

## I. Theorie der Ethikberatung im klinischen Kontext

### 1. Das Problem klinischer Ethikberatung

Die klinische Ethik und speziell die klinische Ethikberatung ist ein relativ neues Feld, für das es bis vor Kurzem nur wenig Literatur gab. Inzwischen sind eine Reihe von Arbeiten und Projektdarstellungen erschienen und es bemühen sich einige Forscher, das Gebiet zu erschließen. Auffällig ist dabei, dass es aus philosophischer Perspektive nur wenige Beiträge gibt. Das ist insofern verwunderlich, als die Angewandte Ethik inzwischen ebenso in aller Munde ist, und zahllose Grundlagendarstellungen aufweisen kann. Dennoch bestehen erhebliche Unterschiede darin, was man überhaupt unter der Anwendung von Ethik versteht. Die Probleme lassen sich auf zwei Bereiche konzentrieren: Einmal steht in Frage, welche Rolle die allgemeine Ethik mit ihren klassischen Positionen und Begründungsversuchen, vor allem von Aristoteles, Kant und Mill, in Bezug auf die Angewandte Ethik spielt. Zum anderen ist das Theorie-Praxis-Verhältnis weitgehend ungeklärt. Denn bedeutet Anwendung der Ethik eine Abkehr von der so genannten „reinen Lehre“, wonach die Wirklichkeit und die alltägliche Praxis der Lebensführung anders aussieht, als sie der Philosoph in seiner Klausur entwirft und für die er seine Ethik konstruiert? Ist die Rücksicht auf Situationen, in denen wir handeln müssen, etwas, zu welcher der entworfenen, ethischen Rahmen nicht passen kann? Lässt der Philosoph sich überhaupt herab, um seine Theorien angesichts von Handlungserfordernissen innerhalb bestimmter Berufssparten wie Medizin, Politik oder Wirtschaft zu plausibilisieren? Sind die Wirklichkeit und die Handlungsumstände überhaupt unter eine systematische Ordnung zu bringen oder ist die Realität durch eine absolute Kontingenz gekennzeichnet? Kann das dann etwas Rechtes sein und werden, wenn sich das Denken, zumal das philosophisch-reflektierte, auf die zufälligen Situationsumstände einlässt? Es gilt, was Irrgang schreibt, dass sich die akademische Philosophie mit der angewandten Ethik immer noch schwertut. Dafür ist sicher auch das Fehlen einer grundständigen philosophischen Theorie verantwortlich, die eine kritische Auseinandersetzung erst ermöglicht. Dieses Desiderat, ist aber auch deswegen fatal, weil die in den Bereichen engagierten Personen, wenn diese mit ethischen Dilemmata konfrontiert werden, allein gelassen werden. Es resultiert eine Ethik aus dem Bauch. Wenn aber jeder, wie er gerade findet, für ethische Fragen voll auskunftsfähig ist, wird die philosophische Disziplin irrelevant. Gewiss hatte Platon schon Ähnliches im Sinn, wenn er schreibt, dass die Athener, wenn sie eine Mauer bauen, die Fachleute, Architekten und Strategen, fragen, wenn es aber um die Zukunft der Stadt geht, glauben alle, selbst genügend Expertise zu haben, obwohl sie nicht in der Lage sind, anderen dieses mitzuteilen (Platon, Protagoras 319a-e).

Tatsächlich scheint den meisten zwischen allgemein der Philosophie und im besonderen der Ethik und der Lebensführung, wie sie sich in einzelnen Entscheidungen manifestiert, ein tiefer Graben zu liegen, der unüberwindlich wird, wenn es um hochspezialisierte Fachthemen wie in der Medizin, der Forschung, der Technik, der Politik oder Wirtschaft geht. Was sollen das für Expertisen eines Philosophen sein? Welcher Bereich in diesen Spezialfragen kann überhaupt davon betroffen sein? Ein Philosoph bringt für ein begründetes Urteil zwangsläufig zu wenig Sachkenntnis mit. Und auch aus Sicht der Philosophie muss zugegeben werden, dass die Detailkenntnisse für die schwierigen Sachfragen nicht vorhanden sein können – und so erklärt man von sich aus die eigene Unzuständigkeit.

Dieser Argumentation liegt ein schweres Missverständnis zugrunde: Es wird darin voraus gesetzt, dass es sich bei ethischen Urteilen um Sachverhalte handelt, welche sich unmittelbar aus der vorhandenen Sachlage oder der Sachkenntnis darüber ableiten lassen. Zuweilen entsteht sogar der Eindruck, dass ethische Dilemmata selbst Sachen in der Binnenperspektive eines jeweiligen Faches sind. Sollten ethische Fragen dagegen einen eigenen Bereich bilden, der sich nicht unmittelbar aus den Fachfragen einer Disziplin, z.B. der Medizin oder der Wirtschaft, ableitet, ist offensichtlich, dass vielleicht nicht die einzelne Person (denn diese könnte die zusätzliche Kenntnisse haben), diese aber gewiss als Fachmann und Experte in ihrem Bereich für solche Fragen inkompetent ist, dass sich also die ethische Problematisierung nicht unmittelbar aus der Einzeldisziplin und ihren Kenntnissen ableiten lässt.

