



# MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Welche Ethik der Ethikberatung?  
Versuch einer theoretischen Verankerung der 'Ethikberatung im  
Gesundheitswesen' in der Prinzipienethik von Tom L.  
Beauchamp und James F. Childress

verfasst von | submitted by

Helene Mayer BA

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree  
programme code as it appears on the  
student record sheet:

UA 066 641

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree  
programme as it appears on the student  
record sheet:

Masterstudium Interdisziplinäre Ethik

Betreut von | Supervisor:

Ass.-Prof. Dr. Donata Romizi M.A.



# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Danksagung.....                                                                                             | 2  |
| Einleitung .....                                                                                            | 3  |
| 1. Ethikberatung im Gesundheitswesen.....                                                                   | 5  |
| 1.1. Thematische Einführung .....                                                                           | 5  |
| 1.2. Aufgaben und Ziele der Ethikberatung .....                                                             | 8  |
| 1.2.1. Ethische Fallberatung .....                                                                          | 10 |
| 1.2.2. Erstellung ethischer Leitlinien .....                                                                | 14 |
| 1.2.3. Organisation interner und öffentlicher Veranstaltungen zu medizin- und pflege-ethischen Themen ..... | 16 |
| 1.2.4. Ethiktransfer .....                                                                                  | 16 |
| 1.2.5. Beratung der Einrichtungsleitung in organisationsethischen Fragen .....                              | 17 |
| 1.3. Der Gegenstand der Ethikberatung.....                                                                  | 19 |
| 1.4. Bedarf und Anforderungen einer Theorie der Ethikberatung.....                                          | 26 |
| 2. Prinzipienethik bei Tom L. Beauchamp und James F. Childress .....                                        | 31 |
| 2.1. Ethische Kohärenztheorie anhand von John Rawls <i>Theorie der Gerechtigkeit</i> .....                  | 31 |
| 2.2. Prinzipienethik nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress .....                                     | 34 |
| 2.2.1. Respekt vor Autonomie ( <i>respect for autonomy</i> ) .....                                          | 41 |
| 2.2.2. Nicht-Schaden ( <i>nonmaleficence</i> ) .....                                                        | 42 |
| 2.2.3. Wohltun ( <i>beneficence</i> ).....                                                                  | 42 |
| 2.2.4. Gerechtigkeit ( <i>justice</i> ).....                                                                | 44 |
| 2.3. Mögliche Kritik an der Prinzipienethik .....                                                           | 44 |
| 2.3.1. Uneindeutige Handlungsanleitungen .....                                                              | 45 |
| 2.3.2. Fehlende Konzeption des Guten.....                                                                   | 48 |
| 2.3.3. Fragliche Rechtfertigung der allgemeinen Moral .....                                                 | 50 |
| 3. Eine prinzipienethische Ethikberatung.....                                                               | 56 |
| 3.1. Prinzipienorientierte Falldiskussion bei Georg Marckmann .....                                         | 56 |
| 3.2. Prinzipienethische Ethikberatung .....                                                                 | 59 |
| 3.3. Grenzen der prinzipienethischen Ethikberatung .....                                                    | 62 |
| 3.3.1. Theoretische Grenzen.....                                                                            | 63 |
| 3.3.2. Praktische Grenzen .....                                                                             | 65 |
| Schluss.....                                                                                                | 69 |
| Literaturverzeichnis.....                                                                                   | 71 |
| Abbildungsverzeichnis.....                                                                                  | 78 |
| Anhang – Abstract.....                                                                                      | 79 |
| Abstract (Deutsch) .....                                                                                    | 79 |
| Abstract (English) .....                                                                                    | 79 |

## Danksagung

Herzlichen Dank an Donata Romizi, ohne ich diese Arbeit weder begonnen noch fertiggestellt hätte, und an Stefan Dinges, der mich mit der Ethikberatung vertraut gemacht hat.

Ebenso großer Dank gebührt Alexander, Marcus und Adrian für das gewissenhafte Lesen, Korrigieren und Mitdenken dieser Arbeit.

Zuletzt möchte ich mich bei mich bei Martin und all meinen Sonnen bedanken, deren Zuspruch, Geduld und Fürsorge das Schreiben wesentlich leichter gemacht hat.

# Einleitung

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, inwiefern die Prinzipienethik nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress ein theoretisches Fundament für die Ethikberatung im Gesundheitswesen darstellen kann. Die Frage ergibt sich aus der Beobachtung, dass Ethikberatung im Gesundheitswesen zwar ein zunehmend beliebtes Unterstützungsangebot in medizinisch-pflegerischen Einrichtungen darstellt, allerdings konzeptuell nicht einfach zu fassen ist. So bleibt unter anderem weitgehend offen, wie und warum Ethikberatung dazu beiträgt, dass in Gesundheitseinrichtungen moralisch bessere Entscheidungen getroffen werden: Es fehlt eine explizite Angabe und Begründung dessen, was Ethikberatung im Gesundheitswesen auf normativer Ebene leisten möchte. Unter der Prämisse, dass mit Hilfe einer Angabe eben dazu wesentlich stringenter und konkreter beschrieben werden kann, worauf Ethikberatung in ihren Teilbereichen abzielt und wodurch sie zu moralisch besseren Entscheidungen im Gesundheitsbereich beitragen kann, soll der Versuch unternommen werden, die fraglichen Inhalte durch eine ethische Theorie – namentlich durch die Prinzipienethik nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress – zu ergänzen.

Die Arbeit beschränkt sich dabei auf die Ethikberatung im deutschsprachigen Raum und dabei insbesondere auf das ethische Referenzsystem der Ethikberatung. Etwaige organisationstheoretische Aspekte und Modelle der Beratung, die der Ethikberatung ebenso zugrunde liegen, sind aus dieser Arbeit weitgehend ausgeklammert.

Um die gestellte Forschungsfrage beantworten zu können, wird im ersten Kapitel ausgearbeitet, worin sich meine Beobachtung begründet. Dafür wird insbesondere mit Hilfe der *Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen* (2023) der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) beschrieben, was Ethikberatung ist, sowie welche Ziele und Aufgabenbereiche sie laut der AEM verfolgt. Basierend darauf soll im Anschluss die Frage nach einer theoretischen Verankerung motiviert werden, und ausgearbeitet werden, was die fragliche theoretische Verankerung leisten muss.

Im zweiten Kapitel soll dann die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress wie auch einige Einwände gegen sie vorgestellt werden, die relevant zu sein scheinen, wenn versucht wird, die Prinzipienethik als theoretisches Fundament der Ethikberatung heranzuziehen.

Im dritten und letzten Kapitel soll dargestellt werden, in welcher Weise die Prinzipienethik die Ethikberatung ergänzen, und wie eine prinzipienethische Ethikberatung praktisch gedacht werden kann. Dafür soll zunächst erläutert werden, in welcher Form die Prinzipienethik Anwendung findet, und wie eine prinzipienorientierte Fallberatung gestaltet werden kann.

Zuletzt wird der Versuch unternommen zu zeigen, dass eine theoretische Fundierung der Ethikberatung im Gesundheitswesen durch die Prinzipienethik nur bedingt gelingen kann, da mithilfe der Prinzipienethik zwar die Teilbereiche der Ethikberatung besser konkretisiert und strukturiert werden können, allerdings auch einige Probleme aufgeworfen werden, die sich auf die fehlenden Handlungsanleitungen innerhalb der Prinzipienethik, ihre konzeptuelle Unvollständigkeit sowie auf ihre unzureichende Letztbegründung beziehen. Während es durchaus beabsichtigt sein kann, keine eindeutigen Handlungsanleitungen vorzugeben, um dogmatische Positionen zu vermeiden, bleibt fraglich, wie gut eine prinzipienorientierte Ethikberatung für die Gültigkeit der Prinzipien argumentieren kann, die sie als Maßstäbe für das moralisch wünschenswerte annimmt.

# 1. Ethikberatung im Gesundheitswesen

## 1.1. Thematische Einführung

Ethikberatung im Gesundheitswesen ist im weitesten Sinne ein Beratungsangebot, das in den verschiedensten Einrichtungen des Gesundheitssystems zur Verfügung gestellt werden kann: Ethikberatung kann etwa in säkularen wie konfessionellen Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen in kommunaler oder privater Trägerschaft, aber auch in Hospizen oder Hausarztpraxen, kurz: im intra- wie im extramuralen Bereich stattfinden. Sie ist, anders formuliert, überall dort angesiedelt, wo moralische und ethische Konflikte im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen auftreten können und soll bei deren Lösung unterstützen. Gemäß der breit gestreuten Anwendungsgebiete gibt es sowohl bei real existenten Ethikberatungen als auch in der zugehörigen Literatur eine Vielzahl an Begrifflichkeiten für diese Formen der Unterstützung: so wird sie mancherorts beispielsweise (klinisches) Ethikkomitee, Ethikdienst, Ethikkonzil, Ethikforum oder Ethikcafé genannt. Einfachheitshalber werden diese Begriffe in der vorliegenden Arbeit unter dem Begriff der *Ethikberatung* subsumiert. Sie sind jedenfalls von Ethikkommissionen, die sich mit der ethischen Plausibilität wissenschaftlicher Studiendesigns beschäftigt, und von anderen rechtlichen, themenspezifischen Beratungsgruppen, wie etwa Kinderschutzgruppen, abzugrenzen. Ebenso übernimmt Ethikberatung weiters keine seelsorgerische oder therapeutisch-supervisorische Funktion: Ethikberatung soll Ärzt:innen und Behandlungsteams in ambivalenten und unklaren Entscheidungsmomenten unterstützen, nicht aber die psychologische, fachliche oder rechtliche Aufarbeitung derselben gewährleisten.

Ethikberatung kann in die Strukturen der Institution, für die und mit der sie arbeitet, eingebettet sein und wird dann meistens als *klinische Ethikberatung* (AEM 2023, 314) bezeichnet. Die Ethikberatung ist in diesem Fall beispielsweise ein internes Team, das zusätzlich zu den regulären Aufgaben Tätigkeiten für die Ethikberatung übernimmt. Sie kann aber auch als externer Verein, als *außerklinische Ethikberatung* (AEM 2023, 314) organisiert sein und quasi von außen oder zwischen unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen zu ihrem jeweiligen Auftraggeber kommen.

Teams der Ethikberatung können sehr unterschiedlich besetzt sein: Die Teams der klinischen Ethikberatung bestehen meist aus 5 – 20 Personen, deren Expertise und Qualifikation stark von der Einrichtung abhängt, an der sie tätig sind. In der Regel finden sich Mitglieder mit ärztlicher, pflegerischer und medizin- oder pflegeethischer Ausbildung (vgl. AEM 2023, 317). Darüber hinaus können Personen aus dem juristischen, seelsorgerischen, psychosozialen und administrativen Bereich Teil der Ethikberatung sein – es können aber auch Patient:innen, Angehörige oder deren Vertreter:innen an der Ethikberatung beteiligt werden.

Die Zielgruppe der Ethikberatung bleibt größtenteils die gleiche: Sie richtet sich primär an medizinisches Personal, also Ärzt:innen und Pflegekräfte, aber auch an Mitglieder der Führungsebene sowie an Patient:innen und Angehörige, d. h. an alle, die an potenziell moralisch oder ethisch schwierigen Entscheidungsprozessen im Rahmen medizinischer Behandlungen beteiligt sind.

Positive Effekte der Ethikberatung bestehen in mehr Entscheidungs-, Handlungs- und Rechtssicherheit, da durch sie alle relevanten Akteur:innen und Perspektiven in Entscheidungen miteinbezogen werden, Protokolle mit ethisch-rechtlichen Begründungen erstellt werden können und auch etwaiger moralischer Stress<sup>1</sup> durch eine strukturierte Bearbeitung der jeweiligen Fälle minimiert werden kann (vgl. Morley et. Al. 2021, 13; Dinges 2017, 82; Woellert 2022). Entsprechend versteht sich Ethikberatung als Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität und gilt etwa in Deutschland als anerkanntes Qualitätsmerkmal von Gesundheitseinrichtungen (vgl. Simon 2022, 878). Dass Ethikberatung als ein Qualitätsmerkmal verstanden wird, lässt sich laut der AEM durch die „Zufriedenheit der Ratsuchenden mit der Ethikberatung, die Veränderung in der Patientenversorgung oder im Umgang der Beschäftigten untereinander“ (AEM 2013, 152) nachweisen.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Moralischer Stress (engl. *moral distress*) ist ein Begriff der Pflegewissenschaften, der von Andrew Jameton in seinem Buch *Nursing Practice: the ethical issues* (1984) vorgeschlagen wurde. Er beschreibt die psychologische Reaktion auf Dilemmata, in denen Pflegepersonen aus vermeidbaren strukturellen oder organisationalen Gründen nicht so handeln können, wie sie es für moralisch richtig halten. Dabei ist freilich vorausgesetzt, dass Menschen moralische Vorstellungen haben und nach deren Verwirklichung streben. In Pflegesettings geht es hier oftmals um moralische Vorstellungen, die das eigene Berufsbild, die eigene Autonomie sowie Entscheidungsmacht, aber auch Ressourcenverbrauch und Patient:innenrechte betreffen. Einen Überblick hierzu bietet etwa Eisele 2017.

<sup>2</sup> Auf die fehlenden normativen Qualitätskriterien wird in Kapitel 1.3. näher eingegangen.

Etwaige Kritik an der Ethikberatung bezieht sich darauf, dass sie in ihrer Theorie nicht gut fundiert ist (vgl. dazu Mertz et. al. 2013, 91; Kettner 2011, 47) und dass es an vergleichbaren und evaluierten Standards der Ethikberatung fehlt (vgl. Bauer/Dewies 2018, 1048). Auf praktischer Ebene ist Ethikberatung mitunter mit dem Vorwurf konfrontiert, dass sie unverhältnismäßig viel Zeit und Ressourcen in Anspruch nehmen würde (vgl. Alt-Epping 2021, 147; Salomon 2015, 207) oder dass Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen sich durch ethische Fallberatungen in Ihrer Arbeit bevormundet oder gestört fühlen können (vgl. Salomon/Zieler 2007, 181). Entsprechend können auch Schwierigkeiten bei der Implementierung von Ethikberatung teilweise aufgrund von mangelndem Interesse an ethischen Themen und „ärztliche[m] Widerstand“ (Dörris 2008, 21) auftreten.

Wie bereits in dieser kurzen Ausführung angedeutet wird, gibt es eine große Zahl unterschiedlicher Ausgestaltungen der Ethikberatung. Das liegt unter anderem daran, dass Ethikberatung in Österreich – sowie im deutschsprachigen Raum – weder gesetzlich verankert ist, noch mit einheitlichen Begriffen beschrieben wird. Daraus ergibt sich einerseits der Vorteil, dass Ethikberatung als Konzept offen für verschiedene Adaptierungen bleibt und sich an sehr spezifische Anforderungen und Kontexte anpassen kann. Andererseits erschwert es den Austausch über Funktionsweisen, Strategien und Qualitätsanforderungen an Ethikberatungen. Zusätzlich gibt es, obwohl Ethikberatung schon seit 1994 in konfessionellen österreichischen Krankenhäusern etabliert ist (vgl. Dinges 2021, 327) und sukzessive ausgebaut wurde, zu wenige belastbare Daten zum Angebot oder den vorhandenen Strukturen von Ethikberatung.

In der vorliegenden Arbeit wird übersichtshalber auf das Vokabular und die Begriffe der in Deutschland ansässigen *Akademie für Ethik in der Medizin* (AEM), der Fachgesellschaft für Medizin-, Pflegeethik und Ethik im Gesundheitswesen, zurückgegriffen. Von ihr stammt auch das in Österreich standardmäßig verwendete Curriculum zur Ausbildung von Ethikberater:innen (siehe dazu AEM 2022). Mit den *Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen* (2023) der AEM gibt es darüber hinaus eine Art Minimaldefinition für Ethikberatung im deutschsprachigen Raum, die sich jedoch nicht als eine konzeptionelle Bestimmung oder als Theorie der Ethikberatung versteht. Vielmehr handelt es sich hierbei um eine Zusammenfassung relevanter Aufgaben und Ziele in der Praxis von Gesundheitseinrichtungen, die ethische Beratungsstrukturen im Gesundheitswesen übernehmen – diese Standards sollen, so

die Intention der AEM, als Vorlage und als Orientierung für neue, aber auch für bestehende Beratungsangebote funktionieren.

Im folgenden Kapitel wird also der Versuch unternommen, Ethikberatung mithilfe der erwähnten Standards zu skizzieren, um im weiteren Verlauf diejenigen Ansprüche ausfindig zu machen, die sie an eine mögliche Theorie der Ethikberatung stellt.

## 1.2. Aufgaben und Ziele der Ethikberatung

Ethikberatung im Gesundheitswesen besteht laut der AEM aus multiprofessionellen Teams, die bei moralischen und ethischen Fragen im Rahmen medizinischer Behandlungen auf verschiedenen Ebenen Unterstützung leisten möchten (vgl. AEM 2023, 313). Das Ziel der Ethikberatung wird von der AEM wie folgt beschrieben:

Das grundlegende Anliegen von Ethikberatung im Gesundheitswesen besteht darin, alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Personen (z. B. deren Mitarbeitenden und die Leitung der Einrichtung, die dort versorgten Menschen sowie deren Angehörige) bei einem angemessenen und abgewogenen Umgang mit ethischen Fragen und Herausforderungen zu unterstützen und einen Beitrag zu einem transparenten und ethisch begründeten Handeln zu leisten.

(AEM 2023, 314)

Wie sich anhand dieser Formulierung bereits zeigt, hat Ethikberatung den Anspruch, praxis- und lösungsorientiert zu arbeiten, d. h. in der medizinisch-therapeutischen Praxis wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität in medizinischen Einrichtungen zu setzen. Es wird außerdem deutlich, dass sie sich an Personen ohne philosophisch-ethische Ausbildung richtet und diese dabei unterstützen soll, mit ethischen Fragen auf eine besondere Art und Weise umzugehen. In diesem Sinne versteht sie sich als ein Beratungs- und Unterstützungsangebot, das Entscheidungsprozesse in moralischer und ethischer Hinsicht begleiten und erleichtern soll. Sie inkludiert dabei nicht nur Ethik, sondern auch Aspekte der Organisationstheorie sowie der Moderation und Beratung (vgl. AEM 2022, 6-7). Dabei ist es wichtig anzumerken, dass sich Ethikberatung immer innerhalb des geltenden rechtlichen Rahmens bewegt (vgl. Rothärmel 2008, 182 f.). Die Inhalte, wie auch die Methoden, sind durch die jeweils gültigen Rechtsnormen abgesteckt – die Beratung beschränkt sich demnach ge-

wissermaßen auf die Unterstützung bei der Navigation innerhalb eines bestehenden Rechts- und damit auch Wertesystems.

Die AEM fasst die konkreten Zielsetzungen, die Ethikberatung anzustreben hat, wie folgt zusammen:

- die Sensibilisierung für ethische Fragestellungen,
- die Förderung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Themen, Unsicherheiten und Konflikten,
- die Bewältigung bzw. Lösung ethisch herausfordernder Situationen,
- die Berücksichtigung allgemein anerkannter ethischer Normen und Kriterien sowie
- die Verbesserung der Versorgungsqualität. (AEM 2023, 314)

Diese Zielsetzungen sollen durch fünf verschiedene Aufgabenbereiche auf unterschiedlichen Ebenen erreicht werden.<sup>3</sup> Die ersten drei dieser Aufgabengebiete wurden bereits in der 1. Fassung der AEM-Standards von 2010 als Kernaufgaben von Ethikberatung genannt (vgl. AEM 2010). Die Etablierung ethischer Reflexion in medizinische Regelprozesse sowie die Organisationsethik wurden 2023 neu in die Standards aufgenommen bzw. sind als Ausdifferenzierung ergänzt worden. Zusammengefasst bestehen die Aufgaben der Ethikberatung also in den folgenden Bereichen:

- die Durchführung individueller Fallbesprechungen (Ethik-Fallberatung)
- die Erstellung von internen Leitlinien bzw. Empfehlungen (Ethik-Leitlinien)
- die Organisation von internen und öffentlichen Veranstaltungen zu medizin- und pflegeethischen Themen (Ethik-Fortbildung)
- die systematische Förderung von ethischer Kompetenz vor Ort und ethischer Reflexion in den Regelprozessen des Berufs- und Versorgungsalltags (Ethik-Transfer)
- die Beratung der Einrichtungsleitung in organisationsethischen Fragen (Organisationsethik). (AEM 2023, 314)

Diese fünf Aufgabenbereiche müssen nicht notwendigerweise überall in der gleichen Form umgesetzt werden. Innerhalb einer Einrichtung kann auch die personelle Besetzung variieren:

---

<sup>3</sup> Die Frage danach, was ethische Fragestellungen sind, wie ethisch herausfordernde Situationen gelöst werden können oder welche allgemein anerkannten ethischen Normen es zu berücksichtigen gilt, wird in Kapitel 1.3. näher beleuchtet.

Tatsächlich sind die Teams der Ethikberatung im Gesundheitswesen je nach konzeptionellem Aufbau teilweise nicht mit jenen Teams ident, die in den Aufgabenbereichen praktisch arbeiten. Ethikberatung kann daher sowohl als Bezeichnung für einen konkreten Aufgabenbereich verwendet werden, als auch als primär organisatorische Einheit verstanden werden: Während es vielerorts personell keine Unterschiede zwischen den Teams für die Fallberatung und der organisationsethischen Beratung gibt (vgl. beispielsweise Coors et. al. 2015, 81-173), gibt es zumindest ein Modell der Ethikberatung, in dem beide Bereiche getrennt sind, sich aber inhaltlich aufeinander beziehen.

Besagtes Konzept basiert auf Norbert Steinkamp und Bert Gordjin und wird als *klinisch-ethisches Interaktionsmodell* bezeichnet (vgl. 2010, 150). Das übergeordnete Ziel dieses Modells besteht, wie auch die Standards der AEM, darin, sowohl spezifisch ethische Situationen im klinischen Alltag als auch ethische Fragen auf Organisationsebene berücksichtigen zu können (vgl. ebd., 23 f.). Das gelingt am besten, so die Überlegung, wenn ethische Leitlinien und Empfehlungen auf institutioneller Ebene direkt anhand der Themen und Problemstellungen des praktischen klinischen Alltags entworfen werden können. Zwischen beiden Ebenen zu vermitteln ist dabei die Aufgabe des *Ethikkomitees*, wie die Ethikberatung hier genannt wird: Ausgehend von den jeweiligen Ist-Zuständen auf den Stationen, mit denen das Komitee kontinuierliche Rücksprache hält, und dem medizinischen Alltag, sollen normative Leitbilder erarbeitet werden, die wiederum die klinische Entscheidungsfindung erleichtern sollen. Die Ethikberatung ist hier insofern eher als Organisationseinheit zu verstehen, deren Aufgabe darin besteht, Möglichkeiten und Hilfestellungen für ethische Reflexion zu schaffen (vgl. ebd., 157).

Im Folgenden werden alle fünf Teilaufgaben der Ethikberatung gemäß der AEM im Detail erläutert:

#### 1.2.1. Ethische Fallberatung

In einer ethischen Fallberatung werden konkrete ethische Fragen in den weiteren Behandlungen von einzelnen Patient:innen aufgegriffen. Mit allen relevanten Akteur:innen wird – durch die Bearbeitung auftretender Ziel- und Wertekonflikte sowie durch die Evaluation alter-

nativer Ziele und Behandlungsvarianten – versucht, ethisch begründete Handlungsempfehlungen zu formulieren. Beate Herrmann definiert eine ethische Fallbesprechung etwa so:

Ethische Fallbesprechungen [...] werden verstanden als Beratungen, in denen ein interdisziplinär und berufsübergreifend zusammengesetztes Behandlungs- und Beratungsteam über ethisch relevante Fragestellungen in Bezug auf eine weitere Behandlung eines Patienten beraten.

(Herrmann 2022, 889)

Sie ist dementsprechend praxis- und lösungsorientiert: Sie versucht, innerhalb des rechtlichen Rahmens und der medizinischen Möglichkeiten verschiedene Behandlungsoptionen auf ihre ethische Vertretbarkeit hin zu prüfen und einen Konsens herzustellen, der nicht nur faktisch, sondern auch normativ gültig ist, d. h. nicht nur der Rechtslage, sondern auch allgemein anerkannten Normen entspricht (vgl. ebd., 889); welche Normen das sind, wird an dieser Stelle nicht genannt oder begründet.

Die ethische Fallberatung ist eine Teilaufgabe der Ethikberatung im Gesundheitswesen. Das bedeutet, Fallberatungen können durch Mitglieder der internen Ethikberatung angeleitet werden oder von externen Expert:innen bzw. entsprechend ausgebildeten Ethikberater:innen. Je nachdem, in welcher Beziehung das ratsuchende Behandlungsteam zum Team der Fallberatung steht, kann von verschiedenen Modellen der Fallberatung gesprochen werden:

Es kann ein moralischer Konflikt oder ein ethisches Problem an eine externe Expert:innengruppe – z. B. bestehend aus besonders interessierten Ärzt:innen oder Pflegekräften – weitergeleitet werden, die dann, basierend auf den übermittelten Unterlagen eine Empfehlung abgibt (vgl. Neitzke 2008, 63). In diesem *Expertenmodell* wird die Debatte also an ein stationsfremdes Team ausgelagert. Ein Vorteil besteht etwa darin, dass so die Bearbeitung von moralischen Konflikten durch besonders kompetente, nicht persönlich affizierte Personen erfolgt. Das kann allerdings auch dazu verleiten, moralische Konflikte prinzipiell an Expert:innen abzugeben, was gemäß dem formulierten Ziel der Ethikberatung, Entscheidungsträger:innen bei ihrer Entscheidung zu unterstützen, nicht wünschenswert ist. Ebenso können hier nie alle Perspektiven und Zugänge zu dem jeweiligen Fall berücksichtigt werden (vgl. ebd., 64). Unter der Prämisse, dass Behandlungsentscheidungen nicht ausschließlich aufgrund medizinischer Indikationen, sondern immer auch in Hinblick auf die individuellen Therapieziele, die Lebenssituationen und die Wünsche der Betroffenen getroffen werden sollten,

werden in dieser Version der Fallberatung essenzielle Perspektiven nicht ausreichend berücksichtigt.

