

Der Ethikbetrieb in der Medizin

Korrektur oder Schmiermittel der Kommerzialisierung

1. *Der neue Ethikbetrieb*

Die medizinischen Versorgungssysteme der westlichen Industrieländer unterliegen einem Veränderungsschub mit der generellen Tendenz, sie mehr und mehr in das System der kapitalistischen Ökonomie zu integrieren. Dabei nehmen die Dienstleistungen tendenziell Warencharakter an, ihre Erstellung wird einzelwirtschaftlich optimiert, und die Prozesse weisen zunehmend Merkmale von Industrialisierung auf. In den USA begann diese Entwicklung bereits Ende der 70er Jahre und ist seither weit fortgeschritten, in Deutschland wurde in den 90ern dieser Weg eingeschlagen (Kühn 1998a). Als Folge davon werden ärztliche Entscheidungen, Therapien, Empfehlungen usw. tendenziell durch das einzel- und konkurrenzwirtschaftliche Vorteilskalkül überformt. Neue prospektive Finanzierungsmethoden (Budgets, Fall- oder Kopfpauschalen) und Konkurrenz setzen die Versorgungseinrichtungen unter betriebswirtschaftlichen Erfolgsdruck mit widersprüchlichen Folgen. Während auf der Haben-Seite der Bilanz erste Ansätze zu institutionellen Modernisierungen (Transparenz, Qualitätssicherung, Integration) zu erkennen sind, ist die Soll-Seite mit Entwicklungen belastet, welche die wesentlichen Standards eines sozialrechtlich gestalteten solidarischen Gesundheitswesens in Frage stellen. So droht es zur Normalität ärztlichen Alltagshandelns zu werden, Patienten aus Gründen des Rentabilitätskalküls effektive Leistungen vorzuenthalten, sie in Abhängigkeit vom wirtschaftlichen Risiko weiterzuverlegen, zu meiden oder unnötig zum (lohnenden) »Fall« zu machen. Die meisten Ärzte stehen im strukturellen Interessenkonflikt zwischen der treuhänderischen Loyalität gegenüber den Patienten und dem wirtschaftlichen Vorteil der Institution (Kühn 2003a). In diesem gravierenden Wandel, der seinen Höhepunkt noch nicht erreicht hat, erodieren die berufsethischen Vorstellungen vom (moralisch) Richtigen und Verwerflichen.

Zeitgleich dazu hat sich in der Medizin ein professioneller Ethikbetrieb etabliert, der in den 90er Jahren boomartig expandierte. Das Gesundheitswesen wurde um eine weitere Experten- und Interessengruppe bereichert, die sich überwiegend aus Philosophen und Theologen

rekrutiert. Entstanden sind eine Vielzahl neuer Institute, Lehrstühle, Zentren und Akademien für medizinische Ethik oder Bioethik, Zeitschriften und Kommissionen. Die Approbationsordnung für Ärzte schreibt für den zweiten Studienabschnitt obligatorische Lehrveranstaltungen zur Medizinethik mit benotetem Leistungsnachweis vor. 1997 hatte die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) auf Initiative des Bundesforschungsministeriums die Einrichtung eines »Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften« angestoßen, das Anfang 1999 gegründet wurde. Die Zahl der Ethikkommissionen in Kliniken und Forschungsreinrichtungen ist unübersehbar. Die Kirchen mit ihren jeweiligen Akademien engagieren sich an vorderer Stelle. Sie führen Tagungen und Seminare durch, machen Bildungsangebote für Ärzte, Pflegende, Forscher, nehmen Lehraufträge an Universitäten wahr, versuchen Einfluss auf die vielfältigen Komitees und Kommissionen aller politischen und institutionellen Ebenen zu nehmen und verhelfen den kirchlichen Krankenhäusern zu einem Image, das sie im wirtschaftlichen Wettbewerb als besonders vertrauenswürdig in ethischen Angelegenheiten ausweisen soll.

Die Flut bioethischer Publikationen, Tagungsankündigungen und -berichte weist eine Vielfalt von Themen auf: Sterben und Tod, Hirntod, Gentherapie und Gentests, Reproduktionsmedizin, unkonventionelle Heilverfahren (Alternativmedizin), Stammzellenforschung, Sterbehilfe (Euthanasie), Klonen beim Menschen, Methoden der Organverteilung in der Transplantationsmedizin, Patientenautonomie und -verfügung, Umgang mit einzelnen Krankheiten wie Aids und Alzheimer-Demenz usw. Fragen der Ökonomie stehen häufig implizit im Hintergrund dieser Abhandlungen, tauchen aber auch als Einzelthemen immer wieder auf. Dabei ist meist von einer »zunehmenden Knappheit« die Rede, die quasi naturgesetzlich herrsche und die Beteiligten vor schwierige Dilemmata und Anpassungsprobleme stelle, deren jeweilige Optionen nach ethischen Kriterien gegeneinander abgewogen werden. Häufiger Gegenstand sind Fragen und Begründungen der Vorenthaltung wirksamer medizinischer Leistungen aus ökonomischen Gründen. Dafür hatte man zunächst den Begriff der »Rationierung« aus der amerikanischen Literatur übernommen (Kühn 1991), diesen aber bald durch die neutraler klingende »Priorisierung« medizinischer Leistungen ersetzt, für die nun zahlreiche Entscheidungs- und Begründungsverfahren angeboten werden.

Derzeit scheint der zunächst rasante Aufschwung ins Stocken gekommen zu sein. der einer institutionellen Verstetigung Platz gemacht haben könnte. Es lässt sich – wohl aus Gründen der ökonomischen

Selbstbehauptung – eine Konzentration auf kontinuierliche ethische Dienstleistungen erkennen wie Beratung (Consulting), Aus-, Fort- und Weiterbildung über ethisches Urteilen und die Durchführung permanenter Ethikkommissionen.

2. *Moral, Ethik und Gesellschaft*

In der Einleitung zu seiner »Kritik der scholastischen Vernunft« spricht Bourdieu einen Wesenszug an, den die akademischen Philosophen jenseits ihrer Konflikte gemeinsam haben. Er bezeichnet sie als Eitelkeit, die darin bestehe, »der Philosophie und den Äußerungen von Intellektuellen ebenso ungeheure wie unmittelbare Auswirkungen zuzutrauen«. Dieses »übertriebene Vertrauen in die Macht des Wortes« sei substantieller Bestandteil der feldspezifischen Berufsideologie, die einen akademischen Kommentar als politische Großtat oder Textkritik als Akt des Widerstands und »Revolutionen im Bereich der Wörter als radikale Umwälzungen im Bereich der Dinge empfinden kann« (Bourdieu 2001: 8f.). Diesem berufsständischen Ego und seinen Allmachtsphantasien entspricht es, das Denken zu heroisieren und die Geschichte als Geschichte des Denkens anzusehen, dem alles andere folgt. Die Bedeutung der akademischen Philosophie für die Entwicklung der realen Gesellschaft muss also zunächst einmal relativiert werden, um die spezifische Funktion des Ethikbetriebes im Feld der gegenwärtigen medizinischen Versorgung erfassen zu können.

Die geschichtliche Erfahrung zeigt, dass intellektuelle Macht im Allgemeinen nur dann groß ist, wenn sie der von den Tendenzen der Sozialordnung gewiesenen Richtungen folgt. Im Verhältnis zur Moral prägenden Kraft der kapitalistischen Gesellschaft, die vor allem über die Arbeitswelt, die Märkte (besonders den Zwang zur Selbstvermarktung auf den Arbeitsmärkten), sowie in der Reproduktionssphäre, also Familie, Freizeit und Konsum, vermittelt wird, kommt dem Ethikbetrieb vor allem eine verstärkende, legitimierende und systematisierende Wirkung zu. Die überwiegende Mehrheit der Menschen trifft in der Regel weder auf Ethiker und Moraltheologen noch liest sie deren akademische Hervorbringungen.

Moral stammt demnach also nicht von Ethikern, Moraltheologen, Philosophen oder Propheten, sondern vom Leben in der Gesellschaft. Die Menschen einer historisch-konkreten Gesellschaft eignen sich ihre Wertorientierungen im Zuge ihrer Anstrengungen um Handlungsfähigkeit in den primären Lebensvollzügen an, also in den Sphären der Arbeit, der Märkte und der familiären Reproduktion (Ottomeyer 2004).

Sie tun das in der Regel imitierend, alltagsspontan und präreflexiv, nicht philosophisch oder systematisch. Das griechische Wort Ethos bedeutet Sitte. Ethik oder Moralphilosophie meint die analytische und normative Beschäftigung mit der Sitte bzw. Moral. Moralische Normen oder Werte sind verinnerlichte Notwendigkeiten einer sozialen Gruppe wertender, gebietender und motivierender Art. Die moralischen Imperative und Orientierungen beziehen sich sowohl auf die Binnenbeziehung der Gruppen, als auch auf deren Beziehung zum Ganzen der Gesellschaft. Sie sind somit nicht beliebig, sondern – modifiziert durch Herrschaft, Tradition, Kultur – letztlich unter bestimmten objektiven Bedingungen entstanden und an diesen ausgerichtet. Darum verlieren sie auch ihre reale Gültigkeit, wenn diese Existenz- und Erfahrungsbedingungen verändert oder vergangen sind. Das erfolgt mit zeitlichen Verzögerungen, die erheblich sein können, weil die Werte meist habitualisiert und institutionalisiert sind.

Wenn wir sagen, die Moral als real gelebte Sittlichkeit entspringe vor allem den tatsächlichen Lebenszusammenhängen der jeweiligen Gruppen, dann ist damit gemeint, dass die Individuen sie sich vor allem in den Tätigkeiten aneignen, mit denen sie danach streben, innerhalb ihrer Arbeits- und Lebensverhältnisse handlungsfähig zu werden und zu bleiben. In der Regel reproduzieren sie damit auch die Sozialstruktur einschließlich der in sie eingelassenen Herrschafts- und Machtstrukturen. Herrschaft, ob sie sich auf physische oder ökonomische Gewalt stützt, zielt auf Legitimation. Sie kann nur von Dauer sein, wenn sie Anerkennung findet, »was nichts weiter heißt als: Verkennung ihrer prinzipiellen Willkür« (ebd.: 132). Diese Legitimation muss immer auch moralischer Natur sein. Daher schließt Moral immer eine Position zur Herrschaft ein, auch wenn sie ungenannt und verkannt bleibt.

Handlungsfähigkeit ist mit Moral aufs engste verknüpft. Sie hat ebenso horizontale (genossenschaftlich-arbeitsteilige) wie vertikale (herrschaftliche) Komponenten. Horizontale Notwendigkeiten sind beispielsweise bestimmte Umgangsformen, die Selbstdisziplin des Individuums als Voraussetzung arbeitsteiligen Handelns, die Aneignung vielfältiger Qualifikation für die Teilnahme an der gesellschaftlichen Arbeit wie an den Praxen der Vergesellschaftung und den kulturellen Tätigkeiten, während die vertikalen Erfordernisse aus den Subordinations- und Selbsterhöhungsbeziehungen in der Klassengesellschaft resultieren (Haug 1986).

Es sind vor allem zwei Sachverhalte, die der Lehrbarkeit bzw. Herstellbarkeit von moralischen Haltungen und Verhaltensweisen durch die darauf spezialisierte Berufsgruppe von Ethikern und Moralthologen

im Weg stehen. Erstens sind die moralischen Wertungen im Habitus der Individuen verankert, sie werden damit zum Bestandteil der Persönlichkeit, zu einem System von Verhaltensdispositionen. Zweitens sind nicht nur verbale Botschaften, sondern auch objektive institutionelle Bedingungen werthaltig, indem sie Einstellungen und Verhalten prägen, verstetigen oder modifizieren. Obwohl die Wirkungen der »ideologischen Mächte« wie Kirche, Schule, Kultur- und Ethikbetrieb nicht übersehen werden sollten, treten sie zurück hinter die Wirksamkeit der inneren Zwänge als Ergebnis internalisierter Herrschaftsbeziehungen, auf die sich äußere Zwänge meist stützen können.

