

Rationalität und Plausibilität in klinischen Ethikkomitees.

Die Echtzeitlichkeit von Kommunikation als Empirie der Systemtheorie.

Von Katharina W. Mayr

Zusammenfassung: Anstatt nur eine argumentative Lanze für die Empiriefähigkeit der Systemtheorie zu brechen, soll hier anhand von Beobachtungsprotokollen von Sitzungen klinischer Ethikkomitees konkret gezeigt werden, wie die zu interpretierenden Daten selbst eine Welt erzeugen, also selbst nichts anderes sind als Beobachtungen, die sich auf ihren Unterscheidungsgebrauch hin beobachten lassen. Am empirischen Material selbst soll die echtzeitliche Strukturbildung von Kommunikation nachvollziehbar gemacht werden, als ein Prozess der Kontingenzeinschränkung, der immer nur als Ergebnis auftritt. So bekommt man in klinischen Ethikkomitees eine Form der Kommunikation in den Blick, die Befindlichkeiten, welche sich als authentisch darstellen lassen, gegenüber organisatorischer oder medizinischer Rationalität favorisiert. Es etabliert sich eine neue Form der Argumentation und die Teilnehmer eines Ethikkomitees lernen, dass in diesem Kontext der Verweis auf organisatorische Hierarchien oder das selbstbewusste medizinische Handeln nicht als Problemlösung fungiert, sondern vielmehr problematisiert und kritisiert werden kann. Was im Krankenhausalltag von Reflexion entlastet, wird hier zur negativen Kontrastfolie für das richtige Verhalten im Umgang mit Patienten und Kollegen.

1. Eine Frage zur Einleitung

Wie empirisch ist die Systemtheorie? Schon die Frage langweilt, macht sie doch eine Argumentation erwartbar, deren Ergebnis letztlich nur darin bestehen kann, sich entweder für oder gegen die Empiriefähigkeit dieser Theorieform auszusprechen. Dass sich die Frage nach der Eignung, soziale Wirklichkeit zu beschreiben, aber unwillkürlich stellt, sobald das Terrain der Begriffsarbeit mit der Absicht verlassen wird, Daten systemtheoretisch zu lesen, schließt an die mittlerweile klassische Kritik an, die Systemtheorie immunisiere sich gegen empirische Einsichten und lasse sich von der sozialen Realität nicht irritieren (vgl. Amann/Hirschauer 1997; Bergmann/Hirschauer 2002). Dies sagt jedoch vielleicht weniger über die Systemtheorie aus als über die Kontexturen einer Wissenschaft, welche sich selbst als Erfahrungswissenschaft beschreibt und Theorie sowie Empirie als asymmetrische Gegenbegriffe bezüglich ihrer Wirklichkeitsnähe stilisiert. Und dennoch, ob explizit formuliert oder implizit mitlaufend, stellt sich die Frage: Wie empirisch ist die Systemtheorie?

Schon die eigenen Sätze scheinen manchmal auf Zweifel bezüglich des Wirklichkeitsstatus' der eigenen Beobachtungen hinzuweisen, etwa wenn Niklas Luhmann formuliert: »Die folgenden Überlegungen gehen davon aus, dass es Systeme gibt« (Luhmann 1988, S.30). Hier geht es aber nicht um die Frage einer Existenz oder Nicht-Existenz von Systemen als irgendwie geartete, abgrenzbare Entitäten. Was Luhmann hier zum Ausdruck bringen möchte, ist die *Kontingenz* des Beginns schlechthin, die nur überwunden werden kann, indem irgendwie begonnen wird (vgl. Nassehi 2003), wodurch Beobachtung erst ermöglicht wird. In diesem Sinne fundiert jede Theorie – ob sie dies mitreflektiert oder nicht – einen Anfang, hinter den sie nicht zurücktreten kann. Und tatsächlich ist es nicht eine sich aufdrängende, beobachtungsunabhängige Realität, sondern vielmehr die kreative Kraft des eigenen Blickes, welche hervorbringt, was man sieht bzw. was man nicht *sehen kann*. Es ist also nicht damit zu rechnen, dass die systemtheoretische Forschung »unterwegs im Forschungsfeld« entdeckt, dass die Annahme von Systemen ein bedauernswerter Irrtum war. Ebenso wenig werden einer handlungstheoretischen Perspektive die Akteure ausgehen.

Soziale Welt 58 (2007), S. 323 – 344

Aber findet sich nicht schon in der Behauptung eben dieser Sätze die *Bestätigung* für den Vorwurf, die Systemtheorie immunisiere sich gegen Empirie durch den Rückgriff auf einen mehr oder minder radikalen Konstruktivismus und die Negation einer beobachtungsunabhängigen Realität? Ist die Konsequenz einer solchen Position nicht die Einsicht in die Unmöglichkeit von Beobachtung schlechthin? In der Tat präsentiert sich die Systemtheorie mitunter selbst im Bewusstsein der Unmöglichkeit, empirische Erkenntnisse durch Beobachtung zu gewinnen, beispielsweise wenn Dirk Baecker die Idee der »Black Box« einsetzt, »mit der Systemtheorie formuliert, dass sie zwar davon ausgeht, dass die Reproduktion gelingt, aber nicht weiß, wie sie gelingt« (Baecker 2002, S. 95). Diese Differenz wird durch wissenschaftliche Beobachtung zu überwinden versucht. »Man muss dann jedoch erkennen, dass man nicht die Box, sondern *das eigene Verhältnis zur Box* »aufgeklärt« hat, und dass man, recht besehen, keine Möglichkeit hat zu beschreiben, wie das gelungen ist, sondern nur, dass dies gelungen ist. Man befindet sich somit wieder in der Ausgangssituation der Differenz zwischen Faktum und Nichtwissen, hat es jedoch jetzt mit einer zusätzlichen Black Box zu tun, nämlich dem eigenen Erkenntnisvorgang« (Ebd.). Die Unmöglichkeit, sich einer sozialen Realität zu nähern, scheint darin begründet, dass jede Erkenntnis über den Gegenstand sich einem selbsttragenden Blick verdankt und letztlich mehr über den Beobachter als über den Gegenstand verrät. Und während erkenntnistheoretische Reflexionen dieser Paradoxie der Beobachtung eine realitätsadäquate Beschreibung der Welt undenkbar machen, wird gleichzeitig die Welt unentwegt beobachtet und beschrieben. Noch während der soziologische Beobachter sich sträubt, in die »Falle« der Ontologie zu tappen, ontologisiert die Welt fortlaufend sich selbst, indem die Paradoxie *praktisch* entfaltet wird. Armin Nassehi setzt hierfür den Begriff der »Autoontologie« ein (Nassehi 1992, S.63; 1993, S.227ff.), bei Peter Fuchs ist in diesem Zusammenhang von »fungierenden Ontologien« die Rede (Fuchs 2004, S.11). In Abrede soll nicht die Existenz einer sozialen Realität gestellt werden, vielmehr wird – ganz im Sinne der ursprünglichen Wortbedeutung – auf deren *Faktizität* hingewiesen als eine soziale Realität, die gemacht wird, die operativ hergestellt wird, die dadurch aber nichts an ihrem Realitätscharakter einbüßt. Damit findet sich der soziologische Beobachter in einer Welt vor, die sich fortlaufend selbst beschreibt und deren Beschreibungen dann zum Gegenstand soziologischer Beobachtung gemacht werden können hinsichtlich dessen, wie sie sich selbst ermöglichen.

Wie empirisch ist also die Systemtheorie? Angesichts eines praxistheoretischen Zugangs, in dem die Unterscheidung von Empirie und Theorie, Subjekt und Objekt an Eindeutigkeit verliert und verwischt, scheint eigentlich schon die Frage falsch gestellt, findet doch auch Theorie immer schon in einer Praxis statt und wird so selbst zur Empirie, sobald der soziologische Blick darauf gerichtet wird (vgl. Nassehi 2006). Dass vor diesem Hintergrund die Frage danach, wie empirisch die Systemtheorie sei, dennoch sinnvoll gestellt werden kann, wird deutlich, wenn man sie nicht im Hinblick auf eine Antwort versteht, die sich auf dem Kontinuum zwischen »sehr empirisch« und »gar nicht empirisch« bewegt, sondern vielmehr als Frage nach der Art und Weise, in welcher die Empirie zu verstehen ist, die systemtheoretisch zugänglich gemacht werden soll. Was kann man mit einem systemtheoretischen Instrumentarium sichtbar machen? Kommunikation wird daraufhin beobachtet, wie sie *Kontingenzen unter den Bedingungen der eigenen Möglichkeit einschränkt*, und zwar jeweils in *Echtzeit*.

2. Der empirische Gehalt des theoretischen Instrumentariums

Was haben diese Sätze noch mit einem systemtheoretischen Programm zu tun? Systemtheoretische Texte werden üblicherweise über die Verwendung eines systemtheoretischen Begriffsinstrumentariums identifiziert. Man rechnet mit den üblichen Verdächtigen wie »strukturelle Kopplung«, »funktionale Differenzierung«, »binäre Codierung« und schließlich dem Systembegriff. Solche Begrifflichkeiten wirken vor allem auf den nicht systemtheoretisch

geschulten Leser befremdlich, strahlen aber zugleich eine Magie aus, der man sich nur schwer entziehen kann. Aus ihnen spricht weniger die Bescheidenheit eines Instruments als vielmehr der Gestus der Gewissheit darum, wie sich dem Offensichtlichen noch Geheimnisse entlocken lassen. Fast erinnert die systemtheoretische Sprache an das, was Michel Foucault im Zuge der »Geburt der Klinik« als »medizinische Esoterik« in ihrer Entstehung nachzeichnet: »Die Beschreibung soll in der klinischen Medizin nicht das Verborgene oder das Unsichtbare denen nahe bringen, die keinen Zugang dazu haben; sie soll vielmehr das zum Sprechen bringen, was jedermann sieht, ohne es zu sehen, und zwar soll es sie nur für die zum Sprechen bringen, die in die wahre Rede eingeweiht sind« (Foucault 2005, S.129).

Das Begriffsinstrumentarium scheint auf eigentümliche Weise selbstgenügsam zu sein, so dass die *empirischen* Ideen, die darin auf den Begriff gebracht werden sollen, allzu leicht aus dem Blick geraten.

Der Begriff des *Systems* etwa basiert auf der zunächst ganz schlichten empirischen (und genuin soziologischen) Beobachtung einer Moderne, in der prinzipiell so viel möglich erscheint, von allen denkbaren (und nicht denkbaren) Möglichkeiten aber nur ein Bruchteil letztlich realisiert wird. In seinen früheren Werken bringt Luhmann das in der Formel der »Reduktion von Komplexität« auf den Begriff, welche in der Rezeption der Systemtheorie auch heute noch gerne als generelle Lösungsformel von Sozialität verstanden wird. Nach Luhmann weisen soziale Systeme gegenüber der Systemumwelt immer einen geringeren Komplexitätsgrad auf: »Die Differenz von Umwelt und System stabilisiert mit anderen Worten ein Komplexitätsgefälle. Deshalb ist die Beziehung von Umwelt und System notwendig asymmetrisch. Das Gefälle geht in eine Richtung, es lässt sich nicht revidieren« (Luhmann 1988, S. 250). Allerdings sollte die Formel der Komplexitätsreduktion nicht dahingehend missverstanden werden, dass es sich dabei um einen Akt handelt, der etwa Systemen als »Akteuren zuzurechnen wäre. Vielmehr ist es die operative Reduktion von Komplexität, die Einschränkung von Möglichkeiten selbst, die Systeme erst emergieren lässt und sie für den Beobachter als Systeme, als sinnhafte Verweisungszusammenhänge, identifizierbar macht. Die Beobachtung von Systemen ist schlicht die Beobachtung einer asymmetrischen Verteilung von Wahrscheinlichkeiten bzw. Unwahrscheinlichkeiten: Zunächst hoch unwahrscheinliche Ereignisse werden in bestimmten sozialen Zusammenhängen weniger unwahrscheinlich, und damit etablieren sich Erwartbarkeiten und nichts anderes ist gemeint mit der Rede von sozialen Strukturen.

