



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2008

**Common sense und anwendungsorientierte Ethik. Zur ethischen Funktion
Klinischer Ethik-Komitees**

Anselm, Reiner

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-32618>
Book Section

Originally published at:

Anselm, Reiner (2008). Common sense und anwendungsorientierte Ethik. Zur ethischen Funktion Klinischer Ethik-Komitees. In: Anselm, Reiner. Ethik als Kommunikation. Zur Praxis Klinischer Ethik-Komitees in theologischer Perspektive. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, 175-189.

Reiner Anselm

Common Sense und anwendungsorientierte Ethik

Zur ethischen Funktion Klinischer Ethik-Komitees

I. Zur Transformation der Ethik durch die Praxis

Unter dem Programm einer „Angewandten Ethik“ war gerade die Ethik in den Biowissenschaften in den letzten Jahren von dem Bemühen gekennzeichnet, der Empirie einen größeren Raum bei der ethischen Urteilsbildung einzuräumen. Dabei ging es freilich weniger darum, das ethische Urteilen an die Ergebnisse der empirischen Wissenschaften zu delegieren, auch wenn es in der Debatte um den Status des Embryos mitunter so schien, als sollte die Embryologie nun über den moralisch und rechtlich relevanten Beginn menschlichen Lebens entscheiden. Vielmehr war und ist die „Angewandte Ethik“ durch eine erhöhte Sensibilität für die lebensweltliche Einbettung ethischer Urteilsbildung gekennzeichnet. Diese Erweiterung des Bezugsfelds ethischer Reflexion trägt der gestiegenen Komplexität der Lebensverhältnisse in modernen Gesellschaften Rechnung und versucht diese in den Algorithmen wissenschaftlicher Ethik abzubilden. Wichtige Impulse sind dabei von der Analytischen Ethik ausgegangen, die sich unter dem Eindruck wachsenden Orientierungsbedarfs als eine rationale Theorie der Begründung moralischer Urteile in der Praxis profiliert hat. So gewichtig die Beiträge der

analytischen Ethik zu den Orientierungsfragen moderner Gesellschaften sind, so gewichtig auch die Argumente, die von ihren Vertretern – nicht nur in theoretischer Hinsicht, sondern auch in praktischer Abzweckung – gegen einen Wertrelativismus oder gar -nihilismus in der Folge Nietzsches und Webers ins Feld geführt wurden, so sehr dürfen doch die Grenzen dieser Herangehensweise nicht übersehen werden: Trotz ihrer empirischen Orientierung neigt die analytische Ethik dazu, die Kontextbedingungen, vor allem die Bedingungen zur Gewinnung von Plausibilität zu gering zu schätzen.

Diesem Defizit versucht eine stärker kulturhermeneutisch ausgerichtete Ethik zu begegnen, die sich vorrangig als eine Theorie der Reflexion auf die Differenz von Begründungsmodellen und Praxiskontexten versteht. Für den Bereich der Medizin scheint diese Herangehensweise insofern geeigneter, als sie die Mehrdimensionalität ethischer Problemlagen, insbesondere auch die Interferenzen zwischen Gründen, Emotionen und Intuitionen besser abbilden kann. So hält sie eine Perspektive bereit, in der etwa die Sorgen und Nöte, in denen sich Paare mit dem Wunsch nach einem gesunden Kind befinden können, stärker ernst nehmen kann als eine vorrangig auf die Stringenz und Begründbarkeit ethischer Normen setzende Ethik. Der Preis dafür liegt allerdings in einer begrenzten Reichweite ihrer Handlungsempfehlungen, die sich freilich dafür in größerer Nähe zu den konkreten Handlungskontexten befinden. Kulturhermeneutisch verfahrenende Ethik verfolgt einen pragmatischen Zugriff, der über die Grenzen der eigenen Theoriebildung für die Praxis aufgeklärt ist. Es ist kein Zufall, dass diese methodische Zugangsweise gerade in den Disziplinen von Theologie und Medizin recht verbreitet ist, Fächern also, die es in besonderer Weise mit konkreten Pragmata zu tun haben.¹ Denn gerade an den konkreten Handlungssituationen brechen sich die Vorgaben einer begründungsorientiert verlaufenden Ethik; sie vermag die lebensweltlichen Rahmenbedingungen, in die moralische Entscheidungssituationen eingebettet sind, nicht adäquat zu erfassen.

Doch auch eine solche Art ethischer Reflexion sollte nicht zu der Annahme verleiten, nun bereits den Hiatus zwischen ethischer Theoriebildung und konkreter Praxis überwunden zu haben. Vielmehr ist die Differenz zwischen beiden konstitutiv für die Präsenz von Ethik in modernen Gesellschaften. Das Bedürfnis nach moralischen Maßstäben und damit auch nach deren Begründung und Reflexion in der Ethik ergibt sich in der Moderne vor allem durch die Erweiterung und Pluralisierung der Handlungsmöglichkeiten und Praxiskontexte.

¹ Vgl. dazu die Überlegungen bei Reiter-Theil, Stella: Does empirical research make bioethics more relevant? "The embedded researcher" as a methodological approach. In: *Medicine, Health Care and Philosophy* 7 (2004), 17–29; irrtümlich ordnen Pascal Bory, Paul Schotsmans und Kris Dierickx in ihrem Editorial zu den Fragen der empirischen Ethik gewidmeten Themenheft die theologische Ethik der normativen Ethik zu (Borry, Pascal; Schotsmans, Paul; Dierickx, Kris: Editorial. *Empirical Ethics: A challenge to bioethics*. In: *Medicine, Health Care and Philosophy* 7 (2004), 1–3, 1) und übersehen dabei die große Tradition kulturhermeneutischer theologischer Ethik seit Friedrich Schleiermacher.