Der Habitus ist – knapp gesprochen¹ – das individuelle System verinnerlichter Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsmuster, die individuelle Disposition zur moralischen und ästhetischen Praxisbewertung. Er ist sozusagen die innere Instanz, die Einstellungen und Verhaltensweisen selbstverständlich werden lässt. Im Habitus drücken sich sowohl die sozialen Verhältnisse, als auch die subjektive Persönlichkeit aus, seine Aneignung spielt sich nicht nur, und wahrscheinlich auch nicht vorwiegend, auf der Ebene des Bewusstseins ab, sondern erfolgt auf allen Ebenen des gesamten psychischen Apparates. Es handelt sich um die »gesellschaftlich produzierte innere Natur des Subjekts« (Bourdieu). Das heißt einerseits, dass das Individuum kein milieutheoretischer Abklatsch der Gesellschaft ist, dass aber ähnliche soziale Existenzweisen zu ähnlichen Habitus-Typen führen, die sich in differenzierten Lebensstilen äußern, mit denen die Menschen ihre Zugehörigkeit und Abgrenzung zu bestimmten sozialen Gruppen ausdrücken. Mit dem Begriff des Habitus als einer von der sozialen Position abhängige individuelle Dispositionen ist es möglich, Handeln zu verstehen, ohne dem Handelnden realitätsfremd eine bewusste und rational berechnende Absicht zu unterstellen. Die professionelle Sozialisation ist die feldspezifische Modifikation des Habitus. Unter dem Aspekt der für den Ethikbetrieb so bedeutsamen »Lehrbarkeit von Ethik« im Sinne einer Förderung ethisch geleiteten Verhaltens ist es wichtig, die Tiefe und Nachhaltigkeit zu vergegenwärtigen, mit der der Habitus die Person und sogar ihre Körperlichkeit ausmacht.

In den vertikalen Beziehungen organisiert der Habitus auch das Gefühl für die eigene Position darin. »Aus objektiven (sozialstrukturellen; HK) Grenzen wird der Sinn für Grenzen, die durch Erfahrung der objektiven Grenzen erworbene Fähigkeit zur praktischen Vorwegnahme dieser Grenzen wird der *sense of one's place*. (...) Dem Sinn für Grenzen eignet das Vergessen der Grenzen« (Bourdieu 1982: 734), die selbstverständlich und fraglos hingenommen werden. Moralische Gefühle wie Peinlichkeit,

Scham, »Bescheidenheit«, Demut oder der eigenen Minderwertigkeit halten die Individuen davon ab, sie zu überschreiten. In der Regel

»tendieren die Beherrschten zunächst einmal dahin, sich das zuzuschreiben, was ihnen qua Distribution ohnehin zugewiesen ist, das abzuwehren, was ihnen ohnehin verwehrt ist (>das ist nichts für uns<), sich damit abzugeben, was ihnen aufgezwungen wird, ihre Hoffnungen auf das Maß ihrer Chancen zurechtzustutzen, sich so zu definieren, wie die herrschende Ordnung sie definiert, das ökonomische Verdikt als ihr eigenes zu wiederholen, sich mit dem zu bescheiden, was ihnen ohnehin zukommt (...) kurzum: das Bild zu akzeptieren, dem sie zu gleichen haben« (ebd.: 735).

Wie tief verwurzelt in der Persönlichkeit solcherart moralisierte Grenzen sind, mag man sich an der körperlich lähmenden Wirkung der Schüchternheit verdeutlichen. Und wie differenziert dies nach sozialer Zugehörigkeit ist, sieht man daran, dass dort, wo der eine in sich solche lähmenden Verbote empfindet, »ein anderer, von anderen Lebensbedingungen produzierter Körper, stimulierende Anregungen oder Aufforderungen wahrnehme« (Bourdieu 2001: 230). Das im Habitus verinnerlichte moralische Bewertungssystem als »eine Körper gewordene soziale Beziehung« kann durch eine bloße Willensanstrengung, gegründet auf Bewusstwerdung, nicht einfach außer Kraft gesetzt werden. Es ist

»illusorisch zu glauben, dass die symbolische Gewalt² schon durch die Waffen des Bewusstseins und des Willens zu besiegen wäre: Sie ist so wirksam, weil sie in den Körpern auf die Dauer in Form von Dispositionen eingeprägt wurde, die (...) gemäß der Logik des Gefühls oder der Pflicht geäußert und erfahren werden, die im Respekt, der Opferbereitschaft oder der Liebe oft ineinander übergehen und das Verschwinden der sozialen Bedingungen ihrer Produktion sehr lange überdauern können. Darin liegt auch die Vergeblichkeit all jener religiösen, ethischen oder politischen Interventionen, die einen tief greifenden Wandel der Herrschaftsbeziehungen (oder der Dispositionen, die zumindest teilweise aus ihnen hervorgehen) von einer schlichten »geistigen Umkehr« (bei den Herrschenden oder den Beherrschten) erwarten, die durch Vernunftpredigt und Erziehung bewerkstelligt werden soll oder auch, wie die Meisterdenker es sich manchmal vorstellen, durch eine breite, kollektive Sprechtherapie, die zu organisieren den Intellektuellen zustünde³« (Bourdieu 2001: 231).

Der zweite Sachverhalt, der der Wirksamkeit ethischer Belehrung auf die Moral – unabhängig von ihrer inhaltlichen Überzeugungskraft – im Wege steht, sind die objektiven institutionellen Bedingungen. Die Annahmen der struktur-funktionalen Soziologie zum Zusammenhang zwischen Institution und Verhaltensorientierung sind zwar generell

in vielem nicht ausreichend, liefern aber für unsere Fragestellung die notwendigen Argumente. Ich zitiere ihre Formulierung durch Freidson (1970):

»Erstens (...) mit welchen Motiven, Werten oder Wissensbeständen Menschen auch in Berührung gekommen sind und welche sie auch internalisiert haben, sie bestimmen nicht das Verhalten der meisten Individuen, wenn sie nicht kontinuierlich verstärkt werden durch den sozialen Kontext.

Zweitens, (...) der soziale Kontext kann, durch Verstärkung Menschen dazu bringen, einen Set von Motiven, Werten oder Wissensbeständen aufzugeben für einen anderen.

Drittens, die ersten beiden Annahmen vorausgesetzt, kann das durchschnittliche Verhalten eines Aggregats von Individuen erfolgreicher mit dem Blick auf die soziale Umwelt vorhergesagt werden als mit dem Blick auf die Motive, Werte und das Wissen, das sie hatten, bevor sie in die soziale Umwelt eingetreten sind.«

Was zum Habitus als moralischer Bewertungsinstanz gesagt wurde, dürfte ausreichen, um die dritte Annahme nicht im Sinne einer völligen Manipulationsmöglichkeit durch das institutionelle Setting zu verstehen. Jedoch selektieren Institutionen wie die Medizin und das Krankenhaus Personen und Verhaltensweisen und versuchen, sie zu normieren, zu versachlichen, um sie damit beherrsch- bzw. steuerbar zu machen. Dass dies die moralische Haltung von Ärzten gegenüber Patienten verändern kann, liegt auf der Hand. Falls beispielsweise die individuelle Verantwortung für den Patienten Ärzte zu einem Verhalten führt, das den Sachzielen zuwiderläuft, kommen sie in Konflikt mit dem institutionellen Sanktionssystem.

Die rasche Entstehung eines Ethikbetriebes im Gesundheitswesen verdankt sich zunächst einem allgemeinen gesellschaftlichen Vorgang. Die permanente Umwälzung des ökonomischen Systems durch Konkurrenz und Technologie und die daraus resultierende Dynamik des sozialen Wandels verschiebt die Gewichte und relativen Positionen der sozialen Gruppen und der gesellschaftlichen Felder (wie dem Gesundheitswesen). Daher müssen sich die Teile neu justieren. Moralische Werte unterliegen historischen Veränderungen, auch wenn einzelne dieser Werte so fundamental sind, dass sie sogar über den Wechsel sozialökonomischer und staatlicher Ordnungen hinweg Gültigkeit behalten. In der Regel jedoch schwächen Veränderungsschübe fast immer ihre reale Bindungs- und Prägekraft, auch wenn die Internalisierung und »Verkörperung« der alten Werte oft zu langen Verzögerungen führen kann.

Sind Erosionsprozesse weit genug fortgeschritten, müssen sich Menschen fragen, wie sie richtig handeln sollen. Bei der Suche nach dem,

was nun richtig ist, ist der Blick meist nach oben gerichtet – im metaphysischen und im sozialstrukturellen Sinne. In historischen Perioden, in denen das gesamte Herrschaftsgefüge, die soziale Ordnung, in Frage steht, kann sich der suchende Blick auch zur Seite richten, zum Gleichgestellten. Die Moralphilosophie hat diese Prozesse der Moralbildung und ihres Wandels über die letzten drei Jahrtausende hinweg begleitet; sie ist aber nicht deren Urheberin, sondern eines ihrer Resultate. Soweit ihr darin eine aktive Rolle zukommt, liegt sie auf den Gebieten der Verstärkung und Legitimation, der Verbreitung, der gedanklichen Strukturierung und der Verallgemeinerung. Weiter unten wird das am empirischen Beispiel der »moralischen Dissonanz« konkretisiert, in die viele Krankenhausärzte im Zuge der Kommerzialisierung ihrer Arbeit geraten. In einer Situation, in der sowohl das institutionelle Setting im Gesundheitswesen als auch die gesellschaftlich herrschende Ideologie des neoliberalen Ökonomismus erheblichen Druck auf die Ärzte ausüben, von ihrer bisherigen berufsethischen Orientierung abzugehen, besteht die Attraktivität des Ethikbetriebs für Ärzte, die diesem Druck nichts entgegensetzen, darin, Begründungen zur Gewissensentlastung zu liefern. Die Wirksamkeit liegt also nicht etwa in der gegentendenziellen Kreation von Moral, sondern in Verstärkung und Legitimation.

Wenn die Wirkungsmacht ethischer Belehrungen auf die tatsächliche Praxis weitaus geringer ist, als dies vom Ethikbetrieb selbst propagiert werden muss, dann muss das nicht unbedingt bedauert werden. »Moral« ist als Formbegriff zu verstehen und kann daher auch unmoralisch sein. Selbst die Nazis hatten eine Moral, auch sie bewegten sich innerhalb der Moralf orm. Eichmann beispielsweise spricht bei seinen Verhören oft (und m. E. auch ehrlich) von seinem Gewissen, das immer dann schlug, wenn er seiner mörderischen Aufgabe einmal nicht (!) perfekt nachkommen konnte.⁴ Die Moralf orm umfasst Dimensionen und Normen sowohl von Herrschaft, Unterdrückung und Ausbeutung als auch unabweisbare Dimensionen und Ansprüche der gesellschaftlichen Handlungsfähigkeit und individuellen Lebensgestaltung wie z.B. die notwendige Selbstbeherrschung, ohne die weder Arbeit noch politischer Widerstand möglich wäre, solidarische Umgangsformen und öffentliche Verständigung darüber. Beide Aspekte weisen in der Praxis eine unentwirrbar miteinander verwobene Formenvielfalt auf, nicht selten werden vertikale herrschaftliche Zwänge legitimiert, indem sie als Folge horizontaler Beziehungen markiert werden.

3. *Die Verwandlung der Ärzte in ethische Laien*

Auch wenn der akademischen Ethik und ihren Angeboten nicht die gesellschaftliche Bedeutung zukommt, moralische Normen und Werthaltungen konstituieren zu können, so ist sie dennoch nicht bedeutungslos. Der Kern der bioethischen Dienstleistungen besteht aus Legitimationen und Begründungen von Entscheidungen, die vordem ohne den Ethikbetrieb getroffen und legitimiert wurden. Ihre wachsende Präsenz in der Klinik ist das untrügliche Zeichen einer Tendenz zur Abspaltung des Moralischen aus dem klinischen Alltagshandeln. Dörner (2001: 8) schreibt:

»Vor einiger Zeit saß ich mit einem alten Pfleger (...) zusammen; wir sinnierten über den Sinn des gegenwärtigen Ethikbooms, wo wir uns doch eigentlich sicher waren, dass wir auch schon zuvor, als das Wort ›Ethik‹ noch gar nicht zu unserem Wortschatz gehörte, eigentlich stets bemüht gewesen sind, das Richtige oder das Gute zu tun. Daraufhin meinte der Pfleger: ›Ach, wissen Sie, Ethik ist doch nur für Leute, die nicht mehr wissen, was sich gehört‹.«

Die Überzeugung, Moral ließe sich lehren und lernen, entspringt notwendigerweise dem Interesse des akademischen Ethikbetriebes an sich selbst. Dörner sieht sich

