

Eine (gute) Ordnung? Perspektiven auf Klinische Ethik-Komitees

FLORIAN SÜSSENGUTH

Beschäftigten sich die Sozialwissenschaften mit der Frage nach guten Ordnungen, ihren Merkmalen und den Möglichkeiten ihrer Umsetzung, so mag eine systemtheoretische Perspektive bestenfalls als Kuriosum, schlimmstenfalls als Spielverderber erscheinen. Welchen Beitrag kann schon eine Theorie leisten, die ja weder Vernunft noch Menschen als Grundbegriffe kennen will? Es wird zu zeigen sein, dass gerade diese oft kritisierten Schwachpunkte vielleicht doch eher Stärken des Ansatzes sind. Es soll in diesem Beitrag daher nicht darum gehen, eine bestimmte Entwicklung der Gesellschaft, die wir gerne als globalisiert oder modern beschreiben, zu kritisieren oder ihr eine pathologische Tendenz nachzuweisen. Stattdessen möchte ich am Beispiel des klinischen Kontextes zeigen, wie gewisse Probleme der Rationalisierung des Medizinsektors, die im wissenschaftlichen Diskurs als explizit ethische Probleme behandelt werden, in der Praxis keineswegs zwingend als ethische, sondern z.B. als organisatorische Probleme sichtbar werden. Diese Diagnose des Auseinanderfallens von Diskurs und Praxis verstehe ich nicht als behandlungsbedürftige Pathologie, sondern als einen Hinweis auf unterschiedliche Gegenwarten der Gesellschaft, in denen sich kommunikative Praktiken bewähren müssen. Die Frage nach der Bedingung der Möglichkeit von stabiler Ordnung ersetzt damit die Frage nach der guten Ordnung.

Das Problem der Ökonomisierung des Gesundheitssektors

Verfolgt man die Berichterstattung in den Medien, so rufen unterschiedlichste Akteure und Interessengruppen regelmäßig den drohenden Ruin des Gesundheitssektors aus, welcher nur durch umfassende Reformen abgewendet werden könne. Als Grundproblem wird auf einer Seite gemeinhin eine chronische Unterfinanzierung aller beteiligten Personen und Einrichtungen identifiziert. Die Krankenhäuser beklagen sich öffentlich über neue fallbasierte Abrechnungsmodi, die die Handlungs- und Behandlungsoptionen stark einschränken. Die Ärzte und Pfleger demonstrieren gegen eine Ausweitung ihrer Arbeitszeiten und für eine Anhebung ihrer Entlohnung auf ein angemessenes Niveau (vgl. Hackenbroch 2006). Auf der anderen Seite argumentieren die Kostenträger mit den positiven Effekten der geforderten Reformen auf die Belastung der Steuerzahler, mit einer effizienteren Mittelverwendung und mit der Notwendigkeit, überkommene Strukturen zu verändern (vgl. Dahlkamp et al. 2006).

Die Denk- und Argumentationsfigur der Globalisierung taucht in diesem Kontext auf beiden Seiten auf. Hier als Verweis auf Negativbeispiele anderer Industriestaaten und als Hinweis auf die Möglichkeit einer Emigration der Ärzteschaft in das besser zahlende Ausland (vgl. Neubacher 2006). Dort als Rekurs auf die besser funktionierenden Gesundheitswesen anderer Nationen und als Druck des internationalen Wettbewerbs auf die Abgabenstruktur eines Staates (vgl. Neumann 2007). Beide Positionen nehmen für sich gleichermaßen in Anspruch, das Wohl des Patienten als höchstes Gut anzustreben, was eine sofortige Umsetzung der jeweiligen Forderungen umso dringlicher mache und zur Kritik an den als mangelhaft wahrgenommenen Alternativreformen nötige. Was in den Medien repräsentiert wird, ist daher vor allem die politische Deliberation über das Thema.

Diese vornehmlich sozialpolitische Debatte findet in der Wissenschaft ihre Entsprechung. Volkswirte veröffentlichen unzählige Modelle, um die Auswirkungen der geplanten Reformen in Geldwerten auszudrücken, an anderer Stelle werden sie juristischen Prüfungen hinsichtlich ihrer Rechtskonformität unterzogen. Die Pflegewissenschaften etablieren sich zunehmend an den Universitäten und markieren damit eine Station der Professionalisierung des Berufes, in der die Pfleger plötzlich mit einer eigenen akademischen Stimme auftauchen. Und in der Philosophie und der Theologie formulieren Medizinethiker auf den Fundamenten verschiedenster Philosophien, vom Utilitarismus bis hin zur Diskursethik, Ansätze, um die aufkommenden ethischen Dilemmata zu fassen,

die beständig vom Gesundheitswesen und seinen Fortschritten produziert werden.

