SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Authentische Kritiker: Autonomisierung durch ethische Expertise

Wagner, Elke

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Wagner, E. (2008). Authentische Kritiker: Autonomisierung durch ethische Expertise. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Teilbd. 1 u. 2* (S. 5080-5088). Frankfurt am Main: Campus Verl. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-154312

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Authentische Kritiker: Autonomisierung durch ethische Expertise

Elke Wagner

Die stark asymmetrische Form medizinischer Praxis hat in den Sozialwissenschaften in einem Ausmaß Kritik erfahren, dass man bereits von einer Tradition sozialwissenschaftlicher Medizinkritik sprechen kann (vgl. Gerhards 1991: 229ff.). Seit die frühe Medizinsoziologie damit begann, sich über die professionelle Autonomie des Arztes zu wundern (Parsons 1951), wurde die unzureichende Berücksichtigung der Sprecherrolle des Laien durch den Arzt beklagt: Das von Parsons als funktional beschriebene paternalistische Rollenverhalten des Mediziners in der Arzt-Patienten-Interaktion greift Freidson (1979) in kritischer Absicht auf. Vom Patienten werde erwartet, dass er sich widerspruchslos »den Händen des Experten überlässt und auf dessen Urteilsfähigkeit und seine guten Absichten vertraut. Man erwartet, dass er (der Patient) eine Rolle übernimmt, die der eines Haustiers oder eines Kindes ähnelt, das von dem Wohlwollen und dem überlegenen Wissen des sorgenden Erwachsenen abhängig ist« (Freidson 1979: 293). Interaktionstheoretische Studien zur Situation von Patienten in psychiatrischen Anstalten (Goffmann 1977), Gesprächsanalysen zum Verhalten des Arztes bei der Visite (Siegrist 1977) und Untersuchungen zur Gegenmacht von Laien im Gesundheitswesen (Giddens 1997: 138ff.; Beck 1993: 234ff.) haben hieran Anschluss gefunden. Die soziologische Medizinkritik fokussierte traditionellerweise den Patienten als gegenüber dem Arzt schwachen Laien und die unzureichend symmetrische Form medizinischer Entscheidungspraxis. Überspitzt formuliert könnte man sagen, dass dabei typischerweise das Bild eines bösen Arztes vermittelt wurde, der den Patienten auf einen Körper reduziert, um Macht auszuüben. Warum es aus Sicht einer kurativen Medizin in bestimmter Hinsicht funktional ist, die Psyche des Patienten auszublenden, gerät gar nicht in den Blick. Vielmehr scheint sich die kritische Medizinsoziologie damit zu begnügen das eigene Erstaunen über eine ihr fremde Sinnwelt darzulegen als sich über die Genese des Problembezugs dieser Sinnwelt zu wundern. Irmhild Saake hat diesen Aspekt in ihrer Studie zur Performanz des Medizinischen herausgearbeitet (Saake 2003).

Aktuelle Entwicklungen der modernen Medizin haben dazu geführt, dass die sozialwissenschaftliche bzw. ethische Medizinkritik ihren Fokus verändert hat: Im Horizont des Medizinischen tauchen zusehends Problemstellungen auf, denen ein