»mit einem Boom von Ethik-Fortbildungsangeboten konfrontiert (...) es gibt eine Flut von Lehrbüchern der medizinischen Ethik, die – in je anderen Worten – mir in der Regel dasselbe beizubringen versuchen: nämlich dass es wissenschaftlich geprüfte Methoden gäbe, wie ich durch Anwendung bestimmter Regeln, Normen, Prinzipien mittlerer Reichweite mein ärztliches Handeln in einzelne Entscheidungsschritte zerlegen und überprüfen kann, ob ich – den Prinzipien entsprechend – die richtige Entscheidung getroffen habe. Hierfür ist der verbreitetste Prinzipienkatalog der ›Prinzipalismus‹ von Beauchamp und Childress: 1. Respekt für Autonomie, 2. Wohltun, 3. Nicht-Schaden und 4. Gerechtigkeit.⁵ Ich werde zudem aufgeklärt, dass es – wie in anderen Wissenschaften – unterschiedliche theoretische Ansätze gebe: so den utilitaristischen Ansatz, dem es um das größte Glück der größten Zahl gehe; die auf Kant zurückgehende deontologische Pflichtenlehre, für die die Verallgemeinerbarkeit, die Universalisierung meines Handelns entscheidend ist, und vielleicht noch den diskurstheoretischen Ansatz von Habermas, der – bescheidener – sich auf das prozedurale Verfahren beschränkt, wie ich hinsichtlich eines Problems die richtige Lösung dadurch treffen kann, dass in einen idealen, herrschaftsfreien Diskurs alle Betroffenen durch Meinungs- und Rollentausch zwanglos zu einem Konsens kommen« (Dörner 2001: 5).⁶

Die Ethikexperten müssen schon aus Gründen ihrer professionellen Daseinsberechtigung unterstellen, im Falle von Widersprüchen zwischen dem, was sie sagen, und dem, was die Menschen tun und glauben, sei letzteres falsch. Als Experten wissen sie, was getan werden muss, um dem Guten im Sinne definierter Werte zu dienen. Das ist implizit auch der Fall, wo sie sich formal darauf beschränken, Diskursverfahren zu empfehlen und in Gang zu bringen. Die meisten Berufsethiker treten heute zwar mit liberalerem und bescheidenerem Gestus (»mittlere Reichweite«) auf als viele ihrer historischen Vorgänger. Aber auch sie unterscheiden letztlich universalistisch, für alle Zeiten und jedermann zwischen gutem und verwerflichem Verhalten. Ebenso wie den traditionellen ethischen Systemen geht es auch den heute dominierenden Ableitungen von Prinzipien, Tugenden um »Grund- und Folgesätze, eiserne Schlüssigkeit, sichere Anwendbarkeit auf jedes moralische Dilemma« (Horkheimer/Adorno 1944: 269).

Anhänger diskursethischer Ansätze weisen diesen Vorwurf für sich zurück. Ich bezweifle aber, dass es überhaupt möglich ist, nicht über Inhalte, sondern nur über Diskursverfahren normative Aussagen zu machen. Nach Habermas »steckt das Vernünftige in der Organisation einer zwanglosen allgemeinen Willensbildung, d.h. im Telos einer gewaltfreien Intersubjektivität der Verständigung« (Gespräche 1978). Das jedenfalls ist zu kurz gegriffen, denn Vernünftigkeit – wie auch immer verstanden kann nur in einer solchen Organisation stecken, die von Menschen geschaffen worden ist, die dieser Vernünftigkeit folgen. Eine allgemeine, herrschaftsfreie Willensbildung von Menschen unter Bedingungen von Herrschaft und zwischen Gruppen, deren vitale Interessen ungleich und oft einander entgegengesetzt sind, funktioniert nicht. Im heutigen Gesundheitswesen jedenfalls liegen die sozialen und politischen Voraussetzungen eines herrschaftsfreien Diskurses, an dem Patienten, Bürger, Ärzte, Pflegekräfte, Verwalter, Krankenhausträger und Politiker, mit gleichen Rechten und Ressourcen ausgestattet, teilnehmen könnten, nicht vor. Im Gegenteil – gerade im Nicht-Vorhandensein einer herrschaftsfreien Kommunikation im Gesundheitswesen dürfte ein Hauptgrund für die Ausdifferenzierung eines spezialisierten Ethikbetriebs und dessen boomartige Entwicklung liegen. Mit anderen Worten: Lägen auch nur annähernd die Voraussetzungen eines herrschaftsfreien Ethikdiskurses vor, in dem Zustimmung nicht durch persönliche und sachliche Abhängigkeiten erpresst wird, dann gäbe es den Ethikbetrieb nicht, denn er lebt davon, Moralfragen zu Expertenfragen zu machen (Bauman 1994c). Die Herrschaftlichkeit der medizinischen Versorgung nimmt durch die betriebswirtschaftliche Rationalisierung

nicht ab, sondern wird nach Kriterien der *business economics* versachlicht. Die Auslagerung der Moral in einen professionellen Ethikbetrieb und die Rationalisierung nach Kriterien der einzelwirtschaftlichen Rentabilität bedingen sich wechselseitig.

Welcher Stationsarzt schrumpft subjektiv nicht zum Laien angesichts einer »angewandten« Ethik, die – in den Worten eines Ethikers – daherkommt als »Entscheidungskriterienberatung« im »sittlich-politischen Diskurs« und »als solche in der weltanschaulich pluralistischen Gesellschaft den Streit um die Semantik (d.h. um die konkurrierenden Welt-, Gesellschafts- und Menschenbilder) nicht nur auf die jeweiligen Begründungen, argumentativen Plausibilitäten und Kohärenzen zu untersuchen, sondern auch die jeweiligen Semantikangebote auf ihre Applikationsmöglichkeiten zur Gestaltung gesellschaftlicher Strukturen zu befragen« hat (Dabrock 2001). Wer sich da nicht seine eigene Inkompetenz eingesteht, kann nur Größenwahnsinnig oder unverantwortlich sein.

Der Not des so geschaffenen Laien wird dann abgeholfen mit Information, Beratung und Belehrung durch die ausgewiesenen Ethikexperten. Die so konstituierte ethische Inkompetenz der Alltagsmenschen und die Autorität der Ethikexperten haben eine gemeinsame Grundlage: das Postulat von den »sauber begründeten« ethischen Prinzipien (Bauman 1994c). In einem Lehrbuch zur »Ethik in der Medizin« wird darauf eingegangen, dass Ärzte die medizinische Ethik »für überflüssig oder sogar schädlich halten« könnten, eine Position, die – wen könnte das überraschen? – »in ihrer Zuspitzung nicht haltbar« sei. Sie müsse nämlich behaupten, »ohne ethische Reflexionen fielen die relevanten Entscheidungen darüber, wie in der Medizin gehandelt werden soll, mindestens ebenso gut aus wie mit ihrer Hilfe« und könne »sogar die Definierbarkeit des ›moralisch Richtigen‹ schlechthin leugnen«. Jedoch gehöre auch »die Rechtfertigung solcher Behauptungen (...) ihrer Natur nach bereits zur Ethik« (Patzig/Schöne-Seifert 1995: 1). Nicht einmal zur Entscheidung, ohne Ethikexperten auszukommen, sind also die so erst gemachten Laien ohne deren Hilfe legitimiert.

Die Ethikexperten kommen bereits durch ihre bloße Existenz in eine überlegene Position gegenüber den ärztlich und pflegerisch Tätigen in den Institutionen. Letztere treffen in ihrer alltäglichen Arbeit die Entscheidungen meist nach Daumenregeln, die sie wahrscheinlich oft nicht einmal erklären können. Für gewöhnliche Alltagsmenschen sind ihre moralischen Urteile meistens implizit, und falls sie diese bewusst begründen, dann nicht auf fachethische Weise. Die Mitglieder des Ethikexpertenbetriebs hingegen verkünden Gesetze und Prinzipien und liefern Kriterien, deren richtige und sinngemäße Befolgung sie beurteilen.

Damit bringen sie die Alltagsmenschen in die Position der Inkompetenten. Sie bestimmen den Bezugsrahmen der Diskurse und damit weitgehend auch die Resultate. Sie legitimieren sich mit ihrem Zugang zu Wissen, das gewöhnlichen Menschen verschlossen ist. Ihre darauf beruhende Autorität ist somit normensetzend und urteilend zugleich. »Wirkliche Begründungen«, so Bauman, »haben strenger und weniger flüchtig zu sein als die unberechenbaren Gewohnheiten der Leute und ihre notorisch unlogischen und sprunghaften Ansichten«.

Die akademischen Begründungen der Ethikexperten sind weit entfernt vom oft chaotischen Treiben im Alltagsgeschehen eines Krankenhauses oder einer Arztpraxis. Dazwischen klafft eine Distanz in zweifacher Hinsicht: die der Fachperson zum Laien und die des Lieferanten von Entscheidungsbegründungen zum betroffenen Individuum Patient. Sie kennen den Patienten in der Regel nicht, können bzw. müssen ihm oder ihr nicht in die Augen blicken. Die erste Form der Distanz macht ihre Explikationen und Wertungen uneinsehbar, die zweite birgt in sich die Gefahr der Inhumanität, auch wenn sie im Gewand der Ethik daherkommt. Werden nämlich Entscheidungen aus der Unmittelbarkeit der Arzt-Patient-Beziehung in Fallkonferenzen ausgelagert, so können sie nicht mehr im »Antlitz des Anderen« (Levinas) getroffen werden.⁷ Das kann folgenreich für den Inhalt sein und erhält damit seine eigene moralische Qualität. Entscheidungshilfen nach Falldarstellungen geraten in die Nähe von Entscheidungen »nach Aktenlage«, denn damit diese gefällt werden können, muss ein Bericht gegeben, formalisiert und abgelöst werden vom Individuum. Dessen Leiden, Ängste und Hoffnungen werden somit in gewisser Weise »banalisiert« (H. Arendt); aus seiner Individualität wird ein Fall. Die Distanz zum kranken Individuum wird vergrößert, mit dem Effekt, den man sich am Beispiel eines Bomberpiloten vergegenwärtigen kann: Es mag sich um eine Person handeln, der im Angesicht eines konkreten Menschen niemals in der Lage wäre, diesem auch nur ein Haar zu krümmen, während er aus der Distanz der großen Höhe mit Präzision sein Werk ganz »rational« ohne Skrupel gegen exakt die gleiche Person zu verrichten imstande ist.

4. *Interessenkonflikt und moralische Dissonanz*

Das ethische Hauptproblem der ökonomisierten Medizin sind weit weniger die »dramatischen« Entscheidungen der Intensivmedizin, derer sich der Ethikbetrieb der 90er Jahre öffentlichkeitswirksam angenommen hat, als die Alltagsentscheidungen, die Über- und Einweisungen, Verschreibungen, Anordnungen kostenträchtiger Diagnostik und Therapie sowie

Entlassungen. Überall kann es einzelnen Patienten geschehen, dass die Entscheidung, die für das Krankenhaus oder die Praxis rentabel ist, nicht identisch ist mit derjenigen, von der der größte Effekt für ihre Gesundheit und ihr Wohlergehen erwartet werden kann. Es liegt dann ein objektiver Interessenkonflikt vor, der ihnen meist nicht transparent gemacht wird. Es kann betriebswirtschaftlich rentabel sein, wirtschaftlich riskante Patienten zu meiden, ihnen effektive Leistungen vorzuenthalten, ebenso wie sie unnötigerweise zum Krankenhausfall werden können, falls niedergelassene Ärzte ihre Risiken betriebswirtschaftlich rational minimieren.

Über die berufsethischen Normen, die sie davor schützen sollen, dass ihre Gesundheit an der Rentabilität der dafür notwendigen Maßnahmen relativiert wird, bestand bis in die 90er Jahre in Deutschland wie in anderen westlichen Industrieländern weitgehend Konsens. Sie haben sich historisch aus der Situation des Kranken, den sein Kranksein unfrei, hilfs- und schutzbedürftig macht, entwickelt. In der Tradition der modernen hippokratischen Ethik formuliert, sollen die Ärzte das Wohlergehen des Patienten über die finanziellen Interessen (die akzeptiert werden) stellen und uneingeschränkt loyal gegenüber dem Patienten sein, d.h. allein im Interesse des Patienten handeln. Das ökonomische Vorteilskalkül wird hier akzeptiert, aber eindeutig als nachrangig hinter Versorgungsziel und -anspruch gestellt. Es ist wichtig zu betonen, dass die entsprechenden Erwartungen der Patienten und der Gesellschaft aus der objektiven Situation des Krankseins erwachsen und nicht aus einer ethischen oder moraltheologischen Idee. Wenn ich von »weitgehendem Konsens« spreche, so meine ich damit nicht, die medizinische Realität sei durchgehend davon geprägt gewesen, sondern, dass die entsprechenden Regeln immerhin so weit internalisiert waren, dass sie selbst im Regelverstoß noch akzeptiert wurden, indem man diesen im Dunkeln ließ, leugnete oder als Nicht-Verstoß zu interpretieren versuchte.