Nicht etwa verschwinden Werte und Handlungsmaßstäbe, wohl aber werden ihre Anwendungsfälle und damit auch die Interferenzen zwischen konkurrierenden Orientierungsmustern komplexer, so dass immer häufiger danach gefragt werden muss, wie die vielfältigen Praktiken auf die überkommenen Maßstäbe bezogen werden können. Der Ruf nach Ethik ist dabei stets verbunden mit dem Bedürfnis nach einer Komplexitätsreduktion. Dadurch erhofft man sich, eine orientierungsstiftende Eindeutigkeit wieder herzustellen. Dies kann aber in aller Regel nur auf der Theorieebene gelingen, dadurch nämlich, dass hier in einem gewissen Maß abgesehen wird von den Herausforderungen der Praxis. Der Preis für den Gewinn an Eindeutigkeit ist sodann deren mangelhafte Anwendbarkeit für die Praxis. Das bedeutet aber zugleich, dass die Aufnahme der Praxiskontexte in die Theorie diese zwar verfeinert, sie aber noch nicht selbst zur Praxis werden lässt. Gerade eine kulturhermeneutisch verfahrenende Ethik hat das Bewusstsein für diese Differenz aufrecht zu erhalten – und sich gleichzeitig mit den Konturen dieser Differenz genauer zu beschäftigen. Dabei ist unter dem Programm der *Angewandten Ethik* viel Aufmerksamkeit auf die Beschreibung des Wegs von den Handlungskontexten zur ethischen Theoriebildung verwendet worden. Weniger Aufmerksamkeit galt jedoch dem umgekehrten Weg, dem Praktischwerden der Theorie und den Pragmata der ethischen Reflexion selbst. Beides aber erscheint für das Verständnis des Wirksamwerdens von – als Theorie verstandener – Ethik und für die Funktion von Ethik in modernen Gesellschaften von herausgehobener Bedeutung. Denn die Notwendigkeit einer Unterscheidung zwischen Theorie und Praxis bedeutet selbstverständlich keineswegs, dass die Theorie keine Relevanz für die Praxis entwickeln könne. Allerdings gilt es, die Art dieses Transfers genauer anzusehen, gewissermaßen also die Empirie der Ethik zu untersuchen, wenn man das Entstehen von handlungsleitenden Orientierungsmustern und auch die Bedeutung von reflexiv betriebener Ethik für die Praxis näher verstehen möchte.

Im Folgenden möchte ich zu einer solchen Erforschung der Praxis von Ethik einige Beobachtungen aus einem interdisziplinären Forschungsprojekt zu klinischen Ethikkomitees vorstellen, das in Göttingen und München in einer Kooperation zwischen Soziologie und theologischer Ethik durchgeführt wurde. Ich werde dazu in drei Schritten vorgehen: Zunächst werde ich kurz umreißen, in wiefern sich die von uns untersuchten klinischen Ethikkomitees in besonderem Maße als Fallstudie eignen. (II) In einem zweiten Schritt werden ich dann die Art der Ethik in den Ethikkomitees einer genaueren Analyse unterziehen. Dabei versuche ich zu zeigen, dass sich die in den Ethikkomitees betriebene Ethik signifikant von dem unterscheidet, was gemeinhin von der Arbeit dieser Einrichtungen erwartet wird. (III) Schließlich werde ich mich abschließend mit der Frage auseinandersetzen, welche Folgen diese Analyse für das Selbstverständnis der Ethik und für das Agieren der Ethikerinnen und Ethiker haben sollte und dabei

für eine Neubelebung der Tradition der kulturhermeneutisch verfahrenen Ethik plädieren. (IV)

II. Wozu Ethik-Komitees in Krankenhäusern?

Klinische Ethikkomitees stellen für die Empirie der Ethik in mehrfacher Hinsicht einen interessanten Gegenstand dar; ihre Entstehung ist geradezu typisch für das Erstarken ethischer Reflexion in modernen Gesellschaften. Denn wie in nahezu allen Bereichen, so kommt es auch im Bereich der Medizin zu einer beständigen Ausweitung von Handlungsmöglichkeiten, die immer neue Fragen der Handlungsorientierung aufwerfen. Darüber hinaus bilden Kliniken ein Musterbeispiel für die modernitätstypische funktionale Differenzierung. Denn ein Gutteil der Erfolge im Bereich der Hochleistungsmedizin ist einer strikten Spezialisierung geschuldet. Diese Spezialisierung war zunächst weitgehend auf das ärztliche Personal beschränkt; während den Ärzten bis zum Beginn der Moderne nur unwesentlich mehr Wissen als den Laien zu Verfügung stand, kommt es in der Moderne zu einem enormen Zuwachs an therapeutisch verwertbarem Wissen. Mit dieser Entwicklung einher geht eine Konzentration auf das Ethos des Arztes, der aufgrund seiner spezifischen Kompetenz zum zentralen Entscheidungsträger wird. Diese Fokussierung wird allerdings im Zuge einer zunehmenden Professionalisierung der anderen Berufsgruppen im Krankenhaus, insbesondere der Pflege und der Seelsorge² aufgebrochen. Mit dieser Entwicklung steigt zugleich der Verständigungsbedarf über die in der Krankenversorgung zu verfolgenden Ziele, da ja die unterschiedlichen Perspektiven der einzelnen Berufsgruppen miteinander abgeglichen werden müssen. Gemeinsam mit einer gestiegenen Sensibilität für Patientenrechte und einer Demokratisierung des Krankenhauswesens, die im Zuge der Bürgerrechtsbewegung einsetzt und durch die Einsicht, dass immer stärker individualisierte Therapien eine entsprechend starke Einbeziehung der Patienten erfordern, zusätzlich motiviert wird, ergibt sich in der Klinik ein Bedarf an einer Institutionalisierung von Kommunikationsprozessen, die den beschriebenen Herausforderungen und Veränderungen gerecht werden können.³ Die Einrichtung von Ethikkomitees in immer mehr Kliniken ist in diesem Zusammenhang zu sehen, sie korrespondiert einer wachsenden Anzahl von Ethikgremien in anderen Bereichen der Gesellschaft. Dabei dürfte die Reaktion auf Demokratisierungsprozesse, den entscheidenden Ausschlag für die spezifische Form der Institutionalisierung ethischer Fragestellungen in den Klinischen Ethik-Komitees gegeben haben. Denn ihre Einrichtung fällt sowohl in den USA als auch

² Vgl. dazu als ersten Überblick Schaeffer, Doris/ Rennen-Allhoff, Beate (2003) (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim sowie, für die Klinikseelsorge, Klessmann, Michael (2001): Handbuch der Krankenhauseelsorge. 2., überarb. und erw. Aufl. Göttingen.