allein auf die Zukunft eines kranken Körper(-teils) ausgerichteter, funktionalistischer medizinischer Blick offenbar nicht angemessen begegnen kann. Sichtbar wird dabei einerseits ein Patient, der nach entsprechender medizinischer Aufklärung über die Auswahl möglicher aber gleichsam riskanter Therapien autonom entscheiden soll – eine Beobachtung, die dann in der Medizinsoziologie zur Kritik an Vorstellungen vom Patienten als rational kalkulierender, autonomer Entscheider führt (Lupton 1997; Rehbock 2002) und in der neopaternalistischen Forderung nach der Rückkehr zu einem starken Arztmodell mündet (Feuerstein/Kuhlmann 1999; Dörner 2001). Andererseits geraten Verfahren außermedizinischer Entscheidungsfindung in den Blick, die über interdisziplinären diskursiven Austausch die medizinische Expertise ergänzen sollen bzw. als Hilfe zur ärztlichen Entscheidungsfindung angesehen werden. Letzteres zeigt sich etwa im aktuell beobachtbaren Versuch einer Implementierung ethischer Verfahren in Krankenhäusern in der Bundesrepublik: Bezugnehmend auf die Tradition des medizinethischen Diskurses in den Vereinigten Staaten (vgl. Jonsen 1998; Rothman 1991) und die dortige Tradition zur Etablierung ethischer Verfahren in Kliniken (vgl. Spicker 1998) sollen zunehmend auch in der Bundesrepublik Ethik-Komitees in Krankenhäusern dazu beitragen, die Vormacht ärztlicher Expertise einzudämmen und symmetrische Strukturen zwischen Krankenhausmitarbeitern etablieren. Drei Aufgaben werden klassischerweise klinischen Ethik-Komitees zugerechnet: Die Sensibilisierung von Komitee-Mitgliedern und des Krankenhauspersonals für ethische Fragen, die Erarbeitung von Leitlinien als Hilfestellung für ethisch problematische Entscheidungslagen und die Beratung von Personal, Patienten und Angehörigen in konkreten und problematischen Fallkonstellationen (Simon 2000; Lilje 1995).

Aus der Sicht einer kritischen Theorie angewandter Ethik, wie sie durch Matthias Kettner (2003) vertreten wird, stellt sich das diskursive Verfahren im Ethik-Komitee als Forum gemeinsamer Beratung zur Förderung der »moralischen Kultur« (Kettner/May 2002) von Krankenhäusern über die Einsicht in gute Gründe dar. So formuliert Kettner im Anschluss an die Tradition einer Kritik der politischen Ökonomie: »Die traditionelle Philosophie der Moral (›Ethik‹) hat die Standards, nach denen sich Praktiken moralisch beurteilen lassen, nur verschieden interpretiert; es kommt aber darauf an, diese Praktiken moralisch zu verbessern« (Kettner 2000: 7). Entsprechend ihrer vernunfttheoretisch informierten Vorstellung von der Funktionsweise eines Ethik-Komitees haben Kettner und May hohe Ansprüche an die Kompetenzen von den Mitgliedern solch eines Verfahrens: »Neben der Bereitschaft, sich auf die Sichtweisen und den Fachjargon verschiedener Disziplinen einzulassen, ist vor allem die Fähigkeit wichtig, moralische Einschätzungen zu begründen und zu kritisieren. (…) Grundbegriffe der allgemeinen Ethik, aber auch speziellere Diskussionszusammenhänge der biomedizinischen Ethik liefern die begrifflichen Anhaltspunkte und Ansätze für Klärungsprozesse, mit deren Hilfe ein mehr

oder weniger gemeinsames ›Diskursuniversum‹ allmählich entwickelt werden kann« (Kettner/May 2002: 36f.). Der empirische Blick auf Klinische Ethik-Komitees mag solch eine Perspektive enttäuschen – nicht deshalb, weil die Mitglieder eines solchen Gremiums womöglich nicht in der Lage wären in diskursiver Reflexion als autonome Sprecher am Verfahren teilzunehmen. Das Verfahren selbst scheint sich durchaus einer diskurstheoretischen Vorstellung von Ethik zu verdanken. Die Motive für die Teilnahme am Verfahren und die darin sich abbildende Diskussion orientiert sich aber weniger an Lehrsätzen einer kritischen Theorie angewandter Ethik als an den unterschiedlich verlaufenden Praxen eines Krankenhausalltages.

Das im Weiteren verwendete Datenmaterial zu Klinischen Ethik-Komitees ist im Zeitraum von Juli 2003 bis August 2004 entstanden. Vier Ethik-Komitees an vier Kliniken in der Bundesrepublik wurden untersucht. Teilnehmende Beobachtungen von Komitee-Sitzungen sowie Biografische und Experteninterviews mit den Mitgliedern von Ethik-Komitees wurden durchgeführt. Die hier verwendeten Interviews wurden entsprechend den gängigen Regeln qualitativer Sozialforschung transkribiert und anonymisiert.