Dieses Problem kann mit einem *Delegiertenmodell* insofern umgangen werden, als hier eine Person des behandelnden Teams als Delegierte:r zu einer Expert:innengruppe, etwa dem Team der Ethikberatung, stößt und dort den jeweils aktuellen Fall vorträgt, um ihn anschließend beraten zu lassen (vgl. ebd., 65). So können zwar nicht alle, aber immerhin mehrere Details zu dem Fall und zu Perspektiven in die Entscheidungsfindung einfließen.

Durch ein *Prozessmodell* wird die Problematik der ausgeschlossenen Perspektiven weitgehend eliminiert, indem ein Konflikt oder ein Dilemma direkt auf der Station mit den beteiligten Ärzt:innen, Pflegenden sowie den Patient:innen und Angehörigen diskutiert wird (vgl. ebd., 66). Das hat einerseits den Vorteil, dass die Kompetenz im Umgang mit ebensolchen Problemen im Behandlungsteam steigt und andererseits alle Akteur:innen in die Beratung integriert werden – so zumindest der Anspruch. Je nach Ausführung dieses Modells kann das gesamte Team der Ethikberatung zur Station oder in den Behandlungsraum kommen, um die Beratung durchzuführen. Es können aber auch einzelne Ethikberater:innen oder Expert:innen in den Behandlungsraum quasi entsendet werden – man spricht dann vom *Konsilmodell* (vgl. ebd., 68). In einer zugespitzten Form des Konsilmodells ist die Ethikberater:in beratende Begleitung des Behandlungsteams: Der *Ethik-Liaisondienst* oder auch *Ethikvisite* ist als präventives Instrument der Ethikberatung zu verstehen, bei dem eine Ethikberater:in in das klinische Behandlungsteam integriert und entsprechend routinemäßig präsent ist (vgl. Richter 2008, 77). Das Ziel ist es, durch zeitnahe und niederschwellige Erreichbarkeit ethische Dilemmata in ihrer vollen Tragweite vorwegzunehmen, d. h. eben präventiv zu arbeiten. Das gelingt durch die frühzeitige Antizipation potenzieller ethischer Konflikte und Problematiken sowie die zeitnahe Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen.

Die AEM schlägt in ihren Standards eine Art des Prozess- oder Konsilmodells vor, das durch eine qualifizierte Ethikberater:in durchgeführt und moderiert werden soll (vgl. AEM 2023, 320). Als Minimalanforderungen an diese Ethikberater:innen nennt die AEM „kommunikative und diskursive Fähigkeiten, zeitliche Verfügbarkeit sowie eine entsprechende Weiterbildung und die Bereitschaft zur kontinuierlichen Fortbildung“ (AEM 2023, 318). Mit dieser Ausbildung ist unter anderem eine Ausbildung gemäß des schon erwähnten Curriculums *Ethikberatung im*

*Gesundheitswesen* (2022) gemeint, in dem drei Kompetenzstufen beschrieben werden: Kompetenzstufe 1 (K1) gilt als Voraussetzung dafür, Ethikberatungen durchführen zu dürfen; Kompetenzstufe 2 (K2) für Koordinator:innen für Ethikberatung im Gesundheitswesen und Kompetenzstufe 3 (K3) für Trainer:innen für Ethikberatung im Gesundheitswesen. Die beschriebenen Kompetenzen beziehen sich auf die Bereiche Ethik, Organisation und Beratung (vgl. AEM 2022, 2) und werden an dieser Stelle nicht näher ausgeführt.

Ethische Fallberatungen sollten laut den Standards der AEM idealerweise durch einen Moderationsleitfaden strukturiert sein (vgl. AEM 2023, 320). Seitens der AEM wird dabei kein spezifischer Leitfaden vorgegeben und in der entsprechenden Literatur finden sich zahlreiche Varianten und Ausführungen dieser Leitfäden. Als Beispiele sind etwa der *Nimwegener Leitfaden* (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 255 f.) oder das *Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion* (vgl. Marckmann 2022b, 21 f.) zu nennen, wobei letzteres weiter unten näher beschrieben wird. Obschon es wesentliche Unterschiede bei der Gewichtung einzelner Faktoren und Prinzipien zwischen den jeweiligen Modellen gibt, lässt sich grob vereinfacht sagen, dass die meisten Leitfäden zunächst nach der tatsächlichen Situation, dem ethischen Problem und den möglichen Handlungsoptionen fragen, um diese dann in einem zweiten Schritt zu bewerten und zu diskutieren. Versuche, diese Leitfäden anhand ethischer Theorien zu strukturieren, finden sich etwa bei Mertz et. al. 2013 oder Marckmann 2022b.

Die Aufgabe der Ethikberater:innen besteht innerhalb einer Fallberatung also einerseits darin, alle notwendigen Informationen zu einem bestimmten Fall zu sammeln beziehungsweise offen zu legen und andererseits darin, alle Teilnehmer:innen zur Partizipation zu ermutigen und zu befähigen (vgl. AEM 2023, 320). Darüber hinaus sollen die jeweiligen ethischen Implikationen einer Handlung transparent gemacht werden, um eine für alle Beteiligten tragfähige Entscheidung zu finden. Ethikberater:innen übernehmen daher oft eine moderierende Rolle: Das Ziel einer Fallberatung besteht nicht unbedingt darin, ein moralphilosophisches Problem zu lösen, sondern die bestmögliche, ethisch begründete Handlung für eine spezifische Situation zu finden. Es geht mitunter, wie es Beate Herrmann formuliert, „eher um Problembewältigung als um Problemlösung“ (kursiv im Text; Herrmann 2022, 892). Das Ergebnis einer Fallberatung sowie dessen Begründung wird meistens als Ergebnisprotokoll dokumentiert und sollte bestenfalls als Teil der Patient:innendokumentation aufbewahrt werden.

### 1.2.2. Erstellung ethischer Leitlinien

Ein weiteres Aufgabengebiet der Ethikberatung im Gesundheitswesen ist die Erstellung von ethischen Leitlinien. Damit sind Handlungsempfehlungen gemeint, die sich aus wiederholt auftretenden Themen und Fragestellungen ergeben und die Bearbeitung ähnlicher Fälle präventiv anleiten sollen (vgl. AEM 2023, 320). In einer Art Wechselspiel zwischen induktiven und deduktiven Verweisen soll ein „Handlungsalgorithmus“ (Riedel 2022, 907) entworfen werden, der bei wiederkehrenden Fällen den Entscheidungsprozess derart systematisiert, dass etwaige moralische Unsicherheiten vorweggenommen und ethische Probleme vermieden werden können. Die Idee ist daher, dass Mitarbeiter:innen, sobald sie sich mit einem ethischen Problem konfrontiert sehen, dieses anhand einer in den Leitlinien enthaltenen Folge bestimmter Schritte bearbeiten können. Als Beispiel kann etwa eine Leitlinie der Stiftung *kreuznacher diakonie* mit dem Namen „Grundsätze zu künstlicher Ernährung“ (2018) herangezogen werden: Darin werden sowohl die Voraussetzungen für künstliche Ernährung mittels PEG-Sonde sowie die zu besprechenden Themen vor der Anlage einer solchen Sonde explizit gemacht. Zusätzlich werden einige zentrale Begriffe einrichtungs- und organisationsspezifisch definiert.<sup>4</sup> Die Grafik dazu sieht folgendermaßen aus:

---

<sup>4</sup> Da diese Leitlinien für die Mitarbeiter:innen einer Einrichtung oder eines Trägers gedacht sind, sind sie oftmals für externe Personen nicht einsehbar. Allerdings gibt es eine von der AEM betreuten Website die Möglichkeit für Einrichtungen, ihre Leitlinien zu veröffentlichen: <https://ethikkomitee.de/plaintext/leitlinien/index.html> Es finden sich dort mehrere Leitlinien zu unterschiedlichen Themen und in unterschiedlichen Ausführungen.

### 5.1. Ablaufschema zur Entscheidung über das Legen einer PEG-Sonde

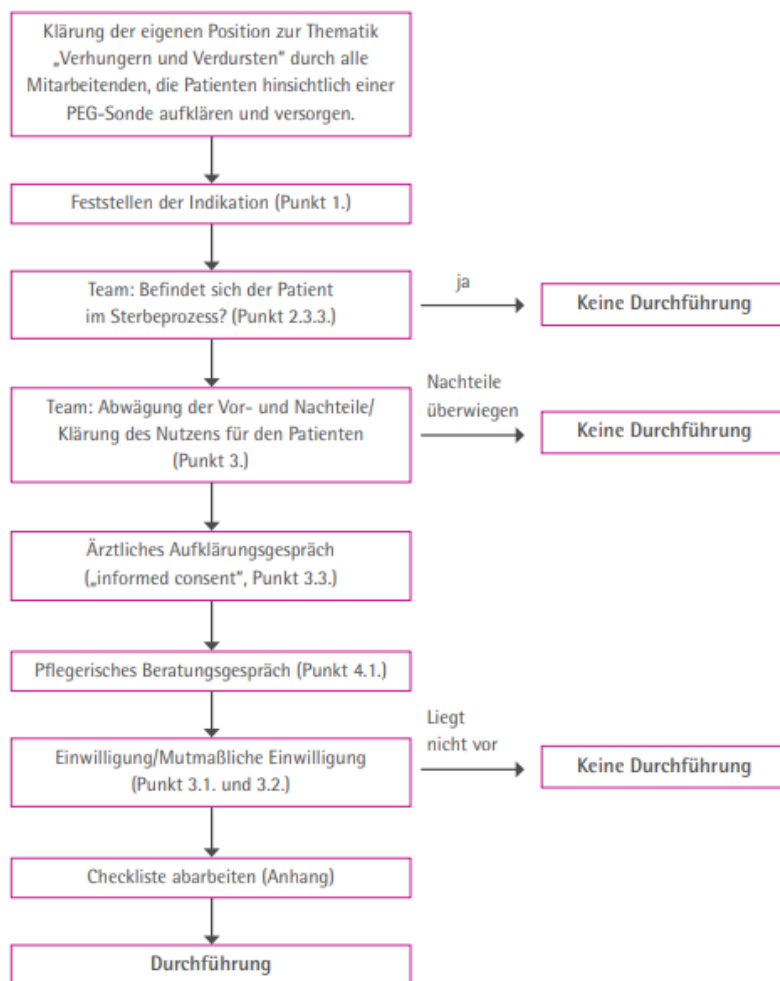


Abbildung 1

Solche Algorithmen können zwar keine vollständige Lösung für den Einzelfall anbieten, sie tragen aber durchaus dazu bei, dass alle relevanten die Moral betreffenden Aspekte einer Situation transparent gemacht und etwaige Entscheidungen gut begründet werden (vgl. Riedel 2022, 908). Der Leitfaden fordert gewissermaßen dazu auf, sich über die eigenen Wertvorstellungen sowie ethisch-rechtliche Normen, die potenziell relevant sind, Gedanken zu machen. In diesem Sinne können ethische Leitlinien als eine vereinfachte, präventive Version der ethischen Fallberatung verstanden werden, die im Behandlungsteam eigenverantwortlich umgesetzt werden kann und bereits ein gewisses Maß an ethischer Kompetenz voraussetzt. Die Leitlinien müssen jedenfalls sowohl dem rechtlichen Rahmen, als auch dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen (vgl. ebd., 907).

### 1.2.3. Organisation interner und öffentlicher Veranstaltungen zu medizin- und pflegeethischen Themen

Um die an medizinischen Behandlungen Beteiligten für ethische Themen und Fragestellungen zu sensibilisieren, wie es in den Zielen der AEM festgelegt ist, sollen im Rahmen etablierter Ethikberatung Veranstaltungen und Weiterbildungen zu ethischen Themen angeboten werden (vgl. AEM 2023, 321). Das kann in Form von Vorträgen, Workshops oder Symposien stattfinden. Eine besondere Art der Veranstaltungen sind sogenannte *Ethikcafés*, bei denen in Anlehnung an den Typus des philosophierenden Kaffeehausbesuchers aktuelle ethische Themen bei Heißgetränken und Gebäck moderiert, diskutiert und besprochen werden können (vgl. Riedel/Lehmeyer 2022, 920).<sup>5</sup> Es können auch exemplarische Fallgeschichten bearbeitet werden. Das übergreifende Ziel dieser Fortbildungen ist jedenfalls, Mitarbeiter:innen, Angehörige und auch Patient:innen zu befähigen, moralische Situationen erkennen und benennen zu können. Es sollen Strategien oder Werkzeuge vermittelt werden, mithilfe derer moralische und ethische Intuitionen zur Sprache gebracht werden können.

### 1.2.4. Ethiktransfer

Die allgemeine Idee des Ethiktransfers ist, ethische Überlegungen oder Reflexionen explizit und transparent in medizinisch-therapeutische und organisatorische Regelprozesse in Gesundheitseinrichtungen zu integrieren (vgl. AEM 2023, 321). Das bedeutet, dass Ethikberatung nicht nur punktuelle oder temporäre Unterstützungsleistungen wie etwa Fallberatungen anbietet, sondern auch zum Ziel hat, medizinisch-therapeutische Versorgungsprozesse im ethischen Sinne wohlüberlegter oder reflektierter zu gestalten. Es sollen Möglichkeiten zur ethischen Reflexion in Routinehandlungen eingegliedert werden. Insofern ist Ethikberatung dann dafür verantwortlich, Strukturen zu implementieren, die ethische Erkenntnisse und allgemeine Normen in Form von „Ethikstrukturen“ (Arn/Hug 2009, 39)<sup>6</sup> in die Abläufe der

---

<sup>5</sup> Wenngleich nicht explizit genannt scheint sich dieses Konzept an Marc Sautets philosophischem Café zu orientieren, bei dem es im weitesten Sinne darum geht, philosophische Fragestellungen mithilfe sokratischer Dialoge im öffentlichen Raum, d.h. im Café, möglichst niederschwellig zu bearbeiten. Siehe dazu Sautet 1997.

<sup>6</sup> Es wird an dieser Stelle nichts darüber gesagt, was der Inhalt dieser allgemeinen Normen ist oder inwiefern diese begründet werden. Etwas ausführlicher wird dies in Kapitel 1.3. behandelt.

jeweiligen Institution integrieren. Diese Ethikstrukturen können in Form von Entscheidungsfindungsverfahren, Ethik-Komitees oder Ethik-Foren implementiert werden (vgl. ebd.).

Ethiktransfer kann nach meinem Dafürhalten als Brücke oder Schnittstelle zwischen individuellen Angeboten (wie etwa ethischer Fallberatung) und organisationalen Strukturen (wie beispielsweise Leitlinien) verstanden werden. Ethiktransfer bezeichnet die Aufgabe der Ethikberatung, Inhalte, Themen und Bedürfnisse, die auf einer individuellen Ebene relevant sind, in organisationsweite Angebote und Konzepte zu übertragen. Und umgekehrt: Durch den Ethiktransfer kann die tatsächliche Verwendung von Leitlinien und ähnlichem vorangetrieben und unterstützt werden. Ethiktransfer kann daher als Teilgebiet der Organisationsethik, die im Folgenden erläutert wird, verstanden werden (vgl. ebd., 39).

Sowohl der Ethiktransfer als auch die Organisationsethik wurden ursprünglich nicht vorrangig als Teilaufgabe der Ethikberatung thematisiert; auch wenn sie oftmals Nebeneffekt der Ethikarbeit sind und erst in der aktualisierten Version von 2023 ausführlich und als explizite Aufgabe konkretisiert werden (vgl. AEM 2010; AEM 2023).

Damit wird gewissermaßen anerkannt, dass moralische Probleme nicht nur individuell-subjektive Probleme sind, die es im intuitiven Handeln zu bearbeiten gilt. Moralische Probleme betreffen und ergeben sich auch auf institutioneller Ebene und sind dort auszuhandeln. Denn, so die Überlegung, einige individuelle ethische Problematiken und Entscheidungsschwierigkeiten lassen sich nicht allein durch die Stärkung der ethischen Kompetenz Einzelner lösen, sondern verlangen nach systemischem Verstehen und organisationsbezogenen Lösungen, die es durch Ethiktransfer zu suchen bzw. zu finden gilt.

#### 1.2.5. Beratung der Einrichtungsleitung in organisationsethischen Fragen

Als letzte Aufgabe der Ethikberatung benennt die AEM die Beratung der Führungsebene einer Einrichtung in organisationsethischen Fragen (vgl. AEM 2023, 321). Der Begriff der Organisationsethik wird von der AEM als die Frage nach dem „Einfluss organisationaler Strukturen, Prozesse und Dynamiken (Mesoebene) auf die Möglichkeiten von Einzelpersonen zu eigenverantwortlichem Entscheiden und Handeln (Mikroeben)“ (AEM 2023, 321) definiert. Paraphrasiert kann gesagt werden, dass damit die Frage gestellt wird, inwiefern die Organisation den Personen die Möglichkeit bietet, autonom sowie reflektiert zu handeln und zu ent-

scheiden. Diese Definition scheint etwas vage. Um daher den Begriff der Organisationsethik und seine Rolle für die Ethikberatung greifbarer zu machen, sollen mit Katharina Woellert (2022) vier Dimensionen der Organisationsethik sowie ihre Bedeutung für die Ethikberatung näher beleuchtet werden.

Der erste Aspekt der Organisationsethik bezieht sich auf die Tatsache, dass Organisationen wie etwa Krankenhäuser ein eigenes Ethos, etwa in Form eines Leitbildes oder eines Kodex haben, das bestimmte Handlungen einfordert oder ausschließt (vgl. Woellert 2022, 959). Es kann dann, so die Überlegung weiter, anhand der logischen Widerspruchsfreiheit zwischen dem Leitbild und den Handlungen der Akteur:innen besagter Organisation eine Aussage darüber getroffen werden, wie moralisch integer, d. h. gut, eine Organisation sich verhält. In dieser Hinsicht ist es die Aufgabe der Ethikberatung, mithilfe des Ethiktransfers sowie der Leitungsebene dafür zu sorgen, dass die Akteur:innen kohärent zur Ethik der Einrichtung handeln und handeln können.

Daraus ergibt sich die zweite Dimension der Organisationsethik: Organisationen haben einen Einfluss auf die Handlungsoptionen der jeweiligen Akteur:innen, indem sie beeinflussen, welche ethischen Überlegungen überhaupt angestellt werden können und welche nicht (vgl. ebd., 960). Daraus ergibt sich die Frage, wie eine Organisation strukturell ethisch reflektiertes Handeln unterstützen kann und weiter, welche Voraussetzungen Organisationen schaffen können und müssen, um ethisch reflektierte Handlungen überhaupt zu ermöglichen. Die Aufgabe der Ethikberatung kann hier einerseits darin bestehen, das notwendige Werkzeug für ethische Reflexion, d. h. entsprechende Fortbildungen und Ansprechpartner:innen, bereit zu stellen. Die Aufgabe kann andererseits aber auch darin bestehen, jene Faktoren, die moralische Konflikte auslösen und ihre Bearbeitung erschweren zu identifizieren und Schritte zu ihrer Beseitigung anzustreben. Die Ethikberatung erhält dann mitunter eine politische oder zumindest breitflächigere Dimension, wenn sie beispielsweise mehr Personal einfordert – hier sei etwa auf eine Umfrage verwiesen, nach der Zeitmangel und hierarchische Konflikte als die häufigsten Ursachen für ethische Konflikte bezeichnet wurden (vgl. Neitzke 2011, 70).

Auf einer dritten Bedeutungsebene fragt Organisationsethik nach den Verantwortungsträgern für die ethisch relevanten Rahmenbedingungen innerhalb einer Organisation (vgl. Woellert 2022, 960). In diesem Sinne kann Organisationsethik auch als Führungsethik verstanden

werden: Der Ethikberatung bleibt es dann, Personen oder Gruppen auszumachen, die einerseits Wissen ob der Bedürfnisse der Mitarbeiter:innen und andererseits Verantwortung für die Rahmenbedingungen haben. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass verschiedene Ebenen einer Organisation verschiedenen Logiken und Modi folgen: nicht jedes ethische Problem einer individuellen Akteur:in kann auf der persönlichen Ebene individualethisch gelöst werden. Wenngleich sich ein strukturelles Problem auf dieser „Mikroebene“ (ebd., 961) manifestiert, kann es oftmals nur auf der Führungsebene gelöst werden. Die Ethikberatung übernimmt dann eine Vermittlerrolle.

Als vierten und letzten Aspekt der Organisationsethik nennt Woellert die Organisation von ethischer Reflexion innerhalb einer Organisation (vgl. ebd., 960). Die zentrale Aufgabe der Ethikberatung ist hier, ihre Angebote, wie die ethische Fallberatung, die Erstellung von Leitlinien und Fortbildungen, so zu organisieren, dass sie möglichst wirkungsvoll und funktional sind.

### 1.3. Der Gegenstand der Ethikberatung

Beim Versuch, Ethikberatung zu beschreiben und zu definieren, fällt auf, dass die Begriffe der Moral und der Ethik, sowie die der moralischen und ethischen Konflikte weder in den *Standards für Ethikberatung* noch im *Curriculum für Ethikberater:innen* der AEM näher erläutert werden – vielmehr wird ein intuitives Verständnis beider Begriffe vorausgesetzt (vgl. AEM 2023, AEM 2022). Demnach bleibt offen, was der Gegenstand der Ethikberatung ist, d. h. bei welcher Art der Problemstellung sie Hilfestellung leisten soll.

Auf der Suche nach einer Antwort auf diese Frage soll im Folgenden ausgearbeitet werden, wie Moral und Ethik im Kontext der Ethikberatung verstanden werden können und worin demnach moralische und ethische Konflikte bestehen. Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit ist zwar keine vollständige Bestimmung dieser Begriffe möglich, allerdings soll eine Annäherung unternommen werden, um den Aufgabenbereich der Ethikberatung besser fassen zu können.

In der für diese Arbeit herangezogenen Literatur zur Ethikberatung im Gesundheitswesen wird Moral meistens als die Summe vorhandener Wertvorstellungen und Ethik als deren Reflexion

beschrieben. Beispiele hierfür finden sich etwa bei Norbert Steinkamp und Bert Gordijn, die in *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung* die Moral als „die Gesamtheit der geltenden Werte, Normen und Tugenden“ (2010, 43) und die Ethik als „das methodische Nachdenken über Moral“ (ebd.) verstehen. Auch Georg Marckmann schließt sich im *Praxisbuch Ethik in der Medizin* (2022) diesem Verständnis an. Er schreibt: „Unter Moral versteht man die in einer bestimmten Gemeinschaft verbreiteten sittlichen Phänomene [...]“ (2022a, 4) und weiter: „Ethik bezeichnet demgegenüber die (philosophische) Reflexion über Moral.“ (ebd.)

Eine konkretere Definition der Ethik, wie sie hinsichtlich der Ethikberatung verstanden werden kann, schlagen Alfred Simon und Gerald Neitzke in *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch* vor:

Im Kontext von Ethikberatung kann Ethik verstanden werden als die Disziplin, mit deren Hilfe moralische Konflikte gelöst werden. [...] Ethik stellt dann diejenige *Technik* dar, die zu einer rationalen und einvernehmlichen Lösung des Entscheidungskonflikts beiträgt. (kursiv im Text; 2008, 29)

Wenngleich hier nichts darüber gesagt wird, worin ein moralischer Konflikt besteht oder anhand welcher Kriterien ein solcher Konflikt als gelöst gilt<sup>7</sup>, bieten diese Abschnitte und Zitate dennoch einen hilfreichen Ausgangspunkt, um zu verstehen, wie Moral und Ethik innerhalb der Ethikberatung gedacht werden.

Unter Moral wird – wie klassischerweise auch in der Philosophie – „eine Menge von Normen, also Prinzipien, Regeln und Tugenden, die das Verhalten von Menschen und deren Einstellung zu anderen und zur Umwelt leiten“ (Pauer-Studer 2020, 14) verstanden. Moral subsumiert damit gewissermaßen die faktisch-realen Vorstellungen einzelner oder mehrerer Personen-(gruppen) davon, was im normativen Sinn wünschenswert ist, und was nicht wünschenswert ist. Sie kann auch – etwas differenzierter – als eine spezifische Art der urteilenden Praxis beschrieben werden, die ebendiese Vorstellungen zum Ausdruck bringt (vgl. Birnbacher 2013, 7 f.). In beiden Hinsichten beschreibt Moral, wie Individuen oder Gruppen sich selbst und ihre Umwelt normativ bewerten. Sie gibt an, was für gut oder eben für schlecht gehalten wird.

---

<sup>7</sup> Hinsichtlich der Definition der Ethik als Technik zur Lösung moralischer Konflikte kann angenommen werden, dass Rationalität und Einvernehmlichkeit Kriterien für Moralität darstellen sollen. Diese Kriterien sind aus einer philosophischen Perspektive jedoch nicht hinreichend und bedürfen einer begründeten Ergänzung, die im weiteren Verlauf der Arbeit durch die Prinzipienethik erfolgen soll.

Ausgehend davon sowie von der Annahme, dass Menschen prinzipiell danach streben, ihre Moralvorstellungen zu verwirklichen, können moralische Probleme dadurch bestimmt werden, dass sie anzeigen, dass die Wertvorstellungen einer oder mehrerer Personen nicht ohne weiteres umgesetzt werden können – etwa weil sich Moralvorstellungen widersprechen, nicht vollständig umgesetzt werden können oder durch ihre Umsetzung die Interessen anderer verletzt werden. Mit Angela Kallhoff kann zwischen *subjektiven moralischen Problemen*, also Problemen, die sich aus der individuellen Unsicherheit einer Akteur:in ob des moralisch Richtigen ergeben, und *objektiven moralischen Problemen*, also Verletzungen bereits begründeter allgemeiner Normen, unterschieden werden (vgl. 2012, 38 f.). Moralische Probleme können sich demnach hinsichtlich ihres epistemischen Status unterscheiden: Während auf der einen Ebene das Problem darin besteht, dass jemand nicht weiß oder unsicher ist, was das moralisch Richtige wäre, besteht das Problem auf der zweiten Ebene darin, dass jemand das, was gesichert richtig ist, nicht umgesetzt oder verletzt sieht.