³ Zu dieser Entwicklung s. a. Reiter-Theil, Stella/ Hiddemann, Wolfgang (2000): Ethik in der Medizin. Bedarf und Formen, in: Der Ophthalmologe 97, 66–77.

in Deutschland zusammen mit einer gewachsenen Aufmerksamkeit für die Wahrung der Bürgerrechte auch in der Klinik. In der konkreten Praxis dieser Gremien bildet sich dieser Bezug ab durch eine paritätische, aus allen Ständen eines Krankenhauses erfolgende Zusammensetzung der Ethikkomitees: Neben den Vertretern des ärztlichen und pflegerischen Bereichs wirken unter anderem auch Juristen, Ethiker, Theologen, Patientenfürsprecher sowie Vertreter des Sozialdienstes und der Klinikverwaltung in den Ethikkomitees mit. Wie auf anderen gesellschaftlichen Feldern auch, reagieren Ethikkomitees mithin auf Pluralisierungs- und Differenzierungserfahrungen, sowie auf damit einhergehende Emanzipationsprozesse, die zu einer Erweiterung von Partizipationsrechten und einem Plausibilitätsverlust strikter hierarchischer Entscheidungsfindung führen – auch in der Klinik, und dort besonders sichtbar durch ein gewachsenes Selbstbewusstsein einer sich professionalisierenden Krankenpflege. Darüber hinaus lassen die erweiterten Handlungsmöglichkeiten, aber auch die begrenzten Ressourcen des Medizinsystems immer mehr erkennen, dass Entscheidungsalgorithmen, die allein auf die Logik der Medizin abheben, sich als unzureichend erweisen und durch Informationen und Praktiken aus anderen Bereichen ergänzt werden müssen.

Führt man sich diesen Zusammenhang von Modernisierung und ethischer Institutionalisierung vor Augen, dann legt sich nahe, dass der ethische Reflexionsbedarf zumindest im Bereich des Krankenhauses keineswegs allein durch strittige ethische Problemlagen wie etwa der Frage nach dem Beginn und Ende menschlichen Lebens oder der Bedeutung und der Grenze des Selbstbestimmungsrechts des Patienten generiert wird. Es sind die im Prozess der Modernisierung stehenden Praktiken der Organisationen selbst, die einen Bedarf nach Ethik motivieren, und für diesen Bedarf ist es charakteristisch, dass er am Ort seines Entstehens befriedigt werden muss. Nicht also eine generelle Klärung des Beginns menschlichen Lebens, sondern die Frage, wie am Ort des jeweiligen Krankenhauses mit den unterschiedlichen Perspektiven und Antworten auf diese Frage umgegangen werden soll, ist das Thema der Ethikreflexion im Krankenhaus. Sie nehmen damit in gewisserweise Aristoteles' Bemerkung auf, dass Ziel der Ethik nicht das Erkennen des Guten, sondern seine Praxis ist.

Interessant erscheint mir daran zweierlei: Zum einen kommt in der Präsenz der Ethik in der Organisation Krankenhaus exemplarisch zum Ausdruck, dass auch eine so hochgradig zweckrational konzipierte Einheit wie ein modernes Klinikum nicht ohne einen wertrationalen Diskurs auskommt. Genereller lässt sich sagen, dass gerade das Spezifikum moderner Organisationen, nämlich, mit Max Weber gesprochen, ihre strikte Zweckrationalität, dazu führt dazu, dass Fragen der Wertorientierung neu aufgeworfen werden. Diese müssen aber unter den Bedingungen einer Organisation diskutiert werden, die gleichzeitig den handelnden Akteuren bestimmte Spielregeln und Grenzen auferlegt. Dieser Sachverhalt, der den zweiten interessanten Gesichtspunkt markiert, wird in der akademischen,

insbesondere in der philosophischen und theologischen Ethikforschung bislang zu wenig beachtet, obwohl – oder gerade weil – dies zu einer Präzisierung, wenn nicht sogar einer Revision eingespielter Grundannahmen führen würde. Das Bewusstsein für die Einbettung in die Organisation lässt nämlich darauf aufmerksam werden, dass sich der ethische Diskurs in der Praxis eben nicht vorrangig durch strukturelle Rationalität und prinzipielle Gleichheit zwischen den Akteuren auszeichnet, sondern mit faktischen und zugleich die Organisation überhaupt erst konstituierenden, damit aber eben auch unhintergehbaren Asymmetrien zu rechnen hat. Daneben müssen ethische Kontroversen innerhalb einer Organisation stets im Hinterkopf behalten, dass die gemeinsame Arbeit und die Zielsetzung der Organisation auch dann gewährleistet bleiben muss, wenn man sich im Ethikkomitee nicht einigen kann. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Diskussion über unterschiedliche Sichtweisen und Wertorientierung moralisierende Züge annimmt, sich also verkürzend auf die konkreten, handlungspraktischen Verhaltensweisen von einzelnen Personen konzentriert. Da Konflikte eben aus unterschiedlichen Sichtweisen entstehen, die ihrerseits unhintergebar mit der Pluralisierung und der Differenzierung moderner Gesellschaften und eben auch von Organisationen verbunden sind, kann es gerade nicht die Aufgabe der Ethik in den Ethikkomitees sein, die Differenzen durch Schärfung ethischer Begründungsmuster zu verschärfen, sondern ihre Aufgabe ist genau umgekehrt anzusiedeln: ihr muss es darum gehen, solche Differenzen ertragbar zu machen und dabei vermeiden, dass die Moral bzw. die Kommunikation von Moral über die Achtung und die Zugehörigkeit in der Organisation entscheidet. Insofern lässt sich prägnant sagen: Ethikkommissionen sind Institutionen zur Vermeidung von Moral.⁴

Dementsprechend sind es auch nicht die in der öffentlichen – und auch in der Fachdebatte der akademischen Ethik häufig verhandelten „großen Probleme“ der Medizinethik, die Fragen nach dem Beginn und Ende des Lebens, der Zulässigkeit von Sterbehilfe oder nach der Zulässigkeit bestimmter medizinischer Maßnahmen, die die ethische Reflexion in den Ethikkomitees bestimmen. Diese Fragen kommen zwar auch immer wieder einmal vor und führen auch immer wieder einmal zu kontroversen Situationen auf den Stationen, führen jedoch nur selten zu einer Debatte in den Ethikkomitees. Vielmehr sind die Komitees geradezu durch einen chronischen Mangel an zu diskutierenden Fällen gekennzeichnet. Immer wieder müssen sich die Mitglieder der Komitees gegenseitig ermuntern, doch einmal einen „Fall“ mitzubringen. Aus dieser Beobachtung nun zu schließen, dass es Probleme von der geschilderten Art, also von Sterbehilfe, Abtreibung oder der Frage nach einer angemessenen Abwägung zwischen dem medizinisch Machbaren und dem für den Patienten Sinnvollen in den Kliniken mit Ethikkomitees nicht