Diese Erwartungen an ärztliches Handeln schließen wirtschaftlich zweckrationales Handeln nicht aus, aber sie definieren es im Sinne einer »materialen Rationalität« (Weber 1964: 60), d.h. es wird auf ein übergeordnetes, ethisch definiertes, politisch gesetztes oder vertraglich vereinbartes Ziel orientiert. Ist das Ziel jedoch die Einhaltung eines Budgets oder einer Pauschale, dann ist die darauf orientierte Handlung wirtschaftlich im »formal rationalen« Sinne von »Rechenhaftigkeit«, deren Ideal die Reduzierung aller Qualitäten auf Geld ist (ebd.). Wirtschaftlichkeit im Sinne formaler Rationalität enthält keinen qualitativen Wertbezug. Formal rational kann ein kalkulierter Raubmord sein, wenn die Kosten des Mordes und das Risiko der Strafe zu dem realistisch geschätzten Geldvorteil ins Verhältnis gesetzt werden.

Der sozialrechtliche Leistungsanspruch der Patienten, wie er im Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt ist, entspricht sowohl den ethischen Erwartungen als auch dem material rationalen Wirtschaftlichkeitsbegriff. Die Leistungen sollen »ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich« sein. Vorgegeben wird ein qualitatives Leistungsniveau, das »dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse« entspricht »und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen« muss, also das wissenschaftlich Mögliche anstrebt, jedoch »das Maß des Notwendigen« nicht überschreiten soll (§ 2,1 SGB V). Das bestmögliche Versorgungsniveau soll also mit möglichst geringem Ressourceneinsatz erreicht und die Patienten von überflüssigen und schädlichen Leistungen verschont werden.⁸

Dass die Krankenhausärzte unter den Bedingungen von Budgetierung und Fallpauschalen immer wieder in einen Interessenkonflikt zwischen der treuhänderischen Loyalität gegenüber dem darauf vertrauenden Patienten und dem über finanzielle Anreize und organisatorische Sanktionssysteme vermittelten Rentabilitätsziel geraten, folgt nicht nur logisch aus den Anreiz- und Sanktionsstrukturen, sondern ist auch in empirischen Studien nachgezeichnet worden. Dieser Konflikt wurde sowohl in Fallstudien (Kuhlmann 1997; Kühn/Simon 2001; Simon 2001) als auch mittels quantitativer Erhebungen des laufenden empirischen Forschungsprojekts zum »Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System« (WAMP)⁹ ermittelt:

Zunächst zeigt sich, dass die Erwartungen der Patienten in erstaunlicher Weise sowohl mit dem Leistungsanspruch des SGB V als auch mit den oben skizzierten Imperativen der hippokratischen Ethik übereinstimmen. 4 007 Krankenhauspatienten wurde binnen eines Monats nach der Entlassung der Satz vorgelegt: »Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen.« 80 % stimmten dem Satz »vollständig« und 13 % »eher« zu. 6,0 % teilten die Meinung nur noch »teilweise« und insgesamt lediglich 1,3 % waren ablehnend. Es dürfte nur wenige Ärzte oder Pflegekräfte geben, denen im Umgang mit Patienten diese Erwartung und die implizite berufsethische Norm, auf die ihr Gegenüber vertraut, nicht bewusst ist.¹⁰ 63 % der Patienten sind zwar dafür, das medizinisch Notwendige und die Kosten abzuwägen, aber in dem Sinne, dass bei mehreren gleich effektiven und riskanten Behandlungsoptionen diejenige gewählt werden sollte, die weniger Kosten verursacht, wie es dem Wirtschaftlichkeitsverständnis des SGB V entspricht.

Im Sinne dieser Patientenerwartungen äußern sich 86 % der 2004 befragten 1 500 Krankenhausärzte¹¹, indem sie den Satz: »Aus Kosten-

gründen muss man Patienten effektive Leistungen vorenthalten« ablehnen. Befürwortet wird die Rationierung ohne Abstriche von nur 3,7% und eingeschränkt von 10,2% der Ärzte. Allerdings ist die Zustimmung zu folgendem Satz gleichen Inhalts geringer: »Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen.« Nur 24,9% waren »voll« und 46,5% »eher« dieser Meinung, insgesamt immerhin 71,4%. Verglichen mit der Rationierungsfrage wird die uneingeschränkte Meinung statt von 55,5%, nur noch von 24,9% der Krankenhausärzte vertreten. Besonders auffällig daran ist der ungewöhnlich hohe Anteil gewählter relativierender, abgeschwächter oder unverbindlicher Antwortmöglichkeiten (»eingeschränkt richtig«, »eher falsch«, »problematisch« usw.). Das deutet auf große Unsicherheit in einer Situation hin, in der die herkömmlichen Normen in Frage stehen, aber neue sich noch nicht herausgebildet haben bzw. (noch?) nicht habitualisiert sind. Insgesamt stimmt die überwiegende Mehrheit der Krankenhausärzte also einer Wirtschaftlichkeit im material rationalen Verständnis sowohl der Berufsethik als auch der Sozialgesetzgebung zu. Zeichen der Unsicherheit sind allerdings unverkennbar.

Wie schätzen die Krankenhausärzte aber die Realität im eigenen Erfahrungsbereich ein? Hier zeigt sich der Konflikt: Während 86% mehr oder weniger deutlich die Vorenthaltung effektiver Leistung aus Kostengründen ablehnen, wird die Nachrangigkeit des Kostenkalküls hinter der medizinischen Notwendigkeit nur von 8,9% in ihrem Bereich ohne Einschränkung als realisiert angesehen. Lediglich 11,4% der Ärzte, die der Nachrangigkeit des Kostenkalküls hinter dem medizinisch Notwendigen normativ voll zustimmen, arbeiten in einem Kontext, in dem das nach ihrer Einschätzung tatsächlich auch der Fall ist. Ein großer Teil der Krankenhausärzte arbeitet also subjektiv in einer Realität, in der das, was sie moralisch für richtig erachten, nicht ihre Praxis ist. Das fällt besonders deshalb ins Gewicht, weil es sich hier um eine weitgehend selbst gestaltete Realität handelt, denn ob im Konfliktfall dem Kostenkalkül oder der medizinischen Notwendigkeit das Primat zukommt, ist ja Resultat von Arztentscheidungen.

Wenn der subjektive Sinn für das Gute und Richtige und das eigene Handeln so weit auseinanderdriften, haben wir es mit einer beträchtlichen »moralischen Dissonanz« zu tun. Sie ist ein typisches Umbruchsphänomen, mit dem die meisten Individuen auf die Dauer nicht leben können und wollen. Die moralische Dissonanz ist subjektiver Ausdruck des objektiven Interessenkonflikts, der die unbewussten und vorreflexiven Elemente des individuellen Habitus einschließt und den Individuen quälendes psychisches Unbehagen bereiten kann, das lang anhält und

tief ans Selbstbewusstsein rührt. Die Individuen werden – meist unbewusst, aber mit umso größerer Energie – alles daransetzen, um den inneren Konflikt möglichst umgehend wieder zu harmonisieren, wobei die individuellen Strategien verschiedenster und gegensätzlichster Art sein können. Auf einem Kontinuum eingetragen stünde am linken Ende das Festhalten an der moralischen Orientierung, das sich in individuellen oder kollektiven Versuchen, eine andere Praxis durchzusetzen, ebenso äußern kann wie im Tätigkeits- oder Berufswechsel, womit eine Minderheit der Befragten liebäugelt. Am rechten Ende stehen die Verinnerlichung des Gesollten und seine psychische Rationalisierung zum Gewollten. Dazwischen liegt eine Vielfalt von Kompromissen mit entsprechenden Legitimationsfiguren, ideologischen Beruhigungspflastern und Wahrnehmungsfiltren. Die Beziehung zum Patienten wird nicht zuletzt durch die Unaufrichtigkeit beeinträchtigt, mit der die vom ökonomischen Rentabilitätskalkül motivierte Entscheidungen als medizinische Notwendigkeit ausgegeben werden (Simon 2001; Vogd 2004: 182).

Es liegt nahe, dass die Nachfrage nach den Angeboten des Ethikbetriebes weitgehend aus dem ungerichteten und teilweise auch vor-reflexiven Bedürfnis erwächst, das quälende Dissonanzerleben zu überwinden. Zwar teilen sich die Erwartungen der konkreten Patienten nur dem dafür offenen Arzt mit und lassen sich zudem durch Kommunikation manipulieren, aber selbst plausible Beruhigungspflaster und Legitimationsfiguren vieler Ärzte klingen oft autosuggestiv. Die in Interviews häufig anklingende Ängstlichkeit vor Kunstfehlerklagen erscheint absurd übertrieben gemessen an den verschwindend wenigen Patienten, die das tatsächlich tun. Vermutlich drückt sich auch hier das vom Dissonanzerleben herrührende Unbehagen aus.

Prinzipiell ließe sich dem Unbehagen in Fällen der Unvereinbarkeit auch zulasten der formal rational betriebswirtschaftlichen Seite des Interessenkonflikts entkommen. Aber diese Seite ist sanktionsbewehrt, ihre Verletzung führt je nach Institution unmittelbar zu Nachteilen verschiedener, oft gravierender Art, worunter die soziale Isolierung sicher nicht die geringste ist. Vor allem lässt sie sich weder durch Kommunikation noch durch psychische Rationalisierungen beschwichtigen.

5. *Moralische Wertungen, Sachurteile und Ideologie*

Wer nichtphilosophisch und uninformatiert an den Ethikbetrieb herangeht, würde wahrscheinlich erwarten, es gehe seinen Mitgliedern darum, den Ärzten dabei zu helfen, in diesen Interessenkonflikten ihre berufsethischen Werte auch gegen die widrigen Umstände des ökonomischen

und sozialen Drucks zu behaupten. Ich habe zahlreiche der verbreiteten Lehrbücher, Sammelbände¹² und andere Veröffentlichungen zur medizinischen Ethik durchgesehen und an keiner Stelle auch nur die theoretischen Voraussetzungen dazu gefunden.¹³ Diese müssten zumindest darin bestehen, den ökonomischen, sozialen und politischen Kontext, in dem ethische Werte im materiellen Sinn »gültig« sind, also sich praktisch bewähren oder Gültigkeit verlieren, überhaupt zu erfassen und systematisch zu analysieren. Wie will man ohne die Analyse des realen Kontextes solcher Interessenkonflikte zu gültigen Handlungsoptionen gelangen?

Bei aller »Pluralität«, auf die man sich im Ethikbetrieb viel zugute hält, scheinen die Sprachspiele (ethischen Reflexionen) einer Grundregel zu unterliegen, die niemals explizit geäußert, aber stillschweigend geteilt zu werden scheint: Fragen nach dem sozialen, ökonomischen und herrschaftlichen Kontext der moralischen Einstellungen und Verhaltensweisen werden suspendiert. Man ist befangen in der Illusion, Bewusstsein könne sich selbst durchschauen, ohne Bezug zur Objektivität und ohne »das Subjekt der Objektivierung selbst zu objektivieren« (Bourdieu 2001). Was nach der impliziten Regel als ethische Reflexion gelten darf, ist die Erörterung aller möglichen Gedanken, Ideen, Standpunkte, Überzeugungen, Begriffe und Worte außerhalb jedes systematischen, den Grundregeln der Wissenschaftlichkeit genügenden Bezugs zu ihrem gesellschaftlichen Kontext. Zwar wird oft formal systematisch, in Grund- und Folgesätzen und logischer Schlüssigkeit argumentiert, aber das ist meist kaum mehr als professionell habitualisierter Sprechstil und nicht selten Rabulistik.

Gegen diese Einschätzung mag vorgebracht werden, sie träfe zwar auf die allgemeine Moralphilosophie bzw. Ethik zu, aber nicht auf die Bioethik bzw. medizinische Ethik, deren Programm es sei, »anwendungsbezogen (...) auf die Bereiche Biowissenschaften, Medizin und Umwelt« zu sein.¹⁴ Dieser Einwand ist insofern teilweise berechtigt als man in vielen medizinethischen Betrachtungen durchaus Hinweise auf institutionelle Bedingungen und finanzielle Begrenzungen findet. Wo aber der sozialökonomische und politische Kontext aufscheint, ist er ideologisiert.