Aus philosophischer Sicht gilt es also, einen solchen Bereich abzugrenzen und mit der zweieinhalbtausendjährigen Tradition der Ethik zu verknüpfen. Es lässt sich zeigen, dass für ein solches Unterfangen, die Disziplin der Ethik zwar einen erheblichen Teil dafür ausmacht, dass dafür aber ebenso eine „erkenntnistheoretische Grundlage“ und eine Idee der Vermittlung und Kritik (das wird häufig als „Hermeneutik“ beschrieben) benötigt wird. Wenn wir ethische Urteile als persönliche Werturteile ansehen (die durchweg auch einen objektiven oder gemeinwohlorientierten Gehalt aufweisen können), setzt das ein bestimmtes Menschenbild, eine Theorie menschlicher Handlungen, eine Theorie von Konfliktsituationen (nämlich in Bezug auf die Evaluation unterschiedlicher Werturteile und Werthaltungen) und eine pragmatische Theorie, wie sich solche lösen lassen, voraus. Wer allerdings die philosophische Tradition der Ethik kennt, wird ihre Erweiterung, in z.T. genuin theoretische Bereiche wie der Erkenntnistheorie oder der Philosophischen Anthropologie, kaum für verwunderlich halten. Entscheidend ist, dass eine Grundlegung gefunden wird, welche das Gebiet ethischer Fragen für die Philosophie wiedergewinnt – und „für die Philosophie“ heißt, dass es sich um genuin philosophische Fragen handelt, die nur mit dem spezifisch reflexiven Methoden der rationalen Rekonstruktion eingefangen werden können.

## 2. Darstellung

### 2.1 Fragestellung

Ethikberatung nach dem vorliegenden Modell stellt eine spezifische Form einer Dienstleistung dar. Deswegen muss diese sich auf den jeweiligen Bereich ihrer Adressaten (ärztliches Team oder unternehmerisches Hierarchieverhältnis) einlassen. Sie bewahrt aber dennoch ihre Unabhängigkeit als philosophische Disziplin, da ihre Methode im reflexiven Diskurs besteht, in den sie ihre, aus der philosophischen Tradition (vor allem Aristoteles, Kant und Mill) stammenden Inhalte einbringt. Von einer „Entscheider-Ethik“ wird deshalb gesprochen, weil in den Bereichen der Klinik (oder auch in der der Wirtschaft) hierarchisierte Entscheidungsverhältnisse bestehen. Der verantwortliche Arzt muss für seine Entscheidungen die Verantwortung tragen und übernehmen. Von diesen Entscheidungen sind andere Menschen betroffen, die jeweils der Gegenstand der klinischen Unternehmungen sind, nämlich die Patienten, aber auch andere Mitarbeiter z.B. aus der Pflege. Damit soll einerseits nicht in Abrede gestellt werden, dass solche Entscheidungen ebenso eine Auswirkung auf die äußeren Verhältnisse haben (z.B. auf die gesellschaftlichen Strukturen), und ebenso wenig,

dass diese einsam und ohne Rückkopplung zu den unmittelbar Betroffenen diesen sozusagen aufoktroiert werden könnten.

Der erste philosophische Grundgedanke besteht also darin, dass Entscheidungen gemeinsam mit den Betroffenen oder mindestens unter der Berücksichtigung ihrer Autonomie als Personen getroffen werden müssen. Für den klinischen Bereich scheint das unmittelbar einleuchtend zu sein: Der Patient als Adressat klinischer Maßnahmen muss diesen zustimmen. Das Problem besteht aber darin, wie er berücksichtigt werden kann (z.B. wenn man ihn nicht mehr fragen kann, weil er äusserungsunfähig ist). So wird häufig beklagt, dass ärztliche Entscheidungen am Patienten oder seinen Bedürfnissen vorbei getroffen werden. Angesichts der Möglichkeiten der modernen Medizin, die, formal betrachtet, zuerst nur die Handlungsspielräume erweitern, geraten medizinische Entscheidungen aber immer wieder in Dilemmata, da die Alternativen durch verschiedene Werthaltungen begründbar sind. Das weitere Vorgehen und die Begründung dafür können also in Widerspruch zueinander geraten. Die Philosophische Ethikberatung soll der Klärung der jeweiligen Werthaltungen und Begründungen dienen, sodass die Entscheidung auf eine theoretisch reflektierte und begründbare Basis gestellt werden kann. Sie berücksichtigt dabei die typischen Handlungsmuster des Bereichs, den sie jeweils berät.

Entscheidungen gehen auf Handlungen. Handlungen sind komplexe, teleologisch strukturierte, typisch menschliche Prozesse, deren Elemente zwar theoretisch sequenziert werden können, die aber in einer konkreten Umsetzung immer ineinander wirken. Rückkoppelungen entstehen aufgrund der Verschränkung von Zweckentwürfen, Mitteleinsatz, Motivlage, den rational basierten Ordnungsgefügen des jeweiligen Bereichs und aufgrund des konkreten Sozialgefüges, wenn auf Handlungen andere einen Einfluss haben, was im klinischen oder betrieblichen Umfeld immer gegeben ist. Dennoch müssen Entscheidungen vom einzelnen getragen, ausgeführt und gerechtfertigt werden können.