⁴ Zum Argumentationszusammenhang vgl. insbes. Nassehi, Armin (2006): Die Praxis ethischen Entscheidens. Eine soziologische Forschungsperspektive. In: Zeitschrift für Medizinische Ethik 52, 367–376.

gäbe, würde freilich in die Irre führen. Sie gibt es, und dementsprechend wird, wie bereits angesprochen, auch über die Problematik von Selbstmordversuchen auf einzelnen Stationen, Spätabtreibungen und die Grenzen künstlicher Ernährung debattiert. Allerdings erfolgt diese Diskussion nicht auf der Grundlage ethischer Prinzipien oder Theoriemuster, sondern ist im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass auf der Grundlage gemeinsam geteilter Anschauungen, derer man sich immer wieder einmal vergewissert, die unterschiedlichen Sichtweisen der einzelnen Berufsgruppen ausgetauscht werden. Die Ethikkomitees fungieren nicht als Orte einer allgemeineren ethischen Auseinandersetzung im Sinne etwa einer universalen Moral. Ebenso wenig versuchen sie, eine methodisch kontrollierte, eigenständige Antwort auf die „großen Fragen“ der Ethik zu finden. Zwar wird dies von den Vertretern akademischer Ethik immer wieder in die Gremien hereingetragen, es findet aber bei den Mitgliedern der Komitees keine Resonanz. Charakteristisch vermerkt ein Protokoll teilnehmender Beobachtung: „Der Ethik-Professor hält einen Vortrag über ethische Grundbegriffe; die Zuhörer langweilen sich. Der Vortrag wirkt wie ein Fremdkörper.“ Dieser Feststellung korrespondiert das Ergebnis einer von Irmhild Saake und Dominik Kunz vorgestellten Studie zu ethischen Fallbesprechungsgruppen: „In ethischen Fallbesprechungen wird zwar argumentiert; das, was sich aber in den Interviews beobachten lässt, scheint sich jedoch wider Erwarten zunächst nicht über ‚gute Gründe‘ zu erschließen“.⁵

III. Der Common Sense in der klinischen Ethikberatung

Die Beobachtungen im Forschungsprojekt „Ethik und Organisation“ machen deutlich, dass nicht ethische Prinzipien oder möglicherweise strittige Wertekonflikte oder -kollisionen im Vordergrund der Debatten in Ethik-Komitees stehen, sondern Verfahrensfragen. Hier schlägt das eigentliche Herz der Komitees, denn offenbar ist es für ihre Zielrichtung von entscheidender Bedeutung, dass die unterschiedlichen Wahrnehmungsperspektiven auf einen bestimmten Fall oder eine bestimmte Problemlage auch tatsächlich in die Diskussion eingebracht werden können. Es zeigt sich, dass es gerade die als unbefriedigend empfundenen Differenzierungsprozesse in der Organisation Krankenhaus sind, die den Ruf nach Ethik, genauer: nach der Reflexion dieser Situation in den Ethikkomitees ertönen lassen. Dementsprechend ist es wichtig, dass das Komitee einen Rahmen bereit stellt, in dem jenseits der sonst üblichen, hierarchischen Differenzierungen tatsächlich die Auffassungen der unterschiedlichen Berufsgruppen als Gleichberechtigte in den Blick genommen werden können. Denn auch wenn die Hierarchieunterschiede in den Verhandlungen der

⁵ Saake, Irmhild/ Kunz, Dominik (2006): Von Kommunikation über Ethik zu „ethischer Sensibilisierung“: Symmetrisierungsprozesse in diskursiven Verfahren. In: Zeitschrift für Soziologie 35, 41–56, 43.

Ethikkomitees deutlich erkennbar bleiben, wird hier dennoch eine Atmosphäre geschaffen, in denen solche Hierarchien zumindest als problematisch angesprochen werden können. Anders gesagt: In den Diskussionen der Ethikkomitees werden die Hierarchien zwar nicht zum Verschwinden gebracht, da sich aber alle einig sind, dass diese gerade für die Thematisierung ethischer Problemlagen untauglich sind, können die einzelnen Ständevertreter immer wieder auf diese Eintrittsbedingung der Komitees festgelegt und dadurch zugleich die Grenzen der Hierarchie gesprengt werden: Die Beteiligung aller als potenziell Gleichberechtigte am Gespräch wird als Grundannahme geteilt und kann eingefordert werden. Die Möglichkeit auf gleicher Augenhöhe zu kommunizieren, mit dem eigenen Anliegen Gehör zu finden bzw. in Problemfällen einbezogen oder informiert zu werden, kennzeichnen formal die Debatten in den KEKs. „Wenn es irgendwo möglich ist, es zu thematisieren, dann im KEK“ – so die charakteristische Aussage eines Beteiligten. Dementsprechend ist auch die Lösung eines Falles nicht so zentral. Als gutes Ergebnis wird es bereits aufgefasst, wenn es gelungen ist, sich gegenseitig über die unterschiedlichen Sichtweisen zu informieren. In diesen Prozessen bildet sich offenbar genau diejenige gegenseitige Wahrnehmung aus, die es den Beteiligten unterschiedlicher, zudem auch noch hierarchisch differenzierter Stände ermöglicht, sich als ein gemeinsames Team zu verstehen. Erst auf dieser Grundlage können sodann diejenigen Fragen thematisiert werden, die die Einrichtung als Ganze betreffen, – ein aus vielen einzelnen Mosaiksteinen zusammengesetztes Ganzes, das in der Summe die Kultur eines Krankenhauses ausmacht.

Dem Gründungsimpuls und der Zusammensetzung der Ethikkomitees entsprechend besteht die Praxis der Ethik im Krankenhaus vorrangig darin, Fragestellungen die durch die Entwicklung der Organisation selbst aufgeworfen worden sind, erneut bearbeitbar zu machen, und zwar dadurch, dass über die Etikettierung einer Problematik als „ethisch“ ein entdifferenzierter und enthierarchisierter Diskurs möglich wird. Im Hintergrund eines solchen Diskurses steht ein nicht weiter thematisierter *Common Sense* über leitende Wertvorstellungen, der sich allerdings auf Grundlegendes wie Achtung von Menschenwürde und Patientenautonomie sowie den Vorrang von Lebensqualität vor Lebensverlängerung bezieht. Individuellere, und damit auch potenziell konfliktträchtigere Wertvorstellungen werden privatisiert, d.h. sie werden zwar als Standpunkt des Einzelnen akzeptiert, sollen aber aus der Diskussion im Gremium selbst herausgehalten werden.⁶ Eine vergleichende, kollidierende Werte in eine Rangfolge bringende Diskussion unterbleibt. Statt dessen werden unterschiedliche Gesichtspunkte zur Kenntnis genommen und in aller Regel auf den jeweils unterschiedlichen Blickwinkel des Einzelnen zurückgeführt. Die eigentliche Problembehandlung