Doch nicht nur die Theologen und Philosophen sehen sich mit ethischen Aspekten der Gesundheitspolitik konfrontiert. Zunehmend tauchen auch in der Praxis der anderen, oben genannten Disziplinen ethische Fragestellungen auf, die einen Wunsch nach Klärung zeitigen. Die Konjunktur dieses Aspekts zeigt sich an den Universitäten beispielhaft an der Einrichtung des Kompetenzzentrums Ethik an der LMU München¹, das alle genannten und weitere Disziplinen unter seinem Dach vereint und neben weiteren eben auch explizit medizinethische Problemstellungen und ihre Verbindungen zu den einzelnen Fächern thematisiert.

Auch in der Soziologie hat das Thema der Medizin umfassend und erfreulicherweise auch über die üblichen Binnendifferenzierungen des Faches hinweg Einzug gehalten. Ebenso wie sich viele Ansätze mit Fragen der Gesundheitsoptimierung, wie z.B. den Unterschieden zwischen Privat- und Pflichtversicherten (vgl. Kriwy/Mielck 2006) o.ä. beschäftigen, wird auch die ethische Dimension der Medizin in der Soziologie gespiegelt.

Innerhalb der bunten Farbpalette der soziologischen Herangehensweisen hat so auch die Systemtheorie den Gesundheitsbereich und seine Ethik für sich entdeckt. Anschließend an eine von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) unterstützten Studie Armin Nassehis zu dem Thema: »Todesbilder – Strukturen der Endlichkeitserfahrung« wurde von der DFG von 2002 bis 2005 das Projekt »Ethik und Organisation – Weltanschaulich-konfessionelle Bedingungen und kommunikative Strukturen ethischer Entscheidungen in Organisationen« gefördert. Das interdisziplinär angelegte Projekt wurde auf theologischer Seite von Reiner Anselm (Göttingen) und Michael Schibilsky (München) betreut, auf soziologischer Seite durch Armin Nassehi (München). Untersucht wurden vier Krankenhäuser in unterschiedlichen Trägerschaftsverhältnissen, ein Universitätsklinikum sowie auch Häuser in städtischer und konfessioneller Trägerschaft.

Die Klinischen Ethik-Komitees (im Folgenden KEKs genannt) wurden über zwei Jahre hinweg durch teilnehmende Beobachtung der Sitzungen sowie durch biographische und Experteninterviews mit den Komiteemitgliedern erforscht. Das Ziel der Studie war es, die Praxis der neu in Deutschland aufkommenden ethischen Gremien hinsichtlich der jeweils fachspezifischen Fragestellungen zu beobachten. Während der

1 Informationen sind unter <http://www.kompetenzzentrumethik.lmu.de> abrufbar.

theologische Ast des Projekts besonderes Interesse an der Rolle der theologischen Mitglieder des Gremiums aufweist, lautete die soziologische Grundfrage, wie ethische Probleme dort verhandelt und gelöst werden und genauer noch; was überhaupt als ethisches Problem sichtbar wird. Auf welche Weise sich die soziologische Fragestellung durch die Konfrontation mit der Praxis verschoben hat, hoffe ich aufzeigen zu können.

Die KEKs stellen ein relativ neues Phänomen im klinischen Alltag Deutschlands dar und dürfen nicht mit anderen, ähnlich benannten Gremien wie den Ethikkommissionen zur Zulassung medizinischer Versuche oder dem nationalen Ethikrat verwechselt werden. Ihren Ursprung haben die KEKs in den USA, wo sie anfangs an konfessionell getragenen Kliniken über die Einhaltung der katholischen Morallehre wachten. Die zunächst ärztlichen Gremien wurden in Seattle um Laien erweitert, um über die Vergabe der neu entwickelten Dialysetechnik an die überwältigende Zahl an Bedürftigen zu befinden (vgl. Steinkamp/Gordijn 2003: 94ff.). Aus Zweifeln an der Kompetenzreichweite dieser Entscheidungen wurden zukünftige Ethikkomitees deutlich in ihrem Aufgabenrahmen beschränkt, was an dieser Stelle als erstes Indiz für ein möglicherweise problematisches Verhältnis zwischen entscheidungsbefugten ethischen Gremien und dem Klinikbetrieb gelesen werden kann.

Die in Deutschland gegründeten Ethikkomitees moderner Konzeption sind demnach enger gerahmt und dienen ihrem Selbstverständnis nach dazu, eine Fallberatung für ethische Probleme im Krankenhausalltag anzubieten, das Ethikbewusstsein zu stärken und Leitlinien zu entwerfen (vgl. DEK und KKD 1997). Die Motivation, ein KEK ins Leben zu rufen, beschreibt der Geschäftsführer eines konfessionellen Klinikums folgendermaßen:

»Gibt es eine Möglichkeit, wenn ja, wie kann es sein, sich mit Grundsatzproblemen, äh, medizinischer Art auch unter christlichen, religiösen und ethischen Gesichtspunkten auseinander zu setzen? Und über diesen Weg ist letztlich dann die Idee, ja, geboren worden, hier ein Ethik-Komitee zu gründen«.

