

Kritische Theorie und biomedizinische Herrschaftsverhältnisse: Was können und sollen Ethik-Komitees leisten?

Bernhard Gill

Praktische Ethik macht sich häufig anheischig, bestehende medizinische Herrschaftsverhältnisse und neuerdings erhobene biotechnische Herrschaftsansprüche zu rechtfertigen oder zu verschleiern. Davon hebt sich Matthias Kettners Beitrag wohlthuend informativ und kritisch ab.

Zum Ersten, indem Kettner auf die Probleme einer "institutionsabstraktiven angewandten Ethik" hinweist, die sich über ihre Realisierungsbedingungen keine Gedanken macht (3). Konsequenterweise recherchiert er auch selbst über die Organisationsbedingungen von Klinischen Ethik-Komitees (KEK) – das ist für einen philosophischen Beitrag durchaus bemerkenswert (17-24). Dabei fördert Kettner erstaunlich Kritisches zu Tage: Das Interesse an der Gründung und nach außen sichtbaren Existenz von KEK hat offenbar regelmäßig der Klinikbetreiber, es ist also eine Reform 'von oben'. Viele KEKs sind dabei nur "Phantome", sie existieren bloß äußerlich und sind damit Briefkastenfirmen vergleichbar (20).

Ob allerdings "Vorteilssuche durch symbolische Distinktion über Zertifizierungskommunikation, also letztlich die ökonomische Konkurrenz" (24) hier die zentrale Triebkraft ist, sei dahingestellt. Denn das erklärt nicht, warum sich KEK gerade in katholisch und evangelisch geführten Krankenhäusern zuerst ausbreiten und es fügt sich auch nicht nahtlos in die von Kettner recherchierte Geschichte von Thematisierungsanlässen - christliche Ethik versus weltanschauliche Pluralisierung, Rationierung von medizinischen Maßnahmen angesichts erweiterter technologischer Möglichkeiten und steigendem Kostendruck, ärztlicher Paternalismus versus Patientenautonomie (27-30). Vielleicht ist die Situation etwas komplexer: Organisationales Mimikry und Window-Dressing ('so eine KEK hat man heutzutage in einem konfessionell geführten Haus') stößt bei den Beschäftigten auf wenig Gegenliebe ('wir haben auch so schon genug zu tun') und wird deshalb nicht mit Leben erfüllt – insofern könnte sich die Erklärung zumindest teilweise auch aus dem soziologischen Neo-Institutionalismus ergeben.

Zum Zweiten ist bemerkenswert, wie Kettner die Diskursethik und den Konsensbegriff pointiert und damit gegen herrschaftliche Indienstnahme resistent macht (25, 32-39, 49). Üblicherweise wird nämlich von Ethik-Komitees und anderen öffentlichen Beratungsgremien gerade seitens der Auftraggeber verlangt, dass sie gefälligst zu einem 'Konsens' kommen sollten – in der impliziten Hoffnung, dass ein moralisch heikles Problem oder ein schon bestehender, verhärteter Dissens damit irgendwie aus der Welt zu schaffen sei (Dreyer/Gill 2001). Kettner macht demgegenüber deutlich, dass 'Konsens' im Sinne der Diskursethik immer nur als regulative Idee zu verstehen ist: Reale Konsense können moralische Gültigkeit nur beanspruchen, wenn sie durch Teilhabe und freiwillige Zustimmung aller tatsächlich Involvierten legitimiert sind *und* wenn das Urteil entsprechend der prozeduralen Normen der Diskursethik zustande gekommen ist. Zudem ist die Gültigkeit immer nur vorläufig: "Konsenszustand (ist) ein revi-

dierbares Reflexionsgleichgewicht von schon entkräfteten Dissensgründen und noch nicht entkräfteten Konsensgründen". Aus Ordnungs- und Herrschaftsperspektive lässt sich mit einem so charakterisierten Konsens allerdings wenig anfangen: Er ist selten, aufwändig zu erreichen, und selbst dort, wo er einmal auftaucht, aufgrund des Revisionsvorbehalts höchst unzuverlässig. Metaphysische Autorität, absolutistische Wahrheit und eine stabile Ordnung lassen sich so nicht begründen, der Widerspruch ist also nicht dauerhaft zum Schweigen zu bringen.