⁶ Vgl. dazu auch die Darstellung bei van den Daele, Wolfgang (2001): Von der moralischen Kommunikation zur Kommunikation über Moral. Reflexive Distanz in diskursiven Verfahren, in: Zeitschrift für Soziologie 30, 4–22.

erfolgt dann wiederum nicht über die Deliberation von Gründen, sondern über den Austausch unterschiedlicher Sichtweisen. Dabei ist es das Aufrechterhalten der Kommunikation, also die Pragmatik des Perspektiventauschs, die als die eigentliche Form von Ethik in den Komitees erlebt wird. Möglicherweise ließe sich diese Feststellung auch durch die Kontrastierung von „Empathie“ und „Rationalität“ bzw. – in Gender-Kategorien – als „weibliches“ und „männliches“ Kommunikationsverhalten beschreiben. Wenn ein verstehender Austausch unterschiedlicher Sichtweisen gelingt, und zwar auch unter Beibehaltung unterschiedlicher Rollenzuschreibungen und Hierarchien, wird eine Fallbesprechung im Komitee als erfolgreich angesehen. Interessanterweise gehört eben nicht das engagierte Vertreten eines für richtig erachteten Arguments zu den Bedingungen eines als erfolgreich erlebten ethischen Diskurses, sondern umgekehrt gerade der Verzicht darauf. Sich als irritierbar, als von der Situation beeinflussbar zu präsentieren, kennzeichnet den idealen Teilnehmer an einer Sitzung des Ethikkomitees. Erinnert man sich freilich nun an die Entstehungsvoraussetzungen der Ethikkomitees, dann verwundert dieses Ergebnis nicht: Der Rekurs auf gute, vielleicht sogar auf bessere Gründe würde den Einzelnen als Ethiker nur in die Reihe der funktional zugeordneten Kommunikationsformen einreihen und damit wahrscheinlich diese Form von Ethik selbst zum Fall für die Behandlung im Ethikkomitee werden lassen. Auf diese Fragestellung wird gleich noch einmal zurückzukommen sein. Zuvor jedoch soll jedoch noch ein Blick auf die Funktion der Ethik innerhalb der Organisation des Krankenhauses geworfen werden, und zwar im Anschluss an ein Interpretationsmodell, das der Bielefelder Soziologe Wolfgang Krohn unter dem Stichwort der „Institutionellen Moral“ vorgeschlagen hat.

Krohn geht davon aus, dass im Prozess der Modernisierung die Vorstellung einer einheitlichen guten Ordnung zerbrochen sei – einer Vorstellung, der freilich die Konzeptionalisierung der Moral bei Niklas Luhmann ebenso noch verhaftet bleibe wie manche liberalen Theoriemodelle etwa Rawls'scher Provenienz. Statt dessen sei es für die Moderne charakteristisch, dass einzelne Funktionsbereiche der Gesellschaft ihre jeweils eigene Ethik entwickeln – ein Paradigma, das an Webers Gedanken der Eigengesetzlichkeit erinnert. Die Ethik, so Krohn „folgt der Differenzierung der Gesellschaft. Universalistische Begründungsversuche gerieten immer stärker auf [sic!] den Rückzug. Sie behielten dort Gewicht, wo es um die Anerkennung der interpersonalen Achtung ging – sei es in der Version einer auf die Gewährung wechselseitiger Freiheit eingeschränkten Pflichtenethik (‚Kantianismus‘) oder in der Form eines auf Hilfsbereitschaft drängenden allgemein verbreiteten moralischen Gefühls (‚Humanismus‘).“⁷ Auf den hier untersuchten Bereich der Ethik in der Klinik übertragen bedeutet dies, dass der

⁷ Krohn, Wolfgang (1999): Funktionen der Moralkommunikation. In: Soziale Systeme 5, 313–338, 326.

Rekurs auf Gründe nur in diesem Bereich der interpersonalen Achtung von Bedeutung sein könnte. Da hier die grundlegenden Normen jedoch unumstritten sind, tritt die entsprechende Art ethischer Reflexion auch im Blick auf diese Fragestellungen in den Hintergrund. Dagegen ist die konkrete Ausgestaltung der oben bereits als Common Sense-Normen identifizierten Leitmaßstäbe eine Aufgabe der Komitees, hier allerdings dominiert ein am Kompromiss ausgerichtetes, pragmatisches Vorgehen, das es allen Beteiligten erlaubt, bei den eigenen Grundüberzeugungen zu bleiben und dennoch eine situativ-pragmatische Lösung kontroverser Fragestellungen ermöglicht. Der Schlüssel für derartige Lösungen liegt dabei in der Unterscheidung von einer berufs- und damit organisationsspezifischen Perspektive und der – davon abgekoppelten – Sphäre persönlicher Werthaltungen. Während Letztere zwar respektiert, aber eben aus dem konkreten Diskurs herausgehalten wird, ist Erstere im oben geschilderten Sinne kompromissorientiert. Inwieweit sich hier Parallelen zu der in der lutherischen Sozialethik prominenten, aber auch kontrovers diskutierten Unterscheidung von Person- und Amtsmoral,⁸ aber auch zu Kants Distinktion zwischen einem öffentlichen und einem privaten Gebrauch der Vernunft⁹ finden lassen und wie sich die darüber geführte, intensive Kontroverse auf diese Fragestellungen beziehen lässt, müsste Gegenstand weiterer Forschungen gerade auch der theologischen Ethik sein.