Diese Aktivitäten haben allerdings ausdrücklich nur empfehlenden Charakter und es soll durch die Einbeziehung der unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus ein möglichst interdisziplinäres und repräsentatives Gremium geschaffen werden. Zudem sollen Ärzte, Pfleger, Verwaltungsmitarbeiter, Seelsorger, Ethiker, Patientenvertreter, Juristen und Sozialarbeiter auf einer Augenhöhe miteinander sprechen können, so zumindest der Anspruch der KEKs. Im Regelfall finden die Sitzungen monatlich oder bei Bedarf statt und dauern ca. eine Stunde, die den Teil-

nehmern als Arbeitszeit angerechnet wird. Aus diesen Ausführungen wird vielleicht schon deutlich, dass die Grundkonzeption stark an den diskursethischen Grundsatz der Herrschaftsfreiheit angelehnt ist, auch wenn dies in den Gremien selten in diesen wissenschaftlichen Kategorien reflektiert wird.

Betrachtet man nun diese Selbstbeschreibungen und Zielsetzungen der Komitees und hat die öffentlichen Diskussionen um die Folgen von Mittelkürzungen und Sparmaßnahmen des Gesundheitswesens im Hinterkopf, so liegt die Vermutung nahe, dass dieses Thema in den KEKs zumindest einen gewissen Anteil der Sitzungszeit einnehmen wird. Der theologische Projektmitarbeiter Friedrich Ley hat in der Anfangsphase des Projekts in seinem Beitrag »Rationierung und Rationalisierung. Zum aktuellen Problemhorizont Klinischer Ethik-Komitees« (2004) das Problem (drohender) Rationierung medizinischer Leistungen und mögliche Implikationen für die Arbeit der KEKs aufgegriffen. Als Rationierung wird in diesem Zusammenhang ein Wegfallen an Leistungen verstanden, die nicht durch gleichwertige, aber vielleicht günstigere Behandlungsmethoden kompensiert werden. Ley sieht diese Frage in dem Maße als zunehmend relevant für die KEKs an, in dem die Rationierungsprozesse in den Kliniken zunehmen.

Mein Anliegen ist es, ausgehend von Leys Vermutungen anhand des dankenswerterweise von Prof. Nassehi zur Verfügung gestellten empirischen Materials zu untersuchen, inwieweit das Rationierungsproblem in den KEKs thematisiert wird. Ich möchte zeigen, dass enger gewordene finanzielle Spielräume der Kliniken und die daraus folgenden Konsequenzen wider Erwarten keine kritische oder gar aufgebrachte Resonanz in den KEKs hervorrufen, sondern dass das Thema sich vielmehr in den KEKs nicht als ethisch anschlussfähig herausgestellt hat und nur mittelbar in den Fallbesprechungen als organisationales Motiv rekonstruierbar ist. Wie stark die Deutung dieser Diagnose von der zu Grunde gelegten Gesellschaftstheorie abhängt und was die Soziologie dabei an sich selbst lernen kann, wird im Anschluss erläutert.

Die Thematisierung der Ökonomisierung in den KEKs

Durchsucht man die Beobachtungsprotokolle der Sitzungen nach der expliziten Thematisierung der ökonomischen Zwänge durch Budgetdeckung, Fallpauschalen und ähnlichem, so findet sich in über fünfzig beobachteten Sitzungen der vier Komitees nur eine kleine Handvoll von Fällen, in denen dies explizit angesprochen wurde, und diese teilen be-

stimmte Gemeinsamkeiten. Als Beispiel soll hier der Versuch dienen, das Thema in einem Diakoniekrankenhaus anzuschneiden:

»Das Gespräch scheint sich erschöpft zu haben und Löwe leitet über zu einem »ökonomischen Problem« das man habe, das seien ungedeckte Kosten aufgrund ausstehender Forderungen. Er nennt Zahlen, zu denen mir jeder Größenbezug hinsichtlich des Hauses fehlt, und fragt, wohl rhetorisch, ob ein Nichtversicherter in der Ambulanz aufgenommen werde oder nicht. Mir ist nicht klar, was er jetzt vom KEK erwartet: Die Bestätigung, dass man ein soziales Haus sei oder eine Idee, wie so etwas zukünftig vermieden werden könnte. Die beiden Ärzte Winkel und Bär pflichten ihm bei, dass dies schwierig sei. Bär erzählt von einem Fall, in dem jemand lange in der Klinik war, das sei ein Sozialfall gewesen. Da habe dann der Landeswohlfahrtsverband die Kosten getragen. Löwe verweist auf laufende Mahnverfahren gegenüber ehemaligen Patienten, die nicht zahlten. Das sei schon ein wichtiger Punkt, denn man müsse überlegen, wie in Zukunft mit solchen Fällen zu verfahren sei. [...] Bislang sei man in diesen Dingen ja immer recht großzügig gewesen. Ungefragt bleibt, dass diese Großzügigkeit wohl keine Zukunft mehr hat. Jedenfalls will man zukünftig dieser Frage größere Aufmerksamkeit widmen, womit auch dieses Thema erledigt scheint.«²