Die Interviews wurden im Anschluss an Verfahren einer differenztheoretisch informierten Hermeneutik untersucht (vgl. Nassehi/Saake 2002). Ein systemtheoretischer Blick auf empirische Daten beobachtet nicht Identitäten und Substanzen, deren Sinn durch einfühlendes Verstehen nachvollzogen werden müsste. Die Daten, die hier zur Anwendung gelangen, verweisen explizit nicht auf die operative Praxis von Ethik-Komitees, sie repräsentieren nicht einmal die Praxis ihrer Mitglieder. Sie verweisen darauf, wie sich prinzipielle Unbestimmtheit im Hinblick auf die besondere ethische Kompetenz von Komitee-Mitgliedern in eine plausible Bestimmtheit transformieren lässt, indem ein von selbst gestelltes Problem zur Lösung gebracht wird.

Motive und Kompetenzen: Ethisierte Medizinkritik über authentische Publika

In der Regel setzen sich Ethik-Komitees interdisziplinär aus Ärzten, Pflegekräften, Klinikseelsorgern, Mitgliedern der Krankenhausverwaltung, externen Experten wie professionellen Ethikern und Juristen sowie einem Laien als eigenständiges Mitglied zusammen, dessen Rolle in der Praxis oftmals vom Patientenfürsprecher der Klinik besetzt wird. Die Motive von Krankenhausmitarbeitern, am ethischen Diskurs zu partizipieren, stellen sich zunächst als ganz unterschiedliche dar. Ein Kranken-

pfleger auf der Intensivstation beschreibt seinen Weg zum Klinischen Ethik-Komitee mit knappen Worten:

»(…) ich heiße Uli Thiel, mach seit fünfzehn Jahren mache ich Intensiv (…), arbeite eigentlich gerne an der :Basis und mich interessiert in erster Linie, dass es den Patienten gut geht. Ja, also das ist :meine oberste Priorität. Für den :Patienten da zu sein. Und, was das :Ethikkomitee anbelangt, bin ich ganz zufällig dazugekommen, weil es im Hause keines gibt und - - da hat man mich von der=von der Stationsleitung her angefragt, ob ich da mitmachen möchte und da hab ich ganz spontan Ja gesagt, (…)« (B-WG-8, 10–24).

Auch wenn hier *prima facie* die Motivation zur Teilnahme über den Zufall beschrieben wird, fällt auf, dass es die Sorge um das Wohl des Patienten und die besondere Bedeutung der Basispflege ist, die als Begründung für die Teilnahme am Ethik-Komitee nachgeschoben wird. Trotz aller Divergenzen der Gründe, die an den Interviews aus unserem Forschungsprojekt benannt werden für die Partizipation am ethischen Verfahren zeigt sich auch an diesem beispielhaft vorgeführten Ausschnitt, dass bestimmte Kompetenzen offenbar vorhanden sein müssen, um am ethischen Diskurs teilzunehmen. Erforderlich sind Diskursteilnehmer, die sich zwar einerseits als autonome Sprecher beschreiben können, die aber andererseits dazu in der Lage sind, sich auf andere Positionen einzustellen bzw. überhaupt wahrzunehmen, dass es neben ihrer eigenen Position andere Sprecher im Krankenhaus gibt, denen ein gleiches Recht zukommt als Sprecher wahrgenommen zu werden. Über das Wahrnehmen der anderen Sprecher als gleichwertig anzuerkennende wird die Rede zur ethischen Rede. Die ethische Rede ist damit zunächst eine, die nicht so sehr für Kritik im Sinne von Aufruf sondern für sozialen Frieden sorgt und potentielle Kritiker aufeinander einstellen hilft – und dies nicht über vernünftige Gründe, sondern – wie wir im weiteren sehen werden – über authentische Selbstbeschreibungen. Sichtbar wird dies am Beispiel der Ausführungen eines Theologen, der auf die mangelnde medizinische Aufklärungskompetenz eingeht:

»B: Ja. Die Ärzte klären jetzt, die meisten klären auf. Manche leider psychologisch unklug, mit nem Holzhammer. (I: Mhm.) Fallen mit der Tür ins Haus. Das ist unklug. (…) (I: Ja.) Man darf immer nur so viel antworten, wie der Patient frägt. Man kann ihn veranlassen, zu fragen, aber, denn mehr nimmt er ja nicht auf. (I: Mhm.) Der Arzt muss dann sagen: ›Wenn Sie weitere Fragen haben, ich stehe Ihnen zu Verfügung‹. Der Patient überlegt ein, zwei Tage, dann hat er weitere Fragen. Und so kommt er langsam, wie soll ich sagen, zur Wahrheit. Aber das ist ein Prozess, der nicht in fünf Minuten geschehen ist. (…) Ein Großteil meiner Tätigkeit ist tatsächlich, mangelnde Aufklärung, die die Ärzte nicht geben, zu geben. Immer wieder. – Und dann hinten das Verarbeiten, der Wahrheit, das ist wichtig –« (B-WG-2, 489–502).

Die professionelle Perspektive des Theologen im Krankenhaus zeichnet sich nicht dadurch aus, auf religiös-konfessionelle Inhalte sinnstiftend zu rekurrieren. Sie besteht vielmehr darin, gerade mit Uneindeutigkeiten und Unabschließbarem um-

gehen zu können und selbst dann noch Anschlussfähigkeit über die Generierung von Authentizität zu erzeugen, wo aus Sicht einer kurativen Medizin keine Antworten mehr zur Verfügung stehen. Dieses Vermögen, unter Zuhilfenahme von Zeit richtig zuhören und damit authentisch Sinn generieren zu können, unterscheidet die theologische Perspektive von der einer kurativen Medizin, die vorwiegend das Problem zu lösen hat, Überlebenschancen zu kalkulieren und für die Zukunft eines kranken Körpers zeitknapp Entscheidungen treffen und verantworten zu müssen, wie am folgenden Interviewausschnitt mit einer Anästhesistin sichtbar wird:

»(…) Als Arzt bin ich doch verpflichtet, richtig zu entscheiden, und das habe ich ja gelernt und je älter ich werde, und als Facharzt lernt man ja immer noch dazu, und wenn sie dann nachher so Oberarztstellung und so weiter, sie lernen ja immer mehr in solche Problematik hineinzusteigen, und also da muss ich sagen, von meinem ersten Assistententag bis jetzt, muss ich immer wieder sagen, dass der :Arzt für einen kranken Patienten entscheiden muss, ich :kann das doch nicht dem Patienten überlassen, der Patient weiß doch gar nicht, sie sehen das im Film, da wird praktisch, ja, Action gezeigt, sonst guckt das ja gar keiner an, wenn sie als Anästhesist angucken, da fassen sie sich nur an den Kopf, denn so ist es ja gar nicht, nicht? (…)« (B-WG-6, 622–628).

Während es aus einer theologischen Perspektive gelingt, die medizinische Kompetenz in zeitlicher Hinsicht zu transzendieren und hierüber ihre ethische Kompetenz ausweisen kann, gelingt Krankenschwestern dies typischerweise im Verweis auf den Patienten als ganze Person. Anders als der Arzt auf Station hat die Krankenpflege einen umfassenderen Bezug zum Patienten als Person. Die Pflegekraft auf Station kann sehen, dass der kurativ-medizinische Blick, der den Patienten in weiten Teilen allein auf dessen Körperlichkeit reduziert, insbesondere aus Sicht der Angehörigen als unmenschlicher wahrnehmbar wird. Eine Pflegekraft auf der Intensivstation stellt die medizinische Praxis und die Erfahrung der Angehörigen gegenüber:

»also, ich hab da auch, auch auch ein Schlüsselerlebnis auf dieser Station, ähm, ein Ehepaar, ein altes Ehepaar, beide um die achtzig, praktisch fünfzig Jahre verheiratet, und der Mann lag, Reanimation, also lag wirklich ganz, ja – war schwerst intensivpflichtig, Kreislauf instabil, und eigentlich, lag im Sterben, und die Frau hat dann gesagt, also sie haben sich versprochen, dass so was nicht kommen darf, dass sie beide sich gegenseitig versprochen haben, also, wenn's mal so ist, so lebensverlängernde Maßnahmen, so was möchten sie nicht. Und da hat damals unser Oberarzt gesagt, zu der Frau: Das haben Sie nicht zu entscheiden! Das entscheiden wir! Und da habe ich gedacht, mich, ich muss platzen!« (B-WG-7, 109–131).