»Ideologie« meint Aussagen, die durch außerwissenschaftliche Faktoren befangen und unwahr sind. Mit Ideologien werden versteckte Interessen transportiert, wobei dies dem Aussagenden unbewusst bleiben kann. Ein Beispiel ist die Anwendung des Begriffs »Kunde« auf Krankenhauspatienten. In ihm versteckt sich das Interesse, die ärztliche Dienstleistungsarbeit, deren Arbeitsgegenstand der Kranke ist,

nach kapitalwirtschaftlichen Kriterien zu rationalisieren und dabei die widerstrebenden Kräfte berufsethisch motivierter Ärzte zu überwinden. Während der Begriff Patient noch auf die Situation derer hinweist, um die es geht, ist das beim »Kunden« nicht mehr der Fall. Er ist ein Geschäftspartner. Niemand kann daran zweifeln, dass die Haltung gegenüber kranken Menschen eine andere ist als die gegenüber Geschäftspartnern. Sorgende Verantwortung für die Person des Käufers, die über die Geschäftsbeziehung – bzw. den eigenen Vorteil – hinausgeht, ist weder in der Theorie noch in der Praxis des Marktverhaltens vorgesehen. Auf Märkten wird die Schwachheit des ungeschützten Anderen nicht kompensiert, sondern verwertet. Diesen in der Marktrhetorik versteckten Interessen ist es förderlich, wenn solchermaßen die Hemmungen beseitigt werden, dies gegenüber den Patienten zu tun.

Max Weber definiert ethisches Werten als Einschätzungen eines festgestellten Sachverhaltes »als verwerflich oder billigenswert« (Weber 1985: 489). Es gilt also, bei medizinethischen Abhandlungen zu unterscheiden zwischen dem Sachverhalt bzw. Sachurteil und der ethisch wertenden Einschätzung (Werturteil). Die Empirie eines Soseins und die Bewertung dieses festgestellten Soseins sind zweierlei. Sachurteile können auf ihre Übereinstimmung mit der Wirklichkeit geprüft werden und insoweit »wahr« sein, während Werturteile »gültig« sein können oder nicht. Wertungen werden also einem als wahr angenommenen Tatbestand »beigemessen«, d.h. Sachverhalte sind nicht werthaft, sie bestehen unabhängig von unserem Nachdenken über sie; werthaft werden sie immer nur für uns und durch uns (Hofmann 1961: 17). Die Frage ist nun, ob damit das Werturteil als rein subjektiv und damit beliebig (gültig in Abhängigkeit von der jeweiligen philosophischen oder theologischen Schule) angesehen werden kann. Das ist nicht der Fall, da auch ein Werturteil nicht nur deswegen gültig ist, weil es allgemein bzw. in einer Gruppe geteilt wird. Ohne das hier im Einzelnen abhandeln zu können, möchte ich wenigstens andeuten, dass moralische Werte und damit auch ethische Aussagen in einer dauernden Verbindung mit der objektiven Wirklichkeit stehen.

Gültige Werturteile können nicht auf unwahren Sachurteilen beruhen. Wertungen auf der Grundlage unwahrer, nur behaupteter Sachverhalte sind Ideologie, d.h. Aussagen, die auf außerwissenschaftliche, meist auf gesellschaftlichen Partikularinteressen beruhenden Befangenheiten zurückgehen. In der historischen Perspektive lässt sich leicht erkennen, dass moralische Werte letztlich auf Seinsurteile und damit auf Erfahrungen (Empirie) in der Vergangenheit zurückgehen, auch wenn der Weg, auf dem Erfahrungen zu Normen wurden, oft nicht bis ins Einzelne

nachgezeichnet werden kann. Wenn aber diese Beziehung zwischen Sach- und Werturteilen umgekehrt wird, also Sachurteile aus Werturteilen abgeleitet werden, wenn Sachaussagen für »wahr« oder »falsch« erklärt werden nach Maßgabe der Tauglichkeit in den gesellschaftlichen Auseinandersetzungen, dann haben wir es mit Ideologie und Erkenntnisverzerrung zu tun. So schrieb der Ökonom Werner Hofmann:

»Jede Theorie folgt in ihrer Fragestellung legitimerweise den Bedürfnissen ihrer Zeit. Wo allerdings das Bedürfnis nicht die Frage, sondern das Ergebnis bestimmt, wo der Wunsch nach einem bestimmten Resultat sich des Forschenden bemächtigt, da ist eine allgemeine Voraussetzung der Ideologisierung einer Lehre gegeben (...) [der] Fehlmeinung mit gesellschaftlicher Adresse, [dem] Irrtum mit Tendenz.« (Hofmann 1968: 119f.)

Das möchte ich an zwei Beispielen prominenter Repräsentanten des Ethikbetriebs zeigen: Wer sich in die Situation der in dem oben skizzierten Interessenkonflikt befindlichen Ärzte einfühlt, wird spüren, dass das Dissonanzerlebnis umso effektiver gemildert, das entscheidende Individuum umso besser entlastet werden kann, je legitimer die Vorrangigkeit rentabilitätsgerechter Entscheidungen vor der treuhänderischen Loyalität zum Patienten empfunden wird. Eine Entlastungsmöglichkeit ist das Bild vom Patienten. Es ist ein Unterschied, ob ich den Patienten als einen kranken Menschen betrachte, der Schmerzen, Risiken für dauerhafte Behinderungen und Tod, Angst, Bedrohungen des Selbstwertgefühls und des sozialen Status ausgesetzt ist, oder einen Menschen mit »ausufernden Begehrlichkeiten«, »tendenzieller Unersättlichkeit«, »jener Pleonexia, ein Mehr-und-immer-mehr-Wollen [vgl. Platon, Politeia Buch II, 372c ff.], das alles Menschliche (...) mit ausufernden Begehrlichkeiten bedroht« (Höffe 1999: 159). Anstatt den prüfenden Blick auf das empirische Sein zu richten, zu fragen, ob »der Mensch« tatsächlich so beschaffen ist, dass er seinen Konsum an Krankenhaustagen, Röntgenaufnahmen und Herzoperationen bedenken- und maßlos maximieren will, fabuliert der Philosoph auf 29 Seiten mit Sokrates, Platon, Descartes und Shakespeare (außerhalb ihres historischen Kontexts), und wie zufällig kommen am Ende Vorschläge für eine – sozusagen anthropologisch angemessene – Krankenversicherung (»Gesundheitspolitik im Geiste Platons« [ebd.: 163]) heraus, die exakt derjenigen der FDP oder eines Unternehmerverbandes gleicht. So werden Partikularinteressen der gesellschaftlich hegemonialen Minderheit, getarnt mit allerlei Bildungsgerümpel¹⁵, unzutreffenden Tatsachenbehauptungen und gewitzten Verdrehungen, zum Ausdruck universeller Tugenden wie die der »Besonnenheit und Gerechtigkeit« veredelt: der Ethiker als Funktionär der

bestehenden sozialen und ökonomischen Machtkonstellationen und des diesen dienenden Zeitgeistes.

Das in solchen ethischen Reflexionen enthaltene Angebot an die von moralischen Dissonanzen gebeutelten Ärzte lautet: Ihr enthaltet dem Patienten keine notwendige Leistung vor, sondern setzt seiner »ausufernden Begehrlichkeit« Grenzen. Indem Ihr so handelt, lehrt Ihr ihn, »die Endlichkeit anzuerkennen« und das »Sich-Fügen in die Gebrechlichkeit des Menschen und seine Sterblichkeit« (ebd.: 170f.). Euer Handeln entspricht der »Gerechtigkeit« und den vier empfohlenen »medizinischen Kardinaltugenden (...) der Klugheit, der Zivilcourage, (...) der Besonnenheit [und der ...] Gelassenheit« (ebd.: 171). Abgesehen davon, dass es sich auf Kosten anderer leicht »gelassen« sein lässt, wird hier die erhabene Position der Macht eingenommen, die sich weise und liberal gibt. Wie erbärmlich heruntergekommen die liberale Tugend der »Zivilcourage« in dieserart Philosophie bereits ist, mag man daran erkennen, dass sie nicht etwa dem Arzt zugesprochen wird, der sich um seines Patienten willen mit der Macht (etwa der Krankenhaushierarchie oder der Krankenversicherung) anlegt, sondern jenen, die dem aus dem Kranksein heraus ohnmächtigen, schutzbedürftigen und vertrauenden Patienten wirksame medizinische Hilfe vorenthalten.

Eine weitere ideologische Entlastung in diesem Interessenkonflikt bedeutet es, wenn man überzeugt sein kann, dass die (sozialversicherten) Patienten für ihr Kranksein selbst und individuell die »Verantwortung« tragen im doppelten Sinne von Schuld und von der Verpflichtung zur Lastübernahme. Soweit Krankheit nicht dem »Schicksal« (z.B. der Genomausstattung) zugeschrieben werden kann, ist sie dann Resultat von Fehlanpassungen und Fehlverhalten. Natürlich erfolgt die Zuteilung von Schuld und Pflicht an die Individuen, das »blaming the victim«, stets von oben nach unten und erreicht sein Ziel, wenn es zur Selbstbeschuldigung verinnerlicht wird und zur Entsolidarisierung führt. Ökonomie und Staat sind dann entlastet und die Opfer wehrlos.

Auch wenn der akademische Ethikbetrieb im Versorgungsalltag unmittelbar noch keine große Rolle spielt, so geben seine Hervorbringungen ein Bild von ideologischen Strukturen. Die Subjektivierung als Verlegung der Ursachen von Krisen und Krankheit in die Individuen zwecks Entlastung der Verhältnisse kann am Beispiel eines weiteren Marktführers des Ethikbetriebs vorgeführt werden. Sass (1991) stellt die Frage »Wer trägt eigentlich die Verantwortung für die Gesundheit?«. Nicht überraschend lautet seine Antwort: der Einzelne. Wenn es um Verantwortung geht, dann sollte die erste Frage der Freiheit gelten, ihr gerecht zu werden. Das verlangt nichts anderes als den Aufweis realer

Möglichkeiten, individuell innerhalb seines jeweiligen sozialen Kontextes auf die Bedingungen der eigenen Gesundheit einzuwirken. Daher würde man von einem Ethikexperten erwarten, dass er als Fragesteller zunächst einmal die Realität bzw. das, was die gesundheitswissenschaftliche (epidemiologische und ätiologische) Forschung darüber weiß, danach befragt, welches denn objektive Bedingungen für Gesundheit sind, wo entsprechende Freiheiten der Individuen liegen könnten und unter welchen sozialen Bedingungen einer davon Gebrauch machen kann. Auf dieser Grundlage könnte dann Individuen und Institutionen ihre spezifische Verantwortung zugeschrieben werden. Es ist freilich leichter, mit dem Mainstream über der Sache zu schweben, als in der Sache zu sein.

Statt aus den empirischen Zusammenhängen von persönlichen Möglichkeiten zur Einwirkung auf die eigene Gesundheit leitet Sass Verantwortung aus dem »Interesse« ab und zwar mit drei aufeinander folgenden Schlüssen:

»Wenn Gesundheit eine wesentliche Bedingung ist und Voraussetzung für das Leben, zumal für ein gutes Leben, dann (!) sollte der Einzelne selbst das größte Interesse an seiner Gesundheit haben. Er sollte sich deshalb (!) nicht nur als den hauptsächlichsten Nutznießer seiner Gesundheit verstehen, sondern auch vorrangig selbst für sie sorgen und für die Kosten ihrer Unterhaltung, Unterstützung und Verbesserung aufkommen. Wenn dieses Argument wahr ist, dann (!) sollte das Sprechen von ›Rechten‹, das in den Debatten um das Gesundheitswesen weit verbreitet ist, einem Sprechen von ›Verantwortung‹ als dem primären begrifflichen Rahmen weichen (...).« (Sass 1991: 56f.)

Wie kann aus »Interesse« Verantwortung abgeleitet werden? Wenn ich »selbst das größte Interesse« an Frieden und Rechtsstaatlichkeit habe, dann ist für mich damit keineswegs die Möglichkeit gegeben, für Frieden und Rechtsstaatlichkeit »vorrangig selbst zu sorgen«. Zwar bin ich als Bürger eines demokratischen Gemeinwesens mitverantwortlich für friedliche und rechtsstaatliche Verhältnisse, aber »vorrangig« dafür sorgen zu wollen, setzt Größenwahn voraus. Ebenso verhält es sich mit den sozialen, ökonomischen, ökologischen und kulturellen Bedingungen der Gesundheit, auf die die Individuen zwar Einfluss nehmen können, aber von denen sie in der Regel überwiegend abhängig sind.

Statt aus realen Zusammenhängen ethische Folgerungen zu ziehen, werden im Sprachstil logischer Schlussfolgerungen dem gewünschten Ergebnis (der Einzelne ist verantwortlich) die Aussagen über die Realität angepasst. Sass macht zwar Aussagen zur Sache, aber er macht sie unter der Hand, unbegründet und falsch informiert: »Für den Bereich der Medizin heißt das, dass der einzelne Bürger als Patient selbst

die Prioritäten in seinem Lebensstil setzen muss.« (Ebd.)¹⁶ Damit wird erstens unterstellt, die Prioritäten des Lebensstils seien die primäre Krankheitsursache, und zweitens seien sie für die Individuen frei wählbar. Dem Leser wird auch hier auf rabulistische Weise nahe gelegt zu schließen: »Wenn du also krank bist, dann bist du deiner Verantwortung nicht gerecht geworden, dann hast du falsch gelebt«. Die Aussagen zur Kausalität von Gesundheit und Krankheit, die ja nicht primär philosophische sind, folgen nicht aus den vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen dazu, sondern aus dem sozialen Vor-Urteil in professionell philosophischer Form. Erschiene nämlich Gesundheit nicht primär als Verhaltensresultat und wäre das Verhalten nur eingeschränkt und sozial ungleich frei wählbar, wie es die Sozialepidemiologie international tausendfach belegt hat, dann könnte der Einzelne nicht »vorrangig« verantwortlich gemacht werden, was aber das Ziel der gesamten Argumentation ist. Das gewünschte Resultat steht hier schon fest, bevor so genannte ethische Reflexion begonnen hat.

