

ERFAHRUNGSBERICHT

KONRAD HILPERT

Von der Ratlosigkeit zur angemessenen Entscheidung –
theologische Ethik und Seelsorge in medizinethischen
Fallbesprechungen

Ein Seminarbericht

Im Folgenden wird über ein Hauptseminar mit dem Titel »Die Rolle von Theologischer Ethik und Seelsorge in medizinethischen Fallbesprechungen« berichtet, das 2013 mit etwa 20 Teilnehmern am Lehrstuhl für Moralthologie der Ludwig-Maximilians-Universität München durchgeführt wurde. Kooperationspartner waren die Abteilung Krankenpastoral des Erzbischöflichen Ordinariats München, vertreten durch dessen Leiter, Dr. Thomas Hagen, und der Krankenhausseelsorger am Klinikum Rechts der Isar, Dr. Richard Haubenthaler.

Nach einer Einführung in die Grundlagen der Klinischen Ethik und in Theorien der Ethik-Beratung (zwei Sitzungen) wurde in zehn weiteren Sitzungen jeweils ein anonymisierter Problemfall geschildert, den ein Seelsorger bzw. eine Seelsorgerin während der beruflichen Tätigkeit erlebt hatte. Bei der Planung des Seminars waren die erlebten Fälle nach sachlichen Schwerpunkten ausgewählt worden, um exemplarisch eine möglichst große Breite des klinischen Felds sichtbar machen zu können. Die Zuordnung jedes Falls zu einer ethischen Sachfrage machte es möglich, dass diese jeweils von Studierenden im Voraus erarbeitet werden und in Gestalt eines Kurzreferats mit Handout den übrigen Seminarteilnehmern vorgestellt werden konnte. Die dabei zur Sprache gekommenen Sachthemen waren: die Ermittlung des mutmaßlichen Willens, Hirntod, Therapieverzicht, assistierter Suizid, Entscheidungsnot nach Pränataldiagnostik, Zwangsmedikation in der Psychiatrie, Rationierung bei begrenzter Intensivbettenzahl, Fetozid bei hochgradig riskanter Mehrlingsschwangerschaft, künstliche Ernährung, Beendigung künstlicher Beatmung. In zwei abschließenden Sitzungen wurde gemeinsam über die Ergebnisse und Einsichten für das Ethiktreiben wie auch für die professionelle Seelsorge im Krankenhaus reflektiert.

Ausdrückliches Ziel dieses Seminars war es, wenigstens exemplarisch mehr Praxisnähe herzustellen zwischen theoretischer Prinzipienargumentation und individueller Einzelfallreflexion, wie sie in der seelsorglichen Praxis im Kontext der Klinik notwendig werden kann. Nur so kann nämlich die zweifache Gefahr wahrgenommen und überwunden werden, dass von Seiten der Ethik idealisierte bzw. zwar theoretisch stimmige, aber praxisferne Lösungen bereitgestellt werden oder man sich von Seiten der seelsorglichen Praktiker mit rein pragmatischen Arrangements begnügt, in denen ein ethisches Profil und prinzipielle Orientierungen nicht mehr erkennbar sind. Die Konfrontation mit kon-

kreten Fällen und das sicher bloß »spielerische« Sicheinfühlen in die Rolle eines Konsilmitglieds erwies sich denn auch als starker Anreiz für die Seminarteilnehmer, sich selber aktiv einzubringen und unter realitätsnahen Bedingungen eigenes ethisches Urteilen einzuüben.

Aus Gründen der Vertraulichkeit von Patienten, Angehörigen und Seelsorgenden kann die Reflexion der Konfliktsituationen selbst hier nicht im Einzelnen wiedergegeben werden. Stattdessen wird über die Eigenheiten der behandelten Probleme (1.), die Methoden der Urteilsfindung (2.), die Argumentationstopoi (3.) und die organisatorische Umsetzung (4.) berichtet, wie sie im Verlauf dieses Seminars deutlich geworden sind. Eine Vergewisserung über das besondere theologische Profil (5.) schließt den Bericht ab.