Wenn diese beiden von mir herausgehobenen und zugespitzt rekonstruierten Punkte – KEKs als Reformen von oben, Konsens als regulative Idee – Kettners Intentionen einigermaßen entsprechen, verstehe ich allerdings nicht ganz den ziemlich umstandslosen Übergang zu reformerischem Aktivismus und konkretistischen Verbesserungsvorschlägen, der den weiteren Verlauf des Artikels bestimmt (40-55). Ich möchte aus meiner Perspektive als Sozialwissenschaftler und auf der Basis der Erfahrungen als Zivildienstleistender auf einer neurologischen Station mit Intensivpflegefällen drei Probleme zu bedenken geben:

Zum Ersten sind KEKs als hochgradig dezentrale Organe vielfach mit Problemen konfrontiert, die sie nicht sinnvoll thematisieren, geschweige denn lösen können. Die moderne Medizin hat sich mit großem und ihr selbst zum Verhängnis werdendem Erfolg ein Heilsversprechen zu eigen gemacht, das sie nicht erfüllen kann – uns nicht nur von der einzelnen Krankheit, sondern dadurch auch von Seelenpein und vom Tod zu erlösen. Sie lädt die momentan Gesunden und Normalen dazu ein, die Kränkung des modernen Allmachtsanspruchs durch Tod, Krankheit und sonstige Abweichungen aus dem Alltag und der öffentlichen Präsenz zu verbannen und an die Klinik zu delegieren. Dorthin kommen die Menschen als ganze Personen aus ganzen Lebenszusammenhängen mit weitreichenden und diffusen Erwartungen gleichsam wie zu einem Schamanen und Medizinmann – aber gerade das Krankenhaus als funktional ausdifferenzierte Organisation kann immer nur auf spezifische Krankheiten und kontextfreie, weitgehend standardisierte 'Fälle' reagieren. Weil weder die Patienten und Angehörigen die Vergeblichkeit ihrer Erwartungen, noch die Pflegekräfte und Ärzte die Vergeblichkeit des eigenen Tuns wahrnehmen und thematisieren wollen, wird regelmäßig ein Apparat von Routineprozeduren in Gang gesetzt, der durch seine Betriebsamkeit dieses Missverhältnis von komplexen und diffusen Bedürfnissen und spezifischen, eindimensionalen Therapien überdeckt (vgl. Bauman 1994). Wenn die Vergeblichkeit zu offensichtlich wird, werden die Patienten noch weiter, nämlich in Pflegeheime abgeschoben. Viele moralische Irritationen und seelische Frustrationen des Klinikalltags sind also strukturell, durch funktionale Differenzierung, bedingt.

Demselben Modus von funktionaler Differenzierung scheint die Gründung von KEKs zu folgen: Es ergibt sich der Verdacht, dass hier blindlings eine weitere spezialisierte Agentur gegründet wird, um die Thematisierungskonjunkturen des unverstandenen Unbehagens an der Spezialisierung wiederum spezialistisch irgendwohin zu delegieren. Oder zu konstruktiver Kritik gewendet: Zumindest müsste man dezentrale KEKs mit der Kompetenz ausstatten, zentralere Ebenen und die Öffentlichkeit damit zu konfrontieren, dass viele moralische Dilemmata auf der Ebene der Stationsalltags allenfalls auszuhalten, aber nicht zu beheben sind.

Zum Zweiten wäre der Organisationsmodus der KEKs viel grundsätzlicher zu hinterfragen, wenn sie tatsächlich den Beteiligten helfen sollten, entsprechend dem von Kettner selbst formulierten Kriterium "mit moralischer Unsicherheit besser umzugehen" (26). Wenn es in KEKs tatsächlich um den verbesserten Umgang mit moralischer Unsicherheit ginge, sollte man erwarten, dass der Anstoss zur Gründung von KEKs 'von unten', also von Patienten und ihren Angehörigen, von Pflegekräften, eventuell sogar von Ärzten käme. Denn vor allem Patienten, Angehörige und Pflegekräfte – weniger die anordnenden Ärzte und noch weniger die Klinikbetreiber – müssen die moralischen Dilemmata ausbaden (zum Beispiel lebensverändernde Maßnahmen aufrecht zu erhalten oder eben nicht aufrecht zu erhalten). In Wirklichkeit werden die Gremien aber von der Klinikleitung etabliert und von Ärzten dominiert. Kann man hier einen herrschaftsfreien Diskurs über "moralische Irritationen" (26) erwarten?

Allerdings setzt die Frage nach den "moralischen Irritationen" ihrerseits schon etwas zu oberflächlich an, denn der normale Klinikalltag ist von Verdrängung, oder um im Jargon der Pflegekräfte zu sprechen von 'Abgebrühtheit' geprägt – moralische Irritationen überhaupt erst bewusst zu machen, wäre also schon ein Fortschritt und eben Voraussetzung, sie überhaupt thematisieren zu können. Eine Kollegin, die als Soziologin Interviews mit Mitgliedern von KEKs macht, berichtete neulich aus dem laufenden Projekt, dass die Mitglieder oft gar nicht wüssten, worüber sie im Verlauf der Sitzungen reden sollten, Ärzte und Pflegekräfte aufgrund der zwar ausgeblendeten, aber doch letztlich weiterexistierenden Klinikhierarchie im Umgang miteinander sehr verunsichert wären, und dass sie oft das Gefühl hätten, dass die 'eigentlichen Probleme nicht auf den Tisch' kämen.¹ Oder konstruktiv gewendet: Wahrscheinlich müsste der Anstoss für einen besseren Umgang mit moralischen Irritationen bzw. ihren Verdrängungen von unten kommen und dann eher in Richtung 'Supervision' oder 'Counselling' laufen, also wirklich an den Bedürfnissen der Ratsuchenden ansetzen.