In diesem Fall zeigt sich, dass das Problem unfinanzierter Behandlungen nicht als ethisches Problem thematisiert wird, sondern als rein wirtschaftliches. Es fällt den Beteiligten zudem schwer, mehr als oberflächliche Stellungnahmen zu formulieren und das Problem im Aufgabenbereich der Verwaltung zu verorten.

Auch in einem Universitätsklinikum herrscht Uneinigkeit sowohl über die Krisendiagnose der Rationierung selbst als auch über ihren Status als ethisches Problem. So wird das Verhalten eines Arztes als persönliches Fehlverhalten und dem ärztlichen Ethos widersprechend sichtbar und eben nicht als ethisch bedenkliche Folge von Verknappung:

»Nun meldet sich Prof. Arenz zu Wort, er wolle »etwas Grundsätzliches« sagen. Trocken stellt Arenz fest: »Ressourcenverknappung schadet Patienten nicht.« Den vom jungen Mediziner geschilderten Fall des behandlungsunwilligen niedergelassenen Arztes halte er zur Illustration des Problems der Rationierung für ungünstig. »Es gibt Fälle, die schlecht laufen; aber die haben nichts mit der Diskussion um die Verknappung im Gesundheitswesen zu tun.«

Interessanterweise ist es hier die Ärzteschaft, die in Teilen Zweifel an der Bedrohung durch Rationierungsmaßnahmen formuliert. Die Fälle,

2 Alle Eigennamen sind anonymisiert.

auf die sich die Überlegungen beziehen, treten in ihren Augen als entweder strukturell unvermeidbar oder aber als medizinisch unangebrachtes und vermeidbares Fehlverhalten von Kollegen auf. Auf administrativer Seite dreht sich die Einschätzung eher um die Frage des Organisationserhalts:

»Nun meldet sich der Verwaltungsdirektor des Klinikums zu Wort. Er warnt die Kliniker davor, die verweigerten Behandlungen von niedergelassenen Ärzten zu übernehmen. Wirtschaftlichkeitsprüfungen würden auch für Kliniken erfolgen; wenn der Nachweis der Wirtschaftlichkeit nicht erbracht werden könne, müsse man Strafgehalte bezahlen: »Auch wir als Uniklinik sind nicht gefeit davor, wenn wir überdurchschnittlich viel verordnen. Meine Angst besteht nicht darin, dies zu bezahlen. Aber bedenken Sie bitte die viele Zeit, die es braucht, um diesen Nachweis zu erbringen«.

Neben der Kritik am kollegialen Ethos tauchen hier abermals rein bürokratische Elemente auf, die als verfahrenstechnische Probleme eingeführt werden. Eine Überschreitung des Kontingents an Behandlungen ist zuallererst ein Abrechnungsproblem, dessen performative Überzeugungskraft normative Wünsche nach Mehrbehandlung bei den Anwesenden anscheinend so stark unterbindet, dass ein Argument für die ethische Dimension aus ökonomischen Motiven abgelehnter Behandlungen nicht einmal in die Diskussion eingebracht wird. So endet die Sitzung wenig überraschend: »Prof. Pfeffer fasst die bisherige Diskussion zusammen und sagt, dass es beim Thema Rationierung um die Klärung einer grundsätzlichen Frage gehe«.

Das Thema besitzt tatsächlich eine Relevanz innerhalb der Klinik, besonders wenn es sich um budgetäre Beschränkungen und deren administrative Umgehung dreht. Andererseits schreiben die KEKs dem Thema keine diskussionsbedürftige ethische Dimension zu und das Thema kann sich weder lange auf der Tagesordnung halten noch werden Lösungen gefordert und dann produziert. Die Vermutungen am Anfang des Projekts haben sich nicht bestätigt und die Selbstbeschreibungen der KEKs passen in vielerlei Hinsicht nicht mit dem tatsächlichen Ablauf der Sitzungen zusammen. Andererseits werden in immer mehr Kliniken ähnliche Komitees eingerichtet und die bestehenden KEKs scheinen auf Dauer angelegt zu sein. Wie geht man nun mit diesen Beobachtungen um? Im Folgenden sollen drei alternative Deutungen der empirischen Beobachtungen skizziert und miteinander verglichen werden.