Folgt man Krohns Analyse, dann ist es die Aufgabe der Ethikkomitees, für die jeweilige Klinik eine solche funktionsspezifische Ethik bereitzustellen, Kategorien also, die für die jeweilige Institution tragbar sind, ungeachtet der Frage, ob ein solcher Umgang mit dem entsprechenden Problem für alle gleich gelagerten Problemlagen denkbar oder wünschenswert ist. Die Leistung einer solchen Ethik besteht – in Entsprechung zu den Leitbildprozessen, die ja ebenfalls häufig von den Ethikkomitees moderiert werden – darin, das Zusammenwirken in der jeweiligen Institution zu einem unterscheidbaren Ethos zu verdichten. Dieses Ethos manifestiert sich in einem institutions- bzw. organisationsspezifischen Common Sense, der den Referenzpunkt für ein von allen selbstverständlich akzeptiertes und darin als gut empfundenen Verhalten bildet. Insofern stellt dieser Common Sense ein Identitätsmerkmal der Institution dar, ein spezifisches Set von Verhaltensregeln. Dessen Orientierungsfunktion erstreckt sich aber nicht nur auf

⁸ Vgl. dazu als klassischen Text Luther (1979). Zur Kritik vgl. vor allem Troeltsch, Ernst (1912): Die Soziallehren der christlichen Kirchen und Gruppen. Gesammelte Schriften, Bd. 1. Tübingen, zur neueren Diskussion Rendtorff, Trutz (1977): Zweireichelehre oder die Kunst des Unterscheidens. In: Duchrow, Ulrich (Hg.): Zwei Reiche und Regimente. Ideologie oder evangelische Orientierung? ; Internationale Fall- und Hintergrundstudien zur Theologie und Praxis lutherischer Kirchen im 20. Jahrhundert. Gütersloh, 49–60, sowie, aus politikwissenschaftlicher Perspektive Kielmansegg, Peter (1988): Das Experiment der Freiheit. Zur gegenwärtigen Lage des demokratischen Verfassungsstaates. 1. Aufl. Stuttgart sowie jüngst Lepenies, Wolf (2006): Kultur und Politik. Deutsche Geschichten. München.

⁹ Kant, Immanuel (1983): Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung. In: Kant, Immanuel: Werke, Bd. 9, hg. von Wilhelm Weischedel. Darmstadt, 50–61.

das individuelle Verhalten, sondern erfüllt auch für die Organisation als Ganze eine wichtige Funktion: Es stellt ein Widerlager dar gegenüber allen Versuchen, andere Funktionsbereiche der Gesellschaft und ihre jeweiligen Paradigmen für den Bereich der Klinik maßstabgebend werden zu lassen. Der vielleicht häufigste Fall in diesem Zusammenhang ist die Abwehr ökonomischer Fragestellungen, die nach übereinstimmender Meinung aller Mitglieder der Ethikkomitees nicht die Verhaltenspraxis in den jeweiligen Kliniken bestimmen dürfen. Zwar entsteht die Ethik selbst auch aus einer Logik des Marktes heraus – denn zufriedene Patienten und optimierte Behandlungsergebnisse werden nicht nur durch das Ethos der Behandelnden, sondern auch durch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen motiviert –, der Markt aber darf nicht das Prinzip sein, nach dem Gesundheitsleistungen verteilt werden. Gleiches gilt von dem potenziellen Konflikt zwischen dem freiheitsbasierten Regelwerk politischen Zusammenlebens auf der einen, und dem auf Fürsorge aufgebauten Ethos der Krankenversorgung, ein Konflikt, der etwa in der Debatte über Patientenverfügungen, aber auch in der Diskussion über die Reichweite des Selbstbestimmungsrechts des Patienten auftaucht. Hier muss für die einzelne Klinik entschieden werden, in welchem Maß man bereit ist, dem Patienten Mitentscheidungsrechte – die ihm rechtlich garantiert sind – auch tatsächlich im täglichen Umgang zu gewähren. In der konkreten Ausgestaltung solcher Abgrenzungsprozesse bildet sich die identifizierbare Spezifikation einer Organisation. Damit ergibt sich freilich eine doppelte, fast paradoxe Struktur: Die in den Klinischen Ethikkomitees betriebene Ethik soll zunächst – und zwar *nach innen* gerichtet – die unterschiedlichen Funktionslogiken und Perspektiven der Beteiligten aufeinander abbilden. Gleichzeitig bildet sich aber in diesem Prozess ein Profil aus, das die jeweilige Institution *nach außen* hin erkennbar macht und darin zugleich zu einer Differenzierung unterschiedlicher Praktiken führt. Auch hier ergibt sich weiterer Forschungsbedarf, im Blick nämlich auf die Frage, wie die Verhältnisbestimmung zwischen den unterschiedlichen Ausgestaltungen institutioneller Ethik genauer vorzunehmen ist. Deutlich ist jedenfalls, dass Ethik in ihrer praktischen Implementierung nicht einfach ein Remedium gegen eine modernitätsspezifische Differenzierung darstellt, sondern solche Differenzierungs- und Pluralisierungsprozesse auch selbst befördert. Insofern müssen – in Weiterführung und Präzisierung der eingangs gegebenen Beschreibung der Ethikkomitees – diese eben als Bestandteil von Modernisierungsprozessen und nicht als deren Widerlager verstanden werden. Klärungsbedürftig erscheint dabei vor allem die Frage, wie sich der integrierende und der differenzierende Gesichtspunkt der Ethik zueinander verhalten. Vieles spricht dafür, dass diese Frage eng verbunden ist mit der Unterscheidung zwischen der reflexiv betriebenen Ethik als Theorie und der praktischen Implementierung solcher Reflexionsformen in der ethischen Praxis, wie sie etwa in den Klinischen Ethik-Komitees sichtbar wird. Diese Praxen benötigen offenbar die Formulierung eines gemeinsamen, übergreifenden Regelsets, wie es sich in den von uns beobachteten

Komitees in dem nicht weiter thematisierten und hinterfragten ethischen Common Sense ausdrückt. Allerdings kann dieses Regelset seine Integrationsfunktion – im Einklang mit den oben angestellten Überlegungen – eben nur ausüben, wenn es nicht explizit auf die Praktiken in einer Klinik bezogen wird.