Besondere Prominenz genießt in der Systemtheorie auch das Postulat eines *Primats funktionaler Differenzierung* in der modernen Gesellschaft. Eben diese Gesellschaft wird als in unterschiedliche Funktionssysteme ausdifferenziert beschrieben, die alle eine spezifische Aufgabe innehaben, die nur sie bearbeiten können. Üblicherweise werden hier politisches System, Wirtschaftssystem, Rechtssystem, Wissenschaftssystem, Kunstsystem etc. in eine Reihe gestellt. Die Behauptung einer funktionalen Differenzierung darf allerdings nicht als ein theoretisches *a priori* gelesen werden, sondern verkörpert schon einen *empirischen* Befund, den man freilich nur in den Blick bekommen kann, wenn man von sich selbst stabilisierenden, sinnhaften Verweisungszusammenhängen ausgeht, die dann als Differenz von Innen und Außen sichtbar werden. »Es gilt eine Art umgekehrte Relevanzvermutung: Während interne Ereignisse/Prozesse für das System vermutlich relevant sind, also Anschlusshandeln auslösen, sind Ereignisse/Prozesse der Umwelt für das System vermutlich irrelevant; sie können unbeobachtet bleiben. Das System gewinnt seine Freiheit und Autonomie der Selbstregulierung durch Indifferenz gegenüber seiner Umwelt. Deshalb kann man die Ausdifferenzierung eines Systems auch beschreiben als *Steigerung der Sensibilität für Bestimmtes* (intern Anschlussfähiges) und *Steigerung der Insensibilität für alles Übrige* – also Steigerung von Abhängigkeit und von Unabhängigkeit zugleich« (Luhmann 1988, S. 250; Hervorhebungen durch die Verfasserin). Was hier deutlich wird, ist, dass Systeme nicht als gesell-

schaftliche Problemlösungsinstanzen zu verstehen sind. Freilich operieren sie an einem Bezugsproblem, für das es jedoch keinen gesamtgesellschaftlichen Ort gibt, sondern welches das Ergebnis der eigenen Perspektive ist, welche die Welt erst hervorbringt, in der sie sich bewegt (vgl. Nassehi 2003). Operative Geschlossenheit meint nichts anderes, als dass eine Unterscheidung eingeführt wird, die den Raum eines Kontextes aufspannt, aus dem dann auch nicht ausgebrochen werden kann. Wissenschaftliche Sätze etwa prozessieren entlang der Unterscheidung wahr/unwahr, und natürlich lässt sich abwägen, ob man für eine Fachpublikation, die solche wissenschaftlichen Sätze enthält, Geld ausgeben möchte. Diese Überlegung findet dann aber im Horizont der Unterscheidung zahlen/nicht zahlen statt.

Funktionale Differenzierung verweist damit auf Logiken, die sich in ihrer Legitimation in einem historischen Prozess zunehmend unabhängig¹ voneinander machen konnten und die nicht auf eine Realität außer ihrer selbst verweisen, sondern eigene Welten erzeugen, die sie nicht verlassen können. Und die Rede von einer funktional differenzierten Gesellschaft bedeutet dann nicht, dass die Gesellschaft in verschiedene Problembereiche zerfällt, die von unterschiedlichen Funktionssystemen bearbeitet werden. Vielmehr fallen gleichzeitig ganz unterschiedliche Probleme an, die je in einer Gegenwart bearbeitet werden müssen. Armin Nassehi spricht in diesem Zusammenhang von einer »Gesellschaft der Gegenwart« (vgl. Nassehi 2003, S.159ff; 2006, S.375ff), in der in Echtzeit Probleme gelöst werden, die im Moment des nächsten Anschlusses schon unproblematisch sind. Es ist die Entdeckung der Operativität ihres *Gegenstandes*, die die Systemtheorie zu einer operativen Theorie macht und damit dem Gedanken der Autopoiesis eine prominente Stellung einräumt – nicht als ein theoretisches Problem, sondern als ein *praktisches*.

Von Interesse ist dann, wie sich solche Sinnzusammenhänge ohne externe Anker stabilisieren können, wie sie sich durch eine selbstorganisierte Selektivität mit Anschlussmöglichkeiten ausstatten und so soziale Ordnung erst generieren. Dass permanent und unaufhörlich angeschlossen wird, ist nicht zu übersehen, denn selbst wenn man sich gegen den Kauf des Buches entschließt, ist das ein möglicher Anschluss. Und auch wenn man die Wahrheit eines wissenschaftlichen Satzes bezweifelt, kann man das nur in Hinblick auf Wahrheitsfähigkeit tun.

3. Die echtzeitliche Einschränkung von Kontingenz als Forschungsprogramm

Von dem epistemologischen *a priori* ausgehend, dass soziale Systeme aufgrund ihrer operativen Geschlossenheit keinen direkten Zugang zu der Welt haben und deshalb darauf angewiesen sind, Erkenntnis, Eindeutigkeiten und Bedeutungen etc. selbst zu generieren, wird die Systemtheorie zu einer postontologischen Theorieform, die nicht mehr nach dem Sein der Welt fragen kann. Stattdessen macht sie es sich zur Aufgabe, »Schöpfungsgeschichten« der Welt in ihrer *empirischen Konkretion* nachzuzeichnen, um so beobachten zu können, wie sich soziale Ordnungen ohne externen Halt selektiv entfalten. Sie richtet ihren Blick damit auf konkrete Formen der Kontingenzeinschränkung, die durch den Ausschluss von Sinn und die Kondensierung von Anschlüssen stabile Erwartungsstrukturen emergieren lassen.

Solche Kommunikationsprozesse sichtbar zu machen, darum geht es Armin Nassehi und Irmhild Saake in ihrer systemtheoretischen Reformulierung einer Methodologie der qualitativen Sozialforschung. In »Kontingenz: Methodisch verhindert oder beobachtet?« (Saake/Nassehi 2002a) stellen sie ein ausgearbeitetes Programm zur Beobachtung von Geschlossenheitsdynamiken vor. »Ähnlich wie der Ethnomethodologie geht es auch der Systemtheorie

1) Damit soll nicht gesagt werden, die verschiedenen Perspektiven stünden unverbunden nebeneinander. Gerade in Organisationen treffen unterschiedliche Logiken gleichzeitig aufeinander und müssen praktisch aufeinander bezogen werden (vgl. Nassehi 2002).

um Ereignisse, jedoch nicht um den konkreten Nachvollzug der ›wirklichen‹ und nicht manipulierten Ereignisse, sondern um die notwendige, aller Sinnproduktion vorausgehenden Selektion von Ereignissen« (Nassehi/Saake 2002b, S. 338). Gegenstand der Forschung wird damit die Kontingenz des Gegenstandes und die Strategien, die sie invisibilisieren. Man sieht, dass Kontexte durch Kommunikation erst hergestellt werden, wodurch Handlung überhaupt erst interpretierbar gemacht werden. Nur über die Anschlüsse der Kommunikation lassen sich die Kontexte rekonstruieren, die verwendet werden, und nur über die Unterschiedlichkeit von Kontexten lassen sich Bedeutungen generieren. Es geht also darum, wie sich Kommunikationen selektiv entfalten, wie sie den Möglichkeitshorizont von Anschlusskommunikationen und dadurch Kontingenz einschränken.

Einer systemtheoretisch informierten Methodologie kann es nicht daran gelegen sein, durch einen Regelkanon mehr »Nähe zur Wirklichkeit« zu gewinnen. Vielmehr geht es ihr um operative Wirklichkeiten, um »Vollzugswirklichkeiten«, und zwar die ihres Gegenstandes *und* ihrer Selbst (also ihres Gegenstandes). »Uns interessieren vielmehr die Daten selbst, die nichts anderes als Beobachter sind – Beobachter, die das, was sie sehen, selbst erzeugen. Exakt dieser kontingente Prozess der Erzeugung von Realität ist unser Thema« (Nassehi/Saake 2002a, S. 68). So bekommt der forschende Blick Kontingenz zu Gesicht, er erhält Daten, die im Horizont anderer, ausgeschlossener Möglichkeiten gelesen werden müssen, um das Spezifische daran verstehen zu können. Dann kann man nach denjenigen Strategien suchen, die es erlauben, die »Dinge« so darzustellen, wie sie dargestellt werden, denn so können soziale Erwartungs- und Darstellungsformen rekonstruiert werden.

Wie kann Kontingenzeinschränkung nun beobachtbar gemacht werden, wie kann ein Vorgehen aussehen, welches die Kontingenz seines Gegenstandes in den Blick bekommt? Das analytische Vorgehen entspricht der von Luhmann vorgeschlagenen funktionalen Analyse, wobei soziale Phänomene im Horizont anderer Möglichkeiten betrachtet werden sollen, um so deren spezifischen Problemlösungsgehalt in den Blick zu bekommen. Soziale Phänomene, wie auch die Etablierung bestimmter Kommunikationsmuster, werden als bereits realisierte Lösungen betrachtet, deren Funktionalität erst hinsichtlich eines Bezugsproblems sichtbar wird. Nach Luhmanns Vorstellung von gesellschaftlicher Evolution, werden diese Lösungen nicht im Sinne einer lamarkschen Logik »gesucht«, sondern entsprechend einer darwinistischen² Logik »gefunden«. Diese Lösungen erhalten ihren spezifischen Problemlösungsgehalt erst dadurch, dass sie sich in der sozialen Praxis immer wieder bewähren – oder eben nicht bewähren. Anders als bei Talcott Parsons erscheint dann nicht mehr sozialer Wandel erklärungsbedürftig, sondern wie es gelingt, bestimmte Kommunikationsmuster her- vorzubringen und Reproduzierbarkeit zu erlauben angesichts eines radikalen Zwangs³ zur Echtzeitlichkeit.

2) Nur um Missverständnissen vorzubeugen: Hier soll kein Sozialdarwinismus postuliert werden, der aus der Durchsetzungskraft sozialer Lösungen eine Legitimierung ablesen will. Der Vergleich mit der Evolutionslogik Darwins soll lediglich deutlich machen, dass gesellschaftlichen Entwicklungen keine Zielrichtung unterstellt werden kann, wobei auch keine beliebigen Lösungen durchgesetzt werden können.

3) Luhmann formuliert es als »Zwang zum Verschwinden«, der Elemente zu Ereignissen werden lässt. So prozessiert Sinn immer im Horizont von Aktualität und Potentialität, wobei sich die Ereignisse immer rekursiv aufeinander beziehen. Systeme darf man sich also nicht als wahlloses, beziehungsloses Nacheinander von Beobachtungen vorstellen, sondern als Strukturen, die sich im Sinne einer Operationsgeschichte verdichten, durch Anschluss einer im Horizont der jeweiligen aktuellen Beobachtung möglichen, kontingenten Beobachtung. »Die Idee des Systems besteht darin, dass sich in der Zeit Unterscheidungsgebrauch wiederholt, verändert, bewährt oder nicht bewährt, dass aber all das in Operationen des Systems selbst geschieht« (Nassehi 2003, S. 66).

4. Der ethische Fall in klinischen Ethikkomitees als echtzeitlich produzierte Ordnung

Wie können nun empirische Ergebnisse eines systemtheoretisch forschenden Blickes konkret aussehen? Durchaus prominent sind Versuche, »neue« Funktionssysteme der Gesellschaft zu identifizieren; leitend ist dann die Frage, ob bestimmte Kommunikationszusammenhänge wesentliche Merkmale eines Funktionssystems aufweisen. Beispielhaft beobachten kann man das bei Baecker, der »helfen/nicht helfen« als binären Code und »soziale Hilfe« als symbolisch generalisiertes Kommunikationsmedium des Funktionssystems »soziale Hilfe« identifiziert (vgl. Baecker 1998). Die These, soziale Hilfe bearbeite die Folgen funktionaler Differenzierung, ist durchaus plausibel, simuliert allerdings wiederum einen gesamtgesellschaftlichen Problemhorizont. Es ist die Frage, ob es sonderlich gewinnbringend ist, ein Funktionssystem als ein solches identifizieren zu können, stattdessen könnte der Blick stärker darauf gelenkt werden, wie in einem bestimmten gesellschaftlichen Kontext im Gegensatz zu anderen Bereichen der Gesellschaft durch die Einschränkung von Kontingenz Erwartungen etabliert werden. Schon allein die Asymmetrie von Helfendem und Hilfsbedürftigem stellt ja eine Ordnungsbildung dar, die weitere Anschlüsse erleichtert. Eine solche Asymmetrie kann in der Reflexion der Operationen in diesem Kontext kritisiert werden, aus funktionalistischer Sicht ist sie zunächst schlicht strukturbildend. Kommunikation ermöglicht sich selbst, indem sie in konkreten Praxen Plausibilitäten erzeugt und sich selbst mit Anschlussmöglichkeiten versorgt. Alle diese Praxisformen sind zur operativen Echtzeit gezwungen, was bedeutet, dass sich Strukturen immer nur in der gegenwärtigen Kommunikation manifestieren können. Es gibt keine Form, in der Strukturen quasi als Blaupause konserviert werden können. Selbst schriftliche Kommunikation ist dazu nicht in der Lage, da durch die Schriftlichkeit nur Mitteilung/Information und Verstehen zeitlich auseinander gezogen werden (vgl. Luhmann 1997, S. 257ff.). So »bestehen« soziale Systeme aus nichts anderem als aus Anschlusszusammenhängen von Kommunikationen und ihrer Anschlusslogik, die nicht als vorgängige Struktur abgerufen wird, sondern in einer Praxis, also gegenwärtig sich entfalten muss.