Mit Stella Reiter-Theil und Marcel Mertz, die moralische Probleme aus einer medizinethischen Perspektive beschreiben, kann hinzugefügt werden, dass moralische Probleme zu Unsicherheiten in der Handlungsorientierung führen und demnach keine rein theoretischen oder hypothetischen Probleme darstellen (vgl. 2012, 300). Sie führen etwa dazu, dass sich Handlungen und diesem Sinn auch Behandlungen verzögern, weil sie beispielsweise intra- oder interpersonell zu Uneinigkeiten in Bezug auf die richtige Vorgehensweise führen können. In diesem Sinne können sie auch als moralische *Konflikte* verstanden werden.

Um moralische Konflikte benennen zu können bedarf es, so Reiter-Theil und Mertz weiter, eines bestehenden, wenn auch nicht unbedingt konsistenten Wertesystems, mithilfe dessen das moralische Problem, das ihnen zugrunde liegt, beschrieben und dargestellt werden kann (vgl. ebd., 302). Damit ist gemeint, dass – um Unsicherheiten bezüglich des moralisch Richtigen und auch Verletzungen bestehender Normen wahrnehmen zu können – bereits Werte und normative Vorstellungen vorhanden sein müssen, die verletzt werden oder durch die Unsicherheit entsteht. Dieses Wertesystem kann sowohl aus einer Moraltheorie, die Begriffe und Argumentationsstrategien beinhaltet, als auch aus impliziten Vorstellungen bestehen: In der Pflegeethik bzw. der Pflegewissenschaft wird in diesem Zusammenhang oftmals über die Relevanz moralischer Emotionen oder moralischen Unbehagens gesprochen, das – meist nur intuitiv und nicht ausgesprochen – anzeigt, dass eine Situation oder eine bestimmte Handlung

moralisch zu hinterfragen ist (vgl. Baumann-Hölzle et. al. 2018, 34). Um moralische Vorstellungen und Urteile auszudrücken, bedarf es also keines besonderen Fachvokabulars oder Fachwissens.

Nun wurde Ethik im Kontext der Ethikberatung weiter oben als Technik gedeutet, mit deren Hilfe moralische Konflikte gelöst oder zumindest bearbeitet werden können. Es bleibt daher zu fragen, wie Ethik das bewerkstelligt und worin in diesem Sinne *ethische* Probleme und Konflikte bestehen, dessen angemessene Bearbeitung von der AEM als Ziel der Ethikberatung definiert wurde (vgl. Kapitel 1.2.).

Wie oben schon gezeigt, wird Ethik als philosophische Reflexion der Moral bzw. der moralischen Praxis verstanden und kann daher synonym mit dem Begriff *Moralphilosophie* verwendet werden (vgl. Pauer-Studer 2020, 14). Ethik stellt damit insofern eine Metaebene zur Moral dar, als sie versucht, einen möglichst objektiven, allgemeinen und zeitunabhängigen Standpunkt gegenüber verschiedenen moralischen Vorstellungen und Problemen einzunehmen, um diese sinnvoll in Bezug auf ihre Prämissen und Begründungen hinterfragen, befragen und kommentieren zu können (vgl. Birnbacher 2013, 5). Sie tut dies, indem sie unter anderem moralische Phänomene beschreibt, diese hinsichtlich ihrer logischen Zusammenhänge und Argumentationsformen kritisch befragt und Normen konstruiert, überprüft oder kritisiert (vgl. Birnbacher 2013, 60 f.).<sup>8</sup> Ethik zielt damit, so kann etwa mit Robert Spaemann gesagt werden, darauf ab, eine den moralischen Intuitionen zugrunde liegende Einheit herzustellen (vgl. 2001, 16). Unter der Annahme, dass faktisch vorhandene Wertvorstellungen oftmals nicht eindeutig sind, einander widersprechen oder unterschiedliche normative Maßstäbe einfordern, allerdings immer auch einen universalen Anspruch implizieren<sup>9</sup>, kann die philosophische Ethik, als der Versuch verstanden werden, diese Wertvorstellungen und Maß-

---

<sup>8</sup> Insgesamt zählt Dieter Birnbacher in seinem Buch *Analytische Einführung in die Ethik* (2013) sechs Aufgabengebiete der Ethik auf, die hier der Vollständigkeit halber angeführt sind: Die Erstellung einer Phänomenologie sowie eine normativ-ethische und metaethische Analyse der Moral, Moral- und Ethikkritik, Normenkonstruktion, Ontologie und Erkenntnistheorie der Moral sowie die Moralpragmatik.

<sup>9</sup> Spaemann verweist darauf, dass moralische Widersprüche nur dann bestehen können, wenn moralische Urteile einen Anspruch auf Allgemeinheit stellen – Sie enthalten Forderungen, die über persönliche Präferenz hinausgehen: „Wer die Folter ablehnt, will nicht nur sagen, daß er persönlich niemanden foltern würde [...]. Was er sagen will, ist, daß der, der foltert oder foltern läßt, besser handeln würde, wenn er dies nicht täte – er will sagen, daß jener etwas Schlechtes tut. [...] Die Tatsache, daß einem anderen etwas anderes als sittlich gut erscheint als mir, enthält deshalb eine Herausforderung.“ (Spaemann 2001, 18-19).

stäbe in Einklang miteinander zu bringen. Ethik stellt damit den Versuch dar, „Freundschaft mit sich selbst“ (ebd., 20) zu schließen.

Ethik bezieht sich demnach auf Moral aus einer abstrakteren Perspektive. Daraus ergibt sich, dass sie nicht unbedingt den Anspruch hat, zeitsensible oder realwirksame Entscheidungen zu treffen. Im Gegenteil: „*Ethische Debatten [...] sind*“, wie Dieter Birnbacher schreibt, „weitgehend handlungs- und entscheidungsentlastet“ (kursiv im Text; Birnbacher 2013, 5). Damit ist gemeint, dass, obschon sich ethische Fragestellungen aus der moralischen Praxis ergeben und sie auch maßgeblich beeinflussen, Ethik in einem abstrakteren Modus verhandelt wird als Moral. Während Moral gewissermaßen permanent aus einer persönlichen, institutionellen oder gesellschaftlichen Perspektive praktiziert wird, die unentwegt Handlungen und Entscheidungen verlangt, findet das Nachdenken über Moral in (mehr oder weniger) abgesonderten Gesprächs- und Gedankenräumen statt, in denen Inhalte oft nur verbal oder schriftlich kommuniziert werden. In diesem Sinne hat Ethik die Freiheit, verschiedene Optionen und Perspektiven abzuwägen und zu evaluieren; sie steht weitgehend unter keinem akutem Zugzwang. Sofern Ethik in so einem Verständnis als Reflexion der Moral gesehen wird, kann und muss nicht jede ethische Überlegung in die Tat umgesetzt werden. Eine ethische Entscheidung hat in dem Sinn *vorerst* keine Konsequenzen. Ethik als systematisierte Überlegung entzieht sich daher ein Stück weit der sich aus der Praxis ergebenden Notwendigkeit einer wirksamen Entscheidung.<sup>10</sup>

Eine darüber hinausgehende spezifischere Bestimmung des Begriffs Ethik gestaltet sich an dieser Stelle insofern schwierig, als es innerhalb der Moralphilosophie verschiedene Schwerpunkte hinsichtlich des Ziels dieser systematischen Betrachtung der Moral gibt, die sich kaum exakt voneinander abgrenzen lassen: So ist es beispielsweise das Ziel *normativer Ethik*, Theorien und Maßstäbe darüber zu entwerfen und zu begründen, was moralisch ge- und verboten ist (vgl. Pauer-Studer 2020, 14). Klassische Konzepte der normativen Ethik sind beispielsweise die Tugendethik, die Deontologie oder der Utilitarismus. Diese Theorien inklu-

---

<sup>10</sup> Eine vollständige und abschließende Bearbeitung der Frage nach den ontologischen Unterschieden zwischen Moral und Ethik ist im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit nicht möglich. Der hier ausgeführte Vorschlag soll aber darauf aufmerksam machen, dass, auch wenn Moral und Ethik sehr eng miteinander verknüpft sind, beide Domänen auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden bzw. verhandelt werden und unterschiedlichen Logiken folgen. Das scheint insbesondere deshalb wichtig, weil sich daraus für die Ethikberatung im Gesundheitsbereich ein potenzielles Spannungsfeld zwischen ethischer Reflexion einerseits und klinisch-moralischem Handeln andererseits eröffnet, das es zu adressieren und im besten Fall zu überbrücken gilt.

dieren oftmals ‚moralisch richtige‘ Handlungsanleitungen.<sup>11</sup> Das zentrale Ziel, deren Umsetzbarkeit und Legitimität in einem bestimmten Bereich zu ermitteln, ist hingegen das Ziel der *angewandten Ethik*. Ihre Aufgabe ist es, „mit den Mitteln der Ethik Menschen dabei zu helfen, sich in bestimmten Situationen moralisch richtig zu verhalten, in denen Unklarheit oder Unsicherheit darüber herrscht, was in dieser Situation moralisch richtig wäre“ (Stoecker et. Al. 2023, 7).<sup>12</sup> Sie nutzt also inhaltliches normativ-ethisches Wissen und die zugehörigen Begründungsstrategien, um Menschen bei konkreten Handlungsentscheidungen zu unterstützen. Das Ziel der *Metaethik*, um einen letzten exemplarischen Schwerpunkt zu nennen, ist es, Grundannahmen und Prämissen in erkenntnistheoretischer, sprachphilosophischer oder metaphysischer Hinsicht zu untersuchen, die normative und angewandte Ethiken explizit oder implizit voraussetzen. Das bedeutet, Metaethik fragt nach der Bedeutung moralischer Begriffe, deren Begründbarkeit sowie deren epistemischen Status (vgl. Pauer-Studer 2020, 14).

Die Frage, wie Ethik die Lösung moralischer Konflikte im medizinisch-therapeutischen Bereich unterstützen kann, kann meinem Dafürhalten nach in zweierlei Hinsichten beantwortet werden: Einerseits kann Ethik eine abstraktere Position gegenüber dem fraglichen moralischen Problem einnehmen und damit einen Diskurs oder einen Gesprächsraum eröffnen, innerhalb dessen verschiedene Möglichkeiten des weiteren Vorgehens, aber auch die Stimmigkeit dieser Möglichkeiten mit anderen moralischen Intuitionen vorerst theoretisch abgewogen und diskutiert werden können. Andererseits stellt Ethik verschiedene normative Theorien, Begriffe und Begründungsstrategien zur Verfügung, anhand derer moralische Probleme beschrieben und benannt werden können. Ethik kann demnach diejenigen moralischen Rahmensysteme zur Verfügung stellen oder explizit machen, die zum Benennen und Definieren eines moralischen Problems notwendig sind.

Mit Reiter-Theil und Mertz können ethische Probleme als tendenziell theoretische Probleme beschrieben werden, die sich aus der unzureichenden Begründung von Normen oder Wertesystemen, ihrer fraglichen Anwendbarkeit oder auch der Frage nach der Plausibilität und Stringenz einer Moraltheorie oder eines Moralprinzips ergeben (vgl. Reiter-Theil/Mertz 2012, 295).

---

<sup>11</sup> Ob die aristotelische Tugendethik tatsächliche Handlungsorientierung leisten kann, ist Gegenstand anhaltender Debatten, auf die im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden kann. (Siehe dazu etwa Hursthouse 1999)

<sup>12</sup> Diese aus dem *Handbuch angewandte Ethik* (2023) übernommene Definition lässt freilich noch offen, welche Kriterien für ‚moralisch richtiges‘ Handeln gelten.

Dem kann, ausgehend von der obigen Bestimmung der Ethik als das Nachdenken über Moral, hinzugefügt werden, dass sich ethische Probleme zwar aus der Praxis ergeben, allerdings auf einer abstrakteren Ebene verhandelt werden oder stattfinden: Sie können, so meine Überlegung, als explizit gemachte moralische Probleme verstanden werden. Ethische Probleme und Konflikte sind dann insofern theoretisch, als sie sich nicht so sehr in der Praxis, sondern durch Schwierigkeiten beim Benennen, Begründen und Einordnen dieser Praxis ergeben.

Was konkreter unter ethischen Konflikten und ethisch herausfordernden Situationen – mit denen sich Ethikberatung im Gesundheitswesen gemäß ihren Zielsetzungen (Kapitel 1.2.) beschäftigt – zu verstehen ist, hängt ein Stück weit davon ab, welche Form der Ethik betrieben wird, d. h. welches Ziel mit der Reflektion der Moral verfolgt wird. Bezugnehmend auf die Bestimmung der Ethik als Technik zur Lösung moralischer Konflikte von Simon und Neitzke macht es meinem Dafürhalten nach Sinn, Ethikberatung als eine Form der angewandten Ethik zu verstehen. So lässt sich der Gegenstandsbereich der Ethikberatung von ethischen Debatten, die sich auf das Erstellen normativ-ethischer Theorien oder das Überprüfen metaphysischer Prämissen beziehen, vorerst abgrenzen. Ebenso lassen sich die für die Ethikberatung relevanten moralischen Konflikte thematisch in einem bestimmten Bereich verorten: Ethikberatung geht es in diesem Sinne darum, genau dann zu unterstützen, wenn sich subjektive oder objektive moralische Probleme im Gesundheitsbereich – und konkreter: in einer bestimmten Gesundheitseinrichtung – im Kontext einer konkreten Behandlungs- oder Versorgungssituation ergeben.<sup>13</sup> Ein ethisches Problem ergibt sich dann aus der Anerkennung eines moralischen Problems innerhalb einer medizinisch-therapeutischen Behandlung, das mehr strukturierter Abwägung und Überlegung bedarf, bevor gehandelt werden kann.

Zumindest teilweise wird in der verwendeten Literatur versucht, moralische Probleme von rechtlichen oder ökonomischen Problemen abzugrenzen (vgl. z. B. Dörries 2008). In den hier verwendeten Unterlagen der AEM ist eine solche Abgrenzung aber nur bedingt ersichtlich: Im

---

<sup>13</sup> Ob der Gegenstand der angewandten Ethik tatsächlich im Lösen moralischer und ethischer Probleme in diesem Sinn besteht, ist nicht abschließend geklärt: Carmen Kaminsky argumentiert etwa, dass angewandte Ethik weniger moralische, sondern vielmehr Verantwortungsprobleme bearbeitet (vgl. 2012, 66). Die Grundidee ist, dass es angewandter Ethik um das Klären von Verantwortlichkeiten geht. Da in der Literatur zur Ethikberatung aber fast ausschließlich von moralischen und ethischen Konflikten die Rede ist, wurde diese Bezeichnung in dieser Arbeit übernommen.

Curriculum der AEM für Ethikberater:innen wird das Bewusstsein um die Relevanz rechtlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen für medizinische und ethische Entscheidungen als explizite Kompetenz ausgewiesen (vgl. AEM 2022, 7). Darüber hinaus werden die erforderlichen Kompetenzen von Ethikberater:innen sowohl im ethischen, wie auch im Bereich der Organisation und der Beratung angesiedelt. Wenngleich also der Fokus der Ethikberatung im Gesundheitswesen auf moralischen und ethischen Konflikten im oben erläuterten Sinn liegt, scheint es zumindest innerhalb der AEM die Auffassung zu geben, dass moralische und ethische Konflikte nicht unabhängig von ihren Kontexten bestehen und diese daher mitgedacht und berücksichtigt werden müssen. Mitunter kann auch die These aufgestellt werden, dass sich manche moralischen Probleme erst aus sozioökonomischen Umständen oder fehlenden rechtlichen wie materiellen Ressourcen ergeben.

Fragt man demnach nach dem Gegenstandsbereich der Ethikberatung, kann meines Erachtens nach gesagt werden, dass sie dabei unterstützen soll, moralische Konflikte und Probleme anhand verschiedener Begriffe und Begründungen explizit zu machen, um sie in weiterer Folge als ethische Probleme innerhalb eines Diskurses bearbeiten zu können.

In dieser Hinsicht lassen sich auch die von der AEM formulierten Ziele der Ethikberatung besser verstehen: Es geht einerseits darum, Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen für moralische Konflikte und Intuitionen zu sensibilisieren, sodass moralische Prinzipien expliziert werden können. Es geht andererseits darum, die Fähigkeit zur Reflexion und die Kenntnis verschiedener Normen, Lösungs- und Begründungsstrategien in medizinisch-therapeutische Entscheidungen einfließen zu lassen bzw. diesem Nachdenken über das moralisch Wünschenswerte einen Ort zu geben. Ethikberatung kann so zunächst als Raum zum Erarbeiten eines gemeinsamen moralischen Standpunkts verstanden werden, von dem aus begründet und reflektiert (weiter)gehandelt werden kann.

#### 1.4. Bedarf und Anforderungen einer Theorie der Ethikberatung

In der Auseinandersetzung mit Ethikberatung im Gesundheitswesen fällt zusätzlich auf, dass sie keine eindeutige oder explizite normativ-ethische Theorie vertritt, mithilfe derer sie weiter spezifizieren könnte, was als moralisches und ethisches Problem anerkannt werden sollte, d. h.

welche moralischen Normen und Prinzipien moralische und ethische Probleme konstituieren. Ebenso werden in der verwendeten Literatur keine Angaben dazu gemacht, worin eine moralisch gute Entscheidung besteht, d. h. wie ein moralisches oder ethisches Problem normativ gültig gelöst oder bearbeitet werden kann; darauf wurde schon in Kapitel 1.2. hingewiesen. In diesem Sinne kann Ethikberatung nicht erklären, weshalb oder wodurch eine Entscheidung auf individueller wie organisationaler Ebene, die durch Ethikberatung zustande gekommen ist, moralisch besser ist als eine Entscheidung, die ohne Ethikberatung getroffen wurde.

Das ist insbesondere deshalb relevant, weil es ohne normative Angaben, worin eine moralisch gute Entscheidung im medizinisch-pflegerischen Kontext besteht, schwierig ist, Ethikberatung zu evaluieren, d. h. Aussagen darüber zu treffen, wann Ethikberatung gelungen ist und zu den gewünschten Ergebnissen geführt hat. Denn: auf einer empirischen Ebene können soziale, emotionale und ökonomische Konsequenzen der Ethikarbeit gut erhoben werden, allerdings ist damit impliziert, dass in eben diesen Konsequenzen – wie etwa die Reduktion von Krankenhaustagen oder Behandlungskosten – die Ziele der Ethikarbeit liegen (vgl. Craig/May 2006, 175). Sofern die Ziele der Ethikberatung also darin bestehen, Arbeitsabläufe im medizinisch-therapeutischen Setting moralischer oder ethischer – und nicht ökonomischer oder effizienter – zu gestalten, bedarf es also Angaben und Begründungen dazu, was in normativer Hinsicht wünschenswert ist.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass moralische Konflikte ein bestehendes Wertesystem voraussetzen (vgl. Kapitel 1.3.). Damit kann gegebenenfalls auch die in einer Gesellschaft oder Kultur verbreitete Moral, das jeweilige Berufsethos oder auch das jeweilige Rechtssystem gemeint sein (vgl. Reiter-Theil/Mertz 2012, 303). Insofern könnte gesagt werden, dass Ethikberatung ethische Konflikte und Probleme anhand eben dieser vorhandenen Wertvorstellungen darstellen und bearbeiten sollte und dass das Ergebnis deshalb moralisch gut ist, weil es sich im Rahmen der etablierten moralischen Vorstellungen darstellen lässt. Als Beispiel ist etwa der ICN-Ethikkodex zu nennen.

Damit ist allerdings zum einen Ethik sowie die ethische Arbeit darauf beschränkt, die Einhaltung moralischer Regeln zu gewährleisten. Zum anderen ist damit außer Acht gelassen, dass sowohl rechtliche Regeln als auch moralische Vorstellungen selten eindeutig sind – Es

kann argumentiert werden, dass eben dieser Umstand dazu führt, dass es Ethikberatung als Angebot gibt.

Sofern Ethikberatung also den Anspruch hat, gängige moralische Praxis auf den unterschiedlichen Ebenen medizinisch-therapeutischen Handelns zu verbessern, muss sie begründen, worin eine Verbesserung dieses Handelns liegt. Eine Möglichkeit, um diese Problematik aufzulösen, besteht meinem Dafürhalten nach nun darin, Ethikberatung in eine ethische Theorie einzugliedern, mit deren Hilfe Aussagen darüber getroffen werden können, was normativ gültig ist und worin eine moralisch gute Entscheidung und Organisation besteht. Andeutungen für die Kriterien der gesuchten Theorie lassen sich meinem Dafürhalten nach bereits in den *Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen* (2023) vorfinden:

Zunächst muss eine Theorie der Ethikberatung erklären, welche Normen als allgemein anerkannt angenommen werden, worin diese begründet sind und woran erkennbar ist, dass sie in einem medizinisch-therapeutischen Setting ausreichend berücksichtigt werden. Dass von allgemein anerkannten Normen gesprochen wird und deren Berücksichtigung als Teilaspekt ethischer Arbeit und ethischen Handelns (vgl. AEM 2023, 314), lässt darauf schließen, dass sich das moralisch Richtige der Ethikberatung innerhalb eines vorausgesetzten normativen Rahmens abspielt, der durch besagte Normen gekennzeichnet ist. Damit ist eine ethische Position bereits vorausgesetzt, die es explizit zu machen gilt. Neben einer Erläuterung bzw. Begründung dieser Position muss daher zusätzlich erklärt werden, in welcher Beziehung sie zu moralischem Handeln steht bzw. ob und wie sie moralisches Handeln anleiten kann. Eine rein deduktive Ab- oder Herleitung bleibt oftmals selbst zu abstrakt, um Handlungen sinnvoll anleiten zu können (vgl. Stoecker et. al. 2023, 9).

Die gesuchte Theorie ist zusätzlich damit konfrontiert, dass sie gleichzeitig eine dogmatische Bevormundung medizinisch-pflegerischer Mitarbeiter:innen und Patient:innen vermeiden muss bzw. möchte.<sup>14</sup> Da es eben nicht die zentrale Aufgabe der Ethikberatung ist, normativ-ethische Thesen oder Theorien aufzustellen und argumentativ zu verteidigen oder umzusetzen, muss erklärt werden, wie mit dem Spannungsverhältnis zwischen allgemeinen Normen und individuellen Moralvorstellungen umgegangen werden kann, ohne dass eine

---

<sup>14</sup> Dass Ethikberatung und insbesondere Fallberatungen den Anspruch haben, medizinische Entscheidungsprozesse zu demokratisieren und transparent zu gestalten (siehe dazu etwa der Vorschlag der AEM, Ethikberatungen anhand eines Prozess- oder Konsilmodells zu gestalten in Kapitel 1.2.1.) lässt den Schluss zu, dass paternalistische Entscheidungssituationen durch einzelne Personen vermieden werden sollten.

paternalistisch-moralistische Position eingenommen werden muss. In diesem Sinne muss die gesuchte Theorie zwar Gültigkeitskriterien für moralische Urteile angeben, darf deren Inhalte und Ergebnisse allerdings nicht uneingeschränkt vorwegnehmen. Etwas anders ausgedrückt muss konkretisiert werden, wie Hilfestellung oder Unterstützung zu moralischem Handeln mit Rekurs auf eine bereits eingenommene ethische Position gelingen und gleichzeitig auf individuelle Moralvorstellungen aller Beteiligten Rücksicht genommen werden kann.

Darüber hinaus bedarf eine Theorie der Ethikberatung einer Handlungstheorie, die erklärt, unter welchen Bedingungen ethische Entscheidungen zustande kommen können. Die Notwendigkeit dafür ergibt sich aus den organisationsethischen Aufgabenaspekten der Ethikberatung: Wenn ethische Kompetenz gefördert und ethische Reflexion in die Regelprozesse integriert werden soll (vgl. AEM 2023, 314), bedarf es nicht nur einer Klärung dieser Begrifflichkeiten, sondern auch einer Begründung ihrer Relevanz innerhalb moralischer Handlungs- und Entscheidungsprozesse.

Zumindest ein Stück weit ist ein Zusammenhang zwischen organisationalen, materiellen sowie zeitlichen Ressourcen und moralischen Problemen in den Standards der AEM schon impliziert, wenn etwa davon die Rede ist, dass das Erkennen „organisationale[r] Einflüsse auf eine individualethische Problematik“ (ebd., 321) ein Aufgabenbereich der Ethikberatung ist. Eine Theorie der Ethikberatung sollte daher erklären, welche organisationalen Einflüsse normativ tragend werden und unter welchen Bedingungen moralische Handlungen zustande kommen können bzw. welche Kompetenzen dafür notwendig sind. Das bezieht sich sowohl auf die notwendigen materiellen und zeitlichen Ressourcen wie auch auf die phänomenologischen und intersubjektiven Beziehungen<sup>15</sup>, die ethische Handlungen und Entscheidungen voraussetzen oder erleichtern.

Zusammenfassend lässt sich daher sagen, dass die gesuchte Begründungsstrategie erstens erklären muss, welche allgemeinen Normen und Moralvorstellungen innerhalb der Ethikberatung berücksichtigt werden müssen und worin diese begründet sind. Es muss ge-

---

<sup>15</sup> Damit ist auf die neo-phänomenologische Idee einer Atmosphäre im Sinne Gernot Böhme oder Hermann Schmitz (siehe dazu Böhme 2017 und Schmitz 2016) Bezug genommen, die verschiedene Handlungen plausibler macht oder sogar verlangt: Der Grundgedanke besteht darin, dass sowohl Stimmungen und Emotionen als auch architektonische Eigenschaften des Raums zu Handlungen einladen können. Im Kontext der Ethikberatung könnte etwa darüber nachgedacht werden, welches Arbeitsklima oder welche Beschaffenheit von Räumen eine gleichberechtigte Partizipation sowie das Nachdenken über moralische Probleme ermöglichen kann.

wissermaßen explizit gemacht werden, von welchem moralischen Standpunkt aus Ethikberatung verschiedene ethische Fragestellungen bewertet und warum. Dabei muss zweitens ein normativ gültiger Zusammenhang zwischen allgemeinen Normen und individuellen Wertvorstellungen hergestellt werden, der sowohl eine objektive Bewertung als auch eine Vielzahl individueller Moralvorstellung zulässt. Drittens müssen diejenigen Bedingungen und Fähigkeiten explizit gemacht sowie begründet werden, die für moralisches Handeln und ethische Reflexion im medizinisch-therapeutischen Setting notwendig sind.

