. Narrative Ethik ist daher an Erzählungen interessiert, die nicht bereits auf die möglichst präzise Darstellung medizinischer Informationen reduziert, sondern an lebensweltlichem und literarischem Erzählen, in dem die Erlebnisse, Gefühle, Wünsche, Frustrationen, Widerfahrnisse, Taten, Hoffnungen, Niederlagen erzählt werden – kurz, jene Geschichten, aus denen (und sei es im Fragment) – das Leben eines Menschen aufscheint. Wer ist dieser kranke Mensch, der hier leidet und sich fragt, wie er mit seiner Krankheit leben soll? Als wer erzählt er/sie sich? Oder im Erzählen anderer: Als wen erzählen sie den anderen Menschen, wie spiegeln sich ihre Beziehung zu ihm/ihr und ihr Selbstbild in diesem Erzählen? „Die narrative Aufklärung über die Identität des kranken Menschen und die in seinen Körper eingezeichneten Spuren“, so Lesch, „gibt Aufschluss über elementare Empfindungen wie Scham und Verletzlichkeit, Sehnsüchte und Empfindungen von Glück und bewegt sich somit im vornormativen Bereich, der aber für die Urteilsbildung von großer Bedeutung ist“ (Lesch 2003, 186). Es wird immer perspektivisch erzählt, aus dem Blickwinkel einer bisherigen Lebensgeschichte, und die Perspektive ist von Emotionen und Wertungen durchzogen – diese zu verstehen, darum geht es hermeneutischen und narrativen Ethiken.

Was macht das Ethische an einer narrativen Ethik aus, wie geht sie vom vornormativen Verstehen zum ethischen Bewerten und Urteilen über? An dieser Stelle ist zunächst zweierlei wichtig: Erstens, es gibt nicht die eine narrative Ethik, sondern eine Vielzahl narrativer Ethiken, die sich von Anspruch und Zielsetzung her unterscheiden. Zweitens haben die meisten narrativen Ethiken nicht den Anspruch, an die Stelle einer normativ-argumentativen Ethik zu treten. Vielmehr möchten sie den ethischen Blickwinkel erweitern um Aspekte und Dimensionen, die bei anderen Ethikansätzen leicht ausgeblendet werden (vgl. Giese 2020). Die einzelnen Ansätze unterscheiden sich vor allem darin, ob das Erzählen bereits das Ethische ist bzw. die Erzählung das ethisch Entscheidende in narrativer Gestalt enthält, oder ob narrative Ethik von der Erzählung erst ihren Ausgang nimmt und ethisch relevante Aspekte eigenständig herausarbeitet

und als Ergebnis ethischer Reflexion erbringt. Ebenso unterscheiden sich die Ansätze darin, ob es ihnen mehr um mündliches, alltägliches Erzählen geht oder um schriftlich formulierte, literarische Erzählungen, bei denen dann auch literaturwissenschaftliche Analysen eingesetzt werden. Freilich ist in Bezug auf diesen letzteren Punkt festzuhalten, dass „Textlichkeit“ gegenwärtig wesentlich weiter verstanden wird und die einst starre Gegenüberstellung von „Literatur“ und „Alltagserzählungen“ nicht mehr aufrechterhalten wird. Narrative Ethiken, so kann eine erste Annäherung lauten, gehen nicht konstruktiv vor, indem sie etwa aus den ethischen Überzeugungen einer Profession (etwa der klinischen Berufe) deren geteilte moralische Einstellungen in Form mittlerer Prinzipien herausarbeiten (wie Beauchamp und Childress), und sie gehen auch nicht deduktiv vor, indem Normen aus obersten Grundsätzen abgeleitet würden (etwa aus dem kategorischen Imperativ oder aus dem Grundsatz der Nutzenmaximierung), sondern sie suchen Moralität in bestehenden Lebensformen und ihrer Sprache auf. Narrative Ethik fragt danach, wie in den Erzählungen von Menschen, aber auch den Erzählungen einer Gemeinschaft oder Kultur ethische Orientierung Gestalt gewinnt (vgl. Hofheinz 2009, 18). Diese Gestaltgewinnung ist, so grundlegende Annahmen narrativer Ethik, sprachlich verfasst, (bevorzugt, aber nicht ausschließlich) narrativ strukturiert und wird als praktische Identitätsvergewisserung von Menschen „gelesen“, die in den vielfältigen Widerfahrnissen und Begegnungen ihres Lebens nach einem „guten Leben“ streben. In Erzählungen gewinnt dieses Streben nach dem guten Leben insofern Gestalt, als oftmals den Erzählenden selbst erst im Augenblick des Erzählens deutlich(er) wird, was ihnen wichtig ist, was bestimmte Erfahrungen für sie bedeuten, was sie sich vom Leben noch erhoffen etc. – das sprachliche Formulieren, das sich immer an ein Gegenüber richtet, bringt kein Wissen zum Ausdruck, das dem Erzählenden bereits innerlich transparent gewesen wäre, sondern gibt ihm erst mittels der Erzählung eine – mir selbst und dem Anderen – verständliche Form.