Die KEKs als Problem der guten Ordnung

Wählt man als Beobachtungsperspektive die Frage nach einer guten Ordnung, liegt es nahe, in dem Auseinandertreten von Anspruch und Wirklichkeit der KEKs eine Pathologie auszumachen. Die Tatsache, dass die KEKs in ethisch-ökonomischen Fragen keine Entscheidungen treffen oder wenigstens eine Einigung erzielen wollen, die als Empfehlung an die Klinikleitung weitergegeben werden könnte, ist dann das Bezugsproblem entsprechender sozialwissenschaftlicher Ansätze. Die Aufgabe des Wissenschaftlers ist es in diesem Selbstverständnis demnach, eine Untersuchung hinsichtlich der personellen oder strukturellen Defizite anzustrengen, deren Ende in einem Therapieplan für die Verbesserung der Kommunikation in dem Gremium besteht.

Eine kritische Betrachtung der Rolle der angewandten Ethik findet sich beispielsweise bei dem Philosophen Matthias Kettner (2000), der selbst zu KEKs arbeitet und sich auf das Theorieangebot von Jürgen Habermas (vgl. Habermas 1995) stützt. Die Nähe der KEKs zu Habermas ist auf den ersten Blick nicht verwunderlich, erscheinen sie doch als Versuch, den herrschaftsfreien Diskurs im Krankenhaus zu etablieren. Es liegt daher nahe, Habermas Kriterien als Messlatte für die Güte der KEKs zu verwenden. Die Wirkmächtigkeit der Idee einer idealen Sprechsituation ist weder für die Praxis des KEKs noch für eine wissenschaftliche Perspektive zu unterschätzen. »Die ideale Sprechsituation ist weder ein empirisches Phänomen noch bloßes Konstrukt, sondern eine in Diskursen unvermeidliche reziprok vorgenommene Unterstellung. Diese Unterstellung kann, sie muss nicht kontrafaktisch sein; aber auch wenn sie kontrafaktisch gemacht wird, ist sie eine im Kommunikationsvorgang operativ wirksame Fiktion« (Habermas 1973: 258). Die möglichen Ergebnisse einer solchen Herangehensweise sollen kurz skizziert werden.

Würde man aus einer diskursethischen Perspektive argumentieren, so könnte die Idee der idealen Sprechaktsituation als Vergleichsfolie dienen, anhand derer die Realität der KEKs untersucht werden kann. Es gälte also zu untersuchen, welche Aspekte der KEKs das in der Sprache angelegte Potential der Rationalität davon abhalten, zur Geltung zu kommen.

Die faktische gleiche Augenhöhe der Komiteemitglieder könnte so in Frage gestellt werden und in ihrem Fehlen eine Verletzung der Voraussetzung der Herrschaftsfreiheit ausgemacht werden, die einen freien

Austausch der guten und besseren Argumente behindert³. Sieht man die oftmals für Außenstehende unergiebig und im Kreis verlaufenden Diskussionen der KEKs und stellt man die augenscheinlich stärkere Stellung der akademischen Mitglieder in Rechnung, so wäre der nahe liegende praktische Vorschlag, über ethische Schulungen das Argumentationspotential der Mitglieder anzugleichen und Defizite abzubauen. In der Praxis der KEKs hat sich aber gezeigt, dass es nicht der Mangel an formalen ethischen Konzepten und Lösungsstrategien ist, der einen ergebnisreichen Diskurs verhindert. Alle Versuche der Theologen und Philosophen, also der akademisch in ethischen Fragen geschulten Experten der KEKs, waren wenig anschlussfähig. Als Illustration soll hier die Reaktion des KEKs auf einen Vortrag eines habilitierten Philosophen über das ärztliche Ethos dienen, der sich keiner großen Resonanz erfreuen kann:

»Koch kommt langsam zum Schluss und seine Anregung, öfter Vorträge über ethische Grundbegriffe zu halten wird von Frau Stern unterstützt. Er lässt das Buch mit dem Titel »Ethische Grundbegriffe« herumgehen, während er begeistert seine letzten Sätze formuliert ohne zu merken, dass er seine Krawatte in seiner Mappe eingeklemmt hat. Vollends glücklich strahlt er, als das Publikum den Vortrag mit Klopfen belohnt. Mir kommt es zwar eher so vor, als würden sie das Ende des Vortrags bejubeln und nicht den Vortrag des Professors, aber seinen leuchtenden Augen nach teilt Koch diese Einschätzung nicht. Ohne große Pause leitet Stern zu dem nächsten Vortrag über. Diesen hält Dr. Schr., ein externer Besucher des Komitees. Er ist noch ziemlich jung und wirkt vital. Er eröffnet seinen Vortrag über Beschneidung mit markigen Sprüchen, die ein Schmunzeln und ein wenig Lachen in der Runde auslösen. Das Publikum wirkt bereits jetzt interessierter als vorher«.