Eine Theorie, die plausibel für dieses Unternehmen zu sein scheint, ist die Prinzipienethik von Tom L. Beauchamp und James F. Childress. Diese Auswahl ergibt sich einerseits aus dem Umstand, dass in der Literatur zur Ethikberatung oftmals auf die vier biomedizinischen Prinzipien von Beauchamp und Childress verwiesen wird, wenn erklärt wird, worin potenzielle ethische Konflikte bestehen. Beispiele hierfür finden sich etwa bei Florian Steger und Giovanni Rubeis (2019, 147), Caroline Hack (2020, 287) oder auch Alfred Simon und Gerald Neitzke (2008, 35).<sup>16</sup>

Ebenso verfügt die Prinzipienethik über Eigenschaften, die sie für die Anwendung in der Ethikberatung plausibel macht: So benennt sie vier biomedizinische Prinzipien, die sie über ihre Zugehörigkeit in einer universalen Moralvorstellung rechtfertigen. Die Prinzipienethik ermöglicht als verfahrensethische Theorie, die Legitimität von individuellen Moralvorstellungen durch deren formale Eigenschaften zu prüfen.

Um im letzten Kapitel überprüfen zu können, inwiefern sich die Prinzipienethik tatsächlich dafür eignet, Ethikberatung stringenter zu beschreiben und zu strukturieren, soll im folgenden zweiten Kapitel die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress sowie ihre konkreten Eigenschaften dargestellt, sowie einige Einwände gegen sie diskutiert werden.

---

<sup>16</sup> Es finden sich in der einschlägigen Literatur neben der Prinzipienethik noch weitere Ansätze, die als Begründungsstrategie funktionieren können. Ein Beispiel dafür ist etwa die Diskursethik (Kettner 2011; Fahr 2013) und der Pragmatismus (Bleyer 2019). Diese Alternativen sind aus dieser Masterarbeit jedoch ausgeklammert.

## 2. Prinzipienethik bei Tom L. Beauchamp und James F. Childress

Die Prinzipienethik von Tom L. Beauchamp und James F. Childress basiert auf ihrem Buch *Principles of Biomedical Ethics*, das erstmals 1978 erschienen ist und seither mehrmals neu aufgelegt und überarbeitet wurde. Die vorliegende Arbeit bezieht sich, sofern nicht anders angegeben, auf die aktuelle achte Auflage der *Principles*, die 2019 erschienen ist.

Da ein wesentlicher Teil der Begründungsstrategie der Prinzipienethik auf der von John Rawls formulierten Idee des Überlegungsgleichgewichts basiert, soll hier in einem ersten Schritt eben dieses Konzept skizziert werden, bevor die Prinzipienethik sowie einige Einwände gegen sie dargestellt werden.

### 2.1. Ethische Kohärenztheorie anhand von John Rawls *Theorie der Gerechtigkeit*

*Ethische Kohärenztheorien*<sup>17</sup> sind verfahrensethische Theorien. Das bedeutet, dass sie keine konkreten normativen Inhalte wie etwa Verhaltensregeln oder Prinzipien formulieren, sondern einen bestimmten Prozess entwerfen, durch den normative Inhalte konstruiert und gerechtfertigt werden können (vgl. Birnbacher 2013, 84). Sie umgehen die Frage einer Letztbegründung ein Stück weit, indem sie zunächst keine inhaltlichen Angaben machen, durch welche konkreten Normen oder Verhaltensregeln moralisches Handeln zustande kommen kann. Vielmehr geben sie an, wie die Konstruktion von inhaltlichen Prinzipien und Normen gestaltet werden muss, damit diese Prinzipien und Normen normativ gültig sein können. In diesem Kontext sind gültige moralische Urteile „das Ergebnis der korrekten Anwendung eines Verfahrens“ (Pauer-Studer 2020, 223). Das moralisch Richtige wird nicht mit Verweis auf vermeintlich objektive moralische Tatsachen definiert, sondern über

---

<sup>17</sup> Theorien, die einzelne Aussagen und Annahmen durch kohärente Bezüge zueinander rechtfertigen wollen, finden sich auch in epistemologischen und ontologischen Diskursen wieder, die innerhalb der Metaethik eine Rolle spielen. Deren grundlegende Debatten, die sich etwa um die Frage nach der Existenz moralischen Wissens oder moralischen Tatsachen drehen, werden hier der Stringenz halber ausgeklammert.

bestimmte Verfahrenstechniken konstruiert, weshalb auch von *konstruktivistischen* Theorien gesprochen werden kann (vgl. ebd.).

Innerhalb ethischer Kohärenztheorien besteht das wesentliche Verfahren im weitesten Sinne darin, vortheoretische moralische Vorstellungen in einen kohärenten, d. h. widerspruchsfreien, einheitlichen und sich wechselseitig unterstützenden Zusammenhang zu bringen (vgl. Birnbacher 2013, 89). Ziel ist es, daraus allgemeine Prinzipien zu formulieren und so zu gestalten, dass sie zum einen sehr stark verankerten intuitiven Moralvorstellungen entsprechen und zum anderen unsichere Situationen so anleiten können, dass zumindest keine Widersprüche innerhalb des bestehenden Systems entstehen. Sofern das jedoch der Fall ist, müssen entweder die vorhandenen Moralvorstellungen oder die allgemeinen Prinzipien revidiert werden (vgl. Birnbacher 2013, 93). Die Wahrheit oder Gültigkeit der jeweiligen normativen Sätze innerhalb dieses Systems ergibt sich dann nicht aus dem Umstand, dass sie mit einer metaphysischen moralischen Entität o. Ä. ident sind, sondern daraus, dass sie aus Urteilen abgeleitet oder konstruiert werden können, die ihrerseits als wahr angenommen werden (vgl. Pauer-Studer 2020, 206).

Ein prominentes Beispiel, anhand dessen die Idee einer ethischen Kohärenztheorie hier kurz skizziert werden soll, findet sich in John Rawls *Theorie der Gerechtigkeit*, in der die Kohärenz zwischen wohlüberlegten Urteilen einerseits und allgemeinen Gerechtigkeitsprinzipien andererseits als Indikator für deren Plausibilität verstanden wird (vgl. 2020, 36). Als wohlüberlegte Urteile sind hierbei Wertvorstellungen zu verstehen, die persönliche oder gesellschaftliche Moralvorstellungen am deutlichsten ausdrücken (vgl. ebd., 67). Sie kommen unter anderem durch die explizite Absicht sowie die entsprechenden kognitiven Fähigkeiten zustande, das Richtige – und nicht das Vorteilhafteste o. Ä. – zu tun (vgl. ebd.). Rawls knüpft dies an einen Gerechtigkeitssinn, der sich in wohlüberlegten Urteilen besonders stark ausdrückt. Insofern können wohlüberlegte Urteile als überarbeitete oder geprüfte Version einer intuitiven moralischen Praxis verstanden werden. Manchmal werden sie auch als „Prinzipien mittlerer Reichweite“ bezeichnet, da sie weder rein relativistisch noch universal gültig sind (vgl. Stoecker et. al. 2023, 10).

Wohlüberlegte Urteile sind, obwohl sie durch vernünftige Denkprozesse zustande kommen, durch individuelle und empirische Faktoren geprägt. Laut Rawls unterliegen sie demnach „gewissen Unregelmäßigkeiten und Verzerrungen, obwohl sie unter günstigen Umständen

zustandekommen“ (Rawls 2020, 68). Trotzdem können besonders starke wohlüberlegte Urteile als Fix- oder Ausgangspunkte verstanden werden, um ein Verfahren zu gestalten, mithilfe dessen Prinzipien generiert werden können, die, so die Überlegung weiter, Fälle und Situationen anleiten können, für die es nur weniger starke Werturteile gibt (vgl. ebd., 37). Anhand des kohärenten Zusammenhangs zwischen starken Werturteilen, Prinzipien und der Bearbeitung schwächerer Urteile können letztendlich Aussagen darüber getroffen werden, wie gut das besagte Verfahren ist (vgl. Höffe 2013, 21).

Innerhalb Rawls Theorie der Gerechtigkeit besteht dieses Verfahren zur Erstellung von allgemeinen Prinzipien aus dem Eintritt aller Akteur:innen in einen hypothetischen Urzustand, der insbesondere dadurch gekennzeichnet ist, dass die jeweiligen Akteur:innen sich hinter einem „Schleier des Nichtwissens“ (Rawls 2020, 159) befinden. Damit ist gemeint, dass die Akteur:innen keine Informationen bezüglich ihrer persönlichen Betroffenheit durch die gewählten Prinzipien haben. So soll gewährleistet sein, dass Personen keine allgemeinen Grundsätze entwerfen, die ihnen aufgrund individueller Eigenschaften oder spezifischer Positionen innerhalb einer Gemeinschaft Vor- oder Nachteile verschaffen. Rawls schreibt: „Ziel ist, Grundsätze auszuschließen, die man vernünftigerweise nur dann [...] vorschlagen kann, wenn man bestimmte für die Frage der Gerechtigkeit unerhebliche Tatsachen kennt.“ (ebd., 36) Die These ist daher, dass mit einem bestimmten Verfahren, d. h. mit dem Schleier des Nichtwissens, Prinzipien erstellt werden können, die den wohlüberlegten Urteilen hinsichtlich der Frage nach Gerechtigkeit entsprechen.

Um nun zu überprüfen, ob das Verfahren zur Erstellung von Gerechtigkeitsprinzipien plausibel ist, müssen die daraus ableitbaren Prinzipien mit vorhandenen wohlüberlegten Urteilen abgeglichen werden (vgl. ebd., 37). Es wird gewissermaßen überprüft, ob die Prinzipien schwächere Überzeugungen so stärken können, dass sie einander bekräftigen, also kohärent sind. Sofern dieser Abgleich gelingt, spricht Rawls von einem „Überlegungs-Gleichgewicht“ (ebd., 38). In diesem Überlegungsgleichgewicht entsprechen wohlüberlegte Urteile dem, was sich aus den konstruierten allgemeinen Prinzipien ergibt. Sofern der Abgleich jedoch nicht gelingt, was laut Rawls der wahrscheinlichere Fall ist, kann an beiden Seiten der Überlegung nachjustiert werden: Sowohl die Bedingungen des Verfahrens zur Erstellung allgemeiner Prinzipien als auch die wohlüberlegten Urteile können so lange revidiert, aktualisiert und angepasst werden, bis ein Gleichgewicht hergestellt ist. Rawls schreibt: „Wir können also eine Konkretisierung des Urzu-

standes daran prüfen, wie weit sich ihre Grundsätze mit unseren festeren Überzeugungen vertragen und wie weit sie uns da, wo es nötig ist, Anleitung geben.“ (ebd., 37)

Ziel dieses Projekts ist es demnach, statt einer Letztbegründung moralischer Überzeugungen ein Netz aus Urteilen zu konstruieren, die sich wechselseitig unterstützen und vor allem rechtfertigen (vgl. Höffe 2013, 20). Das wird möglich, weil zum einen allgemeine Prinzipien auf vorhandene Moralvorstellungen rückführbar sind und zum anderen, weil alle Teile innerhalb des moralischen Systems verschiebbar sind, d. h. keine apriorische Norm bewahrt werden muss. Etwaige Kritik an dieser Art der Begründungsstrategie kann an dieser Stelle nur kurz angeführt werden, es bleibt aber jedenfalls offen, inwieweit moralische Prinzipien universal gültig sein können, wenn sie variable Konstruktionen sind (vgl. Pauer-Studer 2020, 225), und inwieweit das Kriterium der Kohärenz allein moralische Richtigkeit anzeigen kann (vgl. Birnbacher 2013, 370).

## 2.2. Prinzipienethik nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress

Beauchamp und Childress übernehmen die Idee eines Überlegungsgleichgewichts in ihrer bio-medizinischen Prinzipienethik insofern, als sie eine allgemeine Moral (*common morality*) als wohlüberlegte Werturteile annehmen, die in einem konstitutiven Wechselverhältnis mit partikularen moralischen Vorstellungen (*particular moralities*) steht (vgl. Beauchamp/Childress 2019, 440). Die kohärentistische These besteht darin, dass individuelle oder bereichsspezifische Moralvorstellungen, die potenziell widersprüchlich zueinander sind, jeweils dann gerechtfertigt werden können, wenn sie möglichst kohärent, d. h. widerspruchsfrei und stimmig mit der allgemeinen Moral sind, wobei der Grad der Kohärenz die normative Qualität der jeweiligen spezifischen Moral angibt.<sup>18</sup> Während das Ziel dieser Medizinethik in einem Überlegungsgleichgewicht nach Rawls zwischen allgemeinen und partikularen Wertvorstellungen

---

<sup>18</sup> Beauchamp und Childress kommen in einer Passage zu diesem Schluss, in dem es um moralische Konflikte und Wertpluralität geht. In Fällen, in denen Uneinigkeit über die normative Gültigkeit einer Regel oder einer Verpflichtung besteht, kann eine Position gegenüber der anderen nur dann vorgezogen werden, wenn es gelingt zu zeigen, dass sie kohärenter als die andere ist. Sie schreiben: „In such cases we can assess one position as morally preferable to another only if we can show that the position rests on a more coherent set of specifications and interpretations of the common morality.“ (Beauchamp/Childress 2019, 25)

besteht, räumen die beiden Autoren ein, dass dieses Ziel als Idealvorstellung zu denken ist, der es sich anzunähern gilt:

Our theory does not ask more than that agents faithfully specify and balance principles and then monitor the structure of norms with careful attention to overall coherence. Persons involved in rendering norms coherent should not expect an end to this process of revision that provides a complete normative account. Establishing policies and specifying norms in new directions using reflective equilibrium is a continuous work in progress [...]. (ebd., 441)

Eine so gedachte Medizinethik soll es ermöglichen, allgemeine und abstrakte Normen individuell auszulegen und praktisch nutzbar zu machen, ohne moralisch relativistisch einerseits oder dogmatisch andererseits sein zu müssen: Durch den kohärentistischen Konnex zur allgemeinen Moral sollen kultur- und bereichsspezifische Moralvorstellungen gerechtfertigt werden können und damit parallel zueinander bzw. gleichberechtigt bestehen. Verkürzt formuliert: Gerechtfertigt ist, was kohärent zur allgemeinen Moral ist.

Der Ausgangspunkt und Anker des geforderten Überlegungsgleichgewichts ist die bereits erwähnte allgemeine Moral, die aus Prinzipien, Normen und Tugenden besteht, die – so die These – von allen Menschen geteilt werden, die sich dem Moralischen überhaupt verpflichtet fühlen. Die Autoren schreiben: „We call a set of universal norms shared by all persons committed to morality *the common morality*.“ (kursiv im Text; ebd., 3) Es handelt sich dabei um Normen, die in jeder kultur- und religionsspezifischen Moral vorgefunden werden, wenngleich es Unterschiede und Konflikte darüber gibt, wie diese Inhalte ausgelegt, gewichtet und interpretiert werden (vgl. ebd.). Die Inhalte der allgemeinen Moral ergeben sich demnach aus der Schnittmenge dessen, was von Menschen, die sich am moralisch Richtigen orientieren, für moralisch richtig gehalten wird. Die Moralvorstellungen von Menschen, auf die das nicht zutrifft, weil sie etwa un- oder amoralisch sind oder kein Interesse daran haben, moralisch zu sein oder zu handeln, sind aus dieser Überlegung ausgeklammert (vgl. ebd., 5).

Dementsprechend besteht die allgemeine Moral aus sehr allgemeinen und unspezifischen Inhalten, die in dieser Form von allen moralisch-orientierten Menschen akzeptiert werden können. Beispiele dafür sind etwa das Verbot zu töten oder anderen Leid zuzufügen, das Gebot die Wahrheit zu sagen oder das Gebot Versprechen zu halten. Auch Charaktereigenschaften und Tugenden wie Ehrlichkeit (*honesty*) oder Gewissenhaftigkeit (*conscien-*

*tiousness*) werden als Teilbereiche der allgemeinen Moral genannt (vgl. ebd., 3). Diese Liste von Inhalten ist explizit unvollständig und für Ergänzungen offen, denn: Sie entspricht keiner zeitlich unabhängigen, transzendenten Wahrheit, sondern besteht vielmehr aus historisch gewachsenen und erlernten Überzeugungen. Sie ergibt sich demnach aus einer vorausgesetzten, geteilten, menschlichen Erfahrung und besteht nicht unabhängig von ihren Kontexten. Sie fasst gewissermaßen zusammen, was Menschen mit dem Anspruch moralisch zu sein, kultur- und ortsunabhängig für moralisch gut und richtig halten. Die allgemeine Moral stellt damit quasi den kleinsten gemeinsamen Nenner einer menschlichen Moral dar (vgl. ebd., 5).<sup>19</sup>

Um nun konkretere und anwendungsfreundlichere Prinzipien und Regeln zu formulieren, die darüber hinaus ethisch gerechtfertigt sind, können die Inhalte der allgemeinen Moral spezifiziert (*specified*) werden (vgl. ebd., 17). Damit ist gemeint, dass die inhaltsarmen Sätze der allgemeinen Moral so lange mit Informationen und Bedeutungen angereichert werden können, bis praktikable Leitlinien (*policies*) oder Handlungsorientierungen entstehen (vgl. ebd., 20). Es können also Inhalte hinzugefügt werden, die angeben, bezogen auf wen und in welcher Weise eine Norm, Tugend oder ein Prinzip der allgemeinen Moral angewandt oder verstanden werden soll: Als Beispiel ziehen die Autoren etwa ein Prinzip der allgemeinen Moral heran, das besagt, dass die Autonomie von Personen zu respektieren ist. Sie spezifizieren es folgendermaßen: „’Respect the autonomy of competent patients by following their advance directives when they become incompetent.’” (ebd., 17) Wesentlich hierbei ist, dass keine neue Norm erfunden oder formuliert wird, sondern lediglich eine bereits vorhandene allgemeine Norm auf einen bestimmten Fall angewandt, oder vielleicht besser: zugeschnitten wird. Im hier angeführten Beispiel wird etwa durch zusätzliche Information klargestellt, *auf wen* sich die Norm bezieht und *wie* sie konkret Anwendung finden kann. Namentlich richtet sie sich an medizinisch-pflegerisches Personal, das die Präferenzen und Anweisungen von Patient:innen im bestimmten Fall, in dem sie nicht mehr ansprechbar sind, weiterhin befolgen soll.

Durch das Spezifizieren der allgemeinen Moral ergeben sich, so die Überlegung weiter, partikuläre Moralvorstellungen, die prinzipiell parallel zueinander existieren können, sofern sie

---

<sup>19</sup> Die Frage nach der Plausibilität dieser These sowie drei verschiedene Möglichkeiten der Rechtfertigung der allgemeinen Moral werden in Kapitel 2.3. näher erläutert.

die Normen der allgemeinen Moral nicht verletzen. Beauchamp und Childress schreiben: „Particular moralities are distinguished by the specificity of their norms, but these norms are not morally justified if they violate norms in the common morality.“ (ebd., 5) Diese spezifizierten Moralen bestehen aus Prinzipien, Normen und Tugenden, die bereits inhaltlich angereichert wurden und daher einen kleineren Geltungsbereich beanspruchen als die allgemeine Moral, d. h. es handelt sich daher um Moralvorstellungen, die *nicht* von allen Menschen geteilt werden, die sich der Moral verpflichtet fühlen. Beispiele hierfür sind etwa kulturspezifische, religiöse oder eben berufsbezogene Wertvorstellungen, die verschiedenes explizites wie implizites, fachliches, soziales und habituelles Wissen voraussetzen. Ebenso beinhalten partikulare Moralen Vorstellungen dazu, wie manche Normen spezifiziert werden sollen, welche Tugenden besonders wertvoll sind und wie mit Konflikten umgegangen werden muss (vgl. ebd., 6). In diesem Sinne stellt eine gerechtfertigte partikulare Moral also eine verengte, inhaltlich angereicherte Variante oder eine konkretere Spielart der allgemeinen Moral dar, die ihrerseits die normative Ausgangs- oder Grundlage dieser Spezifikation bildet (vgl. ebd., 3). Sofern die komplexen und individuellen Einzelfälle, die sich im Alltag ergeben, durch Spezifikationen nicht mehr adäquat adressiert werden können und für den Fall, dass sich Normen oder Prinzipien in einer konkreten Situation widersprüchlich gegenüber stehen, führen Beauchamp und Childress weiters das Instrument des Gewichtens und Abwägens (*weighing and balancing*) ein. Damit ist die konzeptuelle Möglichkeit geschaffen, im Konfliktfall einer Norm oder einem Prinzip den Vorzug einzuräumen und umgekehrt, eine Norm oder ein Prinzip zu verletzen (vgl. ebd., 20). Die Relevanz oder die Stärke (*weight and strength*) eines Prinzips oder einer Norm kann daher situationsabhängig bewertet und verglichen werden. Die Prinzipien und Normen der allgemeinen und auch der spezifischen Moral sind in diesem Sinne nicht uneingeschränkt, sondern *prima facie*, d. h. bis auf Widerruf gültig (vgl. ebd., 15): Sie behalten solange ihre Gültigkeit, bis es gute Gründe dafür gibt, sie temporär aufzugeben oder zu verletzen – etwa weil eine Norm nicht umgesetzt werden kann, ohne eine andere zu verletzen.

Während das Spezifizieren also darauf abzielt, Inhalte der allgemeinen Moral für einen kleineren Geltungsbereich nutzbar zu machen, indem sie inhaltlich verengt und angereichert wird, ist das Abwägen ein Mechanismus, mit dem eine unterschiedliche, situationsspezifische Gewichtung von Inhalten möglich ist (vgl. ebd., 20). Um etwaiger individueller Willkür beim Abwägen und Spezifizieren von Normen und Prinzipien entgegenzuwirken, stellen Beauchamp

und Childress mindestens drei Bedingungen auf, die die Navigation zwischen den verschiedenen allgemeinen und partikularen Normen und Prinzipien anleiten sollen.

Erstens formulieren die beiden Autoren eine Liste mit Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit eine Norm innerhalb eines Abwägungsprozesses legitimerweise verletzt werden kann. Hier geht es primär darum, den Vorzug einer Norm gegenüber einer anderen zu rechtfertigen. Diese Liste wird nicht weiter begründet und lautet wie folgt:

1. Good reasons are offered to act on the overriding norm rather than the infringed norm.
2. The moral objective justifying the infringement has a realistic prospect of achievement.
3. No morally preferable alternative actions are available.
4. The lowest level of infringement, commensurate with achieving the primary goal of the action, has been selected.
5. All negative effects of the infringement have been minimized.
6. All affected parties have been treated impartially. (ebd., 23)

Zweitens setzen die Autoren verschiedene Tugenden als dispositionale Charaktereigenschaften voraus, die Spezifikationen und Abwägungen allgemeiner Normen in eine normativ wünschenswerte Richtung lenken sollen (vgl. ebd., 32). Die Überlegung ist, dass moralische Akteur:innen aufgrund bestimmter tugendhafter Eigenschaften jene Spezifikationen und Abwägungen gegenüber anderen bevorzugen, die am kohärentesten zur allgemeinen Moral sind. Beauchamp und Childress schreiben:

[W]e propose a model of moral judgement that focuses on how balancing and judgement occur through practical astuteness, discrimination intelligence, and sympathetic responsiveness that are not reduceable to the specification of norms. The capacity to balance many moral norms is connected to [...] capacities of moral character. Capacities in the form of virtues of compassion, attentiveness, discernment, caring and kindness are integral to the way wise moral agents balance diverse, sometimes competing moral considerations. (ebd., 22)

Der skizzierte moralische Charakter besteht dabei einerseits aus Tugenden wie beispielsweise Ehrlichkeit (*honesty*) oder Vertrauenswürdigkeit (*trustworthiness*), die Teil der allgemeinen Moral sind (vgl. ebd., 3). Ihre Legitimität ergibt sich also daraus, dass sie von allen sich der

Moral verpflichtet fühlenden Menschen geteilt werden. Entsprechend können die konkreten Bedeutungen der Tugenden für bestimmte kulturelle, religiöse oder berufsbezogene Bereiche spezifiziert werden. Im Kontext der Medizinethik sprechen Beauchamp und Childress etwa von Fürsorge als zentrale und allgemeine Tugend, die sich im medizinisch-therapeutischen Bereich in spezifischere Tugenden, wie etwa Mitgefühl (*compassion*), Urteilsvermögen (*discernement*) und Vertrauenswürdigkeit ausdrückt (vgl. ebd., 33).<sup>20</sup>

Andererseits besteht der moralische Charakter aus einer stark vereinfachten Spielart des kantischen guten Willens, d. h. aus dem fundamentalen Interesse einer Person daran, das moralisch Richtige zu tun.<sup>21</sup> Beauchamp und Childress schreiben: „When a person characteristically lacks an appropriate motivational structure, a necessary condition of virtuous character is absent.“ (ebd., 32) Inwiefern diese Motivation mit dem Gefühl, der Moral verpflichtet zu sein, beziehungsweise der Akzeptanz der allgemeinen Moral zusammenfällt, bleibt allerdings offen.