Die Verknappung und Kondensierung von Sinnangeboten lässt Plausibilitäten entstehen, die weitere Anschlussmöglichkeiten vorstrukturieren. Nach Luhmann wird Plausibilität durch die Verwendung von »Schemata oder Skripts« gewonnen (vgl. Luhmann 1997, S. 547). »Plausibel sind Ideen, wenn sie unmittelbar einleuchten und im Kommunikationsprozess nicht weiter begründet werden müssen« (Ebd., S. 548). Das bedeutet nicht, dass solchen plausiblen Beschreibungen *von etwas als etwas* nicht widersprochen werden könnte, sie können aber *nicht abgelehnt* werden. Sie vermitteln – wie Luhmann es nennt – eine Art »Realitätsindex«, der dann nur noch »auf gleicher Augenhöhe« kritisiert werden kann, und wer sich dem nicht fügt, hat im weiteren Kommunikationsverlauf schlechte Karten. Natürlich müssen sich auch Plausibilitäten in den jeweiligen kommunikativen Kontexten immer wieder bewähren, oder es bewähren sich eben andere. Solche kognitiven Schemata oder Skripts sind also nicht für alle Zeiten feststehende Muster, sondern sie sind immer historische Semantiken, sie haben eine Geschichte, nämlich eine *Selektionsgeschichte*⁴.

Das Nachzeichnen dieser Selektivität der Kommunikation in der jeweiligen Situation ist Ergebnis eines spezifisch soziologischen Blicks auf soziales Geschehen, der Ordnungsbildung *in actu* beobachtbar und beschreibbar machen soll. Gelingen kann das, indem das, was sich beobachten lässt, daraufhin beobachtet wird, dass es auch anders passieren könnte, also

4) Luhmann betont, dass aber auch Neuerungen immer nur *mit* und nicht gegen bestehende Plausibilitäten induziert werden können (vgl. Luhmann 1997, S. 549).

im Hinblick darauf, was *nicht* passiert⁵. Sichtbar wird das für einen Blick, der schon mit der Verschiedenheit von Kontexten rechnet und so Erkenntnisgewinn aus einer vergleichenden Methode erzielen kann.

Wie also eine solche systemtheoretische Analyse aussehen kann, soll im Folgenden anhand der Kommunikation in klinischen Ethikkomitees gezeigt werden. Klinische Ethikkomitees sind als ethische Beratungsgremien auf lokaler Ebene in Krankenhäusern institutionalisiert. Die Teilnehmer solcher Komitees sind vorrangig Angestellte des jeweiligen Krankenhauses unterschiedlicher Fachbereiche, also »ethische Laien«, die zu den zu verhandelnden Problematiken über ihren Alltag Zugang haben. Zu den Fragen, die in diesem Gremium debattiert werden sollen, zählen prekäre Behandlungsentscheidungen wie Behandlungsabbruch, später Schwangerschaftsabbruch, aber auch das generelle Verhalten des Personals gegenüber Patienten oder Kollegen. Die getroffenen Entscheidungen sind für die behandelnden Ärzte nicht bindend, vielmehr wird ein Votum⁶ abgegeben. In diesem Rahmen werden nicht nur Fälle besprochen, in denen noch Entscheidungen ausstehen, sondern auch Fälle, in denen das Vorgehen retrospektiv diskutiert wird.

In der folgenden Analyse wird als empirisches Material auf Beobachtungsprotokolle zurückgegriffen, die in *teilnehmender* Beobachtung von Sitzungen klinischer Ethikkomitees entstanden sind⁷. Die Wahl eben dieser Methode beruht nicht auf »forschungsökonomischen« Überlegungen, die »Informationsverlust« zugunsten von »Praktikabilität« in Kauf nehmen, sondern auf einer Theorie, deren Methodik darauf abzielt, Kommunikation als *Kommunikation* beobachtbar zu machen. Gegenüber der Aufzeichnung und wörtlichen Transkription weisen diese Beobachtungsprotokolle eine Selektivität auf, die allerdings eben jene spezifische Selektivität abbildet, die den beobachtungsformenden und relevanzzuweisenden Kontexturen der beobachteten Situation folgt. Die Daten geben damit eine Teilnehmerperspektive wieder, an der beobachtet werden kann, wie sich kommunikative Kontexte entfalten und stabilisieren. Wie sehr sich die Perspektive der Beobachtungsprotokolle an die kommunikative Realität des Settings anschmiegt, zeigt sich an mehreren Textstellen besonders deutlich. Angesichts eines Beratungsfalles, in welchem von dem Ethikkomitee ein Votum erwartet wird, kann sich der Beobachter der vorherrschenden Betroffenheit nicht entziehen:

Jetzt spüre auch ich den aufsteigenden Klob im Hals. Die Stimmung ist sehr gedrückt. Die Last drückt auf alle Schultern, auch auf meine. (T-HB-27, Z. 420-421)

- 5) Was nicht passiert, kann freilich nur im Rückgriff auf Wissen beobachtet werden, das der Forscher schon »mitbringt«. Das muss aber gar kein Fehler sein, ist vielmehr sogar unvermeidlich, besteht doch die Alternative darin, Vorwissen ausschalten zu wollen und sich dann nicht mehr weiter mit der Reflexion zu belasten, welche Art von Wissen leitend für die eigene Beobachtung war. Stefan Hirschauers ethnographische Beschreibung eines Operationssettings, in dem er das Operationsteam als einen »Chirurgenkörper« identifiziert, basiert zunächst auf dem Wissen um einzelne, abgrenzbare Körper, wodurch die »Verletzung« dieser Grenzen erst augenfällig wird (vgl. Hirschauer 1996). Theoretisches oder praktisches Vorwissen des Forschers soll also nicht ausgeschaltet werden, sondern kann in Form von Erwartungen reflektiert und so für die Interpretation des empirischen Materials fruchtbar gemacht werden.
- 6) In der Literatur zu klinischen Ethikkomitees gibt es unterschiedliche Angaben zu den notwendigen Mehrheitsverhältnissen, falls kein Konsens hergestellt werden sollte. Praktisch hat eine solche Abstimmung in den von uns beobachteten Sitzungen aber nie stattgefunden.
- 7) Die teilnehmenden Beobachtungen sind im Rahmen des DFG-Forschungsprojekts »Klinische Ethikkomitees: Weltanschaulich-konfessionelle Bedingungen und kommunikative Strukturen ethischer Entscheidungen in Organisationen« (Na 307/3-1) unter der Leitung von Armin Nassehi (München), Reiner Anselm (Göttingen) und Michael Schibilsky († München) entstanden. Gegenstand der Untersuchung waren dabei vier klinische Ethikkomitees in der Bundesrepublik: ein Universitätsklinikum, zwei konfessionell geführte Häuser und ein städtisches Krankenhaus. Alle verwendeten Daten wurden anonymisiert. In der vorliegenden Analyse werden Protokolle aus jedem der untersuchten Komitees verwendet.

Dieses »going native« ist durchaus gewollt. Die so festgehaltenen Eindrücke aus der Perspektive eines Teilnehmers stellen vielmehr einen Informationsgewinn dar. Für eine distanzierte Beobachtung geben sie unter anderem Aufschluss über die *Anschlussfähigkeit* von Kommunikationsofferten. Im folgenden Textabschnitt wird deutlich, dass Herrn Düwels Zustimmung der Akzeptanz von Organisationshierarchie als unhinterfragbare Legitimation von Entscheidungen in diesem Kontext als *Störung* wirkt.

Herr Düwel: Eine Entscheidung der Klinikleitung **wird prinzipiell nicht hinterfragt**. Wenn in der Diskussion um die Alternative Rot oder Blau einmal auf Rot entschieden worden sei, könne nicht ständig wieder jemand daherkommen und über Rot diskutieren wollen, weil er mit Blau nicht einverstanden sei. Als auf diese Äußerung hin etwas (**nonverbale**) **Unruhe** unter den Komiteemitgliedern aufkommt, fügt er hinzu: über **geeignete Alternativen** könne man sich ja verständigen, aber Diskussionen ein und desselben Falles, zu dem bereits eine Entscheidung des Direktoriums vorliegt, könne **nicht ständig von Neuem debattiert** werden (T-HT-9, Z. 431-439).

Die Protokolltexte geben also eine Wirklichkeit wieder, wie sie aus der Perspektive eines Teilnehmers erscheint. In eben dieser Weise ist die Empirie zu verstehen, mit der im Folgenden gearbeitet werden soll. Was dabei sichtbar wird, sind *Vollzugwirklichkeiten* ganz im Sinne der Ethnomethodologie (vgl. Bergmann 1981): Wirklichkeit, die als vorgegeben erfahren wird, aber allein im kommunikativen Vollzug hervorgebracht und reproduziert wird.

4.1. Die Fehlbarkeit der Vernunft und die Authentizität der Gefühle

Die Aufzeichnungen von Fallbesprechungen in klinischen Ethikkomitees lassen sich nun daraufhin untersuchen, welcher internen »Logik« in Form einer selektiven Relevanzzuweisung die Kommunikation im Kontext einer ethischen Fallbesprechung gehorcht, welche ordnungsgenerierenden Sinnverknäppungen in der Kommunikation produziert werden. Ausgehend von der Annahme, dass in diesen Fallbesprechungen ja zunächst prinzipiell Vieles vorkommen könnte, fällt auf, dass die Kommunikation dennoch spezifische Aspekte fokussiert. In der Situation erscheinen dann bestimmte Argumente und Lösungen plausibel und setzen sich gegenüber anderen durch.

Den zweiten Fall schildert Gisela Kant (Ärztin) auf Wunsch von Peter Löwe (Pfarrer): Bei dieser Frau handelte es sich um eine 63 Jahre alte Zahnärztin, die aus einem guten sozialen Umfeld kam. Nach einem Ärzte-Marathon wurde sie in die Station eingewiesen. Es wurde zunächst eine Behandlung auf eine akute Erkrankung eingeleitet. Da sich keine Besserung einstellte, wurden weitere Untersuchungen vorgenommen. Es stellte sich heraus, dass sie Lymphdrüsenkrebs im Endstadium hatte. Da sie selbst Ärztin war, waren für sie die Folgen der Diagnose klar. Nach der Therapiebesprechung äußerte sie die Bitte, sterben zu dürfen. Gisela Kant stellte in ihrem Bericht heraus, **dass sie sich überfordert fühlte**. Sie beendet das Gespräch mit dem Hinweis darauf, dass es in Deutschland keine aktive Sterbehilfe geben darf, aber dass die Patientin die Möglichkeit hat zu sterben. Die therapeutischen Maßnahmen werden in diesem Fall abgesetzt und zur Schmerztherapie wird Morphium verabreicht. **Resümierend betont Gisela Kant die Klarheit, mit welcher die Patientin sich verhalten hat. Sie war entlastend.**(...)

Der Grund, warum der Fall im KEK geschildert wurde, kam jetzt zur Sprache: **Die Pflegekräfte reagierten unterschiedlich auf die oben beschriebene Vorgehensweise**. Eine Schwester zeigt sich damit völlig einverstanden, die andere machte Peter Löwe Vorwürfe, weil man die Frau hatte einfach sterben lassen. **Man hätte sie doch noch therapieren können**, man hätte die Patientin manipuliert.

Willi Winkel (Arzt) sagt, dass es sich bei diesem Fall um das Gegenteil des normalen Ablaufs handelte: Die Patientin hat die Mitarbeiter an die Hand genommen. Und **er stellt klar, dass die Ärzte die lebensverlängernden Maßnahmen einleiten und nicht das Pflegepersonal**. Zusammenfassend bewertet er den Sterbeprozess als gelungen und eigentlich ideal.

Allerdings beschreibt Peter Löwe, dass die Angehörigen ebenso wie die letztbeschriebene Krankenschwester reagierten. Besonders eine Nichte, die aus einer charismatisch religiösen Bewegung kam. **Seine Lösung war, sich Zeit für die Verwandten zu nehmen, er gab dem Frust und dem Ärger von ihnen Raum** (T-EH-2, Z.109-147).