Diese Rechtfertigung erfolgt in einem ersten Schritt in einer Explikation der Ziele. Aus dieser Formulierung gehen bereits erste Werthaltungen hervor. Diese werden in einem zweiten Schritt offen gelegt. Die Theorie der Ethikberatung soll dann die Bedingungen dafür liefern, solche Werthaltungen zu typisieren sowie auf ihre Grundlagen und Konsequenzen hin zu reflektieren. Häufig werden in Konfliktsituationen bestimmte Werthaltungen mit klar definierten Konsequenzen in Verbindung gebracht. Eine philosophische Reflexion auf die Grundlagen flexibilisiert bereits in den allermeisten Fällen die Zielvorstellungen. Dadurch wird es möglich, alternative Handlungskonzepte zu entwerfen. Aus der Schnittmenge der vorgebrachten und für jeden einzelnen der Beteiligten gangbaren Handlungsmöglichkeiten ergibt sich dann zumeist eine Lösung für das Handlungsproblem, die von allen Beteiligten mitgetragen werden kann. Für den Ethikberater entsteht darüber hinaus die Notwendigkeit, die Lösung für jeden vor *seinem* individuellen Werthintergrund durchsichtig zu machen. Das geschieht wieder durch die Reflexion auf die Grundlagen und die Konsequenzen von Werthaltungen. Nur ein solches Vorgehen stellt sicher, dass jeder Beteiligte die Lösung akzeptiert und aktiv mitgestaltet. Das Projekt legt erstens diese theoretische Fundierung philosophisch dar und begründet diese und bezieht diese Grundlegung zweitens auf die klinische Situation der Ethikberatung.

## 2.2 Forschungsstand

Über die genuinen Ziele des Projekts findet derzeit einerseits keine fachliche Auseinandersetzung statt. So wird durchweg Neuland betreten. Andererseits ist die Literatur zu den Grundlagen, aus denen die Schwerpunkte der Themenstellung erwachsen, unübersehbar. Bestimmte Anknüpfungspunkte ergeben sich aus der Literatur über die Philosophische Praxis, auch wenn deren Auseinandersetzung in erster Linie auf Einzelberatung geht, oder moderierte Gruppengespräche, ohne damit ein bestimmtes Ziel der Hilfestellung geben zu wollen (vgl. z.B. Ruschmann 1999).

Einschlägig ist zunächst die philosophische Diskussion um die Ethik seit Aristoteles, sowie die moderne Debatte um die Angewandte Ethik. Da sich diese auf die Situationsbedingungen der Anwendungsbereiche einlassen muss, sind die gängigen Theoriemodelle und die Praxis der Bereiche einzuholen. Für die klinische Ethik wird die typische Situation einer klinischen Ethikberatung auf der Station einer Klinik herangezogen. Hierbei ergibt sich eine hierarchische Struktur der Entscheidungsverantwortung, da entweder der behandelnde Arzt oder dessen vorgesetzter Oberarzt oder Klinikleiter die Entscheidungen trifft. Aus philosophischer Sicht stellt sich die Frage, wie solche, mitunter weitreichenden Entscheidungen überhaupt getroffen werden können.

## 2.3 Ethikberatung in der Klinischen Ethik

Vor der Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der Klinischen Medizin (Deutsches Ärzteblatt vom 16. Juli 2006, 1703-1707) existierten Klinische Ethikkomitees vor allem an Kliniken in kirchlicher Trägerschaft, an Universitätsklinika dagegen nur selten (zuerst 2000 in Hannover, 2002 in Erlangen, dann folgten Freiburg, Marburg, Lübeck, Tübingen und Jena), seitdem sind solche Einrichtungen an jeder Deutschen Universitätsklinik zu finden. Unter ethischer Beratung verstehen die Autoren der Stellungnahme das weite Feld klinisch-ethischer Beratung, das die Einzelfall-Beratung auf Station genauso umfasst wie die klinische Ethikfortbildung und die Entwicklung von klinikeinheitlichen Verhaltensanweisungen (sog. Ethische Klinikleitlinien), also die Erarbeitung „konkreter Hinweise für den angemessenen Umgang mit sich wiederholt stellenden Problemen, wie z.B. bei der kardiopulmonalen Reanimation, beim Therapieabbruch auf Intensivstationen, bei der Anwendung von PEG-Sonden bei hochbetagten, multimorbiden Patienten oder beim Umgang mit Patientenverfügungen“ (ebd., 1704).