Das dritte und wohl wichtigste Kriterium zur Prüfung der normativen Richtigkeit von Spezifikationen und Abwägungen ist ihre jeweilige Kohärenz, d. h. Widerspruchslosigkeit und Übereinstimmung mit der angenommenen allgemeinen Moral, die ihrerseits keiner weiteren Begründung bedarf (vgl. ebd., 25). Die Idee ist, dass spezifizierte Moralvorstellungen gerechtfertigt sind, sofern sie eine logisch konsistente und bekräftigende Variante der allgemeinen Moral darstellen (vgl. ebd., 443). Letztere erfüllt daher zwei Funktionen: Sie bietet einerseits einen Ausgangspunkt, von dem aus spezifische Wertvorstellungen konstruiert werden können, und sie steckt andererseits einen normativen Rahmen ab, in dem spezifische Werturteile variiert werden können. Etwas anders formuliert: Durch das Kriterium der Kohärenz werden bestimmte partikuläre Moralvorstellungen erzwungen oder ausgeschlossen, während andere mehr oder weniger gleichberechtigt koexistieren können.

---

<sup>20</sup> Es bleibt ein Stück weit unklar, ob und inwiefern die von Beauchamp und Childress vorgeschlagenen Tugenden als mehr oder weniger gegebene Charaktereigenschaften oder als zu erlernende Fähigkeiten zu denken sind. Etwas näher wird auf diese konzeptuelle Unschärfe in Kapitel 2.3.2. eingegangen.

<sup>21</sup> Etwaige Parallelen zwischen der deontologischen Ethik Kants und der Prinzipienethik von Beauchamp und Childress können hier nicht im Detail ausgearbeitet werden, es fällt aber auf, dass die gute Absicht oder die richtige Motivation, sich in ein allgemeines oder universales moralisches Gefüge einzuordnen in beiden Systemen für die Beurteilung einer Handlung zentral ist. Das wird insofern deutlich, weil Beauchamp und Childress die Tugendhaftigkeit, die sich unter anderem aus dem Motiv, das Richtige zu tun ergibt, als wesentliche Bedingung dafür ansehen, Abwägungsprozesse zu vollziehen und daher moralisch richtig zu handeln (vgl. Beauchamp und Childress 2019, 22).

In diesem Sinne verstehen die beiden Autoren ihr Projekt nicht ausschließlich kohärentistisch (vgl. ebd., 443). Durch die quasi dogmatische Annahme einer universellen Moral fällt der bei Rawls angesprochene Prozess zur Erstellung wohlüberlegter Urteile größtenteils weg oder beschränkt sich eben auf die historische Entwicklung der allgemeinen Moral. Während es bei Rawls daher mehrere Stellschrauben gibt, um alle normativen Vorstellungen in ein Gleichgewicht zu bringen, geht es Beauchamp und Childress nicht so sehr darum, wohlüberlegte Urteile aktuellen Fällen anzupassen (und vice versa), sondern ebendiese Einzelfälle in ein passendes Verhältnis zur allgemeinen Moral zu bringen, die wesentlich stabiler zu sein scheint als wohlüberlegte Urteile im Sinne Rawls (vgl. ebd., 442). Beispielsweise weist Oliver Rauprich in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Vorteil einer kohärentistischen Begründung eben darin liegt, dass sie nicht von der Annahme eines fundamentalen Ausgangspunkts abhängig ist – dieser Vorteil fällt allerdings mit der Bezugnahme auf die allgemeine Moral ein Stück weit weg (vgl. 2008, 239).

Daraus ergibt sich die Frage nach der potenziellen Veränderbarkeit der allgemeinen Moral. Wenngleich es, wie die Autoren betonen, unwahrscheinlich ist, dass Normen oder Regeln der allgemeinen Moral plötzlich ihre Gültigkeit verlieren, so bleibt die Möglichkeit bestehen, dass sich die Anwendungsgebiete allgemeiner Moral verändern: Als ein historisches Beispiel führen Beauchamp und Childress etwa die Einführung des Frauenwahlrechts an, bei dem keine neue Norm entworfen wurde, sondern eine bestehende Norm hinsichtlich ihrer Reichweite verändert wurde (vgl. Beauchamp/Childress 2019, 447). Ebenso ist es denkbar, dass neue moralische Normen der allgemeinen Moral hinzugefügt werden. Die Autoren nennen hier etwa ein Diskriminierungsverbot als Beispiel.

Hinsichtlich der Medizinethik schlagen Beauchamp und Childress nun vier thematische Cluster an Prinzipien vor, die Teil der allgemeinen Moral sind und die einen normativen Rahmen für eine allgemeingültige Medizinethik abstecken sollen. Die Prinzipien, die im Folgenden ausgeführt sind, ergeben sich daher aus der allgemeinen Moral, sind aber bereits für den medizinischen Bereich spezifiziert. Beauchamp und Childress schreiben diesbezüglich: „Our claim is merely that we *draw from* the common morality to formulate the principles of *biomedical ethics* in our book.” (kursiv im Text; ebd., 455) Die hier genannte Reihenfolge der Prinzipien orientiert sich an derjenigen der Autoren und soll, wie auch bei Beauchamp und Childress, keine Rangfolge oder Hierarchie innerhalb der allgemeinen Moral suggerieren (vgl. ebd., 99).

### 2.2.1. Respekt vor Autonomie (*respect for autonomy*)

Respekt vor Autonomie beschreibt im weitesten Sinn ein Prinzip, das nicht nur gebietet, autonome Entscheidungen als solche zu akzeptieren, sondern auch, sie zu ermöglichen (vgl. Beauchamp/Childress 2019, 104). Der Respekt drückt sich daher sowohl negativ in Form eines Verbots, autonome Entscheidungen einzuschränken aus, als auch positiv, in Form der Verpflichtung, autonome Entscheidungen zu unterstützen (vgl. ebd., 105). Aus diesem Verständnis der allgemeinen Norm ergeben sich dann mehrere konkretere Normen, wie etwa die Verpflichtung, die Wahrheit zu sagen, oder auch die Verpflichtung, vor einer Behandlung die Einwilligung der betroffenen Patient:innen einzuholen.

Dieses Prinzip ist jedenfalls, wie alle Prinzipien und Normen der allgemeinen Moral, *prima facie* gültig und kann daher, sofern begründet, eingeschränkt werden. Als Beispiele hierfür nennen die Autoren etwa Fälle, bei denen eine autonome Entscheidung die öffentliche Gesundheit und damit auch die Gesundheit dritter gefährdet (vgl. ebd., 105).

Das Prinzip Respekt vor Autonomie bezieht sich im Wesentlichen auf den Respekt vor autonomen Handlungen. Es klammert Theorien der Autonomie, die sie als vernünftige oder reflektierende Bezugnahme zu den eigenen Bedürfnissen und Wünschen erster Ordnung, d. h. als allgemeine Selbstbestimmung verstehen, aus (vgl. ebd., 102). Daher beschränken sich die beiden Autoren darauf, autonome Handlungen oder Entscheidungen, und nicht so sehr globale Eigenschaften der Autonomie, zu beschreiben. Sie tun dies anhand dreierlei Eigenschaften: Eine Handlung ist autonom, wenn sie erstens intentional ist, womit gesagt ist, dass die Handlung absichtlich getätigt werden muss. Zweitens muss eine Handlung im Wesentlichen (*substantial*) oder zumindest adäquat verstanden werden, wobei eine genauere Bestimmung des adäquaten Verständnisses Aufgabe partikularer Moraltheorien ist (vgl. ebd., 103). Ein drittes Kriterium für autonome Handlungen ist ihre Freiheit von äußeren Zwängen, etwa durch andere, und von inneren Einflüssen wie beispielsweise psychischen Erkrankungen (vgl. ebd., 102).

Während das erste Kriterium der Intentionalität entweder vorhanden ist oder nicht, kann das benötigte Verständnis sowie die Freiheit von äußerlicher oder innerlicher Kontrolle in unterschiedlichen Ausprägungen vorhanden sein. Entsprechend sind auch unterschiedliche

Grade der Autonomie denkbar, deren moralisch relevante Eckpunkte innerhalb spezifischer Moralvorstellungen festgelegt werden müssen (vgl. ebd., 103).

### 2.2.2. Nicht-Schaden (*nonmaleficence*)

Ein weiteres Prinzip ist das des Nicht-Schadens, das – wie im Namen schon angedeutet – verbietet, anderen in irgendeiner Form Schaden oder Leid zuzufügen bzw. Schaden an anderen zu riskieren (vgl. Beauchamp/Childress 2019, 155 f.). Es befindet sich daher in einer gewissen Nähe zu dem traditionellen ärztlichen Prinzip *primum non nocere*<sup>22</sup>, ist allerdings enger gefasst: Es beinhaltet keine Verpflichtung zu bestimmten fürsorglichen Handlungen, sondern vielmehr die Verpflichtung, bestimmte Handlungen zu unterlassen (vgl. ebd.). Namentlich verbietet es Handlungen, die in irgendeiner Form körperlichen oder psychischen Schmerz oder Leid verursachen (vgl. ebd., 159). Beispiele für Spezifizierungen dieses Prinzips sind etwa die Verbote zu töten, Schmerzen zu verursachen oder andere zu beleidigen (vgl. ebd., 159).

Auch dieses Prinzip gilt *prima facie* und kann unter bestimmten Umständen anderen Prinzipien untergeordnet werden. Entsprechend kann das Prinzip als eine Art Zwang zur Rechtfertigung in medizinisch-therapeutischen Behandlungssituationen verstanden werden: Da in diesem spezifischen Setting mit Besserung und Gesundheit oftmals ein gewisser Grad an Schmerz verbunden ist – man denke an Therapien zur Behandlung von Krebserkrankungen o. Ä. – bildet dieses Prinzip gewissermaßen eine Hürde, um sicher zu stellen, dass Leid nicht ohne vorherige Abwägung oder ohne adäquate Begründung verursacht wird (vgl. ebd., 158).

### 2.2.3. Wohltun (*beneficence*)

Dieses Prinzip kann gewissermaßen als der positive Gegenspieler des Prinzips des Nicht-Schadens verstanden werden: Während letzteres Akteur:innen dazu verpflichtet, etwas zu unterlassen, gebietet dieses Prinzip fürsorgliche und wohltuende Handlungen (vgl. Beauchamp/Childress 2019, 219). Es wird hier sowohl als Verpflichtung, in positiver Weise auf andere einzuwirken, als auch als Utilitätsprinzip verstanden, das es gebietet, Abwägungsprozesse so zu gestalten, dass sie die besten allgemeinen Ergebnisse erzielen (vgl. ebd., 218).

---

<sup>22</sup> Dt.: Allem voran keinen Schaden zufügen; eigene Übersetzung.

Anders als in rein utilitaristischen Theorien ist letzteres allerdings nicht das einzige moralische Kriterium, sondern eines unter anderen, die *prima facie* gelten.

Mögliche Spezifizierungen beinhalten etwa die Verpflichtung, die Rechte sowie die Unversehrtheit anderer zu schützen, Personen in Not zu helfen und schädliche Lebensbedingungen zu verbessern (vgl. ebd., 219).

Beauchamp und Childress unterscheiden zwischen generellen und spezifischen Verpflichtungen der Fürsorge, die sich aus den unterschiedlichen Beziehungen zu den jeweils Betroffenen ergeben (vgl. ebd., 219). Das Ziel hierbei ist, das Ausmaß der Fürsorge gewissermaßen einzugrenzen.<sup>23</sup> Während spezifische Verpflichtungen sich primär an Menschen im engeren sozialen oder beruflichen Umfeld – also etwa an Familienmitglieder, Bekannte oder Patient:innen – richten, bedarf es für generelle Verpflichtungen, also Verpflichtungen gegenüber Menschen außerhalb des eigenen Umfelds, Regeln, die gewissermaßen den Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Akteur:in abstecken. Beauchamp und Childress schlagen hierfür eine Liste vor, die angibt, unter welchen Bedingungen eine Person X gegenüber einer anderen, nicht nahestehenden Person Y fürsorglich verpflichtet ist:

1. Y is at risk of significant loss of or damage to life health or some other basic interests.
2. X's action is necessary (singly or in concert with others) to prevent this loss or damage.
3. X'action (singly or in concert with others) will probably prevent this loss or damage.
4. X's action would not present significant risks, costs or burdens to X.
5. The benefit that Y can be expected to gain outweighs any harms, costs or burdens that X is likely to incur. (ebd., 222)

Etwaige in dieser Auflistung enthaltene Unschärfen, wie beispielsweise die Frage nach den konkreten Bedingungen und Eigenschaften einer signifikanten Lebensgefahr in Kondition 1 sind Gegenstand von konkreten Spezifikationen und Abwägungen (vgl. ebd., 224). Der genaue Wirkungsbereich dieses Prinzips bleibt daher ein Stück weit offen.

---

<sup>23</sup> Die Überlegung von Beauchamp und Childress richtet sich explizit gegen Peter Singer, der argumentiert, dass es keine Grenzen der Betroffenheit gibt, sofern es um das Verhindern und Abschwächen von Leiden geht. Wir sind, so der Gedanke, bis zu dem Punkt, an dem Fürsorge und Hilfestellung uns selbst schaden würde, moralisch dazu verpflichtet, in irgendeiner Form Hilfe zu leisten. Beauchamp und Childress halten dies mit Verweis auf die darin impliziten hohen Ansprüche für überproportional (vgl. Beauchamp/Childress 2019, 220 f. sowie Singer 1972).

#### 2.2.4. Gerechtigkeit (*justice*)

Das Prinzip der Gerechtigkeit betrifft laut Beauchamp und Childress Fragen nach der gerechten Verteilung von Leistungen im Gesundheitssystem sowie der Organisation von öffentlicher Gesundheit (vgl. Beauchamp/Childress 2019, 267). Prinzipiell gehen die Autoren davon aus, dass kein einzelnes Prinzip und keine einzelne moralische Theorie *alle* Fragestellungen der distributiven Gerechtigkeit im medizinethischen Kontext sinnvoll bearbeiten kann (vgl. ebd., 268). Vielmehr können und müssen verschiedene Aspekte verschiedener Theorien als Ressourcen oder Werkzeuge herangezogen werden, um unterschiedliche Spannungsfelder oder Fragestellungen fassbar zu machen und beantworten zu können (vgl. ebd., 281).

Demnach stellen Beauchamp und Childress insgesamt sechs Theorien der Gerechtigkeit vor, denen jeweils unterschiedliche Prinzipien der Verteilung zugrunde liegen. Namentlich handelt es sich hierbei um utilitaristische, egalitäre, libertäre und kommunitäre Theorien sowie Fähigkeits- und Wellbeing-Theorien (vgl. ebd., 271). Zusätzlich stellen die beiden Autoren in Anlehnung an John Rawls eine grundlegende „fair-Opportunity Rule“ (ebd., 282) vor, die besagt, dass Personen so weit unterstützt werden müssen, dass nicht-eigenverantwortete soziale oder gesundheitliche Nachteile ausgeglichen werden. Sie schreiben dazu: „Rawls uses fair opportunity as a *rule of redress*, as do we.“ (kursiv im Text; ebd., 283) Besagte Theorien und Regeln der Gerechtigkeit können in diesem Sinne gewissermaßen als Spezifikationen bzw. Deutungen des allgemeinen Prinzips der Gerechtigkeit verstanden werden. Die jeweilige Anwendung, Auslegung und Abwägung dieser Theorien und Prinzipien bleibt den einzelnen Akteur:innen überlassen (vgl. ebd., 268).

### 2.3. Mögliche Kritik an der Prinzipienethik

Der prinzipienethische Ansatz von Beauchamp und Childress wurde über mehrere Ausgaben hinweg weiterentwickelt und in vielfacher Weise kommentiert und kritisiert. Michael Tschoetschel hat die vorgebrachten Kritiken in *Kritik der biomedizinischen Prinzipienethik nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress* (2022) zusammengefasst. Anhand dieser sowie weiterführender Literatur sollen im Folgenden drei Aspekte der Prinzipienethik herausgearbeitet werden, die für die Ethikberatung und ihre theoretischen Bezüge relevant sind. Der erste bezieht sich darauf, dass die Prinzipien sowie der von Beauchamp und Childress vorge-

schlagene Umgang damit keine eindeutige Handlungsempfehlung ergeben, was sich aus den uneindeutigen Inhalten der vier vorher genannten Prinzipien ergibt. Zweitens fehlt es an einer begründeten Konzeption des Guten, die zwar implizit vorausgesetzt wird aber nicht in die Prinzipienethik integriert ist. Drittens scheint die These der allgemeinen Moral nicht ausreichend gerechtfertigt.

### 2.3.1. Uneindeutige Handlungsanleitungen

Der erste hier vorgestellte Kritikpunkt an der Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress geht unter anderem auf K. Danner Clouser und Bernard Gert zurück. Er bezieht sich zunächst auf den Begriff des Prinzips, wie er von Beauchamp und Childress verwendet wird. In ihrem Artikel *Eine Kritik der Prinzipienethik* (2005)<sup>24</sup> gehen sie davon aus, dass Prinzipien klassischerweise eine Moraltheorie – oder zumindest Teile davon – repräsentieren und gleichzeitig konkrete Handlungsanleitungen beinhalten. Als Beispiel führen die beiden Autoren etwa das Utilitätsprinzip an, wonach man so handeln solle, dass für die größte Anzahl der größte Nutzen entsteht (vgl. Clouser/Gert 2005, 91). Diese klassischen Eigenschaften haben die Prinzipien der Prinzipienethik, wie sie etwa Beauchamp und Childress vertreten, laut Clouser und Gert allerdings nicht: Ihre These ist, dass die Prinzipien der Prinzipienethik vielmehr als Platzhalter für eine Vielzahl beliebiger Theorien und moralischer Überlegungen angewendet werden, die darüber hinaus keine sinnvolle, weil keine eindeutige Handlungsanleitung beinhalten (vgl. ebd.). Es fehlt daher eine Theorie im Hintergrund, die die Prinzipien konzeptuell miteinander verbindet, erklärt und rechtfertigt, sodass die Prinzipien als Ausdruck dieser allgemeinen Theorie verstanden werden können.

Clouser und Gert beziehen sich in ihrem Text auf die zweite Ausgabe der *Principles of Biomedical Ethics*, die 1983 erschienen ist und in der die vier biomedizinischen Prinzipien durch unterschiedliche Theorien gerechtfertigt werden. Ein allgemeiner konzeptueller Zusammenhang zwischen den einzelnen Prinzipien wurde mit der Annahme einer kohärentistischen Verbindung zwischen Prinzipien und der allgemeinen Moral in der 2001 erschienenen fünften Auflage der *Principles* nachgereicht (vgl. Tschoetschel 2022, 32). Die Prinzipien sind

---

<sup>24</sup> Der Artikel erschien bereits 1990 auf Englisch unter dem Titel *A Critique of Principlism* im *Journal of Medicine and Philosophy*, liegt hier allerdings in der deutschen Übersetzung von 2005 vor.

seitdem eine konkretere Version oder eine weitere Spielart der allgemeinen Moral; Handlungen scheinen in diesem Kontext dadurch gerechtfertigt werden zu können, dass sie – nach Spezifizierung und Abwägung durch moralische Agent:innen – in einen möglichst kohärenten Zusammenhang mit der allgemeinen Moral gebracht werden. In diesem Sinne kann die allgemeine Moral als das leitende Prinzip (*organizing principle*) der Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress verstanden werden (vgl. Gordon et. al. 2011, 298).

Man könnte also das kohärentistisch-prinzipienethische Prinzip, so wie Clouser und Gert es einfordern, etwa so formulieren: ‚Handle so, dass die Kohärenz zur allgemeinen Moral möglichst stark ist‘. Damit sind jedenfalls solche Handlungen als unethisch erkenn- und qualifizierbar, die der allgemeinen Moral eindeutig widersprechen. Allerdings ist dadurch das Problem uneindeutiger Handlungsanleitungen meinem Dafürhalten nach nur bedingt gelöst, denn der alleinige Bezug zur allgemeinen Moral – der seinerseits nicht näher erläutert oder erklärt wird – ermöglicht eine Vielzahl an Handlungen, die teils widersprüchlich zueinander sind. Das liegt zum einen daran, dass sich die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress nicht logisch aus den Inhalten der allgemeinen Moral ergeben, sondern auf unbestimmte Weise hergeleitet werden (vgl. Friedrich/Schleidgen 2019, 164) und weil die Prinzipien als Cluster verschiedener Theorien, wie Beauchamp und Childress sie auch in der neuesten Auflage der *Principles* vorschlagen (2019), bezogen auf einen konkreten Fall widersprüchliche Spezifikationsmöglichkeiten beinhalten.

Clouser und Gert stützen ihre Kritik, wonach die vier biomedizinischen Prinzipien keine Handlungsorientierung bieten, unter anderem auf die Beobachtung, dass diese vier Prinzipien jeweils mehrere Theorien und Begriffe subsumieren und demnach unterschiedliche Handlungen erfordern (vgl. Clouser/Gert 2005, 97): Das wird beispielsweise am Prinzip der Gerechtigkeit deutlich, das sechs verschiedene Theorien beinhaltet, die jeweils unterschiedliche Aspekte der Gerechtigkeit abdecken sollen (vgl. Beauchamp/Childress 2019, 267 f.). Welcher davon realisiert werden soll, ist eine Frage der Spezifikation.

Bezogen auf einen konkreten Fall kann das bedeuten, dass sich hinsichtlich der Frage nach dem moralisch Richtigen mehrere, und konträre Antworten ergeben, wie etwa Michael Tschoetschel anhand eines Beispiels zeigt (vgl. Tschoetschel 2022, 73 f.): Ausgangspunkt ist ein Fall, bei dem es um die Frage geht, ob eine nicht zwingend notwendige Operation an einer

minderjährigen und entwicklungsverzögerten Patientin durchgeführt werden soll, um die Pflege zuhause durch ihre Eltern zu ermöglichen. Versucht man diese Frage mithilfe der vier Prinzipien zu erörtern, kann, wie Tschoetschel ausführt, der Eingriff sowohl befürwortet als auch abgelehnt werden. Denn: Abhängig davon, welchen Teilaspekt eines Prinzips man als Handlungsorientierung heranzieht, verändert sich die jeweilige Handlungsempfehlung. Das zeigt sich beispielsweise am Prinzip der Gerechtigkeit, das entweder als Aufforderung dazu gedeutet werden kann, nicht selbstverschuldete Ungerechtigkeiten zu beseitigen – der Eingriff würde die krankheitsbedingten Ungerechtigkeiten teilweise beseitigen und der Patientin vermehrte Teilhabe sowie ein Leben mit ihrer Familie ermöglichen, womit der Eingriff gerechtfertigt wäre. Das Prinzip kann allerdings auch als egalitäres Prinzip verstanden werden, wonach alle Menschen den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben sollten.<sup>25</sup> Der fragliche Eingriff, der medizinisch nicht indiziert ist und daher unproportional viele Gesundheitsleistungen erfordert, ist demnach nicht gerecht und sollte nicht durchgeführt werden. In diesem Sinne sind laut Tschoetschel die vier Prinzipien als Hypothesen (vgl. ebd., 76) oder eben als „Checkliste von Erwägungen“ (Clouser/Gert 2005, 91) zu verstehen, die zwar durch die allgemeine Moral inhaltlich eingegrenzt sind, innerhalb dieses Rahmens jedoch kaum Orientierung bieten.

Der Vollständigkeit halber muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die hier beschriebene und kritisierte Offenheit und Vagheit der Prinzipien sowohl in der hier verwendeten Literatur stellenweise als dezidierter Vorteil verstanden wird (vgl. hierzu insbesondere Wiesing 2005; Rauprich 2005) als auch dem Selbstverständnis der Prinzipienethik entspricht. Die Idee der Prinzipienethik bestehe gerade nicht darin, eindeutige Handlungsanleitungen zu formulieren, sondern anhand von Prinzipien mögliche Konflikte zu skizzieren und zu benennen. So schreibt Beauchamp etwa: „Eine Aufgabe von Prinzipien ist es, zu *prinzipiengeleiteten (principled)* Urteilen zu kommen, ohne dem Handelnden das *Ermessen* zu nehmen.“ (kursiv im Text; Beauchamp 2005, 51)

---

<sup>25</sup> Beauchamp und Childress führen in ihrem Kapitel zu egalitären Gerechtigkeitstheorien sowohl John Rawls als auch Norman Daniels als Beispiele an (vgl. Beauchamp/Childress 2019, 275). Michael Tschoetschel bezieht sich in seiner Falldiskussion explizit auf Daniels, für dessen Ansatz gilt: „Each member of society, irrespective of wealth or position, has equal access to an adequate, although not maximal, level of health care.“ (ebd.)

### 2.3.2. Fehlende Konzeption des Guten

Das von Beauchamp angesprochene Ermessen bezieht sich auf den schon erwähnten moralisch-tugendhaften Charakter (vgl. Kapitel 2.2.), der die Auslegung, Spezifikation und Abwägung der Prinzipien so anleiten soll, dass sie möglichst kohärent zur allgemeinen Moral sind. Er soll – neben der in Kapitel 2.2. vorgestellten Liste an Bedingungen zur Verletzung eines Prinzips – zudem verhindern, dass die Bearbeitung der Prinzipien willkürlich geschieht und Prinzipien ohne gute Gründe verletzt werden. Damit ist auch dem Umstand Rechnung getragen, dass wohl kein Prinzip allein die komplexe Wirklichkeit eindeutig fassen und anleiten kann, und dass in vielen Situationen nicht eindeutig ist, welchem Prinzip der Vorzug gegeben werden soll. Die Tugenden, die selbst Teil der allgemeinen Moral sind, fungieren gewissermaßen als zusätzliche Dimension der allgemeinen Moral, die manche Spezifikationen oder Abwägungen im Vorhinein ausschließen und andere befürworten soll. Es bleibt nun allerdings fraglich, ob mithilfe des tugendhaften Charakters wie Beauchamp und Childress ihn skizzieren, tatsächlich willkürliche Entscheidungen vermieden und etwaige Spezifikationen oder Abwägungen gut begründet werden können.