Zunächst erinnert die Fallbeschreibung an eine medizinische. In chronologischer Abfolge werden Ereignisse zu einer Krankengeschichte gereiht und mit einem abschließenden Befund versehen. Nicht die medizinischen Plausibilitäten werden jedoch zum Angelpunkt der Argumentation, sondern subjektive Befindlichkeiten. Die Entscheidung der Patientin, sterben zu wollen und auf weitere Therapie zu verzichten, stellt die Ärztin Gisela Kant als problematisch dar. Problematisch nicht aufgrund medizinischer Bedenken, sondern als *für sie selbst* problematisch. Sie spricht von »Überforderung«, nicht als körperlichem Symptom, sondern als *Gefühl*. Auch die Gefühle der Angehörigen werden thematisiert. Hier deutet sich schon ein Lösungsweg an, man muss die Gefühle ernst nehmen, den »Frust« und »Ärger« zulassen. Es handelt sich offenbar um Probleme, die sich kommunikativ lösen lassen, indem man darüber *redet*. Auch die Ärztin Gisela Kant spricht von der »Offenheit« der Kommunikation als Entlastung in der Situation.

Die Verbalisierung von Gefühlen erzeugt hier legitime Sprecherpositionen. Das gilt nicht nur für im Ethikkomitee anwesende Personen, die mit Hinweis auf ihr »Erleben« ein Problem plausibilisieren können, ebenso werden nicht anwesende Personen, wie die Angehörigen, als legitime »Sprecher« etabliert. Auch die Reaktionen der Schwestern auf den Therapieabbruch werden geschildert, allerdings ohne Bezug auf deren *Emotionen* zu nehmen. Das macht es dem Arzt Willi Winkel leicht, mit Hinweis auf organisationsinterne Befugnisse deren Sprecherposition als illegitim bzw. irrelevant darzustellen.

Wenn hier in der Kommunikation Bezug auf Gefühle von Personen genommen wird, dann kann eine funktionalistische Betrachtung sich nicht damit begnügen, darüber die beteiligten »Akteure« mit Motivlagen auszustatten. Vielmehr muss es um die Funktion gehen, die in der *Thematisierung* von Gefühlen liegt. Es soll hier weder »psychologisiert« werden, noch wird bestritten, dass psychische Systeme sich in Zuständen befinden können, die sich so beschreiben lassen. Entscheidend ist aber die Beobachtung, dass auf innere Zustände rekurriert wird und damit plausibel die Problemhaftigkeit, das »ethische Problem«, transportiert werden kann, was entparadoxierend für Anschlussfähigkeit sorgt.

Angesichts hoher Kontingenzsummutungen in der modernen Gesellschaft traut man am ehesten noch der Ethik zu, »gute Gründe für gute Gründe« (vgl. Nassehi 2003, S. 258ff.) bereitstellen zu können. Natürlich nimmt Kommunikation, die man im klinischen Ethikkomitee beobachten kann, selten die Form ethischer Reflexion im *wissenschaftlichen* Sinne an. Sie bedient sich aber einer Entparadoxierungsstrategie, die eine Nähe zur Operationsweise der Ethik, Moral und auch der Religion aufweist. »Obwohl sich ethische Moralbegründungen und Religion weitgehend voneinander entkoppelt haben, sind beide darauf angewiesen, sich auf *Unbedingtheiten* zu beziehen. (...) Beide müssen eine letztlich unbeobachtbare, kommunikativ verknappbare Selbstbegründung ihrer Unbedingtheit finden. Wie Religion muss also auch Ethik auf Unbeobachtbares, auf *Unsichtbares* verweisen« (Nassehi 2003, S. 276). Auf ähnliche Weise schränkt die Kommunikation im Ethikkomitee Kontingenz ein. Sie nimmt Rückgriff auf »Gefühle«, die innerhalb von Personen verortet werden und »von außen« nicht sichtbar sind. Anders als Ethik und Religion geht es aber gerade nicht darum, diese Unsichtbarkeiten unbeobachtbar zu halten, sondern explizit darum, sie sichtbar zu machen. Gerade das macht auch die Berechtigung von Kommunikation als Lösung aus, über Gefühle muss man sprechen, um sie beobachtbar zu machen. Ihre Plausibilität in der Kommunikation liegt nicht unwesentlich darin, dass Unsichtbares sichtbar gemacht wird. Einer solchen Sichtbarkeit ausgesetzt zu sein, kann die Kommunikation von Gefühlen nur aushalten, weil sie als *authentisch* gelten kann. Den Gefühlen einer Person wird eine eigene Dynamik zugestanden, die durch die »Vernunft« nicht steuerbar ist. Deshalb sind die Empfindungen einer Person »echt« und das, was diese Person dann fühlt, ist für sie damit real. Die Realitätsdefinition wird hier in ein erlebendes Subjekt verlagert, was die Gründe der Gefühle wieder mit einer »Unsichtbarkeit« ausstattet, die entparadoxierend wirkt.

Luhmann beschreibt, dass in der Kommunikation vor allem dann Bezug auf Rationalität genommen wird, wenn man eine Position als nicht verhandelbar ausweisen will (vgl. Luhmann 1997). Ob eine Position durch Rekurs auf Rationalität tatsächlich auch unverhandelbar wird, ist eine *empirische* Frage. In einem klassisch wissenschaftlichen oder medizinischen Kontext mag sich das noch bewähren; im Diskurs des klinischen Ethikkomitees erweist sich eine Position, die auf Rationalität pocht, als wenig plausibel. Hier etablieren sich in der Kommunikation *Gefühle*⁸ als nicht verhandelbar. So werden Sprecher sichtbar, deren Authentizität durch ihre erlebten Gefühle verbürgt ist.

Im Fall einer 36-jährigen Krebspatientin im Krankenhaus Horntal geht es um einen Konflikt zwischen Pflegepersonal und Krankenhausverwaltung, der daraus entstanden ist, dass aus Kostengründen abgelehnt wurde, im Zimmer der Patientin, deren offene Metastasen viele Fliegen anlocken, ein Fliegengitter anzubringen. Herr Düwel, Mitglied der Geschäftsleitung und Gast im Ethikkomitee, schildert die Reaktion des Pflegepersonals auf die Ablehnung gegenüber einem Mitarbeiter vom Technischen Dienst, der die Nachricht überbringt.

Überhaupt habe sich der Mann auf der Station einiges anhören müssen. Über »unmenschlich« bis »unverschämte« und weiterem mehr, das Herr Düwel (Mitglied der Geschäftsleitung) hier lieber nicht namentlich anführen will, sei es **zu einer emotional sehr angespannten Situation gekommen**, in deren Verlauf Dinge gesagt worden seien, die er für gänzlich **deplaziert** erachte. An das Gremium gerichtet fügt Herr Düwel, diese Fallkonkretisierung abschließend, hinzu: »Es ist meines Erachtens nicht die Aufgabe des Ethik-Komitees, Entscheidungen der Geschäftsleitung, die auf Unverständnis stoßen, zu thematisieren!« Grauwald (Leiter des Komitees), bereits selbst zu einer Entgegnung anhebend, erteilt Frau Gärtner (Juristin) das Wort, die durch ihre Meldung auf sich aufmerksam gemacht hatte. Diese äußert den Eindruck, bei Herrn Düwel sei der Gesprächsfaden nach der ursprünglichen Entscheidung bereits abgerissen gewesen. **Er möge das bitte nicht missverstehen, sie selbst sei als Juristin in der Staatsanwaltschaft auch Teil einer Organisation, eines bürokratischen Systems und sähe sich selbst ähnlichen Schwierigkeiten ausgesetzt. Aber es gebe eben nicht nur Schwarz und Weiß. Es gelte daher Mittelwege zu finden. Die Grundsätzlichkeit dieser Problemstellung qualifiziert den geschilderten Fall in ihren Augen dann doch als einen ethischen. Es geht ihres Erachtens um das grundsätzliche Miteinander im Krankenhaus. Wenn dabei die Pflegenden den Eindruck haben, dass sie oftmals auf der Strecke bleiben, sei das schon mal eine Reflexion wert.** Grauwald zeigt Zustimmung für die Analyse Frau Gärtner. Auch er diagnostiziert ein Kommunikationsproblem. Vor allem auch hierarchische Konstellationen haben seiner Ansicht nach zu dem Konflikt geführt. Er selbst hätte »es sinnvoll gefunden«, wenn man zu einer Kompromiss- oder Ausnahmeregelung gelangt wäre.

Herr Düwel äußert sich erneut. Er sieht sehr deutlich, dass er inzwischen immer mehr in eine Verteidigungsposition zu geraten droht und will das, so gut es geht, in seinen Redebeiträgen vermeiden. Er bemüht sich, »objektiv« zu bleiben, will nur anführen, **dass die Schwarzweiß-Malerei ebenso durch das Pflegepersonal betrieben worden sei. Das sei auch verständlich, schließlich handelte es sich um »eine sehr emotionale Sache«.** Damit sei es nun aber auch gut für ihn, wenn möglich will er sich aus dem weiteren Verlauf der Diskussion raushalten. Grauwald geht auf die Rede Herrn Düwels ein, indem er versichert, es ginge weder ihm persönlich, noch dem Ethik-Komitee darum, sich in Angelegenheiten der Geschäftsleitung einzumischen (T-HT-9, Z.218-250).

Herr Düwel kritisiert das »irrationale«, unvernünftige Verhalten der Pflegenden. Er sieht das Problem in der Emotionalität an sich, die er hier als »deplaziert« erachtet. Mit dem Ver-

8) Van den Daele beobachtet in seiner diskursanalytischen Untersuchung von biotechnischen Debatten, dass das Argument des Respekts vor den Mitkreaturen für den Tierschutz vollkommen plausibel ist. Für den Schutz von Pflanzen vor gentechnischen Eingriffen gilt dies aber keineswegs (vgl. van den Daele 2001). Scheinbar funktioniert dieses Argument nicht über die zu respektierende Natur von Kreaturen, sondern eben über eine Art »Empathiegebot«, das allerdings nur greifen kann, wenn einem anderen Wesen ein »Erleben von Gefühlen« unterstellt werden kann. Bisher hat sich das offensichtlich für Tiere, aber nicht für Pflanzen erfolgreich etabliert. Dass es dabei nicht nur um eine Art Fähigkeit zum »Schmerzempfinden« geht, sondern um so genannte Bewusstseinszustände, wie Trauer oder Zuneigung, dafür spricht, dass auch verschiedene Tierarten unterschiedlich betrachtet werden. Das »Schutzgebot« ist für Laborkaninchen wesentlich plausibler als für Ameisen.

weis auf Organisationshierarchien und Zuständigkeiten will er Entscheidungen der Geschäftsleitung als nicht problematisierbar ausweisen und fordert Einsicht in die Notwendigkeit der Akzeptanz hierarchisch legitimer Entscheidungen. Das ist eine Forderung, die in den meisten Organisationskontexten nicht einmal ausgesprochen werden müsste, da sie sich von selbst versteht. Dass sich aber im Ethikkomitee, das ja durchaus in einem organisationalen Rahmen stattfindet, organisationsbedingte Notwendigkeiten *nicht mehr ohne Weiteres als Notwendigkeiten darstellen lassen*, kann man daran sehen, dass die Juristin Frau Gärtner an dieser Haltung die mangelnde Verständigungsorientierung kritisiert. Dass Gesprächsbereitschaft *gerade nicht* zu den Dingen gehört, die innerhalb von Organisationen plausibel eingefordert werden können, sieht man daran, dass Frau Gärtner hinzufügt, man möge sie nicht »missverstehen«, sie sei selbst Mitglied in einer Organisation und mit den Notwendigkeiten und Zwängen eines »bürokratischen Systems« vertraut. Ihr gehe es aber um die »Grundsätzlichkeit« der Problemstellung, die es dann doch zu einem »ethischen« Problem mache. Der Eindruck des Pflegepersonals, dessen subjektives Erleben, muss als dessen *Realität* im Krankenhausalltag wahrgenommen und auch so behandelt werden. Damit ist es »schon mal eine Reflexion wert«, man muss also darüber sprechen. Die *Realität der Gefühle* kann Herr Düwel im Folgenden nicht ablehnen. Zwar attestiert er dem Pflegepersonal ebenfalls, wie ihm vorgeworfen, ein »Schwarz-Weiß-Denken«, er stellt deren Verhalten aber nicht mehr als irrational dar, sondern er kommuniziert Verständnis angesichts der »sehr emotionale(n) Sache«.