Sichtbar wird nun eine authentische Form der Rede, die sich über all das hinwegsetzt, was im Sinne der medizinischen Logik für vernünftig gehalten wird. Was für den Krankenhausalltag als Störung von Arbeitsabläufen auftreten kann – die empörte Krankenschwester, die Partei für die Angehörige ergreift und sich womöglich weigert eine Fortsetzung der Therapie zu unterstützen –, erweist sich im Hinblick auf den ethischen Diskurs im Krankenhaus als förderlich. Pflegekräften wird in der Literatur für den ethischen Diskurs häufig die Kompetenz zugespro-

chen, Arbeitsabläufe im Krankenhaus als problematische Fälle wahrzunehmen und im Rahmen des Ethik-Komitees zu thematisieren, eben weil sie einen direkteren Zugang zum Patienten als Person haben (Miedema 1998: 141). Während es Pflegekräften typischerweise in sozialer Hinsicht gelingt eine autonome Kompetenz dem Medizinischen entgegenzusetzen, schaffen Patientenfürsprecher – also: Laien – dies in sachlicher Hinsicht. Sie können all das ansprechen und benennen wofür eine auf Funktionalität abgestellte Organisationspraxis sich immunisiert, wie sich an der Schilderung von ethisch problematischen Fällen seitens einer Patientenfürsprecherin beobachten lässt:

»(…) der eine Vater wollte sein Kind noch mal-, also die Tochter ist Freitag Nachmittag gestorben (…), und die war unten in der Pathologie und konnte nicht mehr geholt werden. Und da unten kann man auch bei uns niemand runterführen. (…) wir haben auch kein Sterbezimmer in dem Sinn, was ich gerne hätte, äh, und lauter so Geschichten. (…) Und von der Seite her sind das dann Fälle, die ich mit einbringen kann, wo dann schon eine Verknüpfung ist zwischen der Pa-, Beschwerde der Patienten und dem, was einfach da ethisch auch anders angeguckt werden muss (…)« (B-WG-6, 823–841).

Diese Perspektive stellt all das in Frage, was im Sinne der Organisation Krankenhaus als vernünftig erscheint. Dass Verstorbene für die eng an die Logik des Medizinischen gekoppelte Funktionsweise eines Krankenhauses als zu entsorgende Körper betrachtet werden, wird dann zum Problem, wenn ein von der Logik des kurativ-medizinischen abweichender Personenbezug existiert. Eben dieser Anspruch als Mensch – und nicht als zu entsorgender Körper – wahrgenommen zu werden, kann von einem Laien dann legitimer Weise vorgebracht werden, wenn er als ethischer Anspruch formuliert wird. Etabliert wird über diese Perspektive der Patient als eine mit subjektiven Rechten ausgestattete ganze Person; als Mensch, der nicht nur in Bezug auf eine zu heilende Krankheit Berücksichtigung erfahren soll, sondern zum Beispiel auch als Sterbender bzw. Verstorbener. Unkonventionelle Hilfe im Sinne einer Überschreitung organisationsintern differenzierter Arbeitsabläufe wird dadurch möglich, dass auf nicht-professionelles Wissen als Mensch, auf authentisches, richtiges Gespür für Situationen und die Uneingebundenheit in den Krankenhausalltag verwiesen werden kann. In diesem Sinne beschreibt eine Patientenfürsprecherin ihre Kompetenzen:

»Ich --, also ich formuliere das ganz blöd. Der gesunde Menschenverstand. Es hat alles-, es hat was mit Bauchgefühl zu tun. Und mit, sagen wir mal, nicht unbedingt -, oder sagen wir mal :mit einer Fähigkeit mit Leuten gerne in Kontakt zu treten.. (…)« (B-WG-7, 872–878).