Die Stellungnahme diskutiert die Einrichtung, Organisation und Schwierigkeiten klinischer Ethikberatung und fordert zu einer Professionalisierung dieses Bereichs auf. Dabei ist außerordentlich auffällig, dass mit keinem Wort erwähnt wird, was man unter dem *spezifisch Ethischen* verstehen will, um das es offensichtlich geht. Dieser Umstand hat sich bis heute und – wiederum auffällig – unabhängig von den inzwischen zahlreichen, einschlägigen Veröffentlichungen nicht geändert. Zwar wird der Sachverhalt erwähnt (vgl. Fahr in Frewer et al. 2008, 77) und es gibt eine Reihe von Ansätzen (Fahr in Schildmann et al. 2006 und in Frewer et al. 2008, Nassehi in Frewer et al. 2008, Boldt in Groß et al. 2008 sowie Neitzke und Simon in Dörries et al. 2008) – die allerdings nicht sehr weit reichen –, sodass davon gesprochen werden kann, dass eine „Theorie der ethischen Beratung“ für die Einzelfallberatung auf Station bis heute ein vollständiges Desiderat darstellt. Das heißt, es wird von „Ethik“ gesprochen, ohne zu erwähnen, was darunter zu verstehen ist, und es wird von einer Professionalisierung

gesprochen, die auf wissenschaftlichem Niveau stattfinden soll, ohne dass klar ist, worin denn eigentlich eine *ethische Expertise* besteht.

Nun kann gefragt werden, ob eine „Theorie der ethischen Beratung“ erstens notwendig ist, oder ob ethische Intentionen und Erfahrung mit problematischen Entscheidungssituationen in Kliniken nicht doch ausreichend vorliegen, zweitens, ob eine solche Basis überhaupt entwickelt werden kann. Gegen den ersten Punkt ist einzuwenden, dass trotz des gewohnten Umgangs mit schwierigen Entscheidungssituationen (z.B. am Lebensende) im klinischen Kontext selten eine theoretisch reflektierte Auseinandersetzung stattfindet. Zudem ist eine stationsexterne Ethikberatung gerade angezeigt, wenn die bisherigen Entscheidungsmuster der Beteiligten nicht mehr greifen. Von daher erscheint eine externe Hilfestellung mit philosophischen Argumentationsformen sinnvoll. Die zweite Frage geht darauf, ob innerhalb der Philosophie überhaupt Ressourcen bereitstehen, eine solche Grundlegung klinischer Ethikberatung zu leisten. Dagegen werden mehrere Einwände erhoben: Aus Sicht von Ansätzen z.B. einer empirischen Ethik wird den traditionellen wie den zeitgenössischen, philosophisch-ethischen Begründungsmodellen häufig die Kontextsensitivität abgesprochen (vgl. Schicktanz 2009, 225, 228; Dietrich 2009).

Was Philosophen über Ethik sagen – so der Tenor –, entspricht also weitgehend nicht den Anforderungen, welche in klinischen Situationen auftreten. Ganz allgemein gelten traditionelle ethische Begründungen gegenüber den Problemen der Bereichsethiken als antiquiert, überholt, praxisfern und als zu heterogen. Außerdem besteht, so Kaminsky, eine „Pluralität vorherrschender Weltanschauungen“, die „Komplexität von Sachverhalten“ und die „Vielfalt an Lebensformen“. Den Grund für diese Vielfalt sieht sie in der „gelungenen politischen und rechtlichen Realisierung des ethischen Freiheitspostulats“. Sie schreibt: „Welche Ziele sich Einzelne setzen, auf welchem Wege sie diese Ziele am besten erreichen und welche moralischen Normen sie vertreten und befolgen, das ist in historisch beispiellosem Umfang Sache der politisch und rechtlich geschützten Selbstbestimmung“ (Kaminsky 2005, 16; auch für das Vorhergehende). Bereichsethische Fragestellungen müssen danach auf philosophische Grundlagenprobleme deswegen verzichten, weil, bedingt durch die Heterogenität, erstens kein politisches Ordnungssystem eine Auswahl an philosophischen Begründungsweisen treffen kann, zweitens dieses ohnehin nicht durchsetzbar wäre und drittens normative Vorgaben generell eine Einschränkung der Handlungsmöglichkeiten bedeuteten.

Die These, dass es überhaupt keine philosophische Ethik geben kann, vertraten zuerst Max Weber und Hellmuth Plessner. So etwas behaupten die neueren theoretischen Begründer einer Angewandten Ethik (z.B. Kaminsky 2005, Fischer 2006 oder Kettner 2000) zwar nicht, sie betonen aber allesamt, dass philosophische Begründungen der Ethik für die Angewandte Ethik irrelevant sind. Wie Kaminsky ausführt, hat man sich innerhalb der Angewandten Ethik zu sehr auf die „kritisch-analytische Aufgabe“ beschränkt, die für die öffentliche Debatte zu abstrakt bleibt. Gerade hier soll man sich mehr den „konkreten Problemen des öffentlichen Lebens“ (Kaminsky 2005, 11) zuwenden. Dies hat, so Kaminsky, „pragmatisch“ (ebd., 11, 13) zu geschehen. In ähnlicher Weise unterscheidet Kettner, die reine und die angewandte Ethik. Nur letztere kann „den eigentlichen Gegenstand der Moral erreichen“ (Kettner 2000, 391). Und auch Fischer geht von der Unüberbrückbarkeit der Weltanschauungen aus. Für ihn ist die Angewandte Ethik ein „gesellschaftlicher Diskurs“, in dem „nicht mehr die ‚reine Lehre‘ zur Anwendung kommt“ (Fischer 2006, 20).