Zum Dritten bestehen offenbar Unklarheiten, was von KEKs – im Übrigen aber auch FEKs – zu erwarten ist: Dienen sie der persönlichen Beratung einer freiwillig anrufenden Person, die in einem Gewissenskonflikt steckt oder sollen sie im Sinne sozialer Kontrolle Präzedenzurteile fällen, moralische Regeln und Weisungen erarbeiten, kontrollieren und sanktionieren? Die Mutmaßungen und Erwartungen der Öffentlichkeit und der administrativen Träger gehen oft in diese letztere Richtung, die Ärzte möchten sie lieber auf die erstere Rolle beschränkt sehen. In Wirklichkeit ist es wohl oft eine Beratung, die man nicht ohne weiteres ablehnen kann, also ein weiches Instrument der sozialen Kontrolle. Kettner reflektiert diese Frage nicht, sondern konzipiert seine diskursethischen Modell-KEKs ganz im Medium der Freiwilligkeit (53, 54). Das ist verständlich, weil der herrschaftsfreie Diskurs nur auf Einsicht und nicht auf Zwang beruhen kann; entsprechend ist von Lernprozessen und von Konsens als regulative Idee die Rede. Wie verträgt sich das aber mit den Ordnungs- oder Herrschaftsinteressen der Klinikleitung und der allgemeinen Öffentlichkeit? Schließlich möchte der Steuerzahler sichergestellt sehen, dass die an die Klinik delegierten – anders ausgedrückt: abgeschobenen – Probleme dort verständlich

¹ Irmhild Sake, persönliche Mitteilung

gelöst – anders ausgedrückt: hygienisch liquidiert – werden. Also gibt es von dieser Seite ein Interesse an zuverlässigen Rechtsnormen und ihrer Überwachung, die sich mit individuellen Lernprozessen und ständigen Revisionen seitens von Klinikinsassen, Pflegekräften und ÄrztInnen kaum vertragen.

Der Einfachheit halber habe ich im Zuge meines Kommentars die Ambivalenzen von biomedizinischen Herrschaftsverhältnissen weitgehend negiert und das Problem stark vereinfacht: Auf der einen Seite eine herrschsüchtige Biomedizin und eine verdrängungssüchtige *Öffentlichkeit der momentan Gesunden*, auf der anderen Seite die Pflegekräfte, die Patienten und eventuell die Ärzte, die diese Verdrängungen bewältigen müssen und jetzt auch noch mit KEKs 'von oben' traktiert werden sollen. Doch man könnte die Situation auch umgekehrt überspitzen: Herrschsüchtige und verselbständigte Professionen treiben im Dunkeln der Kliniken und Pflegeheime ihr Unwesen, und die *Öffentlichkeit der potentiell Kranken* versucht nun legitimerweise, hier für etwas klarere Bedingungen und Verhältnisse zu sorgen. Sicherlich sind noch weitere Rahmungen der Machtverhältnisse und der gesellschaftlichen Probleme im Umgang mit der modernen Medizin denkbar. Aber man wird um eine Analyse und Stellungnahme in Bezug auf diese – letztlich hochgradig ambivalenten – Rahmenverhältnisse nicht herumkommen: Moralische Dilemmata sind zwar eine anthropologische Konstante und insofern unentrinnbar, aber welche Dilemmata typischerweise anfallen und für wen sie sich typischerweise ergeben, das variiert in Bezug auf die herrschenden Diskurse (im Sinne Foucaults), die Rechtsordnung und die moralischen Regeln, die historisch und kulturell spezifisch in einer mehr oder weniger systematischen Beziehung zueinander stehen. Wenn man davon absieht, verfällt die Diskursethik (im Sinne Habermas') letztlich doch der 'Blindheit gegenüber den Praktikierbarkeitsbedingungen' (3), die Kettner eingangs zu Recht rügt.

Literatur

Bauman, Zygmunt, 1994: Tod, Unsterblichkeit und andere Lebensstrategien, Frankfurt/M.: Fischer

Dreyer, M./Gill, B., 2001: Internationaler Überblick zu Verfahren der Entscheidungsfindung bei ethischem Dissens, München: Gutachten im Auftrag der Enquête-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages,
http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/archiv/medi/medi_gut_gill.pdf