Der Vortrag bleibt ohne Wirkung auf die folgende Diskussion um die ethische Dimension von Beschneidungen und erzeugt auch keinerlei Diskussion. Präzise begriffliche Definitionen, Stufenpläne und ähnliche ethische Heuristiken werden in allen beobachteten KEKs zwar gelegentlich vorgestellt, auch vielleicht ein oder zweimal erprobt, schlafen dann aber wieder ein. Eine formale ethische Schulung der KEK-Mitglieder scheint also insgesamt keinen großen Effekt zu haben.

3 Tatsächlich zeigt sich in den KEKs ein deutlicher Unterschied zwischen den Berufsgruppen, allein schon immer präsent z.B. durch die verschiedene Berufskleidung oder die Pieper der Ärzte, die sie regelmäßig aus den Sitzungen herausrufen. Die Akademiker innerhalb der KEKs bestimmen einen Großteil des Redevolumens in den Sitzungen, allerdings wird kein Beteiligter davon abgehalten, seine Meinung kundzutun (vgl. Findeiß/Sulilatu 2005).

Eine Theorie, die mit der Möglichkeit der Vernunft und der Existenz einer rationalen Lösung rechnet, kann aber auch bei gescheiterten Schulungsmaßnahmen Anschlussfähigkeit herstellen, z.B. durch die Suche nach alternativen Schulungsmethoden, der Einbeziehung weiterer Sprecher in den Diskurs oder die Ausweitung des zur Verfügung stehenden Zeitraumens. Die Möglichkeit der Therapie besteht weiterhin, sie ist nur ein wenig komplizierter geworden.

Die Beobachtung der Dominanz verfahrenstechnischer und organisatorischer Fragen gegenüber einer ethischen Deliberation der Folgen von Rationierung verweist auf die zweite große Diagnose, die aus einer Habermasschen Perspektive gestellt werden könnte. Diese ist die der Kolonialisierung der Lebenswelt durch das System. »Die rationalisierte Lebenswelt ermöglicht die Entstehung und das Wachstum der Subsysteme, deren verselbstständigte Imperative auf sie selbst destruktiv zurückschlagen« (Habermas 1995: 277). Die von instrumenteller Vernunft beherrschten Systeme der Wirtschaft und des Rechts verdrängen demnach Potentiale lebensweltlicher Verständigung. Ein ähnlicher Gedanke findet sich bereits bei Adorno, dessen Kritik schon auf den gesellschaftlichen Ort verweist, an dem die Kolonialisierung besonders sichtbar wird: Organisationen (vgl. Adorno 1997). In dieser Lesart wirken die Eigenlogiken und Ontologisierungstendenzen der Wirtschaft bereits so stark auf die KEKs zurück, dass selbst die Möglichkeit einer Behandlung des Rationierungsproblems als einem ethischen Problem unwahrscheinlich wird. Eine Versprachlichung und kommunikative Verflüssigung dieses Problems, die das Konzept der Lebenswelt als utopischer Ort der kommunikativen Rationalität verspricht, kann aufgrund übermächtiger entgegengesetzter Systemzwänge nicht mehr eingelöst werden.

Eine gute Ordnung müsste also darauf abstellen, die systemischen Aspekte des Gesundheitswesens im Allgemeinen und der KEKs im Besonderen auf das Niveau zurückzudrängen, das notwendig ist, um die exzessiven Triebe zu kappen. Ebenso nahe liegend ist die Formulierung einer Wirtschafts- oder Medizinethik, die speziell auf die Bedürfnisse und die Rahmenbedingungen des Alltags eines Wirtschafts- und Gesundheitsunternehmens zugeschnitten ist, ohne dabei aber den Glauben an die Möglichkeit von Rationalität aufzugeben. Überlegungen über die »sittliche Qualität der Marktwirtschaft« (Homann/Lütge 2005: 56) stellen dann auf die gesellschaftlichen Bedingungen ethischen Handelns ab, während die dazugehörige Unternehmensethik wirtschaftliche Zwänge und Anreizstrukturen auf die Kompatibilität dieser mit ethischem Handeln abprüft. Der homo oeconomicus wird also beispielsweise um eine moralische Dimension erweitert und die Ethik wird aufgelöst in Fragen

der Implementierbarkeit unter Marktbedingungen oder der Allokation von Ressourcen eingewoben (vgl. ebd.: 85).