Auch innerhalb der Praktischen Philosophie stellt sich also immer mehr die Frage nach der Bedeutung von ethischen Begründungen für die Bereiche der Angewandten Ethik. Die klinische Praxis nun ist zweifellos ein solcher Bereich, in dem die Frage nach ethischer Beratung gestellt wird, um einem Ärzte- und Pflegeteam angesichts schwieriger moralischer Entscheidungen Hilfestellung zu geben, ohne dabei die Entscheidung selbst vorweg zu nehmen. Diese muss nach wie vor vom Ärzte- und Behandlungsteam in Absprache mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen getroffen werden.

Im Projekt soll eine solche „Theorie der ethischen Beratung“ entwickelt werden, die einerseits Ethikberatung in die Grundfragen der Ethik und ihre Tradition der Begründungen theoretisch einbettet und es andererseits praktisch erlaubt, den Prozess der Beratung weitgehend zu operationalisieren, sodass ein Berater an jeder Stelle des Beratungsablaufs weiß, welche Problemfelder noch nicht berücksichtigt wurden und wie sich die Werthaltungen der Beteiligten zum gestellten ethischen Problem verhalten. Nur so kann ein Beratungsprozess erfolgreich und durchsichtig werden, wodurch die Tätigkeit des Beraters gerechtfertigt, und der aus dem Verlauf sich ergebende Konsens von den Beteiligten mitgetragen werden kann.

Dazu gibt es bisher in der Forschungsliteratur nur einzelne Ansätze aber keine geschlossenen Begründungen. Ein Hauptproblem ist die Vielfalt tradierter ethischer Begründungsansätze, die sich zum Teil erheblich widersprechen, welche allerdings – genauer besehen – die Vielfalt von ethischen Werthaltungen widerspiegelt. Die gemeinsame Grundfrage jeder Ethik lautet in jedem Fall nämlich: Was soll ich tun? Und das, unabhängig von der Situation, in welcher sich der Entscheidungsträger befindet. Klinische Entscheidungsträger stehen also in ethischer Hinsicht vor dem gleichen Problem wie alle Menschen im Alltag. Es liegt nahe, eine gemeinsame Basis zu suchen, welche die unterschiedlichen Begründungsansätze sozusagen übergreift. Das Projekt versucht diese Pluralität von ethischen Begründungsansätzen dann auch an einem anthropologischen Handlungsmodell zu veranschaulichen und zu systematisieren. Das erlaubt in der praktischen Anwendung eine bessere Übersicht über die verschiedenen Werthaltungen, wie sie in einem ethisch-klinischen Beratungsprozess vorgebracht werden.

Die theoretisch fundierte Systematik von typischen Werthaltungen erlaubt es dem Ethikberater, die in einem Beratungsprozess vorgebrachten ethischen Intentionen einerseits in ihrer Individualität zu würdigen, andererseits die Schnittpunkte zwischen den Werthaltungen zu evaluieren, um so einen möglichen Konsens zwischen den am Entscheidungsprozess Beteiligten vorzubereiten. Die Beratenen werden dadurch in die Lage gesetzt, die Situation aus anderen Blickwinkeln zu betrachten und eine Entscheidung mitzutragen. Es wird nun auch möglich, dass das Vorgehen vom Stationsteam, und insbesondere vom Ärzteteam, getroffen und verantwortet werden kann, und nicht extern vom Berater vorgegeben wird. Gleichzeitig kann durch ein solches Vorgehen auch die Tätigkeit des Beraters operationalisiert und an vorgegebenen Maßstäben evaluiert werden. Das erst macht eine empirische Überprüfung der Beratungstätigkeit möglich.

Mit einem solchen Ansatz kann man zwar auf verschieden diskutierte Einzeluntersuchungen und Themenfelder zurückgreifen, die Art des systematischen Zugriffs auf konkrete Beratungssituationen, wie sie hier vorgelegt wird, betritt in medizin-ethischer, wie in philosophischer Hinsicht aber völliges Neuland. Anleihen werden dann genommen an der psychologischen und psychiatrischen Literatur zur Kommunikation und Gesprächsführung und an Moderationstechniken, an der rechtlichen Auseinandersetzung um Einzelfragen wie Haftung, Do-

kumentation, Schweigepflicht, an kontextsensitiven Auseinandersetzungen traditioneller klinischer Ethik (z.B. Umgang mit Sterbenden, klassische Klinik-Werte (z.B. besonderer Status des Lebens, Heilauftrag, Fürsorge usw.), Selbstverständnis von medizinischen und pflegerischem Personal) und an den bereits viel diskutierten Problemen der Etablierung und Organisation der klinischen Ethikberatung.

Die Theorie wird nach einer Problemorientierung (I) in drei Schritten entwickelt: (II) Der theoretisch-philosophische Hintergrund; (III) Verschiedene Modelle klinisch-ethischer Beratung; (IV) Randbedingungen klinischer Ethikberatung. (II) umfasst die Angewandten Ethik als politischen Diskurs, dem gegenüber deutlich gemacht wird, dass auf basissethische Überlegungen nicht verzichtet werden kann, sowie den Umgang mit verschiedenen Ethikbegründungen. (III) stellt dem ethisch fundierten Modell einer Ethikberatung das Moderatorenmodell gegenüber, das auf ethische Implikationen verzichtet, und erläutert die Schwierigkeiten der beiden Modelle. (IV) grenzt die Ethikberatung von therapeutischen Verfahren ab, erläutert rechtliche Probleme sowie Grauzonen und spricht die Fragen von Dokumentation und Klinikstrukturen an.