In ähnlicher Weise gilt dies übrigens auch für die Formulierung ethischer Richtlinien innerhalb einer Organisation: Sie können ihre Wirkung nur entfalten, wenn es gelingt, ihre Vorgaben in die ausdifferenzierten Praktiken der Einrichtung selbst zu übernehmen, wenn also die im Ethikkomitee erarbeiteten Richtlinien Bestandteil der jeweiligen Funktionslogiken werden und nicht von außen an die Routinen der ärztlichen Behandlung, der pflegerischen oder seelsorgerlichen Betreuung herangetragen werden müssen. Genau in diesem Prozess kommt es aber am Ort der einzelnen Handelnden zu den Transformationen ethischen Reflexionswissens in Handlungspraxis, in denen die im Komitee erarbeiteten Leitlinien an die konkreten Situationen angepasst werden müssen. Dieser Prozess ist dabei nicht nur deswegen notwendig, weil die Vorgaben eines Ethikgremiums immer nur durch einzelne handelnde Personen umgesetzt werden können. Es ergibt sich auch aus der spezifischen Funktion, die die Ethik in modernen Gesellschaften und eben auch in der Klinik wahrnimmt: Da sie die verschiedenen Sichtweisen integrieren soll, muss sie immer wieder versuchen, ihrer eigenen Institutionalisierung entgegenzuwirken. Sie muss sich selbst gewissermaßen unsichtbar machen, indem sie übergeht in die Funktionslogiken der etablierten Teilsysteme des Krankenhauses.¹⁰ Denn ansonsten würde sie selbst auch im Blick auf die organisationsinterne Struktur an Differenzierungsprozessen mitwirken, denen entgegenzuwirken sie ihre Etablierung verdankt.¹¹ Zugespitzt formuliert: Die Arbeit eines Ethikkomitees ist dann am effektivsten, wenn deren Ergebnisse nicht mehr als ethische Leitlinien (und damit als externe Direktive) erkennbar sind, sondern als Ausdruck einer immer schon geteilten Gemeinsamkeit artikuliert werden, die besteht, weil die Institution „Krankenhaus“ als organisatorisches Ganzes diesen Common Sense als Institutionenmoral eben immer schon voraussetzt. Diese formale Struktur lässt sich nun noch weiter präzisieren: Das Eingehen der Ethik in die Funktionslogiken der verschiedenen Teilsysteme einer Klinik erfolgt vor allem durch die Garantie umfassender Partizipationsrechte¹² –

¹⁰ Der Struktur nach ist dieses Modell ähnlich zu den Überlegungen, die Hans Joas in der Tradition des Pragmatismus zur Entstehung der Werte angestellt hat. Ihre orientierende Funktion entfalten die Werte dadurch, dass sie ihre Entstehungsbedingungen – unter modernen Bedingungen ist es vor allem ihre Konstruiertheit, immer wieder zum Verschwinden bringen; s. Joas, Hans (1997): Die Entstehung der Werte. Frankfurt.

¹¹ Vgl. dazu auch die Überlegungen von Ley, Friedrich (2003): Institutionalisierte Moral? Die Einrichtung Klinischer Ethik-Komitees als Forschungsgegenstand. In: Zeitschrift für Evangelische Ethik 47, 280–292.

¹² Zu den Konzepten einer stärkeren Einbeziehung der Patienten vgl. Scheibler, Fülöp; Pfaff, Holger (2003): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim, sowie van Oorschot, Birgitt/ Anselm, Reiner (2007) (Hg.): Mitgestalten am Lebensende. Handeln und Behandeln Sterbenskranker. Göttingen.

sowohl für die verschiedenen Berufsgruppen, als auch für die Patienten und ihrer Angehörigen. Etwas prononciert lässt sich somit formulieren, dass die Ethik dadurch unsichtbar wird, dass sie in Partizipation transformiert wird.¹³

Das bedeutet nun aber auch, dass die diffuse Präsenz und die konjunkturellen Schwankungen, denen die Ethik in der Klinik unterliegt, nicht einfach als ein Mangel zu interpretieren sind. Sie können durchaus der Funktion einer institutionellen Ethik angemessen sein. Dieser Übergang in den Common Sense lässt sich freilich nicht über Gründe herbeiführen, zeigt doch, um ein Argument Niklas Luhmanns zu variieren, die Notwendigkeit eines Rekurses auf Gründe, dass eine bestimmte Vorstellung eben noch nicht zum Common Sense gehört. Vielmehr scheint, den Charakteristika von Zusammensetzung und Arbeitsweise der klinischen Ethikkomitees entsprechend, ein partizipativer Charakter der Entscheidungsfindung, das Gefühl, dass alle Perspektiven mit einbezogen werden konnten, eine wesentliche Rolle bei der Ausbildung eines solchen Common Sense zu spielen.

IV. Konsequenzen für das Selbstverständnis und das Agieren von Ethikern in Ethikkomitees

Diese Überlegungen führen nun noch einmal zurück zur Art der Professionalisierung von Ethik. Denn das angesprochene Dilemma, dass die Ethik im Prozess ihrer Implementierung in der Klinik einerseits nicht selbst zu einer ausdifferenzierten Einheit werden darf, weil sie sonst nicht mehr integrieren kann, andererseits aber als spezielles „Komitee“ natürlich einen eigenständigen, abgegrenzten Teilbereich darstellt, dessen Integration in die anderen Bereiche neue Probleme aufwirft, wiederholt sich ja auch auf der Ebene der Mitglieder des Komitees, vor allem bei den professionellen Ethikern – die oben bereits zitierten Anmerkungen des teilnehmenden Beobachters zu den Ausführungen des professionellen Ethikers sprechen hier eine deutliche Sprache. Offenbar ist in diesen Implementierungsformen von Ethik eben nicht der ethische Sachverständige gefragt, sondern der Moderator kommunikativer Prozesse. Intuitiv scheint diese Funktion in vielen Fällen von den Vertretern der Klinikseelsorge wahrgenommen

¹³ Im Anschluss an diese Beobachtungen wäre sodann der Frage nachzugehen, ob es sich nicht bei dem häufig diagnostizierten Orientierungsverlust häufig um einen Verlust an Partizipationsmöglichkeiten handelt, sei es, weil sie institutionell nicht gewährleistet oder trotz bestehender rechtlicher Vorgaben nicht adäquat in die Praxis umgesetzt werden, sei es, dass sie aufgrund der gestiegenen Komplexität der Handlungsvollzüge als nicht mehr realisierbar erscheinen. Insofern knüpften diese Überlegungen an Analysen, die Hermann Lübke im Blick auf den technischen Fortschritt und die damit verbundene Risikoperzeption angestellt hat. Vgl. dazu Lübke, Hermann: Risiko und Lebensbewältigung, in: Hosemann, Gerhard (1989) (Hg.): Risiko in der Industriegesellschaft. Analysen, Vorsorge und Akzeptanz. Erlangen, 15–2., sowie Lübke, Hermann (1990): Der Lebenssinn der Industriegesellschaft. Über die moralische Verfassung der technischen Zivilisation. Berlin.

zu werden, die dabei freilich ihre eigene Beschränkung auf die Moderationskompetenz mitunter als Belastung empfinden. Dabei ist es wohl nicht die professionsbedingte Fähigkeit zur Gesprächsführung, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinikseelsorge für die Rolle prädestiniert. Vielmehr erlaubt es ihnen ihre einzigartige Stellung innerhalb der Hierarchieverhältnisse einer Klinik, die Rolle des „Hofnarren“ wahrzunehmen. Ihnen ist es in besondere Weise möglich, die unterschiedlichen Berufsgruppen und ihre Perspektiven und Probleme miteinander ins Gespräch zu bringen. Allerdings werden sie in dem Augenblick mit Verwunderung wahrgenommen, indem sie Argumente aus ihrem eigenen Funktionsbereich artikulieren, also spezifisch theologische Argumente ihrer eigenen Profession einbringen.