Der Diskurs im klinischen Ethikkomitee stellt sich also als ein kommunikativer Kontext dar, in dem Gefühle eine Berechtigung haben und *ernst genommen* werden müssen. Nicht *vernünftiges* Reden setzt sich durch, sondern *verständnisvolles* Reden, es muss auf eine Person und deren Erleben, deren eigene Realität Rücksicht genommen werden. Deren Gefühle sind nicht weiter hinterfragbar und müssen nicht weiter begründet werden. Der Fehlbarkeit des Verstandes steht dann die Unfehlbarkeit der Emotion gegenüber: Man kann *falsch gedacht*, aber nicht *falsch gefühlt* haben.

Im Kontext der beschriebenen ethischen Diskussion werden übliche Rationalitäten entwertet zugunsten authentischer Sprecherpositionen. Was als Realität der Argumentation zugrunde gelegt werden kann, wird in die innere Unendlichkeit eines Subjektes verlagert. Sichtbar wird die Kontingenz dieser Lösung, die sich in der Situation erst *im Vergleich mit anderen Kontexten* selbst als plausibel durchsetzt. So ist im Kontext der *Wissenschaft* gerade der Rekurs auf *Objektivität* ein Hinweis für – ja eben für *Wissenschaftlichkeit*. Auch die Plausibilität von Kommunikation als Problemlösungsinstrument, dem eine realitätsformen- de Kraft innewohnt, ist in anderen Kontexten nicht denkbar. Die Herstellung wissenschaftlicher Wahrheit mag bei soziologischer Betrachtung natürlich als kommunikatives Geschehen erscheinen, in welchem Ergebnisse hergestellt werden, indem darüber geredet wird (vgl. Knorr Cetina 1989), aber so eine Studie hat ihr soziologisches »Überraschungsmoment« gerade darin, dass von wissenschaftlichen Evidenzen erwartet wird, dass sie *für sich selbst sprechen*.

So lassen unterschiedliche Perspektiven unterschiedliche Welten entstehen und deren Plausibilitäten erweisen sich immer nur so lange als wirksam, wie der zugehörige Kontext existiert. In einem Fall eines versuchten Suizids setzt sich kurzzeitig eine medizinische Perspektive als ein anderer Realitätsindex durch. Gerade der Unterschied in der Form der Kommunikation lässt das Spezifische an der Form der Diskussion aller übrigen Fälle deutlich werden.

Der eine Fall steckt den Anwesenden noch in den Knochen, dennoch hat Peter Löwe (Pastor und Leiter des KEK) zunächst sachlich beschrieben, worum es ging: Das Pflegepersonal hat sehr gut reagiert, als im Krankenzimmer eine Patientin versucht hatte, sich umzubringen. Peter Löwe hat, nachdem er geholt wurde, versucht, wieder Ruhe in die Situation zu bringen. Dies geschah durch ein Gespräch und durch

Informationsvermittlung. Danach hat er der Patientin eine Patientenverfügung mitgegeben und die Liste, die bei einem Patientengespräch durchgegangen wird. »Es war schon seltsam«.

Willi Winkel (Arzt) fragt nach dem Grund der Einweisung. Peter Löwe antwortet, dass dieser Vorfall nicht vorauszusehen war. Es wurde erst deutlich, als sie versuchte, sich im Krankenzimmer das Leben zu nehmen. **Willi Winkel fragt weiter nach: »Gab es Anzeichen von Verwirrtheit?«** **Peter Löwe antwortet: »Nein, aber ich bin Laie, ich hatte den Eindruck, dass sie einsam ist, lebensalt, lebensmüde.** **Willi Winkel antwortet: »In Holland hätte sie in Ruhe sterben können, ich habe neulich einen Bericht gelesen, in dem dargestellt wurde, dass die Holländer den niedrigsten Morphinverbrauch haben.« (...)**

Nina Haff (Oberärztin) weist nochmals darauf hin, dass Suizidgefahr eine Krankheit ist, und dass ein Arzt in diesem Fall hinzugezogen werden muss. Sie meint, dass es zwei Arten von Suizid gibt, den echten und den demonstrativen. Dass der Seelsorger in diesem Krankenhaus zu diesen Fällen gerufen wird, hält sie für selbstverständlich, dennoch könnte sich die schnelle Entlassung der Patientin als fahrlässig erweisen.

Ulf Grün (Krankenhauseelsorger) stellt nochmals eindeutig klar, **dass ein Arzt bei der Entlassung dabei war.** Die Oberärztin erwähnt nochmals die Möglichkeit des **psychiatrischen Ambulanten Dienstes.** (T-EH-2, Z.70-107)

An die Beschreibung des verhinderten Suizidversuches schließt der Arzt Willi Winkel mit der Frage nach dem Grund für die Einweisung an, und stellt das Problem des Suizids damit in Zusammenhang mit der *medizinischen* Situation der Patientin. Mit der Antwort des Pastors Löwe, der Vorfall sei nicht vorauszusehen gewesen, gibt er sich nicht zufrieden, und fragt weiter nach, ob es »Anzeichen von Verwirrtheit« gegeben habe. Hier sieht man einen medizinischen Blick, der sich in erster Linie auf die Zeichen eines Körpers richtet, um diese im Hinblick auf dessen Zukunft zu lesen⁹. Solche Kommunikationsformen entfalten ihre eigene Plausibilität und lassen sich nicht schlicht ablehnen, weshalb Pastor Löwe, der als Leiter des Ethikkomitees das *Ethische* an diesem Fall herausarbeiten möchte, antwortet, dass es keine Anzeichen gegeben habe, und er gibt sich dabei aber als medizinischer »Laie« zu erkennen. #Wäre hier nicht passender bzw. die Logik der Argumentation betonender: »..und sich dabei aber gleichzeitig als medizinischer »Laie« zu erkennen gibt.« ?Dementsprechend schildert er seine Beobachtungen nicht als medizinischen Befund, sondern als persönlichen Eindruck. Um die Problematik des Falles herauszustellen, beschreibt er die Verfassung der Patientin nicht in Form von medizinisch deutbaren Symptomen, sondern mit Hinweis auf ihre Gefühlswelt. Auf diese Innenschau nimmt der Fall eine kurze Wendung, und der Arzt Willi Winkel reagiert verständnisvoll auf den Wunsch der Patientin zu sterben mit dem Hinweis, dass sie in Holland »in Ruhe« hätte sterben können. Die Anmerkung der Oberärztin Nina Haff, dass Suizidgefährdung eine *Krankheit* sei, und damit in den Zuständigkeitsbereich eines Arztes falle, stellt den Fall wieder in einen medizinischen Kontext. Der Wunsch zu sterben wird pathologisiert und zugleich als behandelbar ausgewiesen, indem die Oberärztin auf die Möglichkeit einer Intervention des psychiatrischen Ambulanten Notdienstes hinweist. Mit dem Verweis auf diese therapeutische Option erscheint der Fall als unproblematisch und die Falldiskussion wird abgeschlossen. Im Horizont einer solchen Argumentation erscheint der Mensch als ein »körperlich-immanentes« System (Labisch 1992, S. 304). Hier soll keineswegs behauptet werden, Mediziner seien unfähig, Personen als Person ernst zu nehmen, allerdings gilt es empirische Hinweise ernst zu nehmen auf die Tendenz hin, Handeln über einen möglicherweise kranken Körper zu erklären. Sichtbar wird das auch an der aktuellen medialen Aufregung um das Thema des assistierten Suizids, der unter anderem in der Schweiz straffrei ist. An der Praxis des Schweizer Vereines »DIGNITAS – Menschen-

9) Das bedeutet keineswegs, dass in der medizinischen Behandlung nur Körper eine Rolle spielen. Vielmehr sieht sich der behandelnde Arzt in der Regel mit »Körper(n) mit Köpfen« konfrontiert und muss zunächst das Commitment des Patienten erarbeiten, um den Körper überhaupt behandelbar zu machen (vgl. Saake 2003).

würdig leben – Menschenwürdig sterben« empören sich medizinische Experten nicht wegen der Beihilfe zur Selbsttötung an sich, sondern problematisch erscheint vor allem, dass keine ausreichende medizinische Überprüfung auf eine mögliche *psychische Erkrankung* hin erfolge und man den Betroffenen durch geeignete Therapie *helfen* könne. Wie auch im vorliegenden Protokoll der Diskussion im klinischen Ethikkomitee erscheint ein Patient mit Sterbewunsch eher als Hilfsbedürftiger denn als Subjekt eines authentischen Willens.

4.2. Die Pluralisierung von Realität und authentisches Erleben

Im Vergleich mit anderen kommunikativen Kontexten wird deutlich, was das Spezifische an der Form der Kommunikation im klinischen Ethikkomitee ausmacht: Sie ist geprägt von der Subjektivität von Personen, die authentisch und damit unantastbar erscheint. Als *subjektive* Realität kann sie für sich Geltung beanspruchen, zugleich scheint sie nicht mit der Rationalität einer *objektiven* Realität¹⁰, wie den Sachzwängen eines Krankenhausalltags, vereinbar. Dennoch muss man Verständnis für das subjektive Empfinden aufbringen, dem das Verhalten dieser Person als *Folge* zugerechnet wird.

Im Fall eines 63-jährigen Krebspatienten, der eine Therapie ablehnt und dessen behandelnde Ärzte kein Verständnis für diese Haltung aufbringen, werden die Beweggründe des Patienten reflektiert.

Horn (Krankenhausseelsorger) gibt bedächtig zu bedenken: »Es kann auch sein, dass der **Patient als Laie** etwas als Bedrängung **empfindet**, was nicht als Bedrängung gemeint war.«

Frau Mann (Patientenvertreterin): «...und weil er **Angst** hat!«

Dr. Berger (Arzt): «Naja, es kann viele Gründe für das Verhalten geben, aber man weiß halt nicht, warum er das nicht machen will...«

Frau Mann: » **Also wenn ich drei Krebse hätte, dann würd ich auch denken: Ende!**«

(T-WG-6, Z.382-387)

Der Krankenhausseelsorger Pfarrer Horn antwortet auf die vorangegangene Darstellung, der Patient sei von den Ärzten bedrängt worden, doch eine Therapie zu machen, mit der Überlegung, dass der Laienstatus des Patienten dessen Wahrnehmung beeinflusst, und weist so auf die Perspektive des Patienten hin. Dem fügt die Patientenvertreterin Frau Mann noch eine emotionale Dimension hinzu und nennt Angst als Beweggrund für das ablehnende Verhalten des Krebspatienten. Dr. Berger, ein Arzt, geht nicht auf diese verständnisvolle Hermeneutik ein und stellt die Beweggründe des Patienten als intransparent dar. Darauf plausibilisiert Frau Mann ihre Interpretation durch ein – wie ich es hier nennen möchte – »intersubjektiv authentisches« Statement: »Also wenn *ich* drei *Krebse* hätte, dann würd *ich* auch denken: Ende!«. Dieses Statement kann für sich alleine stehen und bedarf keiner weiteren Begründung oder Erklärung. Statt beispielsweise auf geringe statistische Heilungschancen zu verweisen und so einen kalkulativen (vgl. Foucault 1988, S. 102ff.), medizinischen Blick einzunehmen, wird der Nachvollzug des Erlebens eines Betroffenen dargestellt. Angesichts der Authentizität, derer sich diese Äußerung bedient, ist nicht mit einer weiteren Frage nach Gründen zu rechnen. Frau Mann beschränkt sich in ihrem Statement nicht darauf, verständnisvoll zu reden, sie *versetzt sich in die Lage* des Patienten, und wird dadurch selbst zum authentischen Sprecher, dessen Empfinden und Wollen angesichts einer tödlichen Krankheit akzeptiert werden muss bzw. *müsste*. Indem sie die Sprecherposition des Patienten zur ihrer eigenen macht, verleiht sie der authentischen Subjektivität des Patienten so etwas wie *intersubjektive* Geltung.

10) Die Unterscheidung von »subjektiv« und »objektiv« wird als Beobachtung der beobachteten Kommunikation behandelt und nicht der eigenen soziologischen Beobachtung zugrunde gelegt.