Daraus ergibt sich derzeit folgende Gliederung der Arbeit und für die Buchpublikation:

#### I. Vorgehensweise und die Situation der klinischen Ethikberatung

1. Die Vorgehensweise in der vorliegenden Untersuchung
2. Die Situation der klinischen Ethikberatung (verschiedene Modelle)
3. Philosophische Grundlegung einer klinischen Ethik und Philosophische Beratungsmethoden (Klinische Philosophie, Philosophische Beratung)

#### II. Der theoretische Hintergrund

1. Die Angewandte Ethik als politischer Diskurs (Kaminsky, Kettner, Fischer)
2. Notwendigkeit einer Theorie zur Ethikberatung
3. Die Pluralität in der Ethik und die anthropologische Handlungsstruktur

#### III. Modelle klinisch-ethischer Beratung

4. Moderationsmodell und Moderationstechnik im Beratungsmodell
5. Grundsätze der ethischen Beratung
6. Konflikt und Werthaltung
7. Grundlagen und Konsequenzen von Werthaltungen und Begründungstypen
8. Grundwerte in der klinischen Beratung (Wertappell)
9. Begriffsklärungen (Sterbehilfe, Patientenverfügung, palliative Situationen)
10. Konsensfindung
11. Transformation der Werthaltungen auf den Konsens
12. Die ethische Expertise

#### IV. Randbedingungen klinischer Ethikberatung

13. Die Grauzone zum therapeutischen Eingriff und das Problem der Supervision
14. Die juristische Grauzone (Beratung, Haftung)
15. Psychologische Strukturen und Mitarbeiterkonflikte
16. Dokumentation und Qualitätsmanagement
17. Die Etablierung ethischer Beratung

Literaturauswahl:

Friedrich K. Barabas, Beratungsrecht. Ein Leitfadens für Beratung, Therapie und Krisenintervention, Frankfurt am Main 2003.

Hans-Michael Baumgartner, Hermann Krings, Wild, „Philosophie“, in: Handbuch philosophischer Grundbegriffe, hg. v. H. Krings, H.M. Baumgartner, Christoph Wild, Bd. II, München 1973, 1071-1087.

Tom L. Beauchamp, James F. Childress, Principles of biomedical ethics, Oxford 1989.

Peter Bieri, Das Handwerk der Freiheit, Über die Entdeckung des eigenen Willens, München 2001.

Marie Boden, Doris Rolke, Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen. Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe, Bonn 2009.

Gernot Böhme, Ethik leiblicher Existenz. Über unseren moralischen Umgang mit der eigenen Natur, Frankfurt am Main 2008.

Joachim Boldt, „Klinische Ethikberatung: Expertenwissen oder Moderationskompetenz? Thesen und Erfahrungen aus der Freiburger Praxis“, in: Groß et al. 2008, a.a.O., 81-90.

Edlef Buck-Lassen, Das schwere Gespräch. Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln, Köln 2005.

Reinhard Dettmeyer, Medizin & Recht. Rechtliche Sicherheit für den Arzt, Berlin, Heidelberg, New York 2006.

Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff, Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht, Berlin, Heidelberg, New York 2008.

Julia Dietrich, „Die Kraft der Konkretion oder: Die Rolle deskriptiver Annahmen für die Anwendung und Kontextsensitivität ethischer Theorie“, in: Medizinethik und Empirie, a.a.O. (2009), 213-221.

Klaus Dörner, Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung, Stuttgart 2003.

Andrea Dörries, Gerald Neitzke, Alfred Simon, Jochen Vollmann, Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch, Stuttgart 2008.

Klaus Düsing, Fundamente der Ethik. Unzeitgemäße typologische und subjektivitätstheoretische Untersuchungen, Stuttgart-Bad Cannstatt 2005.

Michael Erdmann, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage, Stuttgart 2007.

Uwe Fahr, „Zur Methodologie einer ethischen Theorie der Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin“, in: Schildmann et al. 2006, a.a.O., 121-137.

Uwe Fahr, „Die Entwicklung emotionaler Kompetenz in einzelfallbezogenen Lehrarrangements“, in: Ethik in der Medizin 20,1(2008), 26-39.

Uwe Fahr, „Die Aufgaben des Klinischen Ethikberaters aus erwachsenenpädagogischer Sicht“, in: Groß et al. 2008, a.a.O., 69-79.

Uwe Fahr, „Philosophische Modelle Klinischer Ethikberatung. Ihre Bedeutung für Praxis und Evaluation“, in: Frewer et al. 2008, a.a.O., 75-98.

Uwe Fahr, „Die Dokumentation Klinischer Ethikberatung“, in: Ethik in der Medizin 21(2009), 32-44.