Weder der diskursethische noch der wirtschaftsethische Ansatz können an dieser Stelle angemessen gewürdigt werden. Es war mein Versuch, an diesen beiden, die Theorien ungerechterweise sehr vereinfachenden Beispielen aufzuzeigen, mit welchen Fragestellungen sich Theorien mit der expliziten Möglichkeit einer vernünftigen Gesamtordnung einem Problem wie dem Auseinanderfallen von guter und bestehender Ordnung in der Behandlung der ökonomischen Frage in den KEKs nähern könnten.

Die KEKs als unproblematische Erfüllung gesellschaftlicher Erwartungen

Entfernt man sich von der Diagnose eines Auseinanderfallens von Sollen und Sein als einem ethischen Problem, so kann man sich als Alternative dem Problem der (Dys-)Funktionalität dieser Diskrepanz widmen.

Es stellt sich die Frage nach der Funktion des KEKs für die Organisation des Krankenhauses, werden doch dort keine Lösungen für Allokationsfragen erarbeitet, obwohl dieses Gremium als Anlaufstelle für eben solche Probleme dienen soll. Der Neoinstitutionalismus von John Meyer und Brian Rowan (1977) bildet die erste Station auf dieser Etappe. Anstatt zwischen einem ethischen Utopia und der mit Makeln behafteten Realität unterscheiden sie zwischen machtvollen Mythen und der Rationalität als zwei entgegengesetzten Elementen einer Organisation. In dieser Denkart müssen Organisationen gewisse, von der Gesellschaft oktroyierte, Mythen (z.B. Gleichberechtigung, Fairness oder auch Legalität) bedienen, um ihre Legitimität und damit ihr Überleben sicherzustellen, obwohl sie oftmals mit den eigentlich rationalsten und effizientesten Praktiken zur Erfüllung ihrer Ziele im Widerspruch stehen.

KEKs erscheinen dann als gute Strategie zur Befriedigung des institutionellen Zwangs einer ethischen Unternehmenskultur mit einem nur minimalen störenden Einfluss auf die auf Rationalität ausgerichtete Funktionsweise. So sind KEKs wichtige Pluspunkte bei der Zertifizierung der Kliniken, von deren Erfolg zukünftig beträchtliche Geldmittel abhängen werden. Der Druck auf die Krankenhäuser, ethische Gremien einzurichten, wird durch die gesetzliche Verpflichtung, ein Qualitätsmanagement zu betreiben, erzeugt. Gleichzeitig wird die Umsetzung dieses Managements nicht vorgeschrieben. Der Geschäftsführer eines konfessionellen Krankenhauses berichtet von der entstehenden Unsicherheit:

»Ja also notwendig macht sie einfach schlicht und ergreifend der Gesetzgeber. Indem er dem Krankenhausbereich halt ins, äh, ja Gesetzbuch geschrieben hat, dass die Krankenhäuser verpflichtet sind, ein Qualitätsmanagementsystem aufzubauen, [I: Mhm.] äh, gut, nicht :welches, aber eins«.

Eine Orientierung an anderen Krankenhäusern liegt nahe und es kommt, bedient man sich der Nomenklatur von DiMaggio und Powell (2000), zu einem institutionellen Isomorphismus der mimetischen Art, also der Imitation von in anderen Organisationen bereits bestehenden Lösungen.

Gleichzeitig ist die Auswirkung der KEKs auf den Klinikalltag in der Einschätzung der Teilnehmer eher bescheiden. Einerseits ist in den monatlichen Treffen der KEKs meist nur eine retrospektive Besprechung von schwierigen Fällen möglich, in denen relevante Entscheidungen bereits getroffen wurden und andererseits ist das Interesse an Informationsveranstaltungen oder auch dem Informationsmaterial auf den Stationen selbst sehr gering, was in den KEKs stets als Notwendigkeit stärkerer Werbung und Aufklärungsarbeit anschlussfähig gemacht wird. So reagiert man auf das geringe Interesse der Kliniköffentlichkeit an einem vergangenen Ethik-Café folgendermaßen:

»Hoffmann: »Ich gebe nur weiter, was ich gehört habe: Kollegen haben es bedauert, dass sie das nicht gewusst hätten.« Es wäre ja auch nicht im Intranet zugänglich gewesen, wird noch angemerkt. »Aber auf jeder Station hingen Plakate aus. Es stimmt, das war nicht im Intranet. Das ist nur für die Klinik da, da sind wir nicht drin«, kommentiert und rechtfertigt sich Frau Stern. Hoffmann: »Die Ankündigung erst eine Woche vorher wurde als sehr spät empfunden.« Es geht darum, dass die Leute offensichtlich die Plakate nicht wahrgenommen haben und warum nicht etc. Pfeffer wendet sich an sein KEK wie ein Lehrer oder Eltern das mit ein bisschen lahmen Kindern tun: »Jetzt stellen Sie sich mal vor: Sie sind alle Leute. Haben Sie genug Plakate gesehen?« Zur Antwort erhält er ein deutliches Ja! Degen: »Aber wir sehen das, weil wir Ethik sehen! *Ich* hab mir gleich nen Ordner mitgenommen und ein Kollege hat sich den in der Nachtschicht durchgesehen.«