1. Die Eigenart konkreter Entscheidungssituationen

Es handelte sich bei den besprochenen Fällen sämtlich um unklare und deshalb schwierige Entscheidungslagen. Unklar waren sie zunächst im Hinblick auf den einzelnen Patienten. Unklar waren sie aber auch insofern, als sich der Patient nicht bloß als einzelnes Individuum mit seiner Krankheit und den dadurch bedingten Einschränkungen einer Entscheidungsnotwendigkeit gegenüber sieht, sondern diese Entscheidung außerdem im Kontext der Organisation Krankenhaus fallen muss, in der viele Entscheidungen auch von der Logik der Sache, der Routine der Erfahrung, der Funktionalität der Abläufe und der Vertretbarkeit der ökonomischen Kosten vorbestimmt sind. Was in dieser Logik aber fehlt, ist die Zeit, die für schwierige Entscheidungen gebraucht wird, und häufig auch die Berücksichtigung des sozialen Umfelds und der Blick für den Patienten als ganzen Menschen. Klinische Fälle können eine besondere Schärfe und Dramatik gerade durch die Knappheit der Zeit bekommen und andererseits durch Einschränkungen des Willens. Häufig entsteht aus der unterschiedlichen Sicht der Beurteilenden Potenzial an Konflikthaftigkeit.

Eine wichtige Erfahrung für die Studierenden war es, zu spüren, dass die geschilderten Situationen dramatische Konfliktsituationen waren – für die Betroffenen selbst, soweit sie sich ihrer Situation bewusst waren, wie auch für die diversen »Profis«, erst recht auch für den Seelsorger, der nicht einfach als Richter auftreten kann, der sagt, was richtig ist, sondern dessen primäre Aufgabe darin besteht, sich empathisch in die Situation des Patienten einzufühlen, ein besonderes Gespür zu entwickeln für die menschliche und die soziale Seite des Problems, und der dazu beitragen soll, dass der Austausch der unterschiedlichen Perspektiven geordnet geschehen und die Gefühle, die geäußert werden, angenommen werden können. Fast erschreckend kann deshalb die Einsicht wirken, dass weder Normen noch Lehrbücher in solchen konfliktuösen Einzelfällen, die stets einzigartig sind, fertige Entscheidungen vorgeben, sondern allenfalls einen Raum öffnen können, in dem die notwendigen und dem Patienten angemessenen Entscheidungen getroffen werden können. Darüber hinaus kann es zu den Aufgaben des Seelsorgers gehören, die getroffene Entscheidung im Nachhinein zu bestärken und diejenigen, die die Entscheidung getroffen haben, dabei zu unterstützen.

Die Hoffnung ist, dass die ethische Fallbesprechung ein Instrument ist, das einerseits entlastend wirkt, andererseits die Handlungssicherheit der beteiligten Professionellen stärkt.

2. Der Prozess strukturierter Urteilsbildung

Ein Weg, zu einem gut begründeten Urteil zu kommen, das ein Handeln ermöglicht, das gleichermaßen der medizinischen Lage wie der Person des Patienten in ihrer nicht nur somatischen, sondern umfassenden Befindlichkeit angemessen ist, stellt die Besprechung unter allen relevanten Hinsichten dar. Das gilt schon in der Alltagswelt, aber erst recht, wenn im Krankenhaus schwierige Entscheidungen über die weitere Behandlung getroffen werden müssen. In Abgrenzung zu paternalistisch verordneten Entscheidungen des Arztes wie auch zu Mehrheitsentscheidungen durch die am Fall Beteiligten kommt es bei der Besprechung vor allem auf die Beratung der Beteiligten an, und zwar multiprofessionell. Gegenstände dieser multiprofessionellen Beratung sind einerseits die Einschätzung der medizinischen Situation und andererseits die Bedürfnisse und Wertprioritäten des Patienten. Von daher müssen solche Besprechungen praxisbezogen, nichtdirektiv und sensibel und gleichzeitig ergebnisorientiert geführt werden. Die Teilnehmer einer solchen Besprechung müssen dabei sowohl damit rechnen, dass Patient und Angehörige Erwägung und Entscheidung des Falles an sie zu delegieren versuchen, als auch umgekehrt damit, dass ihnen selber klar erscheint, was zu tun ist, sie aber damit umgehen müssen, dass Patient und Angehörige einer anderen Handlungsoption den Vorzug geben.