Die Vielfalt narrativer Ethiken

Wie narrative Ethiken im Einzelnen vorgehen, ist recht unterschiedlich. Hofheinz unterscheidet etwa drei „Typen“ narrativer Ethik, die er nach deren Verhältnis zur „Prinzipienethik“ (gemeint ist Normenethik) bildet: narrative Ethik als „Ergänzung“ zur Prinzipienethik, als „Surrogat“ für Prinzipienethik oder als Dekonstruktion von Ethik (vgl. Hofheinz 2009, 31–55). Da im medizinethischen Zusammenhang (fast) nur der erste Typ Bedeutung hat, gehen wir im Folgenden auf diesen ein.

Der ergänzende Charakter der hermeneutischen Ethik wird bei Maio unmittelbar deutlich. Eine hermeneutische „Ethik des Verstehens“ des Anderen soll ihm zufolge die Brücke schlagen zwischen der Prinzipienethik nach Beauchamp/Childress und der Lebenswelt, um herauszufinden, was die medizinische Behandlung für den konkreten Patienten und die konkrete Patientin wirklich,

d.h. aus deren Innensicht, bedeutet (vgl. Maio 2017, 175–179). Sich in diese Innensicht hineinzufühlen und hineinzutasten, ist das Ziel der hermeneutischen Ethik, die sich deshalb keiner Kategorien und Raster bedient, sondern das Besondere und Individuelle des anderen Menschen in seiner Gesamtheit – also nicht allein als PatientIn – erfassen will. Dieses „Ganze“ des anderen Menschen ist nicht über objektive Daten, sondern nur über seine Geschichte zugänglich, die dieser von sich und seinem Leben erzählt. Denn die ethische, aber vornormative Funktion der Lebensgeschichte besteht genau darin, einen Zusammenhang aus den einzelnen Episoden eines Lebens narrativ zu formen und damit Ich-Orientierung zu ermöglichen: „Wo stehe ich in meinem Leben? Wer bin ich? Was will ich?“ Für Maio mündet hermeneutische Ethik letztlich in beides, sowohl in eine hermeneutisch-verstehende Einstellung des Arztes/der Ärztin, die für das Verhältnis zur PatientIn bestimmend sein soll, als auch in eine Ergänzung zur Prinzipienethik. Die Prinzipien benötigen ja die Verbindung zur Lebenswelt des Patienten, insofern eine verantwortliche medizinische Entscheidungsfindung am Guten des Patienten (Wohltun) orientiert sein muss, was nur gelingt, wenn verstanden wird, worin dieser Patient oder diese Patientin ihr Gutes erblickt (vgl. ebd., 183f.).

Anders als Maio, der von mündlichen Patientenerzählungen ausgeht, dreht sich Mieths narrative Ethik um literarische Erzählungen und Romane, aus denen er eine „Modellethik“ gewinnt (Mieth 1999). Mieth geht es um den Erfahrungsbezug jeglicher Ethik, da Ethik auf das Verstehen von Lebenswirklichkeit gegründet sein muss. Narrative Ethik ist in seinem Verständnis im Wesentlichen eine Ethik der Literaturrezeption, denn im Lesen und Interpretieren von Literatur wird die „mögliche Wirklichkeit“ enthüllt, die ein literarisches Werk mit Hilfe von Ästhetik und Vorstellungskraft entwirft. Die Ethik des Modells macht die Möglichkeiten sichtbar, die in der Wirklichkeit enthalten sind, und gleichzeitig deckt sie die Defekte der wirklichen Wirklichkeit auf. Der verpflichtende Charakter der Modellethik – oder besser: der Verbindlichkeitscharakter – besteht nicht darin, dass die alternativen Möglichkeiten, die das Modell freilegt, nach der Art moralischer Normen binden, sondern dass sie zum Handeln motivieren. Narrative Ethik hat folglich eine kritische Funktion, indem sie das Ungenügen der Wirklichkeit des Lesers/der Leserin erfahrbar macht – einschließlich der Beschränktheit ihrer Moral – und auf Möglichkeiten des Guten hinweist und mithin über die moralische Vorstellungskraft motivierend und inspirierend auf die Lesenden wirkt. Mieth ist es dabei wichtig zu unterstreichen, dass Ethik nicht in der Auslegung ethischer Modelle aufgeht, sondern dass diese eine ergänzende Rolle gegenüber ethischen Normen haben: „Die normative Ethik soll also durch die narrative Konstituierung sittlicher Modelle nicht aufgehoben, sondern relativiert und ergänzt werden“ (Mieth 1999, 90). Dabei kommt der narrativen Ethik gewissermaßen die kreative, imaginative und motivierende Funktion zu, während Mieth der normativen Ethik vor allem eine Entlastungsfunktion zuschreibt – denn permanente ethische Kreativität hat auch etwas Überforderndes und