Gerfried Fischer, „Haftung für die Fehler von Ethik-Kommissionen nach der Änderung des AMG von 2004“, in: Hans-Jürgen Ahrens, Christian von Bar, Gerfried Fischer, Andreas Spickhoff und Jochen Taupitz (Hg.), Medizin und Haftung. Festschrift für Erwin Deutsch zum 80. Geburtstag, Berlin, Heidelberg u.a. 2009, 151-164.

Peter Fischer, Politische Ethik. Eine Einführung, München 2006.

Joachim Freimuth, Moderation, Göttingen 2010.

Andreas Frewer, Uwe Fahr, Wolfgang Rascher (Hg.), Klinische Ethikkomitees. Chancen, Risiken, Nebenwirkungen, Jahrbuch Ethik in der Klinik, Bd. 1, Würzburg 2008.

Günter Fröhlich, Nachdenken über das Gute. Ethische Positionen bei Aristoteles, Cicero, Immanuel Kant, John Stuart Mill und Max Scheler, Göttingen, 2006.

Günter Fröhlich „Kritik der Gesundheit. Philosophische Überlegungen zu einem überstrapazierten Begriff“, in: Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, hg. v. Thorsten Kingreen und Bernhard Laux, Berlin, Heidelberg u.a. 2008, 25-43.

Günter Fröhlich, „Ethische Beratung oder Therapie? Die konsiliatorische Grundstellung der Praktischen Philosophie und die Frage nach der Angewandten Ethik“, in: psycho-logik. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur, Bd. 4: Lebensethik 4(2009), 158-175.

Christoph Fuchs, „Erziehung zur Ethikfähigkeit. Verantwortung für die medizinische Ausbildung“, in: Udo Schlaudraff (Hg.), Ethik in der Medizin. Tagung der evangelischen Akademie Loccum vom 13.-15. 12. 1985, Berlin, Heidelberg u.a. 1987, 27-33.

Gernot Graessner, Moderation – das Lehrbuch, Hergensweiler 2008.

Dominik Gross, Arnd T. May, Alfred Simon, Beiträge zur Klinischen Ethikberatung an Universitätskliniken, Münster 2008.

Jürgen Habermas, „Erläuterungen zur Diskursethik“, in: Jürgen Habermas, Erläuterungen zur Diskursethik, Frankfurt am Main 1991, 119-226.

Jürgen Habermas, „Diskursethik – Notizen zu einem Begründungsprogramm“, in: Jürgen Habermas, Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln, Frankfurt am Main 1996, 53-125.

Martin Hartmann, Rüdiger Funk, Klaus Wittkuhn, Gekonnt moderieren, Weinheim 2010.

Paul Helwig, Charakterologie, Freiburg im Breisgau 1967.

Christian Hick (Hg.), Klinische Ethik, unter Mitarbeit von Michael Gommel, Andrea Ziegler und Peter W. Gaidzig, Heidelberg 2007.

Norbert Hoerster, Ethik und Interesse, Stuttgart 2003.

Sven Olaf Hoffmann, Gerd Hochapfel, „Psychotherapeutische Behandlungsmethoden“, in: Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin, hg. v. Annegret Eckhardt-Henn, Gereon Heuft, Gerd Hochapfel und Sven Olaf Hoffmann, Stuttgart 2004, 410-464.

Christoph Horn, Guido Löhner, Gründe und Zwecke. Texte zur aktuellen Handlungstheorie, Frankfurt am Main 2010.

Gerd Huber, „Psychotherapie“, in: Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung, Stuttgart, New York 2005, 651- 681.

Stein Husebø, Eberhard Klaschik, Palliativmedizin. Schmerztherapie – Gesprächsführung – Ethik, Berlin, Heidelberg, New York 2009.

Franz-Josef Illhardt, „Der Kompromiss: Ethik-Beratung gegen moralischen Rigorismus“, in: Ethik in der Medizin 11,2(1999), 262-273.

Karl Jaspers, Der Arzt im technischen Zeitalter, München, 1999.

Albert R. Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade, Klinische Ethik. Eine praktische Hilfe zur ethischen Entscheidungsfindung, Köln 2006.

Carmen Kaminsky, Moral für die Politik. Eine konzeptionelle Grundlegung der Angewandten Ethik, Paderborn 2005.

Geert Keil, Willensfreiheit, Berlin, New York 2007.

Matthias Kettner (Hg.), Angewandte Ethik als Politikum, Frankfurt am Main 2000.

Peter Koslowski, Ethik des Kapitalismus, Tübingen 1998, 11-15, 42-67.

Hans Krämer, Integrative Ethik, Frankfurt am Main 1992.

Jürgen Kriz, Grundkonzepte der Psychotherapie, Weinheim 2001.

Giovanni Maio, „Braucht die Medizin klinische Ethikberater?“, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 127(2002), 2285-2288.

Wolfgang Mentzel, Moderation. Die besten Techniken für die Teamarbeit, München 2008.

Armin Nassehi, „Die Praxis ethischen Entscheidens. Eine soziologische Forschungsperspektive“, in: Frewer et al. 2008, a.a.O., 163-175.

Julian Nida-Rümelin, Strukturelle Rationalität. Ein philosophischer Essay über praktische Vernunft, Stuttgart 2001.