Denn: Mit Matthew Shea kann argumentiert werden, dass der moralische Charakter sowie die mitgedachten Fähigkeiten und Eigenschaften konzeptuell zu unvollständig sind, um gerechtfertigte Abwägungs- und Spezifikationsentscheidungen zu treffen. Er geht in seinem Artikel *Principlism's Balancing Act: Why the Principles of Biomedical Ethics Need a Theory of the Good* (2020) davon aus, dass die für das Spezifizieren und Abwägen zentralste Tugend in einer Art praktischen Weisheit oder Klugheit besteht; also in der Fähigkeit dazu, die jeweils relevanten Prinzipien in einer Situation zu erkennen, ihre Konsequenzen abzuschätzen und diese Erkenntnisse handlungswirksam werden zu lassen (vgl. Shea 2020, 450). Sie ermöglicht es, zwischen verschiedenen Handlungsoptionen diejenige auszuwählen, die am angemessensten und vernünftigsten zu sein scheint.

Die wesentliche Idee in Sheas Artikel besteht nun darin, dass die praktische Weisheit oder Klugheit traditionell mit einem Konzept dessen zusammenhängt, was in einem axiologischen Sinn für gut gehalten wird (vgl. ebd.). Was klug oder vernünftig ist, steht in dieser Denkart in einer engen Beziehung mit dem, was als gut und wünschenswert gedacht wird. Ein klassisches Beispiel hierfür findet sich in der aristotelischen Tugendethik, in der – sehr verkürzt dargestellt – die Klugheit (*phronesis*) das Handeln danach ausrichtet, was zum höchsten Gut

(*eudaimonia*) führt, d. h. was für den Menschen qua seiner anthropologischen Bestimmung als vernunftbegabtes Wesen gut ist (vgl. EN I 6 1098a, 10-15; VI 5 1140b, 5-10).

Die Vorstellung davon, was gut oder schlecht für jemanden ist, leistet nun auch wesentliche Argumentationsarbeit, wenn versucht wird, ein Prinzip zu spezifizieren oder die Verletzung eines Prinzips im Rahmen einer Abwägung zu rechtfertigen. Denn, so die Überlegung, die beste Erklärung dafür, mit welchen Inhalten ein Prinzip angereichert werden sollte (vgl. Shea 2020, 447), als auch die beste Erklärung dafür, warum ein Prinzip verletzt werden darf, besteht im Verweis auf das dadurch ermöglichte Wohltun oder den dadurch vermiedenen Schaden (vgl. ebd., 542). Da in der Prinzipienethik allerdings kein Konzept des Guten oder des Well-Beings<sup>26</sup> enthalten ist, das definiert und begründet, was wohltuend oder schädlich für Menschen ist, können Spezifikations- und Abwägungsentscheidungen innerhalb der Prinzipienethik nicht mit Verweis auf diese Begriffe begründet werden. Das Konzept der Klugheit und des tugendhaften Charakters bleibt demnach unvollständig.

Shea führt dies unter anderem an einem Abwägungsbeispiel aus, in dem es um die Frage geht, ob einem bewusstlosen Patienten ein Bein amputiert werden soll, um sein Leben zu retten. Es kommt zu einem Konflikt zwischen dem Prinzip des Nicht-Schadens einerseits und dem Prinzip des Wohlwollens andererseits. Die betroffene Ärztin entscheidet sich dafür, das Bein zu amputieren. Die wahrscheinlich plausibelste Rechtfertigung dafür besteht laut Shea im Verweis auf das Well-Being des Patienten:

The doctor ought to amputate the patient's limb because life is a greater good than bodily integrity and dismemberment is a lesser evil than death. With respect to the patient's overall well-being, life is the more essential good that ought to be promoted in this case. (ebd., 452)

Da nun weder mit den vier Prinzipen noch mit der Konzeption des tugendhaften Charakters von Beauchamp und Childress begründet werden kann, warum das Leben des Patienten wichtiger scheint als seine körperliche Integrität, muss sich diese Argumentation für die

---

<sup>26</sup> Shea verwendet die Begriffe Axiologie (*axiology*), Wertetheorie (*value theory*) und Theorie des Well-Beings (*theory of well-being*) in seinem Artikel ausdrücklich synonym zueinander (vgl. 2020, 444). Er schreibt: „The concept of well-being refers to what is good *for* an individual, benefits her, and is in her interest. In the context of health care, well-being is equivalent to quality of life, best interest, or the benefits and burdens of treatment options, because all of these notions pick out what is good and bad for individuals. In this article, I am using 'value theory', 'axiology', 'theory of the human good' and 'theory of well being' interchangeably.“ (kursiv im Text; ebd.)

Amputation auf zusätzliche, nicht in der Prinzipienethik enthaltenen Vorstellungen davon beziehen, was im Interesse eines Menschen ist. Die Erklärung für die Entscheidung der Ärztin findet sich nicht innerhalb der Prinzipienethik, sondern in präexistenten und individuellen Intuitionen oder Vorstellungen davon, was im Sinne des Patienten ist: „On this picture, practical wisdom operates like a *deus ex machina* whose nature and function are mysterious; and it does not really answer the question of *why* certain principles trump others.“ (kursiv im Text; ebd., 453)

Es könnte versucht werden, die fehlende Konzeption des Guten in der allgemeinen Moral zu verankern und anzunehmen, dass es nicht nur eine universelle Übereinkunft darüber gibt, welche moralischen Prinzipien und Tugenden anerkannt sind, sondern auch darüber, worin das Gute besteht. Allerdings ist ein wesentliches Kriterium der allgemeinen Moral, dass sie von allen Menschen, die sich der Moral verpflichtet fühlen, anerkannt wird. Wenngleich es denkbar ist, so argumentiert Shea, dass es einen Konsens darüber gibt, was das Gute *ist*, so ist es dennoch schwer haltbar davon auszugehen, dass es geteilte Vorstellungen darüber gibt, worin dieses Gute begründet ist, d. h. wodurch es gut wird (vgl. ebd., 457).

Beauchamp und Childress müssten diese Vorstellung jedenfalls ähnlich wie die vier biomedizinischen Prinzipien sowie die vorgeschlagenen Tugenden durch ihre Zugehörigkeit zur allgemeinen Moral begründen. Die Legitimation der allgemeinen Moral selbst ist jedoch, wie im folgenden Unterkapitel weiter ausgeführt wird, ebenfalls fraglich.

Im Anschluss an die zuvor formulierte Kritik, dass sich aus der Prinzipienethik keine eindeutige Handlungsanleitung ergibt, kann nun zusätzlich gesagt werden, dass der Umgang mit den – gewissermaßen ohnehin schon lose formulierten – Prinzipien auf individuelle Vorstellungen davon zurückgeworfen ist, was für wohltuend oder schädlich gehalten wird, ohne diese Begriffe konzeptuell zu erklären oder zu begründen. Vielmehr wird eine solche Vorstellung durch die moralischen Akteur:innen vorausgesetzt.

### 2.3.3. Fragliche Rechtfertigung der allgemeinen Moral

Ein letzter Kritikpunkt, der genannt werden soll, schließt insofern an den vorherigen an, als er die fehlende Rechtfertigung der allgemeinen Moral betrifft. Wie in Kapitel 2.2. ausgeführt, beschreibt die allgemeine Moral eine Menge an Normen, Prinzipien und Tugenden, die von

allen Menschen anerkannt werden, die sich der Moral verpflichtet fühlen. Die allgemeine Moral formuliert demnach einen universellen moralischen Minimalkonsens, der intuitiv weder historisch noch anthropologisch plausibel zu sein scheint und dementsprechend einer Rechtfertigung bedarf, die ihre normative Gültigkeit begründen kann. Beauchamp und Childress schlagen in den *Principles* insgesamt drei Strategien vor, mithilfe derer unterschiedliche Aspekte der allgemeinen Moral gerechtfertigt werden können, ohne sich aber auf eine Strategie festlegen zu wollen: „We do not present a justification [...]. Our sole aim in this section is to identify three *available types of justification* and what they would justify in a fully developed account.“ (kursiv im Text; Beauchamp/Childress 2019, 449)

Die erste dieser Strategien besteht darin, die Existenz der allgemeinen Moral empirisch zu überprüfen, indem sozialwissenschaftlich nach gemeinsamen moralischen Vorstellungen, und weniger nach kulturell bedingten Verschiedenheiten der Moral, gefragt werden soll (vgl. Beauchamp/Childress 2019, 449 f.). Dafür ist etwa eine Studie denkbar, die als Teilnahmebedingung die Akzeptanz mindestens einer Norm der allgemeinen Moral voraussetzt. Die Autoren schlagen namentlich das Prinzip des Nichtschadens vor, um ausgehend davon die Akzeptanz weiterer Normen der allgemeinen Moral zu erfragen (vgl. ebd., 451). Das Teilnahmekriterium ergibt sich aus der Prämisse, dass die allgemeine Moral nur von Personen geteilt wird, die sich der Moral verpflichtet fühlen – die zu überprüfende Hypothese ist daher, ob Menschen, die dem Prinzip des Nichtschadens zustimmen, auch allen weiteren Prinzipien der vorgeschlagenen allgemeinen Moral zustimmen würden. Neben der Möglichkeit der Legitimation sowie der Falsifikation ihrer These sehen die beiden Autoren zusätzlich die Option, zumindest *eine* universale Norm – namentlich das Verbot, Schaden zuzufügen – nachweisen zu können (vgl. ebd., 452).

Ebenso betonen die beiden Autoren die zusätzliche Möglichkeit der Begründung der allgemeinen Moral durch eine normative Theorie, ohne dabei eine bestimmte Theorie oder Position explizit vertreten zu wollen (vgl. ebd., 452 f.). Nichtsdestotrotz führen sie eine Theorie an, die diese normative Begründung leisten könnte: Versteht man die Normen der allgemeinen Moral in pragmatistischer<sup>27</sup> Hinsicht, können sie dadurch gerechtfertigt werden, dass sie einen

---

<sup>27</sup> Laut *Stanford Encyclopedia of Philosophy* beschreibt der Pragmatismus die Prämisse, dass sich die Bedeutung von Thesen und Theorien durch ihre Implikationen in praktischen Situationen ergibt (vgl. Legg/Hookway 2024: „Pragmatism; 2. The Meaning of Pragmatism“). In moralphilosophischer Hinsicht bedeutet dies, wie Beauchamp und Childress anführen, dass sich die Legitimität einer moralischen Norm dadurch ergibt, dass sie dazu führt,

allgemeinen instrumentellen Nutzen erfüllen. So schreiben Beauchamp und Childress: „A set of norms is pragmatically justified if and only if this set is the best way to promote human flourishing when all factors [...] are taken into consideration.“ (ebd., 453)<sup>28</sup>

Zuletzt verweisen Beauchamp und Childress auf die Möglichkeit einer konzeptuellen Rechtfertigung der allgemeinen Moral (vgl. Beauchamp/Childress 2019, 545 f.). Demnach impliziert das Konzept oder die Kategorie der Moral bereits verschiedene normative Inhalte, die als Referenzpunkte für das moralisch Ge- und Verbotene zu verstehen sind und sich aus der – angenommenen – Funktionalität der Moral ergeben. Diese der Moral inhärenten normativen Inhalte sind, so die These, die Normen der allgemeinen Moral im oben ausgearbeiteten Sinn.<sup>29</sup> Beauchamp und Childress schreiben:

We will defend here the view that the concept of morality contains normativity not only in the sense that this concept requires some action-guiding norms but also in the sense that it contains *certain specific* moral norms – that is, a body of norms in morality in the normative sense. No system of believe lacking these specific norms counts as morality, and if someone claimed that a system without these common-morality norms counts as morality, the claim should be rejected as conceptually mistaken. (kursiv im Text; ebd., 454)

Die zu rechtfertigenden Normen werden demnach mit dem Konzept der Moralität gleichgesetzt. Damit ist die These gestützt, dass alle Menschen, die sich der Moral verpflichtet fühlen, auch die Normen der allgemeinen Moral akzeptieren. Moralisch zu sein bedeutet dann, die Inhalte der allgemeinen Moral anzuerkennen.

Nun ist es mit keiner der drei angegebenen Strategien möglich, die universale normative Verbindlichkeit (*normative force*) bzw. die normative Gültigkeit der allgemeinen Moral zu

---

dass das moralisch Richtige verwirklicht wird (vgl. 2019, 453). Etwa Bernhard Bleyer argumentiert dafür, dass diese Idee insbesondere in den US-amerikanischen Anfängen der Ethikberatung eine wesentliche Rolle spielt (vgl. 2019, 121-134).

<sup>28</sup> Tatsächlich argumentiert Beauchamp in seinem Aufsatz *Der ‚vier-Prinzipien‘ Ansatz in der Medizinethik* (2021) in eine ähnliche Richtung: er schreibt den einzelnen Normen der allgemeinen Moral einen funktionalen Charakter zu, indem er sie dafür verantwortlich sieht, menschliches Elend im weiteren Sinn zu verhindern und die Lebensqualität von Menschen zu verbessern. Sie begründen sich daher durch ihre pragmatischen Effekte, und nicht so sehr dadurch, dass sie transkulturell anerkannt werden (vgl. Beauchamp 2021, 82).

<sup>29</sup> Beauchamp und Childress beziehen sich hier auf einen Aufsatz von Philippa Foot, in dem sie vor dem Hintergrund der Frage nach der Möglichkeit objektiver moralischer Urteile dafür argumentiert, dass – unter der Prämisse, das Moral darauf abzielt, einerseits Gefahren abzuwenden und andererseits Vorteile zu erwirken – bestimmte normative Inhalte bereits Teil des Konzepts von Moral sind (vgl. 2002, 6 f.). Konkreter ergeben sich diese Inhalte aus denjenigen Gegenständen, die Moral erreichen oder vermeiden soll, Ge- und Verbote, die Foot als Definitionskriterien (*definitional criteria*) für das moralisch Gute oder Schlechte versteht.

rechtfertigen, wie Quill Kukla<sup>30</sup> ausführt: Eine sozialwissenschaftliche Darstellung der allgemeinen Moral kann zwar die Existenz verschiedener allgemein anerkannter Prinzipien und Normen nachweisen, nicht aber ihre allgemeine normative Gültigkeit (vgl. Kukla 2014, 77). Das erkennen auch Beauchamp und Childress, sie betonen allerdings, dass auch der empirische Nachweis allgemeiner Normen für ihre normative Rechtfertigung hilfreich sein kann (vgl. Beauchamp/Childress 2019, 452).

Sofern weiters versucht wird, die allgemeine Moral pragmatistisch zu rechtfertigen, zielt diese Rechtfertigung laut Kukla nicht mehr auf die Allgemeinheit (*commonness*) der allgemeinen Moral ab, sondern auf ihre Inhalte: Mit Verweis auf ihren pragmatistischen Nutzen können zwar Prinzipien der allgemeinen Moral gerechtfertigt werden, allerdings ist es für diese Art der Begründung irrelevant, ob die Prinzipien tatsächlich universell anerkannt sind oder nicht. Die Überlegung ist, dass dann zwar die einzelnen Prinzipien normativ gerechtfertigt werden, nicht aber, dass sie allgemein anerkannt sind (vgl. Kukla 2014, 76). Das wiederum ist ein wesentliches Kriterium der These der allgemeinen Moral.

Ähnlich argumentiert Kukla hinsichtlich der konzeptuellen Rechtfertigungsstrategie, die Beauchamp und Childress vorschlagen (vgl. ebd.), allerdings scheint das größere Problem mit dieser Art der Rechtfertigung darin zu bestehen, dass sie zirkulär ist, wie Michael Tschoetschel bemerkt: Sofern die aufgestellten Kriterien einer Moraltheorie ebendiese Theorie rechtfertigen sollen, wird ein Zirkelschluss begangen (vgl. 2022, 51).

Tatsächlich scheinen Beauchamp und Childress die normative Gültigkeit der allgemeinen Moral mit dem Umstand zu legitimieren, dass ihre Inhalte historisch und kulturell fest verankert und ebendort auffindbar sind. So leiten sie die Existenz der allgemeinen Moral etwa an dieser Stelle anhand der Beobachtung her, dass es universell gleich verstandene Wertvorstellungen gibt:

Some core tenets found in every acceptable particular morality are not relative to cultures, groups, or individuals. All persons living a moral life know and accept rules such as not to lie, not to steal others property, not to punish innocent persons [...]. All persons committed to morality do not doubt the relevance and importance of these universally valid rules. (Beauchamp/Childress 2019, 3)

---

<sup>30</sup> Publiziert unter dem Namen Rebecca Kukla, Anm.

Daraus ergeben sich dreierlei Problemstellungen: Einerseits wird mit diesem Ansatz die allgemeine Moral induktiv erschlossen, wie Orsolya Friedrich und Sebastian Schleidgen argumentieren: Induktive moralische Schlüsse, d. h. Schlüsse von Einzelfällen auf allgemeine Regeln, gelten insofern als vage, als die universale Gültigkeit ihrer Konklusion nicht sicher belegt ist, da sie nicht in den jeweiligen Prämissen enthalten ist (vgl. 2019, 161).

Andererseits läuft, wie weiter oben schon ausgeführt, diese Art der Begründung Gefahr, einen naturalistischen Fehlschluss zu begehen. Sofern aus der Tatsache, dass manche moralischen Überzeugungen weitgehend anerkannt werden, darauf geschlossen wird, dass diese Überzeugungen auch anerkannt werden sollten, wird fälschlicherweise angenommen, dass die fragliche Tatsache einen normativen Anspruch enthält. Dieser muss allerdings erst begründet und hinzugefügt werden.

Zuletzt bleibt meinem Dafürhalten nach fraglich, ob und inwiefern die allgemeine Moral tatsächlich allgemein ist, wenn sie aus Vorstellungen erschlossen wird, die ausschließlich in ‚akzeptablen‘ partikularen Moralen vorkommen und ihr Gültigkeitsanspruch auch nur auf diejenigen begrenzt ist, die sich dieser Moral ohnehin verpflichtet fühlen. Aus der im obigen Zitat angeführten Rede von akzeptablen Moralvorstellungen lässt sich im Umkehrschluss jedenfalls ableiten, dass es auch nicht-akzeptable Moralvorstellungen gibt – diese Unterscheidung bleibt allerdings in den *Principles* unbegründet.

Es besteht daher der Verdacht, dass die allgemeine Moral selbst eine Moral unter vielen ist, deren Gültigkeit sich auf die Gruppe beschränkt, die sich ihr verpflichtet fühlt. Sofern die allgemeine Moral selbst Ausdruck gruppenspezifischer Wertvorstellungen ist, bleibt fraglich, warum sie anderen weit verbreiteten Moralvorstellungen als Referenzpunkt und Rahmen für das moralisch Richtige und Gerechtfertigte vorgezogen werden sollte.

In diesem Sinne kann gesagt werden, dass die These der allgemeinen Moral verhältnismäßig schwach begründet ist. Da keine der von Beauchamp und Childress angeführten Begründungsstrategien dazu geeignet ist, die allgemeine Moral zu begründen, die allgemeine Moral allerdings die Gültigkeit der vier Prinzipien belegen soll, bleibt offen, inwieweit die Prinzipienethik – auch in Verbindung mit der unter 2.3.1. angeführten Kritik (wonach die Prinzipienethik keine eindeutigen Handlungsanleitungen anbieten kann) als universalistische Theorie verstanden werden kann. Akzeptiert man die angeführte Überlegung, wonach die allgemeine Moral selbst Ausdruck einer kultur- und gruppenspezifischen Moral ist, muss die Prinzipienethik als

relativistische Theorie eingeordnet werden. Das widerspricht zum einen dem universalistischen Anspruch der allgemeinen Moral, deren Rolle innerhalb der Prinzipienethik darin besteht, bestimmte Moralvorstellungen eindeutig als unethisch zu qualifizieren (vgl. Beauchamp/Childress 2019, 443). Zum anderen sind relativistische Theorien im Kontext dieser Arbeit insofern problematisch, als das dadurch jede mögliche Lösung oder Antwort auf ein ethisches Problem gerechtfertigt werden kann, worauf im letzten Kapitel noch näher eingegangen wird.

### 3. Eine prinzipienethische Ethikberatung

Die zentrale Forschungsfrage dieser Masterarbeit besteht darin zu fragen, inwiefern die Prinzipienethik als theoretisches Fundament der Ethikberatung gedacht werden kann und welche Konsequenzen sich daraus ergeben. Im vorliegenden Kapitel soll daher nun zunächst untersucht werden, wie eine prinzipienethisch fundierte Ethikberatung aussehen könnte. Als Ausgangspunkt dafür soll die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* bei Georg Marckmann (2022b, 2024), die eine der am vollständigsten ausgearbeiteten Anwendungen der Prinzipienethik in der Ethikberatung darstellt,<sup>31</sup> sowie einige Überlegungen zur theoretischen Fundierung klinischer Ethik von Marcel Mertz et. al. (2013) dienen. Im Anschluss daran soll dann auf Probleme eingegangen werden, die sich aus der prinzipienethischen Fundierung der Ethikberatung ergeben. Dafür wird unter anderem auf die in Kapitel 2.3.1. bis 2.3.3. ausgearbeiteten Kritikpunkte der Prinzipienethik Bezug genommen.

#### 3.1. Prinzipienorientierte Falldiskussion bei Georg Marckmann

Die prinzipienorientierte Falldiskussion zielt darauf ab, konkrete moralische Probleme innerhalb einer ethischen Fallberatung dadurch zu lösen, dass Handlungsoptionen erarbeitet werden, die allen vier allgemeinen Prinzipien entsprechen oder diesen zumindest nicht widersprechen (vgl. Marckmann 2022b, 27). Dafür werden aus den Prinzipien Verpflichtungen abgeleitet oder spezifiziert, die seitens des behandelten Teams gegenüber den Patient:innen bestehen. Unter der Prämisse, dass so alle relevanten ethischen Spannungsfelder abgedeckt werden können, klassifiziert sich eine Entscheidung dann dadurch als ethisch bzw. ethisch abgewogen, dass besagte Verpflichtungen erfüllt werden oder gute Begründungen vorgelegt werden, wenn diesen Verpflichtungen nicht nachgekommen werden kann.

Die gesamte Falldiskussion ist in diesem Modell in fünf Schritten aufgebaut, wobei der erste Schritt in einer Analyse der möglichen Handlungsoptionen besteht (vgl. ebd., 23).

---

<sup>31</sup> Ein weiteres Modell der ethischen Fallberatung, das sich auf die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress bezieht, ist das *Basler Modell der prinzipienorientierten klinischen Ethikkonsultation*. Da dieses Modell seinen Bezug zur Prinzipienethik primär dadurch herstellt, dass angenommen wird, dass sich medizinethische Probleme durch die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress darstellen lassen (vgl. Schürmann et. al. 2025, 5) und keine weiteren Überlegungen aus der Prinzipienethik übernimmt, ist es hier ausgeklammert.

Anschließend gilt es innerhalb von zwei weiteren Schritten<sup>32</sup> die möglichen Handlungsoptionen daraufhin zu befragen, ob durch sie alle moralischen Verpflichtungen, die sich aus den Prinzipien ergeben, erfüllt werden können oder nicht. Konkret muss das Kriterium des Wohltuns und des Nichtschadens – das hier anders als bei Beauchamp und Childress zu einem einzigen Prinzip des allgemeinen Wohlergehens des Betroffenen im Sinne „allgemein geteilte[r] Wertvorstellungen“ (ebd., 25) fusioniert wird – berücksichtigt werden: Die Handlungsoption muss das „längerfristige Wohlergehen“ (ebd.) der Patient:in fördern und darf keine Schäden verursachen. Außerdem muss eruiert werden, ob die Patient:in die fragliche Handlungsoption selbst befürwortet: Aus dem zweiten abzufragenden Prinzip, autonome Entscheidungen zu respektieren, wird hier demnach die Frage nach dem Patient:innenwillen abgeleitet (vgl. ebd., 26). Zuletzt muss die Handlungsoption im Sinne des Gerechtigkeitsprinzips daraufhin geprüft werden, ob und inwieweit dritte Parteien von der fraglichen Handlungsoption betroffen sind. Das bezieht sich sowohl auf nahestehende Personen, als auch auf andere Patient:innen. Dabei wird betont, dass die Verpflichtungen gegenüber Dritten, denen gegenüber der jeweiligen Patient:in nachgeordnet sind (vgl. ebd., 27). Entsprechend gibt es hier, anders als bei Beauchamp und Childress, durchaus eine hierarchische Reihung der Verpflichtungen, die ihrerseits als Spezifikationen der allgemeinen Moral gedeutet werden können.

In einem vierten Schritt werden die fraglichen Handlungsoptionen hinsichtlich ihrer Übereinstimmung mit den ausgeführten moralischen Verpflichtungen geprüft. Sofern mit einer Handlungsoption alle Verpflichtungen erfüllt werden können, die Verpflichtungen also konvergieren, gilt diese Handlungsoption als gut begründet (vgl. ebd., 27). Die Handlungsoptionen legitimieren sich also dadurch, dass sie von den allgemeinen Prinzipien als Verpflichtungen abgeleitet werden können und auf die idente Handlungsoption verweisen, d. h. übereinstimmen. Ist dies bei keiner Handlungsoption der Fall bzw. wird eine Verpflichtung durch eine andere Verpflichtung verletzt, muss eine begründete Abwägung durchgeführt werden, bei der Gründe für eine Option und gegen andere Option gesammelt werden müssen. In einem

---

<sup>32</sup> Laut Marckmann ergeben sich aus den vier Prinzipien drei relevante Verpflichtungen seitens der Behandler:innen. Die Fragestellungen, die sich aus diesen Verpflichtungen ergeben, teilt er wiederum in zwei Schritte: einerseits in Verpflichtungen gegenüber der Patient:in und andererseits in Verpflichtungen gegenüber Dritten (vgl. Markmann 2022b, 22 f.).

fünften und letzten Schritt kann der Prozess, sowie die Entscheidung auf mögliche Einwände kritisch reflektiert werden (vgl. ebd., 28).