Mythen der Medizinkritik: Vernunft und Profession

Was lässt sich aus den präsentierten Daten nun für die Frage nach der Ontologisierung von Freiwilligkeit lernen? Zunächst lässt sich ablesen, dass die Organisation eines Krankenhauses offenbar unterschiedliche Praxen vereint und differente Autonomieansprüche und Kritiken produziert, die dann sichtbar werden, wenn es um das Thema Ethik geht. Die medizinethische Debatte im Krankenhaus kultiviert Autonomieansprüche über authentische Publika, die sich über das Label der Ethik von der Dominanz medizinischer Expertise abgrenzen und dabei Kompetenzen sichtbar machen, die nicht über vernünftige und für alle einsehbare Gründe des Medizinischen funktionieren, sondern eher über das unterschiedliche Erleben eines Krankenhausalltags, der aus der Sicht seiner Kritiker zu sehr auf Funktionalität und eindimensionale Arbeitsabläufe und die Dominanz des Medizinischen abstellt. Was im Sinne einer medizinischen Vernunft als richtig gilt, stellt sich in ethischer Hinsicht als abwegig dar.

Die ethisierte Medizinkritik kann legitimer Weise genau deshalb Kritik üben an der Medizin, weil sie sich nicht – wie dies eine normative kritische Theorie angewandter Ethik erwarten würde – auf vernünftige Gründe beruft und die Entscheidungsmacht des Mediziners angreift. Der Sinn der ethisierten kritischen Rede transzendiert die medizinische Vernunft auf unterschiedliche Weise: Die theologische Perspektive konstituiert ihre kritische Sicht auf die Medizin vor allen Dingen in der Zeitdimension: Über den Verweis auf ein von der medizinischen Praxis abweichendes Zeitbudget kann sie zeigen, dass Kranken auf eine Weise begegnet werden muss, die die Medizin nicht zu leisten vermag. Pflegekräfte etablieren ihre Kritik am Medizinischen vorwiegend in der Sozialdimension: Während der Arzt den Patienten auf Station in weiten Teilen auf einen kranken Körper reduziert, kann die pflegerische Perspektive sehen, dass aus Sicht von Angehörigen bzw. des Patienten medizinisches Handeln als unmenschlich und unangemessen erscheint und medizinische Expertise entsprechend anders vermittelt werden muss. Patientenfürsprecher bzw. Laien begegnen der Dominanz des Medizinischen insbesondere in der Sachdimension, in dem sie mittels gesundem Menschenverstand und richtigem Gespür unkonventionelle Lösungswege aufzeigen können, die einer professionellen in den Organisationskontext eines Krankenhaus eingebundenen medizinischen Perspektive nicht zur Verfügung stehen. Über das Offenheit generierende Label der Ethik gelingt die Ausbildung von Publika, die sich über die authentische Rede von der Dominanz des Medizinischen abgrenzen können. Über die Kultivierung authentischer Publika wird dann genau das kritisch in den Blick genommen, worüber eine traditionelle kritische Theorie ihr Kritikpotential ebenso hernimmt wie die professionelle Autonomie des Arztes auf Station – das bessere Argument einer vernünftigen Rede. All das was sich als vernünftiger Grund ausweisen könnte – wie etwa

die medizinische Rede –, wird durch authentische Selbstbeschreibungen und anthropologische Figuren des Humanismus (Mensch sein) der Reflexion unterzogen und destabilisiert. Die praktische Form der Medizin-Kritik in einem Krankenhaus scheint damit eher derjenigen der Massenmedien zu entsprechen als der einer vernunfttheoretisch informierten kritischen Theorie angewandter Ethik. Ebenso wie die Massenmedien Autonomieansprüche kultivieren, die allein deshalb ein Rederecht erhalten, weil sie Betroffene sind, etabliert auch die medizinische Ethik eine Redeweise, an der grundsätzlich jedermann teilnehmen kann, ohne über entsprechendes Fachwissen zu verfügen. Und was eine neopaternalistische Medizinkritik von einem wiedererstarkten, paternalistischen Arzt erwarten würde – nämlich, dem Patienten nicht nur als funktional entscheidender Arzt sondern auch als fürsorglicher Ansprechpartner in der Sozialdimension beizustehen –, können im Rahmen des ethischen Verfahrens Krankenhausseelsorger, Pflegekräfte und Patientenfürsprecher als ihre speziell nichtmedizinische Kompetenz ausweisen, über die dann Kritik an der Dominanz des Medizinischen erzeugt wird. Die Hoffnung aktueller theoretischer Formen ethischer Medizinkritik weist damit in mehrfacher Hinsicht Mythen auf, die der empirische Blick im Hinweis auf die Unterschiedlichkeit der Sinnkontexturen, über die Problembezüge und Kritiken erzeugt werden, dekonstruieren kann.