Zurück zu dem oben skizzierten ärztlichen Interessenkonflikt: Wir haben festgestellt, dass Werte real »ungültig« werden können, weil sie unter gewandelten objektiven Bedingungen des institutionellen Settings von den Erfahrungen nicht mehr als angemessen bestätigt werden. Würde diese Feststellung universell gelten, dann hieße das im Fall des ärztlichen Interessenkonfliktes: »Die Tugend der ungeteilten treuhänderischen Loyalität gegenüber dem Kranken führt bei prospektiver Finanzierung und Wettbewerb und der diese verstärkenden Sanktionsverhältnissen systematisch zu Nachteilen und Risiken seitens der Ärzte, sie wird also nicht mehr durch Erfahrung bestätigt und weicht darum anderen Wertvorstellungen und Tugenden, wie sie im Ethikbetrieb in vielfältiger Weise empfohlen werden«. Der erste Teil dieser Aussage ist ein zutreffendes Sachurteil. Hinter ihren zweiten, schlussfolgernden Teil kommen wir aber erst, wenn wir neben der historischen Relativität der Werte eine zweite, die soziale Relativität aufgedeckt haben:

Die Gültigkeit von Werten verändert sich nicht nur im historischen Wandel, sondern auch zwischen den Gruppen unterschiedlicher sozialer und wirtschaftlicher Existenzbedingungen. Man kann das zuspitzen auf die Feststellung, dass die Gültigkeit einer ethischen Wertung nur dort gegeben ist, wo sie auf reale Existenzbedingungen zutrifft. Falls es zutreffen sollte, dass für Ärzte unter den Zwängen der prospektiven Finanzierung und der Konkurrenz die Tugend der treuhänderischen Loyalität zum Patienten an realer Gültigkeit verliert¹⁷, dann gilt das damit aber noch lange nicht für den entsprechenden Anspruch der Patienten, weder individuell noch für alle Individuen der Gesellschaft, die sowohl

potentielle Patienten als auch Angehörige von Patienten sind. Denn die Gültigkeit ihrer moralischen Erwartung an die Ärzte folgt nicht aus ethischen Reflexionen, sondern aus der Situation des Krankseins. Sie suchen Ärzte auf, weil sie erwarten, dass ihre krankheitsbedingte Not von diesen gewendet werden kann. Sie setzen voraus, dass die Ärzte in diesem Sinn ihnen gegenüber treuhänderisch loyal sind, also in ihrem und nicht im Interesse Dritter handeln. Der moralische Wert, das ökonomische Vorteilskalkül dem Primat des Patientenwohls nachzuordnen, ist nicht freihändig, sozusagen postmodern geschöpft, sondern folgt aus der Situation des kranken Menschen. Dieser Wert ist also begründet durch Sachverhalte, die prinzipiell empirisch überprüfbar sind.

»Ideologische« Qualität erhalten Wertungen dann, wenn sie als partial gültige Gruppenwertungen universalisiert, zu allgemeinen erklärt werden. Die dominierenden sozialen Gruppen einer Gesellschaft oder eines gesellschaftlichen Feldes sind dies nicht zuletzt deshalb, weil sie es vermögen, ihre partikularen Interessen als allgemeine moralische Normen erscheinen zu lassen. Das Verhältnis sozialer Überlegenheit wiederholt sich auch auf der Ebene der moralischen Werte. Das für eine stabile Klassengesellschaft erforderliche Maß des Einverständnisses der Machtunterlegenen muss durch die Propagierung übereinstimmender Werthaltungen gesichert werden.

»Ein und das gleiche für wert oder unwert zu halten wirkt immer gesellschaftlich ›integrativ‹ und schränkt den Rahmen eigenwilligen Denkens und Handelns der Wertunterworfenen ein. Die gesellschaftlich Überlegenen formen die Sichtweise der Gesamtgesellschaft; das ihnen Adäquate und daher für sie Gültige soll zum allgemein Geltenden werden.« (Hofmann 1961: 28)

Kurz gesagt: eine herrschaftliche Funktion von Moralphilosophie besteht darin, partiale Interessen der Privilegierten in allgemeine Normen zu übersetzen. Wenn derzeit als Folge der Anpassungsstrategien der Krankenhäuser an prospektive Finanzierung und Wettbewerb die ärztlichen Handlungsbedingungen und Interessen in Widerspruch geraten mit den gestern noch gültigen berufsethischen Normen, dann verlieren diese nicht zugleich auch ihre Gültigkeit für die machtunterlegenen Kranken, denn diese sind ja damit nicht weniger hilfs- und schutzbedürftig. Vielmehr bedeutet es, dass die Arzt-Patient-Beziehung und das in ihr stattfindende Versorgungsgeschehen für einen Teil der Patienten mit Interessenkonflikten belastet sind. Diese sind eine objektive, empirisch überprüfbare Quelle von Versorgungsrisiken (Rodwin 1993; Thompson 1993). Solange sie hinwegschwadroniert werden, können sie aber weder identifiziert noch verhütet werden.

6. *Im Namen der »Knappheit«*

Mit ihrem Ausschluss aus der ethischen Reflexion bzw. ihrer Ideologisierung hören die ökonomischen, sozialen und politischen Verhältnisse freilich nicht auf zu agieren, sie tun es nur unsichtbar. Daher verbleiben die gesellschaftlich wertenden Positionen der Ethiker, ihre Parteilichkeit und Apologetik meist im Impliziten, werden nicht klar zur Diskussion gestellt, sondern suggeriert, nahe gelegt. Wenn beispielsweise von Ökonomie gesprochen wird, dann wird nicht die wachsende Dominanz des ökonomischen Verwertungskalküls und dessen Borniertheit gegenüber nichtverwertbaren moralischen Werten und menschlichen Bedürfnissen zum Thema gemacht, sondern es werden Stereotype wie »zunehmende Knappheit«, »leere Kassen« oder »Ende der Finanzierbarkeit« bemüht. Diese werden weder auf ihre empirische Gültigkeit befragt noch in den prozessualen, historischen Zusammenhang gestellt. Sie nehmen damit den Charakter von affirmativen und impliziten Verzichtsmetaphern an. Diesen gegenüber gilt es, Anpassungstugenden an den Tag zu legen. Fast durchgängig ist von einer – oft noch mit dem Adjektiv »zunehmend« versehenen – »Ressourcenknappheit« die Rede, während im realen Wirtschaftsleben die Produktivkräfte permanent wachsen. Das ökonomische Hauptproblem der Industrieländer ist nicht die Ressourcenknappheit, sondern im Gegenteil der nichtabsetzbare Überfluss, die Überkapazität, das ungenutzte Potenzial, die brachliegende Arbeitskraft.

Wieso aber die permanente Betonung der Knappheit? Gesundheitspolitik auf der gesellschaftlichen Makroebene ist weitgehend die Anwendung wirtschaftsliberaler staatlicher Finanzpolitik auf das Gesundheitswesen. Sie verstärkt sowohl die Ungleichheit in der sozialen Vermögens- und Einkommensverteilung als auch den Widerspruch zwischen privatem Reichtum und öffentlicher Armut (Kühn 2003b). Und genau diese politisch erst hergestellte öffentliche Armut erzeugt durch die Ausblendung des Zusammenhanges eine »gefühlte Knappheit« in öffentlichen und gemeinnützigen Einrichtungen. Es würde wenig Mühe kosten, diese Knappheit im Gesundheitswesen auf ihre vermeidbaren Ursachen zurückzuführen. Um nur eine zu nennen: Seit Beginn der 80er Jahre drückt der sinkende Lohnanteil am Sozialprodukt den Wertverfall der Arbeitskraft auf den Arbeitsmärkten aus, denen die Lohnabhängigen zudem mit jedem Schritt der Deregulierung mehr ausgesetzt werden. Die Arbeitslosigkeit drückt sowohl auf die Zahl der abhängig Beschäftigten als auch auf die Lohnhöhe. Während das schnell auf die individuell verteilten Lohnbestandteile durchgeschlagen hat, war das für die sozialstaatlich verteilten Elemente des gesellschaftlichen

»Reproduktionsfonds der Arbeitskraft« (Kühn 1980: 140ff.) lange Zeit nicht entsprechend der Fall. Da Arbeitslosigkeit weder gesund noch jung macht, sinkt der Finanzbedarf der Kranken- und Rentenversicherungen nicht mit dem Rückgang der Einnahmen. Die daraus resultierenden Beitragssatzerhöhungen konnten im neoliberalen Sinne erfolgreich als »Krise des Sozialstaats« und Beleg seiner »Unbezahlbarkeit« gedeutet werden. Diese interessierte Fehldeutung wiederum bildet den Ausgangspunkt für die medizinethische Knappheitsliteratur. Auch hier ist die Medizinethik wieder – möglicherweise von manchen Ethikern ungewollt – parteiisch und zwar im Sinne einer Rationalität, die sich an der Macht orientiert.

Je stärker es den Arbeitgebern gelingt, die Reservearmee der Arbeitssuchenden und die Unsicherheit der Arbeitsplätze in höhere Gewinn- und entsprechend niedrigere Lohnanteile umzumünzen, desto geringer werden die Beitragseinnahmen mit dem Resultat weiterer Beitragssatzsteigerungen und damit Legitimationsverlusten der GKV.¹⁸ Der finanzielle Druck auf die GKV wird mittels prospektiver Finanzierungsanreize (Budgets, Pauschalen) an die Leistungserbringer weitergegeben, die es ihrerseits an ihre Klientel weiterreichen können. Die binneninstitutionellen Anreiz- und Sanktionssysteme in den Krankenhäusern wiederum sollen Ärzte und Pflegepersonal dazu veranlassen, in ihrem eigenen (Einkommens- und Arbeitsplatz-) Interesse die relative Wertsenkung der kollektiven Lohnbestandteile gegenüber den Patienten umzusetzen. Sie erkennen meist nicht, dass sie, indem sie den Sparanreizen folgen, neoliberale, an den Interessen gesellschaftlicher Minderheiten von Kapitaleignern orientierte Wirtschaftspolitik am Krankenbett umsetzen. Der Mainstream des Ethikbetriebes gibt diesem Vorgehen die moralischen Weihen und lässt die erleichterten Ärzte meinen, sie handelten verantwortlich und – je nach philosophischer Schule – für »die Gesellschaft« oder tugendhaft und rational im Namen der Knappheit, wenn sie tatsächlich die ökonomische Entwertung der Arbeitskraft (fallende Lohnquote) mit der Entwertung des sozialversicherten Patienten fortsetzen. Man darf daran zweifeln, dass einem weniger willfähigen Ethikbetrieb ebenso viele zusätzliche Ressourcen zur Verfügung gestellt würden – in Zeiten »zunehmender Knappheit«.

Der Interessenkonflikt, in den die Ärzte gestellt sind, ist ein objektiver Sachverhalt, der unabhängig vom Erlebnis der moralischen Dissonanz existiert und ein sachliches Risiko für unangemessene ärztliche Entscheidungen darstellt. Er ist auch ein sachliches Risiko für die Arzt-Patient-Beziehung als »ethische Beziehung«, in der die Sorge um den Patienten und im Gegenzug dessen Vertrauen notwendigerweise über

das Maß der Geschäftsbeziehung hinausgehen muss. Auf der einen Seite des Interessenkonflikts, der alles andere ist als ein unvermeidbares und damit tragisches »Dilemma«, sind die Erwartung und das Vertrauen des Patienten, die ihrerseits zurückgehen auf die objektive Lage des Krankseins und die damit verbundene Schutzbedürftigkeit (Kühn 2005). Für einen durch Krankheit unfreien Menschen ist das Vertrauen nicht bloß eine Wahloption, sondern in seiner Lage *muss* er vertrauen können. Hinzu kommt, dass der Erfolg vieler diagnostischer und therapeutischer Prozeduren davon abhängt, ob sie auf einer Vertrauensbasis erfolgen (Mechanic/Schlesinger 1996). Somit ist auch der berufsethische Imperativ, das Wohl des Kranken über das ökonomische Interesse zu stellen, nicht nur in einem »idealistischen« Sinn gültig im Sinne eines allgemeinen Konsenses in der Gesellschaft, sondern beruht u.a. auf dem Erfahrungswissen über das Kranksein und die Arzt-Patient-Beziehung, das objektiven Gehalt hat. Auf der anderen Seite des Konflikts stehen keine abstrakte Knappheiten, sondern politisch gewollte und durch Marktmechanismen forcierte betriebswirtschaftliche Imperative, die völlig unabhängig von allen ethischen Reflexionen Druck ausüben. Der Ethikbetrieb hilft nicht, diesem Druck zu widerstehen, indem sein interessenhaltiger Charakter enthüllt wird, sondern schwächt den Widerstand und nährt die Hoffnung auf erleichterte Gewissen.