In den letzten Jahren wurden in der medizinethischen Literatur eine Reihe standardisierter Methoden erarbeitet, wie ethische Fallbesprechungen strukturiert durchgeführt werden können.¹ Die folgende Aufstellung ist erst ein nachträgliches Ergebnis der Reflexion des Seminars. Die einzelnen Wege wurden auch nicht vergleichend unter dem Gesichtspunkt ihrer Handhabbarkeit erprobt. Für solche Erprobung wäre eine Seminarveranstaltung auch kaum der geeignete Rahmen, zumal Methoden bei der Fallbesprechung eher die Funktion eines inneren Leitfadens für den Moderator haben als die einer Checkliste, die Punkt für Punkt abgearbeitet werden muss. Im Fall des beschriebenen Seminars wurden die Fallbesprechungen in Anlehnung an die Nimwegener Methode durchgeführt, die auch in der Ausbildung der Medizinstudierenden durch das Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der LMU zugrundegelegt wird.²

| |
|--|
| Bochumer Arbeitsbogen zur medizinischen Praxis ³ |
| METAP ⁴ (Module, Ethik, Therapieentscheide, Allokation, Prozess) |
| Nimwegener Methode ⁵ |
| 7-Schritte-Modell ⁶ (Interdisziplinäres Modell zur Urteilsbildung für medizin-ethische Fragestellungen in der neonatalen Intensivmedizin) |
| Integratives Modell ⁷ |
| MEFEIS (Multidisziplinäre ethische Fallbesprechung in schwierigen Entscheidungssituationen) ⁸ |

Tabelle 1: Methoden ethischer Fallbesprechung (Übersicht)

3. Prinzip und Einzelfall

Es gibt zahlreiche allgemeine Aussagen und Prinzipien medizinischer Ethik. Seit alters sind sie ausformuliert und als Teil des ärztlichen Standesethos gesammelt, überliefert, bekräftigt und ergänzt worden.

Ethisch geurteilt werden muss allerdings in Bezug auf den Einzelfall, und der ist Teil einer Lebenswelt, die ein eigenes Gepräge hat. Was den Einzelfall in seiner Besonderheit ausmacht, ist deshalb komplex und lässt sich durch das Wissen um allgemeine und generelle Verhaltensnormen oft nur im Allgemeinen, manchmal sogar in wesentlichen Teilen, manchmal aber auch gar nicht erfassen. Infolgedessen mag man manchmal auf dem Weg einer einfachen logischen Subsumtion (Unterordnung) des Einzelfalls unter eine allgemeine Norm zu einer genügenden Entscheidung kommen. Häufig jedoch ist das Urteil, das dem Einzelfall angemessen erscheint, aufwendiger und komplizierter. Komplizierter in der Hinsicht zunächst, dass die medizinische Situation begriffen werden können muss. Denn Informiertsein ist die Vorbedingung für jedes Eingehen auf den Willen des betroffenen Patienten, sei es in Gestalt einer aktuellen Äußerung oder stattdessen der präventiven Verfügung, der Bevollmächtigung eines anderen oder von gelegentlichen Äußerungen, auf deren Grundlage dann der mutmaßliche Wille rekonstruiert wird. Dieses Vermögen zu unterscheiden, ob (bzw. wie weit) der konkrete Sachverhalt bzw. die damit verbundene Fragestellung auf der Grundlage bestimmter allgemeiner Normen angemessen beurteilt werden kann oder ob (bzw. wieweit) er als neues, erst noch zu regelndes Problem anzusehen ist, ist was Immanuel Kant die Urteilskraft in Bezug auf die Praxis genannt hat.⁹ Sie kann durch keinerlei theoretische Überlegung substituiert werden. Genau diese Urteilskraft ist bei den Fallbesprechungen gefragt.¹⁰