An der »Risikogesellschaft« beobachtet Beck ein zunehmendes Auseinanderklaffen von »wissenschaftlicher und sozialer Rationalität«: »Man redet aneinander vorbei« (Beck 1986, S. 39). Deshalb plädiert er für ein »gesellschaftliches¹¹ Denken«. Dieses »Aneinander Vorbeireden« lässt sich – wenn man nicht in kritischer Absicht an das Thema herangeht – auch als strukturelle Perspektivendifferenz beobachten, wie Luhmann anhand seiner Rekonstruktion des Risikodiskurses vorführt (vgl. Luhmann 1991). Mit Hilfe der Unterscheidung von Risiko und Gefahr argumentiert Luhmann, dass die Risikowahrnehmung von sozialen Attributionsvorgängen abhängig ist. Je nachdem, ob man sich in der Position des Entscheiders oder des Betroffenen sieht, wird ein anderer »Realitätsindex« wirksam. Das Auseinanderklaffen von »Rationalitäten«, wie es Beck beobachtet, lässt sich dann als Inkommensurabilität verschiedener sozialer Kontexte, als unüberbrückbare Perspektivendifferenz darstellen. Je nachdem, ob man sich in einem Kontext bewegt, in dem Entscheidungen im Vordergrund stehen oder die Betroffenheit, setzt es sich als plausibel durch, auf »sicheres Wissen«, also wissenschaftliche Evidenzen, zurückzugreifen, oder eben auf Authentizität¹². Expertise wird also weniger entwertet, als an bestimmte kommunikative Bedingungen gebunden.

Was in Luhmanns Analyse aber noch nicht so klar zum Tragen kommt, ist die *Plausibilität* von »Betroffenheit« als einer eigenen *Realität*. Es erscheint intuitiv einleuchtend und nicht weiter begründungsbedürftig, dass es eben einen Unterschied macht, ob man etwas *nur theoretisch* reflektiert, oder ob man *tatsächlich* betroffen ist. Anschlussfähigkeit der Kommunikation wird im Horizont von Betroffenheit offensichtlich eher durch »intersubjektive Authentizität« hergestellt als durch »gute Gründe«.

Die Kommunikation im klinischen Ethikkomitee etabliert sich – wie wir gesehen haben – nicht nur angesichts der Betroffenheit als authentisch akzeptierter Sprecher, sondern durch »Nachempfinden« und »sich in die Situation des Betroffenen Hineinversetzen« können weitere Sprecherpositionen entstehen, die die Authentizität der Betroffenheit nutzen können, um sich selbst zu plausibilisieren und zudem die Geltung der Sprecherposition des Betroffenen zu stärken, indem das Empfinden als »intersubjektiv« plausibel hergestellt wird. Es wird mit verschiedenen Gegenwarten gerechnet, die prinzipiell intransparent sind, *weil man nicht in der Haut des anderen steckt*, und die nur verstehbar werden, wenn es gelingt »sich in die Situation des anderen zu versetzen. Verständnisvolle, nachvollziehende Sätze erzeugen eine kommunikative Textur, in der es besonders wirkungsvoll wird, aus der Position eines Anderen zu sprechen und dann immer mehr Positionen als legitime Realität und damit als relevant erscheinen zu lassen.

Es gehört zu den besonderen Eigenarten solcher Kommunikation, die mit Authentizität rechnet, sich für unterschiedliche Gegenwarten zu interessieren. Damit kennt sie verschiedene *Realitäten*, während zum Beispiel rechtliche oder wissenschaftliche Kommunikation jeweils nur *eine* Realität kennt. Natürlich kann ein Unschuldiger zu Unrecht verurteilt werden, dann geschieht das aber eben *zu Unrecht*. Wissenschaftliche Erkenntnisse können sich als unwahr erweisen, was aber als Aufdecken eines Irrtums markiert wird. Der Diskurs im Ethikkomitee jedoch macht verschiedene Sichtweisen sichtbar, die je für sich Geltung als

11) Gesellschaft ist hier wohl als eine Formel für *das Ganze* zu verstehen, und sein Plädoyer als Aufforderung, *das Ganze doch als Ganzes zu sehen*.

12) Dass Betroffenheit andere Plausibilitäten erzeugt, das wird besonders plastisch deutlich an den fast schon zynisch anmutenden Sätzen, mit denen Beck deutlich machen möchte, wie wissenschaftliche Evidenzen die *Realität der betroffenen Menschen* vollkommen verfehlen. Als Beispiel, das Beck bewusst überspitzt formuliert, um die *Problematik* deutlich zu machen: »Zwei Männer haben zwei Äpfel. Einer isst beide. Also haben sie *im Durchschnitt* jeder einen gegessen. Übertragen auf die Verteilung von Nahrungsmitteln im Weltmaßstab würde diese Aussage heißen: »Im Durchschnitt« sind alle Menschen auf dieser Erde satt.« (Beck 1986, S.32f.)

Realität beanspruchen können. Entscheidungsleitend können dann nicht mehr zeitstabile, konsistente Gründe sein, sondern eine »Sensibilität« für die Realität der Betroffenen.

Im Fall eines späten Schwangerschaftsabbruchs im Krankenhaus Hochburg beschreibt ein Chefarzt, auf welcher »Grundlage« er in solchen Fällen Entscheidungen treffen kann.

Frau Degen (Pflegerin): »Ist das denn für Sie ein hoher Maßstab, die Ethikberatung?«

Prof. Jung (Chefarzt): »Wenn die Ethikberatung nein sagt, dann mach ich das nicht, nein.« Ihm genüge da auch eine einfache Mehrheit.

Frau Stern (Ärztin) sagt dazwischen, dass das mit der Mehrheit bei der Ethikberatung gar nicht so genau geregelt sei.

Jung: »Und wenn ich dahinter steh. – Ich meine, es gibt da nicht schwarz und weiß.« (...)

Prof. Koch (Medizinethiker): »Wie legen Sie sich das zurecht?« Er macht deutlich, dass es ihm um die Argumentation zum Schutz des ungeborenen Lebens geht.

Jung meint, dass man »keine Patente« habe, und das Ganze »von der Paarseite« her betrachten müsse: »Man muss die Paare da erleben, was das für eine Stresssituation ist.« Die Entscheidung stehe immer unter der vorliegenden Belastungssituation für das Paar. »Jeder Fall ist anders.« (T-HB-22, Z.142-157)

Er betont die Wichtigkeit seiner *persönlichen Überzeugung* neben dem Votum der Ethikberatung. Die Bedeutung seiner persönlichen Meinung liegt in der konstitutiven Uneindeutigkeit, die dem Kontext zugeschrieben wird, in welchem man sich hier bewegt; »es gibt da nicht schwarz und weiß«. Der Medizinethiker Prof. Koch interessiert sich dafür, welche *ethisch-wissenschaftliche* Argumentation hinter Jungs Entscheidungsfindung steht. Allerdings wird die Diskussion im Weiteren keinesfalls als eine wissenschaftliche geführt. Jungs Hinweis, dass man »keine Patente« habe, entwertet übliche Rationalitäten¹³ als machtlos. Um zu der *richtigen Entscheidung* zu kommen, müsse man sich in das Paar *hineinversetzen*, die Paare »erleben«, deren »Belastungssituation« als authentische Realität erfahren. Hier kann man sehen, dass Authentizität angesichts von Betroffenheit nicht nur zu einer *Pluralisierung* von Realität in der Kommunikation führt, was dann die Herstellung von Universalismus unmöglich erscheinen lässt, denn »jeder Fall ist anders«. Es wird zudem deutlich, dass man diesem authentischen Erleben offenbar auch nur *authentisch* beikommen kann. Realität bzw. Realitäten erscheinen als nicht kommunizierbar¹⁴, weshalb *Argumente* bzw. wissenschaftliche Reflexionen nicht als geeignet scheinen, um diese Realitäten zu erschließen.

Für einen Beobachter, der eine solche Form der Kommunikation an Maßgaben wissenschaftlicher Kommunikation misst, welche nur *eine* Wirklichkeit kennt und sich diese mit *guten Argumenten* erschließt, kann solche Kommunikation dann unentschlössen wirken, die deshalb Zuflucht in uneindeutigen Allgemeinplätzen sucht (vgl. Reamer 1987) und auf mangelndes Engagement oder mangelnde Qualifikation der Teilnehmer schließen lässt. Nimmt man diese Verweigerung einer wissenschaftlichen Form von Argumentation als eine eigene Rationalität ernst, kann man zeigen, dass die mitunter banal anmutenden Sätze nicht nur »leere« Phrasen sind, sondern als Teil eines Sinnzusammenhangs zu begreifen sind, welcher die Paradoxie der eigenen Beobachtung entfalten kann und dann »Sinn ergibt«.

Wo eine Realität außerhalb dessen zu liegen scheint, was mitteilbar ist, wird direktes Erleben zum Garanten für die Richtigkeit der Wahrnehmung. Nur indem man den Weg des au-

13) Als übliche Rationalitäten erscheinen hier wissenschaftliche Perspektiven, die auf medizinische Notwendigkeiten oder philosophische Gründe für gute Gründe verweisen können. Den Gründen selbst wird misstraut.

14) Das bedeutet nicht, dass diese Realitäten nicht *kommunikativ* hergestellt würden, sie werden in der Kommunikation aber so behandelt, als wäre das nicht möglich.

thentischen Erlebens geht, indem man dem anderen von Angesicht zu Angesicht gegenüber tritt, kann man einen Eindruck von dessen Wirklichkeit gewinnen. An diesem Beispiel lässt sich besonders schön die ordnungsgenerierende Kraft von Kommunikation zeigen. Trotz der Uneindeutigkeit, der sie sich im Horizont verschiedener Realitäten ausgesetzt sieht, kommt sie dennoch zu Eindeutigkeiten, nämlich zu Eindeutigkeiten im *Umgang* mit den Uneindeutigkeiten. Wo Plausibilitäten nur unzureichend kommunizierbar erscheinen, da bleibt – aus dieser Perspektive – nur eines: *Das muss man erlebt haben*.

Im weiteren Verlauf der Diskussion wird immer wieder sichtbar, wie Gegenwarten erzeugt werden, die authentisch wirken und so nur über die *Dimension des Erlebens* zugänglich scheinen. Das zeigt sich in der Diskussion über das Vorgehen in Beratungsfällen, bei dem der Arzt Dr. Hübner vorschlägt, auf die direkte Befragung der Eltern durch das klinische Ethikkomitee zu verzichten, um die Situation »emotional« zu entschärfen.

Hübner (Arzt) fällt in die Diskussion mit einer umfassenden Überlegung ein: **Angesichts der Fülle von Emotionen**, die die Begegnung mit den Eltern auslöse, und **angesichts des Eindrucks eines Tribunals auf die Eltern** stellt er die Überlegung in den Raum, ganz auf die Paarbefragung zu verzichten. Man müsse sogar überlegen, ob man insgesamt auf ein Votum verzichten könne und durch die Beratung nur die Situation klarstellen könne.

Turm (Medizinethiker) entgegnet ruhig: »Man darf sich da, **glaube ich**, nichts vormachen: Auch ohne das Paar zu befragen, **haben wir es mit Befindlichkeiten zu tun, nämlich den Befindlichkeiten der behandelnden Ärzte**, denen ist man ja immer ausgesetzt. Und **dann möchte ich lieber schon beide Seiten hören, weil die Ärzteseite, die ist ja auch geladen, zwar nicht so wie die der Eltern, aber trotzdem**.« Er erinnert an eine Beratung, die der medizinischen Sachlage nach nicht anders war als ein vorangegangener Fall, bei dem man dem Abbruch zugestimmt hatte. »Aber bei dem Paar, da haben wir nein gesagt, weil da war so die Meinung da, die sind so komisch verschlossen. Das war irgendwie nicht so eindeutig. Und da fand ich's schon wichtig, **beide Seiten zu erleben. Also ich würde kein Votum abgeben wollen, ohne beide Seiten gehört zu haben**.« (T-HB-27, Z.169-183)

Dr. Hübner verweist auf die Gefühlswelt der Eltern und deren »Eindruck« in der Befragungssituation, um seinen Vorschlag plausibel zu machen. Auch der Medizinethiker Dr. Turm nimmt Bezug auf »Befindlichkeiten«, stellt aber neben der Gegenwart der Eltern auch die der behandelnden Ärzte als authentische Position her. Er spricht davon, dass die Ärzteseite ja auch »geladen« sei, zwar nicht so wie die der Eltern, »aber trotzdem«. Auch wenn die emotionale Betroffenheit der Eltern schneller einzuleuchten scheint, als die des Krankenhauspersonals erscheinen beide Perspektiven als unterschiedliche Betroffenheits-Realitäten, die nicht bruchlos ineinander überführt oder einander über- oder untergeordnet werden können. Daher die Bedeutung, *beide* Seiten zu kennen. Und da der Zugang zu diesen Gegenwarten nur im persönlichen Erleben erfolgen kann, kann auch auf die Paarbefragung nicht verzichtet werden.