Der explizite Vorteil, den Marckmann sowie auch Marcel Mertz et. al. in einer prinzipien-ethisch-kohärentistischen Begründung der Ethikberatung sehen, besteht in ihrer angenommenen Nähe zu real vorhandenen und weitgehend geteilten Moralvorstellungen (vgl. Mertz et al. 2013, 93). Marckmann schreibt:

Als Begründungsmodell erscheint der Kohärentismus am ehesten geeignet, da er an lebensweltlichen moralischen Überzeugungen anknüpft und damit die Verständigung auf weithin anerkannte normative Bewertungsmaßstäbe diesseits ungelöster moralphilosophischer Grundkontroversen ermöglicht. Die vier klassischen medizinethischen Prinzipien bieten hierfür ein Beispiel. Sie sind aber für den jeweiligen Anwendungsbereich weiter zu spezifizieren oder zu ergänzen. (2024, 281)

Die Idee ist daher, dass durch die kohärentistische Begründungsstruktur philosophische Grundlagendebatten ausgeklammert werden, weil der jeweils zur Anwendung kommende ethische Beurteilungsmaßstab durch seine Ableitung aus Prinzipien legitimiert ist, die ihrerseits durch ihre angenommene Verankerung in der Praxis gerechtfertigt sind. Die Beweislast innerhalb der ethischen Fallberatung bezieht sich also weniger auf die Prinzipien, sondern auf die Verpflichtungen oder Handlungen, die daraus abgeleitet werden. Das wiederum gelingt durch das Abfragen der Übereinstimmung zwischen Prinzip, Verpflichtung sowie der Handlung, die daraus folgt.

Dadurch, dass die vier konkret benannten Prinzipien als explizite Anhaltspunkte hinsichtlich der moralischen Qualität einer Entscheidung angenommen werden, wird zusätzlich, so die Überlegung weiter, die Transparenz der Fallberatung und die Nachvollziehbarkeit der Entscheidung vereinfacht (vgl. Mertz et. al. 2013, 96), weil ähnlich einer Check-Liste abgefragt werden kann, ob alle relevanten moralischen Aspekte des Problems oder des Konflikts berücksichtigt wurden (vgl. Marckmann 2024, 281).

### 3.2. Prinzipienethische Ethikberatung

Denkt man Marckmanns Modell weiter und nimmt man die Prinzipienethik als das normative Rahmensystem der gesamten Ethikberatung im Gesundheitswesen an, anhand dessen moralische und ethische Konflikte beschrieben und bearbeitet werden können, lässt sich ein Kriterium für die normative Gültigkeit der Ethikberatung formulieren: Der Indikator für die normative Gültigkeit einzelner Handlungen und Entscheidungen im medizinisch-therapeutischen Kontext besteht in ihrer Kohärenz und Konsistenz mit den vier Prinzipien, die ihrerseits durch ihren Zusammenhang zur allgemeinen Moral gerechtfertigt sind.

Geht man davon aus, dass moralisch gute Handlungen und Entscheidungen innerhalb der Prinzipienethik darin bestehen, dass sie kohärent und konsistent zur allgemeinen Moral sind, kann die allgemeine Aufgabe einer prinzipienethischen Ethikberatung darin gesehen werden, eben solche Handlungen und Entscheidungen auf individueller wie organisationaler Ebene zu fördern und zu motivieren. Der „angemessene und abgewogene Umgang mit ethischen Fragen“ (AEM 2023, 314), den Ethikberatung unterstützen soll, orientiert sich demnach an den jeweiligen Prinzipien der Prinzipienethik.

Das normative Mindestmaß besteht dann darin, die allgemeine Moral nicht unbegründet zu verletzen. In Anlehnung an Marckmann kann versucht werden, die Bewältigung ethisch herausfordernder Situationen darin zu sehen, dass Entscheidungen innerhalb des Gesundheitsbereichs so getroffen werden, dass kein Prinzip oder keine Norm der allgemeinen Moral ohne zusätzliche Reflexion darüber verletzt wird.<sup>33</sup> Ethikberatung ist in diesem Sinn erfolgreich, wenn eine Handlung oder eine Entscheidung allen vier Prinzipien entspricht bzw. kein Prinzip unbegründet verletzt wurde. Handlungen und Entscheidungen, die der allgemeinen Moral – die den inhaltlichen Rahmen des normativ Richtigen darstellt – widersprechen, können als unethisch qualifiziert und benannt werden.

Auch die jeweiligen Teilbereiche der Ethikberatung können mithilfe der Prinzipienethik auf normativer Ebene konkreter bestimmt und erklärt werden. Knüpft man an die Bestimmung der Ethikberatung als Form der angewandten Ethik an (vgl. Kapitel 1.3.), geht es im Falle der prinzipienethischen Ethikberatung darum, die allgemeine Moral mithilfe der vier Prinzipien

---

<sup>33</sup> Darauf, dass dieses Erfolgskriterium relativ vage bleibt, wird in Kapitel 3.3. eingegangen.

sowohl für Einrichtungen als auch für Akteur:innen in konkreten Situationen im Gesundheitsbereich anwendbar zu machen. Nimmt man dabei an, dass sich moralische und ethische Konflikte im medizinisch-therapeutischen Bereich anhand jener vier Prinzipien hinreichend beschreiben lassen, die auch Beauchamp und Childress vorschlagen, sind inhaltliche Eckpunkte für die ethische Arbeit abgesteckt.

Anhand dieser vier Prinzipien können dann, ähnlich wie Marckmann (vgl. Kapitel 3.1.) die ethische Fallberatung strukturiert, auch die anderen Teilaufgaben der Ethikberatung genauer beschrieben werden: ethische Leitlinien können etwa als einrichtungs- und organisationsspezifische Spezifikationen der vier Prinzipien verstanden werden, die ihrerseits einen normativen Rahmen für die jeweilige Einrichtung beschreiben. Ethische Fortbildungen und Veranstaltungen können darauf abzielen, einerseits Wissen über die verschiedenen Prinzipien und andererseits verschiedene Abwägungsmöglichkeiten zwischen den Prinzipien zu vermitteln. Ebenso kann Ethiktransfer als Versuch verstanden werden, Raum für selbstständige Spezifikationen und Abwägungen zu schaffen. Zuletzt kann Organisationsethik darauf hinarbeiten, dass der Organisationsethos kohärent zur allgemeinen Moral ist und dass Fragen nach der Verantwortung für Spezifikationen und Abwägungen adäquat bearbeitet werden.

Ausgehend von der Abgrenzung der Ethikberatung von metaethischen und akademisch-philosophischen Diskursen ist es denkbar, jene Prinzipien und Normen, die Ethikberatung bearbeiten und miteinander abgleichen soll, auf die jeweilige Einrichtung oder Institution, mindestens aber auf den Gesundheitsbereich zu beschränken, um Begründungsfragen einer allgemeinen Moral zunächst auszuklammern. Der kohärentistische Anspruch einer prinzipienethischen Ethikberatung besteht dann primär innerhalb der Organisation: Sie gleicht organisationsspezifische Werte mit Werten, Fragestellungen und Themen ab, die sich aus den Einzelfällen medizinischer Praxis ergeben und vice versa.<sup>34</sup> Die allgemeine Moral im Sinne von Beauchamp und Childress ist damit als Referenzrahmen im Hintergrund zu verstehen, dessen Modifikation und Rechtfertigung die Aufgabe akademischer (und nicht medizinethischer) Institutionen bleibt.

---

<sup>34</sup> In Kapitel 1.2. wurde etwa eine Organisationsform der Ethikberatung beschrieben, in der sie dezidiert als Vermittlungsinstanz zwischen den Leitlinien der Einrichtung und den Themen der Fallberatungen verstanden wurde. Dem wäre im Sinne einer prinzipienorientierten Ethikberatung eine Referenz bzw. die These einer allgemeinen Moral hinzuzufügen, um inhaltliche Orientierung zu ermöglichen.

Eine solche prinzipienorientierte Ethikberatung stellt angepasste, partikulare Varianten der allgemeinen Moral zu Verfügung, um potenziell problematische Einzelfälle innerhalb der medizinisch-pflegerischen Praxis anleiten zu können. Sie ist gewissermaßen Vermittlungsinstanz zwischen universalen und partikularen Wertvorstellungen, wobei sich ihr Wirkungsbereich hinsichtlich der Bearbeitung von weiter gefassten Normen, die sich etwa aus neuartigen oder sehr individuellen Fällen ergibt, auf den Gesundheitsbereich bzw. auf die jeweiligen Einrichtungen beschränkt.

Eine so gedachte prinzipienethische Ethikberatung erfüllt damit auf den ersten Blick auch die in Kapitel 1.4. aufgestellten Kriterien an eine Theorie der Ethikberatung: Sie kann explizit machen, welche allgemeinen Normen Ethikberatung beachten soll und wie sie begründet sind. Das Ziel gemäß der AEM, wonach „allgemein anerkannte ethische Normen und Kriterien“ (AEM 2023, 314) berücksichtigt werden müssen, kann in der Berücksichtigung der vier allgemeinen medizinethischen Prinzipien: Respekt vor Autonomie, Fürsorge, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit bestehen. Es ist im Sinne einer einrichtungsspezifischen Spezifizierung bzw. im Sinne einer den jeweiligen Umständen angepassten Ethikberatung denkbar, die Anzahl der Prinzipien, etwa wie bei Marckmann, zu verringern oder auch zu erweitern: Stefan Dinges führt beispielsweise neben den schon angesprochenen Prinzipien das Prinzip des Nutzens sowie das Prinzip der Achtung der Würde ein (vgl. 2018, 148). Wenngleich der Nutzen im utilitaristischen Sinn als Teilaspekt oder Ableitung des Prinzips der Fürsorge gedacht werden kann, können etwaige Akzentuierungen als Spezifikationen verstanden werden – es bleibt aber unklar, welche Prinzipien notwendig und hinreichend sind, um medizinethische Problematiken adäquat darstellen und bearbeiten zu können.

Da eine prinzipienorientierte Ethikberatung auf einer verfahrensethischen Begründung basiert, ist zusätzlich erklärt, wie vor dem Hintergrund der Annahme universaler Normen individuelle Moralvorstellungen berücksichtigt werden können. Es ist daher auf das zweite in Kapitel 1.4. aufgestellte Kriterium einer Theorie der Ethikberatung Bezug genommen: Da die normative Qualität primär in den logischen Zusammenhängen zwischen Moralvorstellungen liegt, besteht in der inhaltlichen Formulierung der Prinzipien Flexibilität. Sofern sich nicht-identische Spezifikationen über ihren Bezug zur allgemeinen Moral rechtfertigen, können unterschiedliche Varianten oder Spielarten der vier Prinzipien zur Geltung kommen, die, so die Idee,

gleichermaßen gültig sind, sofern sie sich auf gleicher Ebene widersprechen. Der formale Zusammenhang zwischen Allgemeinem und Partikularem ermöglicht also eine Vielzahl an individuellen Auslegungen der jeweiligen Prinzipien und muss keine konsequentialistische Bewertung der Ethikberatung vornehmen.

Sehr vorsichtig kann weiters gesagt werden, dass sich durch die Einbettung der Ethikberatung in die Prinzipienethik eine Art Handlungstheorie skizzieren lässt, die beschreibt, wodurch sich normativ gültige und gerechtfertigte Handlungen auszeichnen. Namentlich kann versucht werden, in den von Beauchamp und Childress angeführten allgemeinen Charaktereigenschaften und Tugenden Bedingungen für normativ gültige Abwägungen und Spezifikationen zu sehen: Da manche dieser Eigenschaften sowie die Motivation, das moralisch richtige zu tun, wesentliche Bestandteile dessen sind, was Beauchamp und Childress unter einem moralischen Charakter verstehen und dieser eine notwendige Bedingung für moralisches Handeln darstellt, kann ein Stück weit erklärt werden, wie moralische Handlungen zu Stande kommen. Zwar differenzieren die Autoren nur vage Tugenden, Charaktereigenschaften und Kompetenzen, allerdings scheinen manche davon erlernbar zu sein (vgl. dazu Kapitel 2.2.). Wie dieser Lernprozess zu denken ist, welche Eigenschaften und Tugenden tatsächlich erlernt oder eingeübt werden müssen und ob sie im Gesundheitswesen vorausgesetzt werden können, bleibt allerdings offen.

### 3.3. Grenzen der prinzipienethischen Ethikberatung

Durch den Rekurs auf die Prinzipienethik ergeben sich für die Ethikberatung auch einige Probleme. Probleme theoretischer Natur scheinen für die Ethikberatung zunächst insofern sekundär, als sie aus dem Aufgabenbereich der Ethikberatung explizit ausgeklammert wurden. Trotzdem sollen mindestens zwei offene Fragen auf theoretischer Ebene ausgeführt werden, weil sich aus ihnen, so meine Überlegung, auch praktische Probleme für eine prinzipienorientierte Ethikberatung ergeben.

### 3.3.1. Theoretische Grenzen

Das erste theoretische Problem, auf das hier hingewiesen werden soll, ist, dass die Prinzipien der Prinzipienethik nicht überzeugend gerechtfertigt sind (vgl. Kapitel 2.3.3.). Sie beziehen ihre Gültigkeit über ihre Zugehörigkeit zur allgemeinen Moral, die selbst dadurch gerechtfertigt wird, dass sie von vielen Menschen – womöglich auch nur jener Gruppe, die sich ihr verpflichtet fühlt – anerkannt wird und in verschiedenen Versionen und Ausführungen existent ist. Da aber aus der Tatsache, dass die allgemeine Moral anerkannt wird, ihre normative Gültigkeit nicht hergeleitet werden kann, ohne einen Fehlschluss zu begehen, ist fraglich, wie gut eine prinzipienethische Ethikberatung sowie die Prinzipien, die sie als ethisch relevant erachtet, gerechtfertigt und begründet sind.<sup>35</sup>

Darüber hinaus ergibt sich das Problem, dass – sofern Ethikberatung einzelne Handlungen oder organisationale Entscheidungen mit der allgemeinen Moral abgleichen soll und man davon ausgeht, dass die allgemeine Moral tatsächlich realexistente Moralvorstellungen repräsentiert – ein ethischer Diskurs auf einen moralischen Diskurs reduziert wird: Ethikberatung fragt dann eher, ob und wie bestimmte moralische Normen eingehalten und umgesetzt werden können, als danach, warum besagte Normen im jeweiligen Kontext Beachtung finden sollten. In diesem Sinne bleibt offen, ob und inwieweit eine prinzipienethische Ethikberatung die vorhandene Moral hinterfragen, kritisieren und ergänzen kann.

Diese Thematik spitzt sich insofern zu, als Ethikberatung die Reflexion der Moral in ein institutionelles System einbettet und sich dabei aber auch in das vorhandene Wertesystem eingliedern muss, was mitunter moralische Konflikte hervorbringt: Walter Schaupp weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Ethikberatung durch ihre organisationale Struktur und ihre institutionelle Einbettung in medizinisch-therapeutische Einrichtungen organisatorische Abläufe, Hierarchien und auch explizite wie implizite Moralvorstellungen übernehmen muss (vgl. 2018, 185). Das ergibt sich daraus, dass Ethikberatung in stark hierarchisierten Kontexten mit meist streng getakteten Abläufen und Handlungsmustern statt-

---

<sup>35</sup> Es wäre denkbar, eine alternative Begründung der allgemeinen Moral zu entwerfen. Kukla skizziert etwa eine solche, die sich auf leiblich-habituelle Gemeinsamkeiten als Voraussetzung für Kommunikation fokussiert (vgl. 2014, 80-82). Der Inhalt der allgemeinen Moral besteht hier nicht aus allgemeinen Normen, sondern aus einem gemeinsam bewohnten habituellen Raum, innerhalb dessen Menschen trotz teils fundamentaler Unterschiede kommunizieren können: „What is *common* between (almost) all of us [...], is not [...] the acceptance of a set of abstract moral principles, but an endlessly complex yet remarkably stable web of embodied normative responses [...]“ (kursiv im Text; ebd.).

findet. Sofern Ethikberatung nun nicht darüber hinauskommt, moralische und ethische Konflikte durch eben diese vorhandenen Moralvorstellungen, in die sie eingebettet ist, zu definieren, zu benennen und zu bearbeiten, läuft sie in Gefahr, ethische Gewalt auszuüben, d. h. vermeintlich universale Werturteile anzuwenden, ohne auf die möglichen pluralen Moralvorstellungen einzelner Betroffener eingehen zu können.<sup>36</sup>

Schaupp sieht diese Gefahr insofern gebannt, als Ethikberatung, und insbesondere ethische Fallberatung, diskursive, offene Entscheidungsverfahren ermöglicht: Unter der Prämisse, dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung den Versuch darstellt, die jeweils betroffene Person eher von deren Standpunkt aus zu sehen und auf individuelle Vorstellungen einzugehen, ist sie weniger gewaltvoll als eine Entscheidung durch eine einzelne Ärzt:in oder Pflegepersonen (vgl. ebd., 188). Ergibt sich jedoch die normative Gültigkeit einer Entscheidung oder eine Handlung ausschließlich durch die Kohärenz zur allgemeinen Moral, müssen alle anderen möglichen Moralvorstellungen als ungültig oder unethisch qualifiziert werden. Es besteht daher die Möglichkeit, dass durch die Inhalte der allgemeinen Moral individuelle Bedürfnisse und Wertvorstellungen entweder übersehen werden oder quasi gewaltsam aus Entscheidungsprozessen verdrängt und ausgeschlossen werden. Es kann in diesem Sinne argumentiert werden, dass die Rechtfertigung der prinzipienethischen Ethikberatung durch die allgemeine Moral dazu führt, dass die Ethikberatung mehr moralische als ethische Beratung anbietet.

Innerhalb der allgemeinen Moral ist aber, so könnte entgegnet werden, ausreichend inhaltlicher Spielraum, um ethische Gewalt zu vermeiden: die allgemeinen und vage formulierten Inhalte der allgemeinen Moral ermöglichen eine Vielzahl an partikularen Moralvorstellungen, die gleichermaßen gerechtfertigt werden können. Dadurch, dass die Prinzipien von Beauchamp und Childress *prima-facie* gültig sind und zudem abgewogen und spezifiziert werden können, ist es möglich, Prinzipien, Normen und Tugenden individuell und situationsspezifisch anzuwenden.

---

<sup>36</sup> Der Begriff der ethischen Gewalt, auf den sich Schaupp explizit bezieht, basiert auf Judith Butlers *Giving an Account of Oneself* (2005). Mit Rückgriff auf Adornos Vorlesung *Probleme der Moralphilosophie* von 1963 wird damit ausgedrückt, dass es anachronistische Moralvorstellungen gibt, die unter dem Vorwand der Universalität bestehen bleiben, obwohl sie nicht (mehr) durch Individuen angeeignet werden können. Der gewaltvolle Aspekt einer allgemeinen Ethik kann daher im Ausschluss oder der Entfremdung von Individuen in bestimmten sozialen Kontexten bzw. einer radikalen Indifferenz gegenüber eben diesen Individuen in spezifischen Kontexten bestehen (vgl. Butler 2005, 6 f.).

Allerdings kann – und darin besteht das zweite theoretische Problem einer prinzipienethischen Ethikberatung – allein mit Hilfe der Prinzipienethik nicht für oder gegen eine Spezifikation oder Abwägung argumentiert werden. Wie in Kapitel 2.3.2. ausgeführt, fehlt es der Prinzipienethik an einer Theorie des Guten, die anzeigen könnte, weshalb eine Spezifikation oder Abwägung einer anderen vorgezogen werden sollte. Versucht man demnach innerhalb einer prinzipienethischen Ethikberatung normativ zu begründen, weshalb eine Leitlinie in einer bestimmten Weise geschrieben werden sollte, oder weshalb eine Fallberatung auf bestimmte Art und Weise bearbeitet werden sollte, kann das nur mit Verweis auf den Grad der Kohärenz geschehen – andere Argumente oder Gründe, die womöglich präziser wären, müssen den individuellen Moralvorstellungen der jeweiligen Akteur:innen entnommen werden. Es gibt daher eine konzeptuelle Lücke, die durch individuelle Vorstellungen davon ergänzt werden muss, was im Interesse oder was am besten für jemanden wäre. Mertz et. al. schlagen in diesem Zusammenhang etwa eine Ergänzung der Prinzipienethik um einen diskursethischen Ansatz vor, mithilfe dessen Vorstellungen, die für eine sinnvolle Spezifikation und Abwägung notwendig sind, diskursiv gerechtfertigt werden können. Die fehlenden Vorstellungen sind dann nicht individuelle, sondern diskursiv erarbeitete Überzeugungen (Mertz et. al. 2013, 100).

Sofern diese Ergänzung jedoch nicht stattfindet, ergeben sich daraus auch praktische Konsequenzen, wie im folgenden Kapitel ausgeführt wird.

### 3.3.2. Praktische Grenzen

Dadurch, dass die allgemeine Moral und auch die vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik wie Beauchamp und Childress sie vorschlagen sehr weit gefasst sind, können sie in konkreten Fällen kaum als sinnvolle Handlungsanleitung funktionieren – darauf weisen sowohl Beauchamp und Childress (vgl. Kapitel 2.2.), als auch Marckmann (vgl. Kapitel 3.1.) hin. Allerdings können auch Spezifikationen und Abwägungen zu konträren Handlungsempfehlungen führen, wie in Kapitel 2.3.1. ausgeführt wurde. In diesem Sinne kann gesagt werden, dass die Prinzipienethik bei der Lösung und Bearbeitung moralischer und ethischer Probleme – was als die allgemeine Aufgabe der Ethikberatung bestimmt wurde (vgl. Kapitel 1.2.) – nur bedingt hilfreich ist: Während objektive moralische Probleme mithilfe der Prinzipienethik gut benannt

und explizit gemacht werden können, weil mit den vier Prinzipien allgemeine Normen formuliert sind, gegen die verstoßen werden kann, können subjektive moralische Probleme – die indizieren, dass jemand nicht weiß, was das normativ Richtige in einer Situation wäre – nur bedingt unterstützt werden. Das liegt daran, dass die Prinzipienethik eine Vielzahl an normativ gültigen Handlungsmöglichkeiten anbieten kann, die womöglich konträr zueinander sind. Um für eine dieser Optionen zu argumentieren und einer möglichen Aporie zu entkommen, bedarf es zusätzlicher Überlegungen und Annahmen, die jedoch nicht in der Prinzipienethik angelegt sind (vgl. Kapitel 2.3.2.).

Angesichts dieser inhaltlichen Vagheit bleibt fraglich, ob sich tatsächlich sinnvolle Kriterien und Indikatoren für die Qualität der Ethikberatung generieren lassen: Da die Ergebnisse der ethischen Arbeit nicht vorweggenommen werden können, besteht die ethische Überlegung in einem weder inhaltlich noch formal näher bestimmten Nachdenken über Moral. Die Tatsache, dass über Moral nachgedacht wurde, ist allerdings kein hinreichendes Kriterium für normative Gültigkeit. In diesem Zusammenhang ist ebenso fraglich, inwiefern die Prinzipienethik sinnvolle Erfolgskriterien für Ethikberatung generieren kann: Sofern nicht weiter geklärt wird, worin sich das Nachdenken über moralische Prinzipien ausdrücken muss, um Gut zu sein, scheint die Prinzipienethik keine genauen Angaben darüber machen zu können, ob Ethikberatung erfolgreich war oder nicht. Um sinnvolle Handlungsanleitungen und Erfolgskriterien zur Verfügung stellen zu können, bedarf es daher ergänzender normativer Maßstäbe für das moralisch Richtige.

Mit Beauchamp und Childress kann dagegengehalten werden, dass, wie in Kapitel 2.2. ausgeführt, im Fall einer Debatte über das Richtige das umgesetzt werden sollte, was am kohärentesten zur allgemeinen Moral ist. Es wäre dann Aufgabe einer prinzipienorientierten Ethikberatung, eben die Option herauszufiltern, deren Bezug zur allgemeinen Moral am stärksten ist und der Erfolg der Ethikberatung besteht eben darin, dass durch sie die kohärentesten Optionen ausgewählt werden. Damit ist allerdings die universale Gültigkeit der allgemeinen Moral vorausgesetzt, die wie in Kapitel 3.3.1. gezeigt, nicht zwingend gegeben ist.

Es könnte ebenso der Versuch unternommen werden, das Problem der uneindeutigen Handlungsanleitungen durch Spezifikationen zu lösen und konkretere Leitlinien und Anweisungen zu generieren, die moralische Probleme lösen können. Damit stellt sich jedoch die Frage, wie

weit ein Prinzip spezifiziert werden muss, um genügend Handlungsspielraum und selbstständige Reflexion einerseits und konkrete Handlungsorientierung andererseits anbieten zu können. Werden die Prinzipien zu eng gefasst, besteht einerseits die Gefahr dogmatische Regeln aufzustellen, und andererseits, sehr individuelle moralische und ethische Fragen zu übersimplifizieren.

Diese Frage verweist auf ein allgemeineres Problem angewandter Ethik und philosophischer Praxis: Anders Lindseth weist etwa darauf hin, dass von Antworten auf moralische und ethische Fragen im institutionellen Gesundheitswesen oft verlangt wird, dass sie kategorischer Art sind (vgl. 2005, 94). Gemeint ist, dass in der Hoffnung auf eine Vereinfachung der komplexen Wirklichkeit an die Beantwortung einer ethischen Frage im institutionellen Kontext eine über die jeweilige Situation hinausgehende Gültigkeit gefordert wird. Lindseth schreibt:

Es [das Dilemma; Anm.] hat nämlich die Form: Was macht *man* in einer psychiatrischen Einrichtung mit einem Patienten, der sich nicht waschen will. [...] Das Dilemma ist sozusagen aus dem Leben herausgenommen und zu einem generellen Behandlungsproblem gemacht worden. (kursiv im Text, ebd.)