Für die im Fall der Nichtsubsumierbarkeit notwendig werdende Beurteilung einer besonderen Situation genügen weder Intuition (»Bauchgefühl«) noch reine Pragmatik. Vielmehr bedarf es dafür objektiver, d. h. allgemein anerkannter und bejahter ethischer Handlungsmaßstäbe. Mit den Begriffen »allgemein anerkannt« und »Maßstäbe« sind aber – zumindest in freiheitlichen Gesellschaften – zwei Probleme verknüpft, nämlich das der möglichen Pluralität und das der Allgemeingültigkeit aller Handlungsgrundsätze, die entweder plausibel begründet werden können oder sich einfach kulturell bewährt haben. »Pluralität« bedeutet in diesem Zusammenhang allerdings nicht, dass alle allgemeinen Maßstäbe als willkürlich zu betrachten seien, sondern beschreibt lediglich das Faktum, dass es jenseits der konsentierten Prinzipien von Autonomie und des Schadensverbots noch einen Raum dissentierender eigener Überzeugungen und Prioritäten gibt, der mit eigenen Lebenserfahrungen, gemeinschaftlich getragenen Überzeugungen und persönlichen religiösen Anschauungen zusammenhängt. Im medizinischen Feld ist solche Pluralität besonders deutlich zu bemerken, weil hier Menschen aus allen Schichten und mit ganz unterschiedlichen Erfahrungshintergründen samt eigenen Werten und Normen aufeinander treffen. Die Frage ist, wie Urteilsfindung unter solchen Bedingungen moralischer Pluralität möglich und angemessen ist. Eine simple Deduktionsschematik kann diesem Umstand jedenfalls nicht gerecht werden.

Alle im Seminar vorgestellten, bedachten und beratenen Fälle waren denn auch von der Art, dass es offenkundig keine Patentlösungen für sie gibt. In solchen Fällen jedoch muss ein Weg gefunden werden, der die praktische Situation ernst nimmt, zugleich aber prinzipielle Orientierungen und Argumente in den Reflexionsprozess einbeziehen kann.

Entsprechende Überlegungen, zwischen Prinzipien und konkreten Urteilen bzw. Handlungsentscheidungen logische Bezüge nichtdeduktiver Art herzustellen, sodass auch in umgekehrter Richtung plausible konkrete Urteile Relevanz für abstrakte Prinzipien entfalten, wurden seit den 1970er Jahren in dem bekannten Buch »Eine Theorie der Gerechtigkeit« von John Rawls angestellt. Rawls spricht von »Überlegungsgleichgewicht« und meint damit die Herstellung eines Ausgleichs zwischen der Plausibilität des konkreten Einzelurteils, die aus der Vertrautheit mit der Praxis und aus eigener Erfahrung resultiert, und der dem Prinzip innewohnenden Begründungskraft – durch anhaltendes Reflektieren. Diese grundlegende Figur ist von anderen Ethikern weiterentwickelt und um kulturelle und weltanschauliche Faktoren und den wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt erweitert worden¹¹. In den letzten Jahren werden Aussagen, die miteinander zusammenhängen und sich gegenseitig plausibilisieren, ohne zwingend auseinander ableitbar zu sein, aber zugleich ohne sich zu widersprechen, im Anschluss an den Philosophen Charles Sanders Pierce¹² als »abduktiv« oder »kohärentistisch« charakterisiert. Solche Aussagen sind offen für Lernprozesse, grenzen sich aber durch die Notwendigkeit der wechselseitigen Plausibilisierung und des gleichzeitigen Sich-Nicht-Widersprechen-Dürfens gegen den Vorwurf des Relativismus ab. Im Bild gesprochen formieren sich die Argumente nicht zu einer Linie, sondern zu einem Netz aus vielen Aussagen, die im Einzelnen Prinzipien, allgemeine Normen, Intuitionen, Einzelentscheide, Abwägungen oder Priorisierungen sein können.