Konrad Ott, Moralbegründungen zur Einführung, Hamburg 2005.

Edmund D. Pellegrino, The virtuous Physician, and the Ethics of Medicine, in: Earl F. Shelp (Ed.), *Virtue and Medicine*, Dordrecht 1985, 237-255.

Edmund D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, New York 1993.

Annemarie Pieper, *Einführung in die Ethik*, Tübingen 2007.

Hellmuth Plessner, *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie* (1928). Berlin, New York 1975.

Günther Pöltner, *Grundkurs: Medizin-Ethik*, München 2002.

Martin Poltrum, *Klinische Philosophie. Logos Ästhetikus und Philosophische Therapeutik*, Lengerich und Berlin 2009.

Carl R. Rogers, Rachel L. Rossenberg, *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*, Stuttgart 2005.

Carl R. Rogers, *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*, Stuttgart 1998.

Eckart Ruschmann, *Philosophische Beratung*, Stuttgart 1999.

Hans-Martin Sass, *Hippokratisches Ethos und Nachhippokratische Ethik (Medizinethische Materialien Nr. 92)*, Bochum 1994.

Silke Schicktanz, Jan Schildmann (Hg.), *Medizinethik und Empirie. Themenheft der Zeitschrift: Ethik in der Medizin* 21(2009).

Silke Schicktanz, „Zum Stellenwert von Betroffenheit, Öffentlichkeit und Deliberation im empirical turn der Medizinethik“, in: *Medizinethik und Empirie*, a.a.O. (2009), 223-234.

Jan Schildmann, Uwe Fahr, Jochen Vollmann (Hg.), *Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik*, Berlin 2006.

Jan Schildmann, John-Stuart Gordon, Jochen Vollmann (Hg.), *Clinical Ethics Consultation: Theories-Methods-Implementation-Evaluation*, Fernham 2010.

Stefan Schulz, Klaus Steigleder, Heiner Fangerau, Norbert W. Paul, *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*, Frankfurt am Main 2007.

Friedemann Schulz von Thun, *Miteinander reden* (Bd. 1 Störungen und Klärungen; Bd. 2 Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung; Bd. 3 Das „Innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation), Reinbeck bei Hamburg 2006.

Ludwig Siep, *Konkrete Ethik. Grundlagen der Natur- und Kulturethik*, Frankfurt am Main 2004.

Alfred Simon, Gerald Neitzke, „Medizinethische Aspekte der Klinischen Ethikberatung“, in: Dörries et al. 2008, 24-40.

Peter Singer, Praktische Ethik, aus dem Engl. Übers. v. Oscar Bischoff, Jean-Claude Wolf und Dietrich Klose, Stuttgart, 1984, 21994.

Thomas Städtler, Lexikon der Psychologie. Wörterbuch – Handbuch – Studienbuch, Stuttgart 1998.

„Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der Klinischen Medizin“, in: Deutsches Ärzteblatt 103,24(2006), 1703-1707.

Peter Stemmer, Handeln zugunsten anderer, Berlin, New York 2000.

Magdalena Stemmer-Lück, Verstehen und Behandeln von psychischen Störungen. Psychodynamische Konzepte in der psychosozialen Praxis, Stuttgart 2009.

Herbert Viefhues, Hans Martin Sass, Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis. Wissenschaftliche und ethische Analyse zur Behandlung eines medizinischen Falles, (Medizinethische Materialien Nr. 2), Bochum 1987.

Jochen Vollmann, „Implementing clinical ethics in health care institutions: The Nijmegen model“, in: Medicine, Health Care and Philosophy 7(2004), 223-225.

Jochen Vollmann, Klinische Ethikkomitees und klinische Ethikberatung im Krankenhaus. Ein Praxisleitfaden über Strukturen, Aufgaben, Modelle und Implementierungsschritte (Medizinethische Materialien Nr. 164), Bochum 8 und 92007.

Jochen Vollmann, Jan Schildmann, Alfred Simon (Hg.), Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis, Frankfurt, New York, 2009.

Max Weber, „Vom Sinn der ‚Wertfreiheit‘ der Soziologischen und ökonomischen Wissenschaften (1917)“, in: Max Weber, Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, hg. v. Johannes Winckelmann, Tübingen 1973, 489-540.

Wilfried Weber, Wege zum helfenden Gespräch, München 122000.

Urban Wiesing (Hg.), Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch, unter Mitarbeit von Johann S. Ach, Matthias Bormuth und Georg Marckmann, Stuttgart 2004.

Eva C. Winkler, „Sollte es ein favorisiertes Modell klinischer Ethikberatung für Krankenhäuser geben? – Erfahrungen aus den USA“, in: Ethik in der Medizin 21(2009), 309-322.

Hanns Peter Wolff, „Arzt und Patient“, in: Hans-Martin Sass (Hg.), Medizin und Ethik, Stuttgart 1999, 184-211.

Kurt Wuchterl, Streitgespräche und Kontroversen in der Philosophie des 20. Jahrhunderts, Bern, Stuttgart, Wien, 1997.

Das Projekt wird demnächst durch die Fertigstellung des Manuskripts abgeschlossen. Eine Publikation ist geplant.