In der Frage der moralischen Zulässigkeit der Leistungsvorenthaltung (Rationierung) ist der Ethikbetrieb bereits Partei, bevor die Pluralität der ethischen Systeme überhaupt ins Spiel kommt. Seit Jahren konkurrieren Philosophen, Theologen und Ökonomen um die vernünftigsten Begründungen und Kriterien für die Rationierungs- bzw. Priorisierungsentscheidungen. Mit anderen Worten: Nach welchen vernünftigen Kriterien kann man Patienten wirksame und nützliche Leistungen aus Gründen ökonomischen Kalküls vorenthalten? Die Teilnahmeberechtigung für diesen – ganz gewiss nicht herrschaftsfreien – Diskurs um das Wie erwirbt man sich durch ein zustimmendes Vor-Urteil über das Ob.

Damit man im diskursiven Wettbewerb um das beste ethische Begründungsverfahren überhaupt mittun kann, muss man die ökonomische Unausweichlichkeit solcher Entscheidungen zunächst einmal stillschweigend akzeptieren. Wer den ökonomischen Sachzwangcharakter für die Rationierung als Vorwand erkennt und diesen für verwerflich hält, der kann natürlich nicht auf den Tagungen über geeignete Rationierungsverfahren und Legitimationen brillieren. Was hier feilgeboten wird, sind fachethische Lösungsangebote und Gewissensentlastungen. Es gilt – so wirbt ein Ethiker –

»Rationierung zu explizieren und damit Kriterien zu benennen, nach denen die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikatoren, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen plausibilisiert werden kann. Insofern als bei diesem als Priorisierung bezeichneten Verfahren (...) nicht nur Anwendungs- und Gestaltungs-, sondern Begründungs-, Kriterien- und Rechtfertigungsfragen von zentraler Bedeutung sind, kann angewandte Ethik hier ihre genuine Kompetenz einbringen« (Dabrock 2001).

Die leicht zugängliche Evidenz dafür, dass der Zwang zur Verweigerung nützlicher medizinischer Leistungen kein objektiver ökonomischer Sach-, sondern ein antisozialstaatlicher politischer Machtzwang ist, würde den Absatz fachethischer Rechtfertigungen und Entscheidungsregeln sofort stocken lassen. Kongresse und Symposien könnten nicht stattfinden, Gutachten nicht geschrieben, Sammelbände und Ethikzeitschriften nicht gefüllt und darauf basierende Karrieren nicht gemacht werden. Das Streben nach professioneller Handlungsfähigkeit weckt unter diesen Bedingungen den Bedarf nach Ideologie.

7. *Wozu brauchen wir den Ethikbetrieb in der Medizin?*

Die Konjunktur des Ethikbetriebes in der Medizin fällt zeitlich zusammen mit der Ökonomisierung der medizinischen Versorgung und Forschung. Üblicherweise wird das erklärt mit einer damit verknüpften moralischen Orientierungslosigkeit. Weit eher dürfte jedoch das Bedürfnis nach moralischer Entlastung, nach Ent-Antwortung seine Expansion vorangetrieben haben. Man wird in den Krankenhäusern kaum eine relevante Anzahl von Ärzten und Pflegekräften finden, die bei ihren Alltagsentscheidungen nicht wissen, was an ihrem Handeln moralisch gut oder schlecht ist. Beispielsweise dürfte es wenige Ärzte geben, die es moralisch gut heißen, das Vertrauen einer krebserkrankten Frau und ihrer Familie zu missbrauchen, indem ihr ein wirksameres und weniger belastendes Medikament als Behandlungsoption verschwiegen wird, weil sein Einsatz das Budget (die Pauschale) stärker belasten würde. Um dies als Vertrauensbruch, als Verrat an einer schutzbedürftigen Kranken zu erkennen braucht man keine akademische Ethik. Es reicht, sich in die Situation der Patientin einzufühlen, ein Gefühl für Menschenwürde zu haben.

Das Bedürfnis nach ethischer Beratung wird also kaum durch die geleistete Hilfe und das gerechtfertigte Vertrauen hervorgerufen, sondern durch die nicht geleistete Hilfe und den Bruch des Vertrauens oder zumindest durch die Versuchung, es zu brechen. Hier regen sich das Gewissen

und die Hoffnung, es durch »saubere Begründung« zum Schweigen zu bringen. Abwehr und Milderung von Gewissenspein scheint das eigentliche Bedürfnis zu sein, das dem neuen Ethikbetrieb die Nachfrage sichert. Wenn im Zusammenhang mit der Kommerzialisierung im Gesundheitswesen von tatsächlicher Orientierungslosigkeit die Rede sein kann, dann bezieht diese sich nicht auf die Moral. Im Gegenteil, die Ratlosigkeit bezieht sich auf die Not und Verlegenheit, die mit der Abweichung und der Abkehr von moralischen Grundhaltungen der Medizin verbunden ist. Was soll ein Arzt oder eine Ärztin tun, wenn er oder sie dem Druck und der Versuchung nicht mehr standhalten kann oder will? Der überwiegende Teil des neuen Ethikbetriebs in der Medizin kommt den Erwartungen nach Entlastung in der Regel nach und wirkt daher eher verstärkend.

Objektive Bedingungen werden im Ethikbetrieb fast durchgängig subjektiviert: Das gilt auch für die Interessenkonflikte zwischen der Verantwortung gegenüber den Kranken und der Bilanz des Krankenhauses, wie sie objektiv durch Budgetierung und Fallpauschalen entstanden sind. Sie lassen sich als solche entweder auflösen, wenn man sich der jeweils dargebotenen ethischen Methode befleißigt oder werden zum ethischen »Dilemma« erklärt, das dazu zwingt, gegen eines von zwei konfligierenden Geboten zu verstoßen, was aber wie zufällig stets darauf hinausläuft, die Loyalitätserwartung des Kranken zu relativieren. Das »Dilemma« wird meist so formuliert, dass die Wahl nicht schwer fällt: auf der einen Seite der angeblich »individuelle Anspruch« (der tatsächlich ja der individuelle Anspruch aller ist) des Patienten und auf der anderen Seite das angebliche Interesse »der Gesellschaft«, das sich bei näherem Hinsehen meist mikroökonomisch als Profitabilität der medizinischen Einrichtung und makroökonomisch als Verteilungsinteresse des Kapitals (»Lohnnebenkosten«) erweist. Obwohl die meisten Bioethiker nicht müde werden, die Pluralität der dargebotenen Konzepte zu betonen, obsiegt in ihren Abhandlungen stets die Entscheidung zugunsten einer von »zunehmender Knappheit« geplagten »Gesellschaft« oder »Gemeinschaft« über den Egoismus eines einzelnen Patienten.

Bezogen auf die Ökonomisierungstendenz in der Krankenversorgung sind die Dienstleistungen vieler Ethikexperten also in der Regel eher eine Form der Verwertung der moralischen Konflikte im ökonomisierten Gesundheitswesen als deren Lösung. Bauman (1994c) schreibt:

»Die meisten Menschen (einschließlich der Ethikexperten, wenn sie außerhalb ihrer professionellen Welt mit ihren profanen täglichen Tätigkeiten beschäftigt sind) können die meiste Zeit sehr gut leben ohne ethische Begründungen und

Gütesiegel. Tatsächlich benötigen sie das so selten, dass sie kaum jemals die Möglichkeit haben, deren Abwesenheit überhaupt gewahr zu werden – gerade wie wir den Diebstahl von Dingen, die wir nie benutzen auch nicht bemerken. Die meisten von uns folgen die meiste Zeit der Gewohnheit und Routine; wir verhalten uns heute wie wir uns gestern verhalten haben und die Leute um uns herum tun das genauso.«

Wenn jemand also ohne ethische Begründungssysteme nicht auskommen kann, dann sind es die Ethikexperten.

Wenn allerdings die Produktion moralischer Laien fortschreitet, kann das, was ursprünglich nur behauptet wurde, nämlich die moralische bzw. ethische Inkompetenz, tatsächlich Realität werden. Ist der Glaube, man könne nicht moralisch handeln ohne die Begründungen der Ethikexperten nur genug verbreitet, so fangen die Betroffenen an, ihrem eigenen moralischen Urteil zu misstrauen. Sie verdächtigen sich selbst, das Falsche zu tun, benötigen Experten, die ihnen ihre Sicherheit wiedergeben. Die Sicherheit verspricht Ethik durch selbstgewisses, universales und imperatives Auftreten, auf Orientierung lässt sie hoffen durch die implizite Verheißung, jede Handlungsmöglichkeit als legitim oder illegitim einstufen zu können, und Sorgfalt inszeniert sie durch eine abwägende, vielerlei einbeziehende Rhetorik. Bereits die Unterstellung einer moralischen Sicherheit in der enorm widersprüchlichen Realität des ökonomisierten Gesundheitswesens ist hier unmoralisch, denn sie führt zur falschen Entlastung der unter Anpassungszwängen stehenden individuellen Ärzte von der Verantwortung. Da der Ethikbetrieb ihnen die Sicherheit nicht geben kann, die sie erhoffen, wird der Bedarf an seinen Dienstleistungen immer weiter wachsen. Dieses Zusammenspiel von Ethikbetrieb und der Abspaltung moralischer Urteile aus den Lebenszusammenhängen mit dem Resultat der ethischen Inkompetenz von so erst hergestellten Laien, kann nur durch den Blick auf die reale Entwicklung, der diese Unsicherheiten entspringen, durchbrochen werden. Wenn uns die realen institutionellen Zwänge zu einem Alltagshandeln nötigen, das uns in Konflikt mit unserem Moralempfinden bringt, dann bedürfen wir meist keiner neuen Werte und keiner ausgeklügelten Begründungen, Legitimationen oder Anpassungskriterien, sondern des Beistands in den ebenso mühsamen wie konfliktreichen Bemühungen zur Widerständigkeit und zur praktischen Milderung und Überwindung dieser realen Zwänge.¹⁹

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Hagen Kühn

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

Anmerkungen

- 1 Was hier nur grob skizziert sein kann, findet sich ausgeführt bei Bourdieu 1982, 1987 und 2001.
- 2 »Die symbolische Gewalt beruht auf der Übereinstimmung zwischen den Strukturen, die den Habitus der Beherrschten bestimmen, und der Struktur der Herrschaftsbeziehungen, zu der sie (...) passen: Der Beherrschte nimmt den Herrschenden mittels Kategorien wahr, die von der Herrschaftsbeziehung hervorgebracht wurden und von daher im Interesse der Herrschenden liegen.« (Bourdieu 1998: 197)
- 3 Eine Anspielung auf die Diskursethik von Habermas; HK.
- 4 Vgl. dazu Arendt 1990; Bauman 1994a; v. Lang 2001. Wie ernst die SS-Führung selbst bei der Organisation des industrialisierten Massenmordes die moralischen Konflikte des unmittelbaren Mordpersonals genommen hat, zeigt Hilberg (1982, Bd. 3: 1076ff.).
- 5 Vgl. auch Beauchamp/Faden 1995
- 6 Dörners »Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung« mit dem Titel »Der gute Arzt« ragt, was das Reflexionsniveau, das unmittelbare Interesse am Gegenstand, die Unabhängigkeit seines Denkens und die ebenso einprägsame wie – im guten Sinne – rücksichtslose Sprache anbelangt, weit über das hinaus, was der neue Ethikbetrieb zu bieten hat.
- 7 Um nicht missverstanden zu werden: Vielen Ärzten und Pflegenden wäre nicht zuletzt im Interesse ihrer Patienten durchaus geholfen, wenn sie auf Möglichkeiten der Supervision zurückgreifen könnten, um berufliches Handeln, Arbeitsbeziehungen und die Interaktion mit den Patienten und ihren Angehörigen besser reflektieren zu können. Aber »Entscheidungskriterienberatung« durch bioethische Experten zur Anpassung an angebliche ökonomische Sachzwänge?
- 8 Die »Reformen« der vergangenen Jahre haben zu zahlreichen Einfügungen in das SGB V geführt, die erkennen lassen, dass man sich bemüht, diese Vorgaben zu reinterpretieren und zu verwässern im Sinn der Ökonomisierung.
- 9 Das Projekt wird von der Forschungsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin und dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen durchgeführt. Es wird gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, und geleitet von Bernard Braun (ZeS) und Hagen Kühn (WZB).
- 10 Wenn 45,5 % der 2004 vom WAMP-Projekt befragten Krankenhausärzte bei der Frage nach negativen Arbeitsbedingungen »anstrengende Patienten und Angehörige« nennen, kann dies als Ausdruck des Erwartungs- und Gewissensdrucks gewertet werden, dem man sich im Konflikt zwischen Patientenerwartungen und dem Anreiz- und Sanktionssystem der Organisation ausgesetzt fühlt.
- 11 Es handelt sich um eine repräsentative Auswahl hessischer Krankenhausärzte.
- 12 Unter den Buchveröffentlichungen: Beauchamp/Faden 1995; Beckmann 1996; Callahan 1987; Engelhardt 1986; Engelhardt 1991; Großklaus-Seidel 2002;