Zumindest teilweise ist dies die Wiederentdeckung einer alten Praxis, die in der Schulung des konkreten Urteilsvermögens durch reale Fälle als zweiter Weg des Erwerbs von Wissen in Moralphilosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft und Medizin bestand. Als sogenannte Kasuistik wusste sie offensichtlich von dem Erkenntniswert, der mit der kreativen Auseinandersetzung mit dem konkreten Einzelfall und seiner Beziehung zur Theorie verbunden ist.

4. Institutionalisierte ethische Fallbesprechung im klinischen Kontext

Die Besprechung der zehn Fallbeispiele aus dem Erfahrungspool von Klinikseelsorgern, die als »Falleinbringer« Gäste und Experten in der jeweiligen Sitzung waren, diente der Simulation realer Fallbesprechungen in der Klinik, jeweils vorbereitet und gestützt durch den Vortrag eines Studierenden zum Diskussionsstand der jeweiligen Sachfrage in der ethischen Literatur. Solche ethischen Fallbesprechungen sollen strukturiert sein und methodisch vorgehen (s. o.). Wichtig ist aber auch, dass sie nicht nur zufällig oder bei Gelegenheit einer herausragenden Entscheidungsnot stattfinden, sondern mit einer gewissen Regelmäßigkeit und als Angebot, das in Einrichtungen systemisch bereitgestellt wird und abgerufen werden kann mit dem Ziel, im Team zu einer ethisch gut begründeten Entscheidung zu gelangen.

Im Seminar wurden unterschiedliche Weisen vorgestellt, wie ein diesbezügliches Angebot konkretisiert und institutionell gesichert werden kann. Die am häufigsten vorkommende Form der ethischen Fallbesprechung dürften *fallbezogene Ethik-Konsile* sein, die ad hoc einberufen werden, sobald »Bedarf«, also Entscheidungsdruck besteht. Im Gegensatz zu solchem Tätigwerden bei Bedarf arbeitet eine andere häufig vorkommende Form, nämlich der *Ethik-Arbeitskreis*, gerade in einer gewissen Distanz zum akuten Ent-

scheidungsdruck, also präventiv oder auch retrospektiv, in jedem Fall aber kontinuierlich. Dem Nachteil, dass hier die Mitgliedschaft freiwillig ist und die Zusammensetzung des Gremiums zufällig sein kann, steht der Vorteil gegenüber, dass die Entlastung von Zeitdruck der Sachlichkeit und Gründlichkeit der Überlegungen und des Austauschs zugutekommen können.

Am anspruchsvollsten ist zweifellos die Etablierung eines sogenannten *Klinischen Ethik-Komitees* in einer Einrichtung oder aber in einem Einrichtungsverbund auf der Basis der gemeinsamen Trägerschaft oder auch der Nachbarschaft in einer Region. Diese Organisationsform des ständigen Komitees gewährleistet besser als die anderen Formen, dass die ethische Fallbesprechung zum integralen Bestandteil der Kultur einer Einrichtung werden kann und die Mitglieder das vollständige Spektrum der diversen Professionen (Ärzte, Pflegende, Psychologen, Seelsorger, Juristen, Patienten, Sozialarbeiter ...) abbilden. Durch die Regelmäßigkeit der Beratungen besteht auch am ehesten die Chance, dass über die Zeit hinweg so etwas wie ein festes Beratungsteam entsteht, in dem offen und vertraulich gesprochen und erwogen werden kann, in dem auch Emotionen und Aggressionen bearbeitet werden können und mit der Zeit eine kohärente Beurteilungspraxis zustande kommt.

Der Anstoß zur Gründung solcher Klinischer Ethik-Komitees (KEK) kam aus den USA und fand Anfang der 1990er Jahre vor allem bei den konfessionellen Krankenhausverbänden in Deutschland große Resonanz.¹³ Auch Universitätskliniken ergriffen entsprechende Initiativen, früh schon in Bochum, Göttingen, Köln, Hannover und Heidelberg.¹⁴ Die Notwendigkeit fallbezogener Ethikberatung ist aber auch unabhängig von den vorgestellten Organisationstypen und Initiativen unbestritten. Es ist deshalb nicht auszuschließen, dass bei deren Etablierung häufig experimentiert wird – auch in erkennbarer Korrelation zu den konkreten Erfordernissen vor Ort (Stations- und Schwerpunkt-klinik-bezogene), zu den Ressourcen (Komitee-Arbeit nimmt ja wertvolle Arbeitszeit in Anspruch) und zur Häufigkeit des Auftretens schwieriger Entscheidungslagen.