Zudem fällt auf, in welchem Gestus Argumente im Umgang mit Betroffenheit vorgetragen werden. Dr. Turm nimmt in seiner Rede keinen Bezug auf seinen Expertenrang als Medizinethiker. Er untermauert seinen Standpunkt *nicht* mit wissenschaftlich akzeptablen »Tatsachen«, er formuliert ihn auch nicht als wissenschaftliche These, sondern weist ihn deutlich als seine *persönliche* Überzeugung aus. Darin gleichen sich *alle* Teilnehmer im Ethikkomitee. Egal, ob Medizinethiker, Arzt, Patientenfürsprecher oder Sozialarbeiter: In der Art zu prechen weisen sie zunächst überraschende Parallelen auf. Nun könnte man meinen, ein Statement als persönliche Meinung kenntlich zu machen, *entwerte* das Gesagte im Kommunikationsprozess. Auch die Art, wie die Sprecher mitunter betonen, dass es sich *nur* um ihren persönlichen, subjektiven Eindruck handle, scheint darauf hinzuweisen. Eine solche Interpretation zeigt sich aber zu vertraut mit den Kontexturen wissenschaftlicher oder auch medizinischer Kommunikation. In einem wissenschaftlichen Kontext wird Subjektivität zu Gunsten von Objektivität entwertet. Anderes gilt aber in *anderen* Kontexten. Sobald Betroffenheit als authentische Realität verhandelt wird, nicht als Recht oder Wahrheit, wird »symbolisches

Kapital«¹⁵ wie akademische Titel und Reputation scheinbar wertlos; vielmehr benötigt man eine andere Währung. Hier kann nur authentisches Erleben und Spüren in die Waagschale der Kommunikation geworfen werden. So entstehen hier Sprecher als Nicht-Experten, und das gilt für Experten und Nicht-Experten gleichermaßen. Es handelt sich hier weniger um eine intendierte Demokratisierung der Kommunikation, die eine Art »machtfreien Diskurs« ermöglichen soll, sondern um eine Folge der Kommunikation, die sich aus dem Realitätsindex ergibt, den die Kommunikation in diesem Moment entfaltet. Das Markieren als persönliche Meinung entwertet also nicht das Gesagte, sondern eine solche Art von Kommunikation entwertet *Kommunikation an sich*. Ebenso wie die authentische Realität persönlicher Betroffenheit nicht kommuniziert werden kann und *man das erlebt haben muss*, um mitreden zu können, kann eine persönliche Überzeugung nicht als solche angezweifelt werden. »Also ich würde kein Votum abgeben wollen, ohne beide Seiten gehört zu haben.« Mit diesem Resümee seiner persönlichen Überzeugung beendet Dr. Turm seine Argumentation zur Bedeutung der Paarbefragung, die im weiteren Verlauf der Diskussion als plausibel behandelt wird.

4.3. Typisch Arzt!

Sensibles Nachempfinden, statt auf Vernunft zu pochen, sich nicht als Experte zu präsentieren, der schon weiß, was zu tun ist, sondern zu wissen, dass jeder Fall anders ist und es kein schwarz und weiß gibt: Worüber im klinischen Ethikkomitee Anschlussfähigkeit hergestellt wird, lässt sich auch auf der Ebene der Selbstbeschreibung von Teilnehmern klinischer Ethikkomitees beobachten und wird von Irmhild Saake und Dominik Kunz als »Ethische Sensibilisierung« beschrieben (vgl. Saake/Kunz 2006). Als negative Kontrastfolie für das eigene Programm dient dabei der Habitus des klassischen paternalistischen Arztes. So lässt sich auch in den Fallbesprechungen die Dominanz der Ärzte¹⁶ bzw. einer medizinischen Rationalität problematisieren, etwa bei einem »prekären« Fall, den Dr. Hof, ein Arzt, zur Besprechung im Ethikkomitee von einer Tagung »mitgebracht« hat. Es handelt sich um den Fall eines 63-jährigen Krebspatienten, der seit der Diagnose jegliche Therapiemaßnahmen abgelehnt hat. Dr. Hof (Arzt) empört sich über das Verhalten der Ärzte gegenüber dem Patienten:

»Der Mann ist ja an und für sich noch gut auf den Beinen, und jetzt kommen da, das geht vor allem von den Röntgenologen aus, der Oberschenkel, wo ja Metastasenverdacht war, der ist frakturgefährdet. Berufen ein Konzil ein und dann: **Mach ma! Hüftprothese!** Dann haben se **den Patienten wieder bedrängt**, der lehnt wieder ab. Seine Frau, die ist dafür.«

Dr. Linger (Arzt): »Oiso i find da die Wortwahl komisch.« Er macht dann den Unterschied zwischen »den Patienten bedrängen«, welches er negativ bewertet, und »ihm einen Vorschlag machen«, was er gut findet.

Linger: »**Man muss eine Partnerschaft, sag ich jetzt mal, zu dem Patienten aufbauen.** Und des fängt schon da an, zum Beispiel wenn er liegt und ich stehe, dann ist er schon wieder unter Druck gesetzt. Oiso, **da, gibt's überhaupt kein Muss für einen Schenkel-OP, erst wenn da massive Schmerzen auftreten, oder ein Bruch oder was, dann kann man...** Wir ham ja auch keine endgültige Diagnose, vielleicht ist ja eine internistische Therapie oder was, kann sein.« (...)

Hof (Arzt): »Also die bezeichnen das, der Patient ist nicht kooperativ. Ich weiß nicht, das ist immer so negativ besetzt! In der Diskussion war sogar, [spielt Empörung nach] den muss man **psychiatrisch untersuchen! Man kann doch so was nicht einfach ablehnen!**« (T-WG-6, Z.363-381)

15) Der Begriff wird im Sinne Bourdieus verwendet, als jeweils passende Währung in der entsprechenden Ökonomie, also in dem jeweiligen sozialen Feld.

16) Wie schon erwähnt dient das Bild des dominanten »allwissenden« Arztes als Kontrastfolie zur Generierung von Plausibilitäten und muss keineswegs als realistisches Bild eines modernen Mediziners verstanden werden.

Hof beschreibt das Verhalten der Ärzte als übereiltes, aktionistisches, dominantes Gebaren. Sie treffen Entscheidungen, ohne die Perspektive des Patienten zu berücksichtigen, sie zeigen sich alles andere als *sensibel* und setzen ihn sogar unter Druck. Dr. Linger, ebenfalls Arzt, möchte diese Darstellung eher relativieren. Während Hof sich in distanzierender, moralischer Entrüstung ergeht, versucht er zu formulieren, wie die Beziehung zwischen Arzt und Patient idealer Weise gestaltet werden sollte. Er spricht von »Partnerschaft« und einem nicht »unter Druck setzen«, eine Forderung nach Symmetrie, die allgemein als wünschenswert¹⁷ gilt und deshalb wenig ablehnungsgefährdet ist. Es fällt ihm aber sichtlich schwer auszudrücken, was das *Problem* an der Entscheidung der Ärzte ist. Er spricht dann davon, was medizinisch notwendig oder nicht notwendig ist, begibt sich aber damit auf eine Ebene, auf der er medizinische Entscheidungen nur als *medizinische* Entscheidungen kritisieren kann, und bricht seine Argumentation ab. Hof hingegen schließt an seine moralische Kritik an und demonstriert sein Unverständnis für Ärzte, die nicht die Perspektive des Patienten übernehmen können. »Man kann doch so was nicht einfach ablehnen!« Was in der Situation der Krankenbehandlung noch als Einforderung von Einsicht funktionieren mag, ist in diesem Kontext nur noch im Gestus der Ironie sagbar.

Wie schon oben angedeutet, wird in dem *Vergleich* von Kommunikation, die eine medizinische Perspektive entfaltet, mit einer solchen, die mit authentischen Gegenwarten rechnet, sehr schön beobachtbar, dass man sich unter Plausibilitäten Lösungen vorzustellen hat, die nur so lange Bestand haben, also auch *Lösungen* sind, wie der zugehörige Kontext Bestand hat. In einem anderen Kontext, können diese Lösungen dann als *Problem* erscheinen. Im Horizont einer medizinischen Perspektive erscheint es möglicherweise noch plausibel, die Ablehnung einer Therapie als Zeichen einer körperlichen Abnormalität des Patienten zu lesen; für eine Perspektive, die mit authentischen Empfindungen rechnet, stellt sich das als ethisch problematisch dar. Dass für die behandelnden Ärzte des verweigernden Patienten die Verweigerung problematisch erscheint, während Dr. Hof im Ethikkomitee das Problem in eben dieser Problematisierung sieht, kann als Hinweis darauf gelesen werden, dass sich Sprecherpositionen nicht an Personen oder Rollen wie die des Arztes binden lassen, da sie über verschiedene Kontexte hinweg keineswegs stabil bleiben müssen. In der Behandlungssituation werden für den Arzt andere Relevanzen und Zuschreibungen wirksam als für den Arzt als distanzierendem Beobachter im Ethikkomitee.

Die Kommunikation im Ethikkomitee stellt eine Realität her, in der immer damit gerechnet werden muss, dass derselbe Sachverhalt von anderen *anders* gesehen wird. Multiperspektivität wird in diesem Rahmen nicht nur explizit thematisiert, sondern produziert die Aufforderung, die Standortabhängigkeit der eigenen Sichtweise in die eigene Perspektive mit aufzunehmen, wodurch eine Perspektive eben als Perspektive sichtbar wird. Beobachten kann man eine Kulturalisierungspraxis, wie sie auch Saake und Nassehi (vgl. Saake/Nassehi 2004) beschreiben, mit der Konsequenz der Multiplikation von Sprechern mit Rückgriff auf deren Authentizität. Das Label Ethik wird als *Unterbrechung* wirksam in einem organisierten Kontext, in dem sich medizinische Routinen und organisatorische Abläufe als Selbstverständlichkeiten darstellen lassen. Ärzte lernen, dass es neben der eigenen professionellen Perspektive auch noch andere gibt. Vor allem die Perspektive des Patienten lässt sich – versehen mit dem Index der Betroffenheit – als authentische Realität darstellen, was der Sichtweise des Patienten gegenüber medizinischen Gründen immer schon einen Plausibilitätsvorsprung verschafft und damit eine neue ordnungsbildende Asymmetrie in die Kommunikation einführt.

17) Symmetrische Beziehungen stellen in der Moderne einen *Wert* dar, der als solcher in der Kommunikation eingesetzt werden kann. Luhmann sieht die Funktion von Werten in der Kommunikation vor allem darin, die Last der Komplexität dem zuzuschieben, der Einwände hat, was Ablehnung unwahrscheinlich macht.

5. Resümee

Es sollte gezeigt werden, dass es einer systemtheoretischen Perspektive darum geht, dem Lösungspotential von Kommunikation Rechnung zu tragen und zu beobachten, wie sich kommunikative Kontexte *echtzeitlich* entfalten und so eine Welt erzeugen, aus der die Perspektive nicht ausbrechen kann. Eine solche Beobachtungsabsicht erfordert das, was im Ethikkomitee gesagt wird, als *Kommunikation* ernst zu nehmen, ohne sich von dessen Plausibilitäten absorbieren zu lassen. Gegenüber einer Betrachtungsweise, die immer schon weiß, wie Kommunikation strukturiert werden muss, und die dann fast zwangsweise Mangeldiagnosen produziert (vgl. Blake 1992; Reamer 1987; Kettner 1999) wird voraussetzungsloser begonnen, indem man sich schlicht dafür interessiert, wie kommunikativ angeschlossen wird, wie soziale Ordnung in der Situation selbst entsteht. Akteure werden nicht einfach vorausgesetzt, sondern es soll nachgezeichnet werden, wie Sprecher im foucaultschen Sinne im Diskurs selbst emergieren. Was als »Deutungsmuster« (vgl. Oevermann 2001; Lüders/Meuser 1997) in der Diskussion sichtbar gemacht werden kann, ist stets daran gebunden, was sich in *konkreten* Situationen als »sagbar« bewährt. Der Verweis auf die Kontextgebundenheit aller Kommunikation findet sich auch in Goffmans Konzept der »Rahmenanalyse« (vgl. Goffman 1996). Goffmans Analyse konstruiert aber im Unterschied zu der hier praktizierten systemtheoretischen Herangehensweise eine Sozialität, in der soziale Ordnung jeglicher Handlung vorgeordnet erscheint. Das erinnert an eine strukturalistische Top-down-Logik, die den Blick darauf verdeckt, dass es eines *operativen* Ortes bedarf, in dem etwa der Patient als Sprecher hergestellt wird. Insofern besteht aus soziologischer Sicht die Bedeutsamkeit eines klinischen Ethikkomitees darin, dass es kommunikative Bedingungen produziert, unter denen das möglich wird. Perspektiven werden nur noch als Perspektiven kommunizierbar, worauf sich die Teilnehmer der Diskussion einstellen müssen, um nicht ins kommunikative Abseits zu geraten. So gesehen stellt das Ethikkomitee durchaus einen Ort ethischen Lernens dar, ohne gängigen normativen Erwartungen an bessere Begründungen gerecht zu werden.