- Höffe 1985; Loewy 1995; Morreim 1995; Kahlke/Reiter-Theil 1995; Oehmichen/Kaatsch/Rosenau 2003; Reich 1995; Sass 1989; Sass/Mohr/Schubert 1991; Sass/Viehhues 1991; Schaefer 1983; Wiesing 2000.
- 13 Meine Kritik bezieht sich auf den Mainstream des Ethikbetriebes; selbstverständlich trifft sie nicht auf sämtliche moraltheologische bzw. ethische Bemühungen zu, z.B. nicht auf Hengsbach 2001.
 - 14 »Bioethik ist unserer Auffassung nach eine Bereichsethik, die das systematische Nachdenken, die Reflexion zum moralisch richtigen und wünschenswerten Umgang mit allem Lebendigen beinhaltet. Bioethik ist keine »Spezialetik« mit gesonderten ethischen Regeln, sondern vielmehr eine anwendungsbezogene Ethik, die sich auf allgemeine ethische Überlegungen und Prinzipien stützt und diese auf die Bereiche Biowissenschaften, Medizin und Umwelt umsetzt.« (<http://www.bioethik-diskurs.de/documents/wissensdatenbank/faqs-4-7-02/view>)
 - 15 Zu Bildungsgerümpel werden Platon oder Descartes, indem sie für ideologische Tarn- und Imponierzwecke missbraucht werden.
 - 16 Dieser Satz zeugt – wie auch der Beitrag als Ganzes – von einem interessierten Desinteresse. Wenn der »einzelne Bürger« erst einmal »Patient« ist, dann ist es unter dem Gesundheitsaspekt meist bereits zu spät, um »Prioritäten im Lebensstil« zu wählen. Auch sind die realen Optionen für »Prioritäten« der »einzelnen Bürger« in Abhängigkeit von Lebenslage und sozioökonomischem Status oft sehr eingeschränkt. Und selbst wenn die subjektiv beeinflussbaren Krankheitsrisiken weitgehend vermieden werden, variieren Morbidität und Mortalität noch immer um ein Vielfaches, denn der weitaus zuverlässigste einzelne statistische Prädiktor für Krankheit/Gesundheit und Lebenserwartung sind nicht »Prioritäten im Lebensstil«, sondern die Zugehörigkeit zu einer sozialökonomischen Schicht (Marmot/Wilkinson 1999; Kühn 1999).
 - 17 Wie diese Frage letztlich zu beantworten ist, entscheiden auch die Ärzte, indem sie für sich definieren, was sie unter ihrem »Interesse« verstehen wollen. Soll es beschränkt sein auf Einkommen und Karriere, also auf die »Tauschwerte« ihrer Tätigkeit, oder umfasst es auch die Qualität ihres Arbeitslebens?
 - 18 Enorme Einnahmeverluste gehen inzwischen von dem politisch durchgesetzten Niedriglohnbereich aus.
 - 19 Das heißt nicht, dass ethische Kontemplation zum medizinischen Handeln überflüssig oder gar schädlich sei und dass nicht auch professionelle Ethiker eine gewisse und sorgsam eingeschränkte Existenzberechtigung haben könnten. Worauf es ankommt ist die Befähigung der handelnden und letztlich verantwortlichen Ärzte und Pflegenden, sich ihrer eigenen, meist impliziten moralischen Orientierungen bewusster zu werden und ihr individuelles wie kollektives Verhalten zielsicherer darauf zu beziehen.

Literatur

- Arendt, H. (1990): Eichmann in Jerusalem. Berlin: Reclam
- Bauman, Z. (1994a): Dialektik der Ordnung: Die Moderne und der Holocaust. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt
- Bauman, Z. (1994b): Alone Again: Ethics After Certainty. London: Demos
- Bauman, Z. (1994c): Morality without Ethics. *Theory, Culture & Society* 11, 4: 1-34
- Beauchamp, T.L.; Faden, R.R. (1995): Meaning an elements of informed consent. In: W.T. Reich (Ed.): *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon and Schuster, 1238-1241

- Beckmann, J.P. (Hg.) (1996): *Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik*. Berlin, New York: de Gruyter
- Bourdieu, P. (1982): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Bourdieu, P. (1987): *Sozialer Sinn: Kritik der theoretischen Vernunft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Bourdieu, P. (2001): *Meditationen: Zur Kritik der scholastischen Vernunft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Callahan, D. (1987): *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*. New York: Simon and Schuster
- Dabrock, P. (2001): *Capability-Approach und Decent Minimum: Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium möglicher Priorisierung im Gesundheitswesen*. *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 46: 202-215
- Dörner, K. (2001): *Der gute Arzt: Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart, New York: Schattauer
- Engelhardt, H.T. (1986): *The Foundations of Bioethics*. New York, Oxford: Oxford University Press
- Engelhardt, H.T. (1991): *Bioethics and Secular Humanism*. Philadelphia: Trinity Press
- Freidson, E. (1970): *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*. Chicago: Aldine
- Gespräche mit Herbert Marcuse (1978). Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Großklaus-Seidel, M. (2002): *Ethik im Pflegealltag: Wie Pflegende ihr Handeln reflektieren und begründen können*. Stuttgart: Kohlhammer
- Haug, W.F. (1986): *Marx, Ethik und ideologische Formbestimmtheit von Moral*. In: E. Angehrn; G. Lohmann (Hg.): *Ethik und Marx: Moralkritik und normative Grundlagen der Marxschen Theorie*. Königstein/Ts.: Hain b. Athenäum, 36-57
- Hengsbach, F. (2001): *Die anderen im Blick: Christliche Gesellschaftsethik in den Zeiten der Globalisierung*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Hilberg, R. (1982, 1999): *Die Vernichtung der europäischen Juden*. Frankfurt a.M.: Fischer
- Hofmann, W. (1961): *Gesellschaftslehre als Ordnungsmacht: Die Werturteilsfrage heute*. Berlin: Duncker & Humblot
- Hofmann, W. (1968): *Das Elend der Nationalökonomie*. In: Ders.: *Universität, Ideologie, Gesellschaft. Beiträge zur Wissenschaftssoziologie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Höffe, O. (1999): *Besonnenheit und Gerechtigkeit: Zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen*. In: W. Schlicht; H.H. Dickhut (Hg.): *Gesundheit für alle: Fiktion oder Realität?* Schorndorf, Stuttgart; Schattauer, 155-184
- Horkheimer, M.; Adorno, T.W. (1947) (Nachdruck 1955): *Dialektik der Aufklärung – Philosophische Fragmente*. Amsterdam: Querido
- Kahlke, W.; Reiter-Theil, S. (Hg.) (1995): *Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Enke
- Kuhlmann, E. (1997): *»... zwischen den Mahlsteinen«*. Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen settings. In: *Prioritäten und Wertkonflikte im Einsatz knapper klinischer Behandlungsressourcen: eine explorative Studie über alltagspraktische Entscheidungssituationen in der Krankenversorgung*. Forschungsbericht (Projektleitung: G. Feuerstein). Bielefeld: Universität, 1-75
- Kühn, H. (1980): *Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens*. Königstein/Taunus: Anton Hain

- Kühn, H. (1990): Ökonomisierung der Gesundheit: Am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens. *WSI-Mitteilungen* 43: 62-75
- Kühn, H. (1997): *Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung – am Beispiel USA.* Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P97-202. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Kühn, H. (1998a): Industrialisierung der Medizin? Zum politisch-ökonomischen Kontext der Standardisierungstendenzen. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 29: Standardisierungen in der Medizin. Hamburg: Argument Verlag, 34-52
- Kühn, H. (1998b): Wettbewerb im Gesundheitswesen und sozial ungleiche Versorgungsrisiken. *Sozialer Fortschritt* 47: 131-136
- Kühn, H. (1998c): »Selbstverantwortung« in der Gesundheitspolitik. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 30: Zwischenzeiten. Hamburg: Argument, 7-20
- Kühn, H. (2001): Pecunary Issues in Medical Services: Ethical Aspects. In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Vol. 16. Paris, New York: Elsevier, 11171-76
- Kühn, H. (2003a): Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit. In: A. Büssing; J. Glaser (Hg.): *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus.* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 77-98
- Kühn, H. (2003b): Leere Kassen – Argumente gegen einen vermeintlichen Sachzwang. *Blätter für deutsche und internationale Politik* 6/2003: 731-740
- Kühn, H. (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In: G. Elsner; Th. Gerlinger; K. Stegmüller (Hg.): *Markt versus Solidarität – Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus.* Hamburg: VSA, 25-41
- Kühn, H. (2005), Patient-Sein und Wirtschaftlichkeit. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 42: Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen. Hamburg: Argument-Verlag), 8-25
- Loewy, E.H. (1995): *Ethische Fragen in der Medizin.* Wien, New York: Springer
- Mechanic, D.; Schlesinger, M. (1996): The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA* 275: 1693-1697
- Mohr, J.; Schubert, Ch. (Hg.) (1991): *Ethik der Gesundheitsökonomie.* Berlin, Heidelberg u.a.: Springer
- Morreim, E.H. (1995): *Balancing Act: The New Medical Ethics of Medicine's New Economics.* Washington D.C.: Georgetown University Press
- Oehmichen, M.; Kaatsch, H.-J.; Rosenau, H. (Hg.) (2003): *Praktische Ethik in der Medizin.* Lübeck: Schmidt-Römhild
- Ottomeyer, K. (2004): *Ökonomische Zwänge und menschliche Beziehungen: Soziales Verhalten im Kapitalismus,* Münster: LIT-Verlag
- Patzig, G.; Schöne-Seifert, B. (1995): Theoretische Grundlagen und Systematik der Ethik in der Medizin. In: *Kahlke/Reiter-Theil*, 1-9
- Reich, W.T. (Ed.) (1995): *Encyclopedia of Bioethics,* New York: Simon and Schuster Mcmillan
- Reiter-Theil, S. (1995): Moral lernen – Ethik lehren: Moralpsychologische Voraussetzungen der Reflexion ethischer Fragen. In: *Kahlke/Reiter-Theil*, 10-16
- Rodwin, T. (1993): *Medicine, Money, and Morals: Physicians' Conflicts of Interest.* New York, Oxford: Oxford University Press
- Sass, H.-M. (Hg.) (1989): *Medizin und Ethik.* Stuttgart: Reclam
- Sass, H.-M. (1991): Wer trägt eigentlich die Verantwortung für die Gesundheit? In: *Mohr/Schubert*, 53-66

- Sass, H.-M.; Viehhues, H. (Hg.) (1991): *Güterabwägung in der Medizin: Ethische und ärztliche Probleme*. Berlin, Heidelberg u.a.: Springer
- Schaefer, H. (1983): *Medizinische Ethik*. Heidelberg: Verlag für Medizin
- Thompson, D.F. (1993): Understanding Financial Conflicts of Interest. *New England Journal of Medicine* 329: 573-576
- Veatch, R.N. (1986): DRGs and the ethical reallocation of resources. *Hasting Center Report* 16 (3): 32-40
- Weber, M. (1964): *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*. Köln, Berlin: Kiepenheuer und Witsch
- Weber, M. (1985) (1919): Der Sinn der »Wertfreiheit« der soziologischen und ökonomischen Wissenschaften. In: *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Hrsg. von Johannes Winckelmann (6. Aufl.). Tübingen: J.C.B. Mohr, Paul Siebeck
- Wiesing, U. (Hg.) (2000) *Ethik in der Medizin: Ein Reader*. Stuttgart: Reclam