Ebenso derzeit noch im Fluss und dementsprechend uneinheitlich in der Praxis ist der genaue Aufgabenumfang der fallbezogenen Besprechungsgremien. Unumstritten als Kernaufgabe anerkannt ist die (auf die Therapieentscheidung bezogene) Fallbesprechung. Aber schon unterschiedlich ist in der Praxis, wem diese in erster Linie angeboten wird, den einzelnen Patienten, deren Angehörigen, dem betreuenden Arzt, den Pflegenden oder noch weiteren Berufsgruppen. Mit dieser anerkannten Kernaufgabe werden dann häufig noch weitere Erwartungen verknüpft, insbesondere im Blick auf die Entwicklung von Leitlinien und Standards oder die Formulierung eines von allen getragenen Leitbilds. Im Einzelfall können die Erwartungen bis zur Zusammenarbeit mit den Anbietern von Fortbildung oder zur Beteiligung an der Kommunikation in die Öffentlichkeit hinein reichen.

5. Das theologische Profil

Worin die theologische Dimension der ethischen Fallberatung bestehe, das war die Fragestellung, unter der der Ertrag des Seminars in der letzten Seminarsitzung bilanziert wurde. Die Antwort wurde zusammen mit den Studierenden erarbeitet in der Weise, dass diese sich zu der Frage zunächst in Kleingruppen Gedanken machen sollten. So

sollten alle Seminarteilnehmer dazu angeregt werden, nach einem gemeinsamen inhaltlichen Faden, der die verschiedenartigen Einzeldiskussionen miteinander verbindet, zu suchen.

Was im Anschluss an diese Kleingruppenüberlegungen aus dieser zusammenfassenden Reflexion ins Plenum zurückgetragen wurde, zeigt, dass es bei ethischen Fallbesprechungen, an der sich professionelle Klinikseelsorger beteiligen, um viel mehr gehen kann als nur um die Sorge für die Respektierung der religiösen Überzeugungen des Patienten unter den Bedingungen der Schwäche und Hilflosigkeit, die selbstverständlich auch ein legitimes und wichtiges Anliegen ist. Aber häufig ist für den betreffenden Patienten und seine Angehörigen noch viel wichtiger die Erfahrung, Gehör zu erhalten und als Kommunikationspartner mit allen Äußerungen, auch den emotionalen, insbesondere Ängsten, Zorn, Ratlosigkeit und Verzweiflung wirklich ernst genommen zu werden. In der Fallbesprechung und in dem, was es dabei zu verstehen, zu interpretieren oder auch als angemessen herauszufinden gilt, darf es also gerade nicht nur um den Patienten als Fall von X gehen, sondern es muss offensichtlich gerade seine Individualität und Besonderheit die maßgebliche Größe sein, die von außen nicht rasch und restlos durchschaut werden kann. Die existenziellen Fragen, die in diesem Kontext auftauchen, müssen Platz haben, sei es als etwas, was belastet, sei es als etwas, was Sorgen auslöst oder was noch bearbeitet zu werden ein Bedürfnis ist. Sich konfrontiert zu sehen mit den eigenen Grenzen der Vitalität, dem Verwehrtwerden der Lebenspläne und auch den Grenzen der medizinischen Machbarkeit, kann Krisen auslösen oder alte, lange Zeit verdrängte Krisen wieder in die Gegenwart zurückholen. Nicht, dass sich der Seelsorger hierbei als »Zauberer« oder gar »Erlöser« einbringen könnte; aber was unter seiner Beteiligung ein Stück weit gelingen kann, weil er eben nicht in gleichem Maße wie andere Professionen Vorgaben von Zeit, Effektivität und Ökonomie unterworfen ist und weil ihm von seinem Professionsethos her die eigene Begrenztheit und Verwundbarkeit bewusst ist, ist der akzeptierende Umgang mit diesen Grenzen und die Beachtung der Ganzheitlichkeit des Menschen, der sich in einer Krankheits- oder gar Lebenskrise befindet.