Letztlich muss sich Theorie als Ausgangspunkt für soziologische empirische Forschung bewähren, indem es ihr gelingt, Informationswert zu erzeugen, – wenn man so will – »Überraschung« (vgl. Amann/Hirschauer 1999; Hitzler 1999) zu produzieren. Dass die Perspektive des Laien eine Aufwertung erfährt, bzw. die Position der Experten geschwächt wird oder an einem Legitimitätsproblem krankt, ist an verschiedenen Stellen bereits ausgeführt worden (vgl. Beck 1986; Sassower 1993; Sureau 1995; Feuerstein/Kuhlmann 1999; Weingart 2001). Die Schlussfolgerung einer generellen Entwertung von Expertentum wäre sicherlich vorschnell, geht doch der Vertrauensschwund und ein gesteigerter Bedarf an Expertise offenbar Hand in Hand (vgl. Weingart 2001). Es findet auch keine Demokratisierung von Expertise oder eine Vermischung der Positionen statt, vielmehr treten unterschiedliche Logiken stärker auseinander und werden als solche behandelbar, wie Peter Weingart (vgl. ebd.) und Irmhild Saake (vgl. Saake 2003) argumentieren. Was sich jenseits dieser Diagnosen an dem vorliegenden Material aus den Ethikkomitees zeigen lässt, ist, welches enormes Plausibilitätspotential Rationalitäten wie eine klassische medizinische Logik oder Organisationen entwickeln. Damit solche Rationalitäten in der Besprechung der Fälle im Ethikkomitee nicht dominieren, bedarf es eines großen Aufwandes an Kommunikation. Dass die Realität eines Betroffenen als Realität ernst genommen werden muss, versteht sich nicht von selbst, sonst müsste das nicht »mühsam« hergestellt werden. Wie schwierig das ist, zeigt sich beispielsweise an Pastor Löwes (hier erfolglosem) Versuch, angesichts des Suizidversuchs eine nachvollziehende Deutung gegenüber einer medizinischen durchzusetzen, oder auch an Frau Gärtners Kritik an Herrn Düwels Organisationsperspektive, die sie zunächst als legitime Perspektive würdigen muss, bevor sie durch Hinweis auf die Emotionen des betroffenen Pflegepersonals Gesprächsbereitschaft fordern kann.

Nicht nur die Diagnose einer Veränderung einer Argumentationskultur ist der entscheidende Gewinn dieser Analyse, sondern dass sich zeigen lässt, *wie* das in der konkreten Situation hergestellt werden kann, durch Rückgriff auf die Authentizität der Empfindungen der Betroffenen, die dann als legitime Realität berücksichtigt werden muss. Man kann so Strukturbildung beobachten, Unterscheidungen, denen es gelingt, sich selbst auf Dauer zu stellen, was bestimmte Kommunikationen wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher macht.

Betrachtet man kommunikative Kontexte als Sinnverweisungszusammenhänge, muss man berücksichtigen, dass deren Grenzen keine analytischen sind, sondern empirische. Oder mit Bourdieu gesprochen: Die Grenzen sind dort, wo die Effekte des Feldes aufhören. Innerhalb welcher Kontexturen sich Kommunikation bewegt, entscheidet sich von Moment zu Moment, im nächsten Anschluss.

Hier lässt sich wieder an die anfangs gestellte Frage anknüpfen, wie empirisch die Systemtheorie sei. Es sollte gezeigt werden, wie der empirische Zugang zu verstehen ist, den eine systemtheoretische Beobachtung eröffnet, zudem sollte aber auch deutlich werden, wie sehr Theorie Irritationen durch die Empirie benötigt, um überhaupt zu konkreten Aussagen gelangen zu können. Die systemtheoretische Einsicht in die Perspektivität aller Kommunikation ist *nicht das Ergebnis*, sondern die Basis, auf der man anfangen kann, zu beobachten, wie Kommunikation Welten hervorbringt, in denen wir uns schon immer vorzufinden meinen. Mit Sicherheit wäre es zu kurz gegriffen, würde man die Systemtheorie allein als eine dekonstruktive Theorie verstehen, die mit dem Finger auf die soziale Konstruiertheit von Offensichtlichkeiten und Selbstverständlichkeiten deutet. Es besteht auch kein Interesse an einer vor-sozialen, präoperativen Realität, die ohnehin außerhalb der Reichweite von Kommunikation liegen muss. Die große Stärke der Systemtheorie kann man vielmehr darin sehen, dass sie als eine konstruktive Theorie nachzeichnen kann, wie sich soziale Praxen selbst ermöglichen und wie Probleme durch Strukturbildung bearbeitet werden. Dazu wird nicht eine vorhandene Ordnung vorausgesetzt; vielmehr setzt man sie kontingent und versucht, sie aus dem empirischen Material heraus zu erklären.

Literatur:

- Amann, K. (1997): Ethnographie jenseits der Kulturdeutung. Über Geigespielen und Molekularbiologie, in: Amann, K. / Hirschauer St. (Hrsg.), Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie, Frankfurt am Main, S. 298-330.
- Amann, K. / Hirschauer St. (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm, in: Dies. (Hrsg.), Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie, Frankfurt am Main, S. 7-52.
- Amann, K. / Hirschauer St. (1999): Soziologie treiben. Für eine Kultur der Forschung, in: Soziale Welt 50, S. 161-174.
- Baecker, D. (2002): Die Theorieform des Systems, in: Ders., Wozu Systeme? Berlin, S. 83-110.
- Baecker, D., (1998): Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft, in: Merten, R. (Hrsg.), Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziale Arbeit. Begriffsbestimmungen in einem unübersichtlichen Feld, Freiburg, S. 177-206.
- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt am Main.
- Berger, P. / Luckmann, T. (1961): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Frankfurt am Main.
- Bergmann, J. (1981): Ethnomethodologische Konversationsanalyse, in: Schröder, P. / Steger, H. (Hrsg.), Dialogforschung. Düsseldorf, Schwann.

- Blake, D. C. (1992): The Hospital Ethics Committee: Health Care's Moral Conscience or White Elephant? in: Hastings-Center-Report 22, 1, 1992, S. 6-11.
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband/Katholischer Krankenhausverband (1997): Ethikkomitee im Krankenhaus. Freiburg.
- Feuerstein, G. / Kuhlmann, E. (Hrsg.) (1999): Neopaternalismus und Patientenautonomie. Das Verschwinden der ärztlichen Verantwortung? Bern; Göttingen; Toronto; Seattle.
- Foucault, M. (1988): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main.
- Fuchs, P. (2004): Der Sinn der Beobachtung. Begriffliche Untersuchungen. Weilerswist.
- Goffman, E. (1996). Rahmen-Analyse. Ein Versuch über Organisation von Alltagserfahrungen (4. Aufl.). Frankfurt a. M.
- Hirschauer, St. (1996): Die Fabrikation des Körpers in der Chirurgie, in: C. Borck (Hrsg.), Anatomien medizinischen Wissens, Frankfurt am Main, S. 86-124.
- Hirschauer, St. / Bergmann, J. (2002): Willkommen im Club! Eine Anregung zu mehr Kontingenzfreudigkeit in der qualitativen Sozialforschung – anlässlich des Aufsatzes von A. Nassehi und I. Saake in Heft 31/1 der ZfS, in: Zeitschrift für Soziologie 31, S. 332-336.
- Hitzler, R. (1999): Welten erkunden. Soziologie als (eine Art) Ethnologie der eigenen Gesellschaft. In: Soziale Welt 50, S. 473-482.
- Kettner, M. (1999): Zur moralischen Qualität klinischer Ethik-Komitees. Eine diskursethische Perspektive, in: Rippe, K.P. (Hrsg.): Angewandte Ethik in der pluralistischen Gesellschaft. Freiburg (Schweiz), S. 335-357.
- Knorr Cetina, K. (1988): Das naturwissenschaftliche Labor als Ort der ›Verdichtung‹ von Gesellschaft, in: Zeitschrift für Soziologie 17, S. 85-101.
- Labisch, A. (1992): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt am Main.
- Lauer, W. / Maier H.P. (1999): Ethikkomitee im Krankenhaus. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband.
- Lüders, Ch. / Meuser, M. (1997): Deutungsmusteranalyse, in: Sozialwissenschaftliche Hermeneutik, Hrsg. Ronald Hitzler und Anne Honer, Opladen, S. 57-79.
- Luhmann, N. (1974a): Funktion und Kausalität, in: Ders.: Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme, Opladen, S. 9-30.
- Luhmann, N. (1974b): Funktionale Methode und Systemtheorie, in: Ders.: Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme, Opladen, S. 31-53.
- Luhmann, N. (1975): Interaktion, Organisation, Gesellschaft, in: Ders.: Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft, Opladen, S.9-20.
- Luhmann, N. (1982): Funktion der Religion. Frankfurt am Main.
- Luhmann, N. (1988): Soziale Systeme: Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main.
- Luhmann, N. (1991): Soziologie des Risikos. Berlin, New York.
- Luhmann, N. (1993): Der medizinische Code, in: Ders.: Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven, Opladen, S. 183-195.
- Luhmann, N. (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft, 2 Bände. Frankfurt am Main.
- Nassehi, A. (1992): Wie wirklich sind Systeme? Zum ontologischen und epistemologischen Status von Luhmanns Theorie selbstreferentieller Systeme, in: Werner Krawietz und Michael Welker (Hrsg.): Kritik der Theorie sozialer Systeme, Frankfurt am Main.
- Nassehi, A. (1993): Die Zeit der Gesellschaft. Auf dem Weg zu einer soziologischen Theorie der Zeit. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Nassehi, A. (2002): Die Organisation der Gesellschaft. Skizze einer Organisationssoziologie in gesellschaftstheoretischer Absicht, in: Jutta Allmendinger & Thomas Hinz (Hrsg.): Soziologie der Organisation, Sonderband der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Opladen, S. 443-478.

- Nassehi, A. (2003): *Geschlossenheit und Offenheit. Studien zur Theorie der modernen Gesellschaft.* Frankfurt am Main.
- Nassehi, A. (2006): *Der soziologische Diskurs der Moderne.* Frankfurt am Main.
- Nassehi, A. / Saake, I. (2002a): Kontingenz: Methodisch verhindert oder beobachtet? in: *Zeitschrift für Soziologie* 30, S. 66-86.
- Nassehi, A. / Saake, I. (2002b): Begriffsumstellungen und ihre Folgen – Antwort auf die Replik von Hirschauer und Bergmann, in: *Zeitschrift für Soziologie* 31, S.337-343.
- Oevermann, U. (2001): Zur Analyse der Struktur von sozialen Deutungsmustern (1973), in: *Sozialer Sinn*, Heft 1/2001, S. 3-33.
- Reamer, F. (1987): Ethics Committees in Social Work, in: *Social Work* 32 (3), S. 188-192.
- Saake, I. (2003): Die Performanz des Medizinischen, in: *Soziale Welt* 54, S. 429-460.
- Saake, I. / Kunz, D. (2006): Von Kommunikation über Ethik zu »ethischer Sensibilisierung«: Symmetrisierung in diskursiven Verfahren, in: *Zeitschrift für Soziologie* 35, S.41-56.
- Saake, I. / Nassehi, A. (2004): Die Kulturalisierung der Ethik. Eine zeitdiagnostische Anwendung des Luhmannschen Kulturbegriffs, in: Burkart, G. & Runkel, G. (Hrsg.): *Luhmann und die Kulturtheorie.* Frankfurt am Main.
- Sassower, R. (1993): *Knowledge without Expertise. On the status of scientists.* New York.
- Simon, A. (2000): Klinische Ethikberatung in Deutschland. Erfahrungen aus dem Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen, in: *Berliner Medizinische Schriften* 36, S. 3-21.
- Sureau, C. (1995): Medical Deresponsibilization, in: *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 12, S. 552-558.
- van den Daele, W. (2001): Von moralischer Kommunikation zur Kommunikation über Moral. Reflexive Distanz in diskursiven Verfahren, in: *Zeitschrift für Soziologie* 30, S. 4-22.
- Weingart, P. (2001): *Die Stunde der Wahrheit? Zum Verhältnis der Wissenschaft zu Politik, Wirtschaft und Medien in der Wissensgesellschaft,* Göttingen.

Dipl.-Soz. Katharina W. Mayr
 Institut für Soziologie
 LMU München
 Konradstr. 6
 80801 München

e-mail: katharina.mayr@soziologie.uni-muenchen.de