Wird eindeutig beantwortet und begründet, ob Mitarbeiter:innen einer Gesundheitseinrichtung Patient:innen auch gegen deren Willen waschen sollten oder nicht, kann mit dieser Antwort, so die Überlegung, auch die Verantwortung für die Begründung der entsprechenden Handlungen abgegeben werden. Allerdings entsteht dadurch die Gefahr der Übersimplifizierung: Sofern mit Rekurs auf vermeintlich allgemeine Regeln und Prinzipien gehandelt wird, werden die Eigenschaften eines individuellen Falles oder einer individuellen Situation zwangsläufig ausgeschlossen. Etwaige moralische und ethische Überlegungen seitens der Betroffenen oder des Gesundheitspersonals werden vorweggenommen oder abgekürzt. Lindseth schreibt dazu: „Die prinzipielle Rechtfertigung der Handlung wird dann zu einer Selbstrechtfertigung des Personals auf Kosten der Patienten.“ (ebd., 95)

Zuletzt verweist dieses Problem auch auf die Tatsache, dass innerhalb angewandter ethischer Diskussionen unterschiedlichste Logiken, Denktraditionen und professionelle Selbstverständnisse – womöglich konfrontativ – aufeinandertreffen, so dass eine ethische und nicht nur intuitive Auseinandersetzung mit moralischen Themen erschwert werden kann. Ganz allgemein kann daher gefragt werden, inwiefern die unterschiedlichen Modi von Moral und Ethik im

medizinisch-therapeutischen Setting, das oftmals schneller Entscheidungen und konkreter Antworten bedarf, kompatibel sind. Der Zeitdruck, unter dem Formen der angewandten Ethik agieren müssen, steht „in einem deutlichen Spannungsverhältnis zu der Ergebnisoffenheit philosophischer Reflexion“ (Stoecker et. al. 2023, 9).

Spezifischer bzw. in epistemologischer Hinsicht kann ebenso gefragt werden, inwieweit eine sinnvolle inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit ohne geteiltes Fachwissen und verschiedene Konzepte wissenschaftlichen Nachdenkens funktionieren kann. An dieser Stelle ist womöglich die Rolle der Ethikberater:in als Vermittlungsinstanz besonders relevant. Allerdings bleibt auch hier laut Alt-Epping die Frage bestehen, wieviel medizinisches Fachwissen seitens der Ethikberater:innen notwendig ist, um ein medizinisch-moralisches Problem sowie die Konsequenzen, die sich aus verschiedenen Handlungsoptionen ergeben, verstehen und aus einer ethischen Perspektive evaluieren zu können und vice versa (vgl. Alt-Epping 2021, 147).

## Schluss

Ethikberatung wurde im Rahmen dieser Arbeit als eine Form der angewandten Ethik verstanden, deren primäre Aufgabe darin besteht, moralische und ethische Konflikte im Gesundheitsbereich zu lösen oder zu bewältigen. Ethikberatung wurde daher in Abgrenzung zu akademischen Formen der Ethik und der Moralphilosophie als eine Form der angewandten Ethik gedeutet. Es wurde darauf hingewiesen, dass es innerhalb der *Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen* kein eindeutiges moralphilosophisches Konzept gibt, mithilfe dessen Angaben gemacht oder begründet werden können, worauf Ethikberatung in normativer Hinsicht abzielt. Diese Angaben wurden innerhalb der Arbeit mit Rekurs auf die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress ergänzt.

Die eingangs gestellte Forschungsfrage, inwieweit die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress eine geeignete Fundierung für die Ethikberatung im Gesundheitswesen darstellen kann, kann abschließend dahingehend beantwortet werden, dass die Prinzipienethik nur bedingt als ethische Begründung der Ethikberatung geeignet ist.

Einerseits kann damit Ethikberatung in wesentlichen Hinsichten konkretisiert und ihre Teilbereiche strukturiert werden: Es kann angegeben werden, welche Prinzipien und Normen im medizinisch-therapeutischen Bereich berücksichtigt werden sollen, wie und in welchem Rahmen diese Normen anzuwenden sind, und worin eine moralisch gute Handlung oder Entscheidung gesehen wird. Namentlich handelt es sich um die vier Prinzipien der Autonomie, des Nichtschadens, des Wohltuns sowie der Gerechtigkeit, die als Ausgangspunkt und normativer Rahmen für partikulare Spezifikationen und Abwägungen gedacht werden können. Eine moralisch wünschenswerte Handlung kann dadurch qualifiziert werden, dass sie durch eine Akteur:in mit moralischem Charakter zustande kommt und kohärent und konsistent mit der allgemeinen Moral ist. Anhand dieser Kriterien können ebenso Aussagen darüber getroffen werden, wann Ethikberatung erfolgreich war oder misslungen ist.

Andererseits ist die Begründung der allgemeinen Prinzipien sowie deren Auswahl aus einer philosophischen Perspektive unzureichend, da sie ihre normative Verbindlichkeit herstellen, indem sie von einer bestimmten Menge an Menschen anerkannt wird – eine prinzipienethische Ethikberatung läuft Gefahr, bestimmte Moralvorstellungen als universale Prinzipien anzunehmen und tendenziell die Komptabilität von Entscheidungen mit der vorher-

rschenden Moral zu prüfen, als ethische Reflexion zu betreiben. Ebenso fehlt es an zusätzlichen Annahmen und theoretischen Ergänzungen dazu, wie die Prinzipien im klinischen Alltag angewandt werden können. Konkret bedarf es einer zusätzlichen Theorie, mit deren Hilfe bestimmte Spezifikationen gerechtfertigt werden können. Zuletzt bleibt auch der moralische Charakter als Konzept vage. Es bleibt daher zu prüfen, inwieweit andere ethische Theorien – beispielsweise die Diskursethik oder auch der Pragmatismus – womöglich besser als Fundament der Ethikberatung geeignet sind oder die Prinzipienethik ergänzen können.

Es bleibt ebenso die Option oder der Versuch, Ethikberatung im Gesundheitswesen nur in formaler Hinsicht oder als Form der deskriptiven Ethik zu denken. Ethikberatung wäre dann eine Instanz, die Raum dafür schafft, Moral explizit zu machen, darüber zu reflektieren und einen gemeinsamen Standpunkt (auch im Sinne der Freundschaft mit sich selbst) zu finden, ohne allgemeine normative Ansprüche an den Ausgang dieser Reflexion zu stellen. In diesem Fall gilt es im Besonderen zu überprüfen, worauf Ethikberatung dann abzielt, was durch sie gewonnen ist, und wie etwaige Standards dieser Ethikberatung aussehen könnten. Ebenso scheint dann eine begründete Abgrenzung und Ausdifferenzierung gegenüber der Rechtsberatung sowie der Supervision sinnvoll.

# Literaturverzeichnis

- AEM (2010): „Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen“. Vorstand der Akademie für Ethik und Recht in der Medizin. Stand 2010. [https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/article/10.1007/s00481-010-0053-4 | zugegriffen am: 20.10.2024] DOI: <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1007/s00481-010-0053-4>
- AEM (2013): „Empfehlungen zur Evaluation von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens“. AG Ethikberatung im Gesundheitswesen, in: *Ethik in der Medizin*, 25(2), 149–156. DOI: 10.1007/s00481-012-0230-8
- AEM (2022): *Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen*. AG Ethikberatung im Gesundheitswesen in der Akademie für Ethik in der Medizin. Stand 21.12.2022. [https://aem-online.de/standards-und-empfehlungen-fuer-ethikberatung | zugegriffen am: 10.10.2024]
- AEM (2023): „Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen“. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., in: *Ethik in der Medizin*, 35(2), 313–324. DOI: <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1007/s00481-023-00762-w>
- Alt-Epping, Bernd (2021): „Was leistet klinische Ethikberatung?“, in: *Forum*, 36, 2021. S. 145–149. DOI: <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1007/s12312-021-00908-1>
- Aristoteles (2006): *Nikomachische Ethik*. Übers. & hg. v. Ursula Wolf. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt [zit.: EN].
- Arn, Christof; Hug, Sonja (2009): „Ethikstrukturen – Grundprinzipien und Grundtypen von Ethiktransfer“, in: Baumann-Hölzle, Ruth; Arn, Christof (Hrsg.): *Ethiktransfer in Organisationen. Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 3*. Basel: Schwabe
- Bauer, Axel. W.; Dewies, Laura K. (2018): „Klinische Ethikberatung: Hohe Anforderungen, verhaltene Umsetzung“, in: *Deutsches Ärzteblatt international*, 115(22), A1046–A1048
- Baumann-Hölzle, Ruth; Riedel, Anette; Dinges, Stefan (2018): „Ethische Entscheidungen strukturieren und begründen“, in: Riedel, Anette; Linde, Ann-Christin (Hrsg.): *Ethische Reflexion in der Pflege: Konzepte – Werte – Phänomene*. Berlin/Heidelberg: Springer
- Beauchamp, Tom L. (2005): „Prinzipien und andere aufkommende Paradigmen in der Bioethik“, in: Rauprich, Oliver; Steger, Florian (Hrsg.): *Prinzipien in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*. Frankfurt/New York: Campus Verlag
- Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2019): *Principles of Biomedical Ethics*. Achte Auflage. Oxford/New York: Oxford University Press.

- Beauchamp, Tom L. (2021): „Der ‚vier-Prinzipien‘ Ansatz in der Medizinethik“, in: Biller-Andorno, Nikola; Monteverde, Settimio; Krones, Tanja; Eichinger, Tobias (Hrsg.): *Medizinethik*. Wiesbaden: Springer
- Birnbacher, Dieter (2013): *Analytische Einführung in die Ethik*. 3. Auflage. Berlin/Boston: De Gruyter.
- Bleyer, Bernhard (2019): *Pragmatistische Urteile in der unmittelbaren Patientenversorgung. Moraltheorie an den Anfängen Klinischer Ethikberatung*. Berlin/Heidelberg: Springer
- Böhme, Gernot (2017): *Atmosphäre. Essay zur neuen Ästhetik*. Berlin: Suhrkamp
- Butler, Judith (2005): *Giving an Account of Oneself*. New York: Fordham University Press
- Clouser, K. Danner; Gert, Bernard (2005): „Eine Kritik der Prinzipienethik“, in: Rauprich, Oliver; Steger, Florian (Hrsg.): *Prinzipien in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*. Frankfurt/New York: Campus Verlag
- Coors, Michael; Simon, Alfred; Stiemerling Mark (Hrsg.) (2015): *Ethikberatung in Pflege und ambulanter Versorgung. Modelle und theoretische Grundlagen*. Lage: Jacobs Verlag
- Craig, J. M., & May, Thomas (2006): „Evaluating the Outcomes of Ethics Consultation“, in: *The Journal of Clinical Ethics*, 17(2), 168–180.  
DOI: <https://doi.org/10.1086/JCE200617209>
- Dinges, Stefan (2017): „Ethikberatung als Prävention von moralischem Stress im Bereich von Pflege- und Gesundheitsberufen“, in: Eisele, Colombine (Hrsg.): *Moralischer Stress in der Pflege. Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmasituationen*. S. 76-90. Wien: facultas
- Dinges, Stefan (2018): „Entscheidungssicherheit durch klinische Ethikberatung“, in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian; Kletecka-Pulker, Maria; Müller, Sigrid (Hrsg.): *Entscheidungsfindung und Entscheidungshilfen am Lebensanfang*. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin (Bd. 13) Verlag Österreich
- Dinges, Stefan; Wallner, Jürgen (2021): „Klinische Ethikberatung in Österreich: Stand der Etablierung und Zukunftsperspektiven“, in: Frewer, Andreas; Franzò, Kerstin; Elisabeth, Langmann (Hrsg.): *Die Zukunft von Medizin und Gesundheitswesen: Prognosen - Visionen – Utopien*. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Dörries, Andrea (2008): „Ethik im Krankenhaus“, in: Dörries, Andrea; Neitzke, Gerald; Simon, Alfred; Vollmann, Jochen (Hrsg.): *Klinische Ethikberatung*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Eisele, Colombine (Hrsg.) (2017): *Moralischer Stress in der Pflege. Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmasituationen*. Wien: facultas

- Fahr, Uwe (2013): „Die diskursethische Grundlage der Ethikberatung im Gesundheitswesen“, in: Steger, Florian (Hrsg.): *Klinische Ethikberatung. Grundlagen, Herausforderungen und Erfahrungen*. Münster: mentis
- Foot, Philippa (2002): *Moral Dilemmas: and Other Topics in Moral Philosophy*. New York: Oxford University Press
- Friedrich, Orsolya; Schleiden, Sebastian (2019): „Kohärentistische Rechtfertigung und abduktives Schließen in der angewandten Ethik“, in: *Zeitschrift Für Medizinische Ethik*, 65(2), 155–168. DOI: <https://doi.org/10.14623/zfme>
- Gordon, John-Stewart., Rauprich, Oliver., & Vollmann, Jochen (2011): „Applying the four-principle approach“, in: *Bioethics*, 25(6), 293–300. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2009.01757.x>
- Hack, Caroline (2020): „Ethikberatung und Covid-19: Brauchen wir mehr Ethik, mehr als Ethik oder mehr Ethiker?“, in: *Zeitschrift für Praktische Philosophie*, 7(2), 279–306. DOI: <https://doi.org/10.22613/ZFPP/7.2.12>
- Herrmann, Beate (2022): „Ethische Fallbesprechung in der interprofessionellen Entscheidungsfindung“, in: Riedel, Anette; Lehmeyer, Sonja (Hrsg.): *Ethik im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer
- Höffe, Otfried (2013): „Einführung in Rawls' Theorie der Gerechtigkeit“, in: Höffe, Otfried (Hrsg.): *John Rawls: Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Dritte, überarbeitete Auflage. Klassiker Auslegen/Band 15. Berlin: Akademie Verlag
- Hursthouse, Rosalind (1999): *On virtue ethics*. Oxford: Oxford University Press
- Jameton, Andrew (1984): *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Kallhoff, Angela (2012): „Was ist ein moralisches Problem aus Sicht der Moralphilosophie?“, in: Zichy, Michael; Ostheimer, Jochen; Grimm, Herwig (Hrsg.): *Was ist ein moralisches Problem?* Freiburg München: Verlag Karl Alber
- Kaminsky, Carmen (2012): „Über den Gegenstand der angewandten Ethik“, in: Zichy, Michael; Ostheimer, Jochen; Grimm, Herwig (Hrsg.): *Was ist ein moralisches Problem?* Freiburg München: Verlag Karl Alber
- Kettner, Matthias (2011): „Ein diskursethisches Beratungsmodell für klinische Ethik-Komitees“, in: Stutzki, Ralf; Ohnsorge, Kathrin; Reiter-Theil (Hrsg.): *Ethikkonsultation heute – vom Modell zur Praxis*. Wien: LIT Verlag
- Kukla, Rebecca (2014): „Living with Pirates“, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 23(1), 75–85. <https://doi.org/10.1017/S0963180113000480>
- Legg, Catherine; Hookway, Christopher (2024): „Pragmatism“, in: Zalta, Edward, N.; Nodelman, Uri (Hrsg.): *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2024 Edition)

URL: <https://plato.stanford.edu/archives/win2024/entries/pragmatism/> [Zugegriffen am 21.08.2025]

- Lindseth, Anders (2005): *Zur Sache der Philosophischen Praxis. Philosophieren in Gesprächen mit Ratsuchenden Menschen*. Freiburg/München: Verlag Karl Alber
- Marckmann, Georg (2022a): „Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin“, in: Marckmann, Georg (Hrsg.): *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Marckmann, Georg (2022b): „Im Einzelfall ethisch gut begründet entscheiden: Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion“, in: Marckmann, Georg (Hrsg.): *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Marckmann, Georg (2024): „Kohärentistisch begründete Ethik in Medizin und Public Health: Methodische Grundlagen“, in: Rechenauer, Martin; Staudacher, Klaus; Winter, Dorothea; Zuber, Nina (Hrsg.): *Rationalität – Freiheit – Verantwortung. Beiträge zur Philosophie Julian Nida-Rümelins*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter
- Mertz, M., Albisser Schleger, H., Meyer-Zehnder, B., & Reiter-Theil, S. (2013): „Prinzipien und Diskurs – Ein Ansatz theoretischer Rechtfertigung der ethischen Fallbesprechung und Ethikkonsultation“, in: *Ethik in der Medizin*, 26(2), 91–104.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s00481-013-0243-y>
- Morley, G.; Field, R.; Horsburgh, C. C.; Burchill, C. (2021): „Interventions to mitigate moral distress: A systematic review of the literature“, in: *International Journal of Nursing Studies*, Volume 121, 103984.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103984>
- Neitzke, Gerald (2008): „Praxis der Klinischen Ethikberatung“, in: Dörries, Andrea; Neitzke, Gerald; Simon, Alfred; Vollmann, Jochen (Hrsg.): *Klinische Ethikberatung*. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart
- Neitzke, Gerald (2011): „Ethische Konflikte im Klinikalltag – Ergebnisse einer empirischen Studie“, in: Stutzki, Rald; Ohnsorge, Kathrin; Reiter-Theil, Stella (Hrsg.): *Ethikkonsultation heute – vom Modell zur Praxis*. Berlin: Lit Verlag
- Pauer-Studer, Herlinde (2020): *Einführung in die Ethik*. 3. Auflage. Wien: facultas.
- Rauprich, Oliver (2005): „Was ist und wozu dient Prinzipienethik? Versuch einer Konturenschärfung“, in: Rauprich, Oliver; Steger, Florian (Hrsg.): *Prinzipien in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*. Frankfurt/New York: Campus Verlag
- Rauprich, Oliver (2008): „Prinzipienethik und Common Morality. Zum kulturübergreifenden Anspruch des Ansatzes von Beauchamp und Childress“, in: Biller-Andorno, Nikola;

- Schaber, Peter, Schulz-Baldes (Hrsg.): *Gibt es eine universale Bioethik?* Paderborn: Mentis
- Rawls, John (2020): *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Übersetzt von Hermann Vetter. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 22. Auflage. Erste Auflage 1979.
- Reiter-Theil, Stella; Mertz, Marcel (2012): „Was ist ein moralisches Problem in der Medizinethik?“, in: Zichy, Michael; Ostheimer, Jochen; Grimm, Herwig (Hrsg.): *Was ist ein moralisches Problem?* Freiburg München: Verlag Karl Alber
- Richter, Gerd (2008): „Ethik-Liaisondienst und Ethikvisiten als Modell der klinischen Ethikberatung“, in: Dörries, Andrea; Neitzke, Gerald; Simon, Alfred; Vollmann, Jochen (Hrsg.): *Klinische Ethikberatung*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Riedel, Anette (2022): „Ethische Orientierungshilfen im Pflege- und Gesundheitswesen – Rahmenwerke, Empfehlungen und Ethikleitlinien“, in: Riedel, Anette; Lehmeyer, Sonja (Hrsg.): *Ethik im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer
- Riedel, Anette; Lehmeyer, Sonja (2022): „Das Ethik-Café – eine geeignete lernortbezogene und lernortübergreifende Methode der Ethikbildung im Pflege- und Gesundheitswesen“, in: Riedel, Anette; Lehmeyer, Sonja (Hrsg.): *Ethik im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer
- Rothärmel, Sonja (2008): „Rechtsfragen klinischer Ethikberatung“, in: Dörries, Andrea; Neitzke, Gerald; Simon, Alfred; Vollmann, Jochen (Hrsg.): *Klinische Ethikberatung*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Salomon, Fred; Ziegler, Andrea (2007): „Moral und Abhängigkeit. Ethische Entscheidungskonflikte im hierarchischen Krankenhaus“, in: *Ethik in der Medizin* 19(3), 174–186. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00481-007-0499-1>
- Salomon, Fred (2015): „Einrichtung einer Ethikberatung. Wege und Hindernisse“, in: *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* (110), 204 – 209 DOI: <https://doi.org/10.1007/s00063-014-0393-9>
- Sauer, Timo (2013): „Ethisch relevante Entscheidungskonflikte in der Medizin- und Pflegepraxis. Gemeinsam eine Lösung finden“, in: *Pflegezeitschrift* (66), 590-593
- Schaupp, Walter (2018): „‘Ethische Gewalt‘ bei Judith Butler und die Institutionalisierung von Ethik in klinischer Ethikberatung“, in: Stronegger, Willibald J.; Attems, Kristin (Hrsg.): *Mensch und Endlichkeit. Die Institutionalisierung des Lebensendes zwischen Wissenschaft und Lebenswelt*. Baden-Baden: Nomos
- Sautet, Marc (1997): *Ein Café für Sokrates: Philosophie für jedermann*. Übersetzt von Eva Moldenauer. Düsseldorf: Artemis & Winkler
- Schürmann, J., Wetterauer, C., Westermair, A. L., & Trachsel, M. (2024): „Das Basler Modell der prinzipienorientierten klinischen Ethikkonsultation 2.0: Eine Einführung für die

- Psychiatrie“, in: *Nervenarzt*, 95(11), 1033–1042.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01710-9>
- Schmid, Alexander (2022): „Konventionen, Chartas und andere Regelungen im Pflege- und Gesundheitswesen als normative Grundlagen für das professionelle Entscheiden und Handeln“, in: Riedel, Anette; Lehmeier, Sonja (Hrsg.): *Ethik im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer
- Schmitz, Hermann (2016): *Atmosphären*. Freiburg/München: Verlag Karl Alber
- Shea, Matthew (2020): „Principlism’s Balancing Act: Why the Principles of Biomedical Ethics Need a Theory of the Good“, in: *The Journal of Medicine and Philosophy*, 45(4–5), 441–470. DOI: <https://doi.org/10.1093/jmp/jhaa014>
- Simon, Alfred; Neitzke, Gerald (2008): „Medizinethische Aspekte der Klinischen Ethikberatung“, in: Dörries, Andrea; Neitzke, Gerald; Simon, Alfred; Vollmann, Jochen (Hrsg.): *Klinische Ethikberatung*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Simon, Alfred (2022): „Ethikberatung im Gesundheitswesen“, in: Riedel, Anette; Lehmeier, Sonja (Hrsg.): *Ethik im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer
- Spaemann, Robert (2001): *Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Steinkamp, Norbert; Gordjin, Bert (2010): *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch*. 3., überarbeitete Auflage. Köln: Luchterhand
- Steger, Florian, & Rubeis, Giovanni (2019). „Die philosophisch-ethischen Grundlagen der klinischen Ethikberatung“, in: *Zeitschrift Für Medizinische Ethik*, 65(2), 143–154.  
DOI: <https://doi.org/10.14623/zfme.2019.2.143-154>
- Stiftung kreuznacher diakonie (2018): *Grundsätze zur künstlicher Ernährung im Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize der Stiftung kreuznacher diakonie*. [Broschüre, digital. <https://ethikkomitee.de/plaintext/downloads/leitlinie-kd-kuenstliche-ernaehrung.pdf> | zugegriffen am 16.01.2025]
- Stoecker, Ralf; Neuhäuser Christian; Raters, Marie-Luise (2023): „Einführung und Überblick“, in: Neuhäuser, Christian; Raters, Marie-Luise; Stoecker, Ralf (Hrsg.): *Handbuch Angewandte Ethik*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: J.B. Metzler
- Tschoetschel, Michael (2022): *Kritik der biomedizinischen Prinzipienethik nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress. Analyse und Bewertung eines weltweit angewandten Ansatzes zur Lösung medizinethische Probleme*. Ethik in der Praxis Band 50. Berlin: LIT Verlag
- Wiesing, Urban (2005): „Vom Nutzen und Nachteil der Prinzipienethik für die Medizin“, in: Rauprich, Oliver; Steger, Florian (Hrsg.): *Prinzipien in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*. Frankfurt/New York: Campus Verlag

Woellert, Katharina (2022): „Versorgungsqualität braucht Organisations- und Führungsethik“,  
in: Riedel, Anette; Lehmeyer, Sonja (Hrsg.): *Ethik im Gesundheitswesen*.  
Berlin/Heidelberg: Springer

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:

Stiftung kreuznacher diakonie (2018): *Grundsätze zur künstlicher Ernährung im Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize der Stiftung kreuznacher diakonie*. [Broschüre, digital. <https://ethikkomitee.de/plaintext/downloads/leitlinie-kd-kuenstliche-ernaehrung.pdf> | zugegriffen am 16.01.2025]

## Anhang – Abstract

### Abstract (Deutsch)

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, inwieweit die Prinzipienethik von Tom L. Beauchamp und James F. Childress ein geeignetes theoretisches Fundament für Ethikberatung im Gesundheitswesen darstellen kann. Hierfür wird zunächst ausgearbeitet, was Ethikberatung ist und weshalb eine theoretische Fundierung sinnvoll ist: Da der Ethikberatung kein vollständig ausgearbeitetes Konzept zu Grunde liegt, fehlt es an eindeutigen Angaben dazu, worin sie einen verbesserten Umgang mit moralischen und ethischen Fragestellungen sieht. Anschließend werden die Prinzipienethik sowie einige Einwände gegen sie vorgestellt, um ausgehend davon eine prinzipienorientierte Ethikberatung zu skizzieren.

Es zeigt sich, dass mit Rekurs auf die Prinzipienethik zwar einige ergänzende Angaben dazu gemacht werden können, wie Ethikberatung konkret zu moralischem Handeln innerhalb medizinisch-therapeutischer Settings beitragen kann, da sie konkrete Prinzipien sowie formale Kriterien für gültige Spezifikationen ebendieser vorgibt. Allerdings zeigt sich auch, dass diese Prinzipien ohne zusätzliche axiologische Annahmen nicht zielführend anzuwenden sind und ihre allgemeine Gültigkeit nicht ausreichend begründet ist, sodass fraglich bleibt, ob die Prinzipienethik als theoretischer Anker hinreichend ist.

### Abstract (English)

This thesis examines the extent to which the principlism of Tom L. Beauchamp and James F. Childress can provide a suitable theoretical foundation for ethics consultation in healthcare. It first elaborates on what ethics consultation is and why a theoretical foundation is useful: Since ethics consultation is not based on a fully developed concept, there is a lack of clear information on how it aims to improve the approach of moral and ethical issues within healthcare. The thesis then presents principlism and some objections to it in order to outline a principlistic ethics consultation on this basis.

It becomes clear that by drawing on principlism, some additional information can be provided on how ethics consultation can contribute to moral actions within medical-therapeutic

settings. It provides concrete principles as well as formal criteria for valid specifications from these principles. However, it also becomes clear that these principles cannot be effectively applied without additional axiological assumptions. Their general validity is not sufficiently substantiated, so that it remains questionable whether principlism is sufficient as a theoretical anchor.