ANMERKUNGEN

- 1 Ein frühes, allerdings ganz auf die ärztliche Urteilsbildung fokussiertes und deshalb in der untenstehenden Tabelle nicht berücksichtigtes, aber gleichwohl noch immer hilfreiches Schema bietet L. HONNEFELDER, *Die ethische Entscheidung im ärztlichen Handeln*, in: Ders./G. Rager (Hrsg.), *Ärztliches Urteilen und Handeln: Zur Grundlegung einer medizinischen Ethik*, Frankfurt a. M./Leipzig 1994, 135–190, hier: 185–190.
- 2 Siehe dazu G. MARCKMANN/F. MAYER, *Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion*, in: *Der Onkologe* 15 (2009) 980–988; G. MARCKMANN, *Ethik in der Medizin: Normative Orientierung im Spannungsfeld zwischen philosophischer Grundlegung und medizinischer Praxis*, abgerufen am 20.01.2015 unter www.egt.med.uni-muenchen.de/marckmann.
- 3 Erarbeitet von H.-M. SASS und H. VIEFHUES.
- 4 Leitfaden nach S. REITER-THEIL, *Ethik in der Klinik – Theorie für die Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils*, in: *Ethik in der Medizin* 11 (1999) 222–232.
- 5 N. STEINKAMP/B. GORDIJN, *Ethik in der Klinik. Ein Arbeitsbuch*, Neuwied 2003.
- 6 www.dialog-ethik.ch/_upl/files/Schritte7Dialogneu (abgerufen am 20.01.2015); K. v. SIEBENTHAL/R. BAUMANN-HÖLZLE, *Ethische Konferenzen*, in: *Ethik in der Medizin* 11 (1999) 233–245.

- 7 F.-J. BORMANN, *Ein integratives Modell für die ethische Fallbesprechung*, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 59 (2013) 117–127, DERS., *Aussagekräftig und nachvollziehbar*, in: neue caritas 15 (2013) 14–18.
- 8 Erarbeitet von RUPERT SCHEULE: www.kthf.uni-augsburg.de (abgerufen am 20.01.2015).
- 9 Über den Gemeinspruch »Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis« (1793), in: I. KANT, *Werke in sechs Bänden*, hg. v. Wilhelm Weischedel, Darmstadt 1975, Bd. VI, 127–172. Zum Problem siehe unter anderem M. LUTZ-BACHMANN, *Ethik* (Grundkurs Philosophie 7), Stuttgart 2013, 194–209.
- 10 Siehe dazu auch die Erwägungen bei K. HILPERT, »...um des Menschen willen«. *Lebbarkeit als Kriterium der Theologischen Ethik* (Abschiedsvorlesung am 07.02.2013), als Manuskript gedruckt 2013.
- 11 Siehe dazu u. a. den Überblicksartikel C. ARN/R. BAUMANN-HÖLZLE, *Integrative Verantwortungsethik – Verantwortung als würde- und autonomieorientierter Kohärentismus*, in: Ethikdialog in der Wissenschaft. Handbuch Ethik im Gesundheitswesen, Bd. 5, Basel 2009, 113–137.
- 12 Siehe dazu T. BARTELBORTH, *Begründungsstrategien: Ein Weg durch die analytische Erkenntnistheorie*, Berlin 1996.
- 13 Eine initiale Rolle spielt die gemeinsame Empfehlung des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbands e. V. und des Katholischen Krankenhausverband Deutschland e. V. aus dem Jahr 1997. Von denselben Verbänden wurde im selben Jahr 1997 auch die Broschüre mit dem Titel »Das Ethikkomitee im Krankenhaus« vorgelegt.
- 14 Einen guten Überblick über den Stand der Ethikberatung und die Etablierung von Ethik-Komitees in Deutschland gibt der Band A. FREWER/F. BRUNS/A. T. MAY (Hrsg.), *Ethikberatung in der Medizin*, Heidelberg 2012.