Literatur

Beck, Ulrich (1993), *Die Erfindung des Politischen*, Frankfurt a.M.

Deutscher Evangelischer/Deutscher Katholischer Krankenhausverband (1997), *Ethik-Komitees im Krankenhaus*, Freiburg.

DeVries, Raymond/Subedi, Janardan (1998), *Bioethics and society: constructing the ethical enterprise*, New Jersey.

Dörner, Klaus (2005), *Medizin als Menschendienst statt als Marktdienstleistung,* Berliner Medizinethische Schriften 57, Dortmund.

Feuerstein, Günter/Kuhlmann, Ellen (1999), *Neopaternalistische Medizin: der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis*, Bern.

Freidson, Eliot (1979), *Der Ärztestand*, Stuttgart.

Gerhards, Uta (1991), *Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie*, Frankfurt a.M.

Giddens, Anthony (1997), *Jenseits von Links und Rechts*, hrsg. von Ulrich Beck, Frankfurt a.M.

Goffman, Erving (1977), *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt a.M.

Jonsen, Albert R. (1998), *The Birth of Bioethics*, New York.

Kettner, Matthias (2003), »Kritische Theorie und die Modernisierung des moralischen Engagements«, in: Alexander Demirovic (Hg.), *Modelle kritischer Gesellschaftstheorie. Traditionen und Perspektiven der Kritischen Theorie*, Stuttgart.

Kettner, Matthias (2000), »Einleitung«, in: ders. (Hg.), *Angewandte Ethik als Politikum*, Frankfurt a.M., S. 7–21.

Kettner, Matthias/May, Arnd (2002), »Ethik-Komitees in der Klinik. Zur Moral einer neuen Institution«, *Forum Technik, Theologie, Naturwissenschaften 7*, München, S. 27–41.

Lilje, Christian (1995), *Klinische ›ethics consultation‹ in den USA: Hintergründe, Denkstile und Praxis*, Stuttgart.

Lupton, Deborah (1997), »consumerism, reflexity and the medical encounter«, *Social Science and Medicine 45*, S. 373–381.

Miedema, Felicia A. (1998), »The nurse's role on the Healthcare Ethics Committee«, in: Stuart F. Spicker (Hg.), *The Healthcare Ethics Committee Experience. Selected readings from HEC-Forum*, Florida.

Nassehi, Armin/Saake, Irmhild (2002), »Kontingenz – methodisch verhindert oder beobachtet? Ein Beitrag zur Methodologie der qualitativen Sozialforschung», *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 31, H. 1, S. 66–86.

Parsons, Talcott (1951), »Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice«, in: ders., *The Social System,* Toronto, S. 429–479.

Rehbock, Theda (2002), »Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. Zur Kritik (medizin-)ethischer Grundbegriffe«, *Ethik in der Medizin*, Jg. 14, H. 3, S. 131–150.

Rothman, David J. (1991), *Strangers at the bedside. A history of how law and bioethic transformed medical decision making*, New York.

Saake, Irmhild (2003), »Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion«, *Soziale Welt*, Jg. 54, H. 4, S. 223–254.

Siegrist, Johannes (1977), »Soziologie der Arzt-Patient-Beziehung«, in: ders., *Lehrbuch der Medizinischen Soziologie*, München/Wien, S. 168–219.

Simon, Alfred (2000), *Klinische Ethikberatung in Deutschland, Erfahrungen aus dem Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen*, Berliner Medizinethische Schriften, Beiträge zu ethischen und rechtlichen Fragen der Medizin 36, Dortmund.

Spicker, Stuart F. (Hg.) (1998), *The Healthcare Ethics Committee Experience. Selected readings from HEC-Forum*, Florida.