Interessanterweise ist darum die Funktion von Theologen in den Ethikkomitees von einer eigenartigen Ambivalenz gekennzeichnet: Ihnen wird über ihre Verfahrens- und Moderationskompetenz eine besondere Rolle bei der Entwicklung eines gemeinsamen „Stils“ zugeschrieben, was aber nur in dem Maße gelingt, in dem die Theologen dabei nicht als Experten für ihr „Fach“, sondern als Sachwalter eines Konsenses auftreten, der es auch bei bestehenden Konflikten ermöglicht, in der Kommunikation fortzufahren. Gemeinsam mit dem Gedanken, dass sich das Gemeinwohl unter modernen Bedingungen weder allein über den Gedanken herstellen lässt, dieses entstehe genau dann, wenn es gelänge, das Wohl jedes und jeder Einzelnen zu verwirklichen, noch über die Vorstellung, es ließe sich als ein Ganzes und damit alle Funktionsbereiche der Gesellschaft übergreifendes herstellen, führt das zu einer Präzisierung der Aufgabe, die den Vertretern der Kirche in den Ethikkomitees, aber womöglich auch der theologischen Ethik in der Gesellschaft zukommt. Es ginge dann nämlich nicht darum, eine eigene Position zu entwickeln, sondern die Entwicklung der eigenständigen Funktionsbereiche zu unterstützen und darauf zu achten, dass keine der jeweiligen Perspektiven dominant wird. Dies könnte zugleich eine adäquate Übersetzung der Leitgedanken der Zwei-Reiche-Lehre in die gegenwärtige Situation sein. Die Theologie scheint darum hier prädestiniert, weil es ihr angesichts des Wissens um die Vorläufigkeit irdischer – und damit auch gesellschaftlicher Ordnungen – am leichtesten möglich sein dürfte, auf Absolutheitsansprüche zu verzichten. Zugespitzt und paradox formuliert: Im Namen des Absoluten kann sie auf Absolutheitsansprüche verzichten.

Vor diesem Hintergrund ist abschließend noch einmal auf das Programm und die Aufgabenbeschreibung „Angewandter Ethik“ zurückzukommen. Im Sinne einer Theorie, die ihre Praxiskontexte verstärkt in den Blick nimmt, wäre es gerade nicht gefordert, bereichsspezifische Kompetenzen und, damit einhergehend, neue spezialisierte Formen von Ethik auszubilden, die sich in besonderer Weise der jeweiligen Formen professions- bzw. handlungsfeldspezifischer Fachwissens bedienen. So naheliegend diese Tendenz aufgrund der modernitätsspezifischen Differenzierung auch ist, so sehr sie auch in der gegenwärtigen ethischen Debatte

zu finden ist, so sehr liebe dies, wie oben ausgeführt, die Ethik eben auch an jenen Prozessen teilhaben, deren Gegenmittel sie eigentlich sein sollte: Dem Auseinanderdriften verschiedener Teilperspektiven und, als ihre Folge, dem Expertendilemma. In meinen Augen sollte darum die Angewandte Ethik gerade in ihrer Ausrichtung auf die Handlungspraxis und deren konkrete Rahmenbedingungen mehr Aufmerksamkeit darauf verwenden, wie die Moderationsfunktion für unterschiedliche Perspektiven, die einen Großteil der Ethik in der Praxis ausmacht, erreicht werden kann. Dafür ist es notwendig, zu einem Spezialisten für das Allgemeine zu werden, also einen Professionalisierungsprozess zu durchlaufen, bei dem das bereichsspezifische Wissen zu einem besseren Verständnis der einzelnen Perspektiven genutzt wird, nicht aber dazu, eine bereichsspezifische Ethik aufzubauen.¹⁴ Die Tradition der kulturhermeneutisch ausgerichteten Ethik wäre in diesem Sinne hier erneut zu beleben und weiterzuentwickeln. In theologischer Perspektive bedeutet dies in erster Linie, die Verbindung von Ethik und Seelsorge vertieft in den Blick zu nehmen.¹⁵ Denn sowohl in der seelsorgerlichen Theorie, als auch in der seelsorgerlichen Praxis sind Methoden ausgebildet worden, die in besonderer Weise auf den eigenen Standpunkt reflektieren helfen können. Darüber hinaus ist auch im Bereich der Seelsorge das Verhältnis von reflexiver Distanznahme und eigenem, praktischen Handeln intensiv diskutiert worden. Die Grundlage für all solche Modifikationen bildet jedoch die Sensibilisierung dafür, dass es einer Soziologie der angewandten Ethik bedarf, deren Pragmata selbst auf die Theorie der angewandten Ethik zurückwirken können.

¹⁴ Zur Diskussion über das Selbstverständnis des Ethikers vgl. die Beiträge Gesang, Bernward (2002) (Hg.): *Biomedizinische Ethik. Aufgaben, Methoden, Selbstverständnis*. Paderborn sowie Porz, Rouven/ Rehmann-Sutter, Christoph/ Scully, Jackie Leach/ Zimmermann-Acklin, Markus (2007): *Gekauftes Gewissen? Zur Rolle der Bioethik in Institutionen*. Paderborn.

¹⁵ Erste Ansätze zu einer Neubelebung dieses Verhältnisses finden sich in dem Beiträgen des entsprechenden, 2006 erschienenen Themenhefts von „Wege zum Menschen“, vgl. insbes. Schneider-Harpprecht, Christoph (2006): Was kann die Ethik von der Seelsorge lernen? In: *Wege zum Menschen* 58, 270–282; Körtner, Ulrich H. J.: Ist die Moral das Ende der Seelsorge, oder ist die Seelsorge am Ende Moral? In: *Wege zum Menschen* 58 (2006), 225–245, Fischer, Johannes (2006): Ethische Dimensionen der Spitalseelsorge. In: *Wege zum Menschen* 58, 207–224.