Das Krankenhaus erhält mit dem KEK somit ein ethisches Aushängeschild, ohne dass es zu ernsthaften Störungen des rationalen Ablaufs kommt oder das Thema sich über alle Kanäle im Krankenhaus verbreitet. Der »gap between their formal structures and actual work activities« (Meyer/Rowan 1977: 341) erscheint dem KEK selbst als Problem der effektiven Verbreitung der erarbeiteten Lösungen, dass nicht strukturell notwendig ist, sondern durch gesteigerten Einsatz beseitigt werden kann. Mit der Verlagerung des wissenschaftlichen Problemrahmens auf das Funktionieren von Organisationen ist bereits ein entscheidender Schritt

in Richtung einer funktionalen Betrachtungsweise gemacht worden. Macht man einen weiteren Schritt, so zeigt sich, dass die Rationalität nichts anderes ist, als der vielleicht wirkmächtigste Mythos in den Organisationen. Dieser Schritt kann aus einer systemtheoretischen Perspektive erfolgen.

Die KEKs im Horizont von Organisation und funktional differenzierter Gesellschaft

Eine systemtheoretische Analyse verabschiedet sich von der Suche nach einer allumfassenden Rationalität, die die gesamte Gesellschaft vereint und verlagert sich darauf, die Vielfalt an nicht ineinander überführbaren Perspektiven als das entscheidende Moment der modernen Gesellschaftsstruktur auszumachen. Niklas Luhmanns Werk »Die Gesellschaft der Gesellschaft« (1977) ist dabei zentral für seine Beschreibung der funktional differenzierten Gesellschaft. Es wird nicht mehr nach den Bedingungen der Möglichkeit für eine gute, allgemeingültige Ordnung gefragt, sondern nach der Entstehung und ständigen Reproduktion von Ordnungen an sich. Zentral wird also das Problem des kommunikativen Anschlusses, das immer in einer Gegenwart gelöst werden muss und sich auf keine dauerhaften, zeitfesten Strukturen mehr verlassen kann. Es bleiben nur Muster, die sich beständig operativ reproduzieren müssen und dies auf unterschiedlichsten Wegen bewerkstelligen (vgl. Luhmann 1984: 650ff.). Dem beständigen Zerfallen und Neubilden der Systeme wird durch den Begriff der Autopoiesis Rechnung getragen.

Eine Organisation erscheint in dieser Perspektive demnach nicht mehr als Aggregat von Menschen, die in diesem Zusammenschluss auf ein Ziel hinarbeiten oder eine Funktion erfüllen, sondern als soziales System, dessen Autopoiesis durch die Kommunikation von Entscheidungen im Anschluss an vorhergehende Entscheidungen charakterisiert wird (vgl. Luhmann 2005a: 394f.). Ziele, Mitgliedschaften und Hierarchien sind dann die Ergebnisse von Entscheidungen und tauchen nur als Selbstbeschreibungsformeln eines Systems auf, das sein eigenes Fortbestehen als einziges integrales Ziel kennt.

Die Entscheidungen der modernen Bürokratie werden gemeinhin dem Imperativ der Rationalität und ihrer Adäquanz in einem Zweck–Mittel–Schema unterworfen. Komplexität wird in dieser Perspektive nur als Störfaktor wahrgenommen, der eine Entscheidungsfindung behindert und den es zu minimieren gilt. Luhmann optiert für eine andere Stellung des Komplexitätsbegriffs: »Statt Komplexität nur als Widerstand, nur als unzureichende Transparenz und als Hindernis rationalen Entscheidens

zu behandeln, ist sie nach dieser Konzeption Bedingung dafür, dass überhaupt Ereignisse als selektive Entscheidungen erscheinen und als Elemente für Systembildungen benutzt werden können« (ebd.: 399). Rationalität ist in diesem Sinne also kein basaler Theoriebaustein, was die systemtheoretische Perspektive aber befähigt, sich für die Beobachtung der performativen Herstellung von Rationalität in konkreten Praxen zu öffnen. In den Blickpunkt rückt die Frage, welche Argumente und Verfahren sich in Organisationen behaupten. Rationalität ist dann kein per se notwendiges Kriterium dieser Verfahren mehr, sondern erscheint selbst als eine Praxis neben anderen.

Die Systemtheorie expliziert das Verhältnis von Gesellschaft und Organisation deutlicher als die vorher thematisierten Theorien. Luhmann beobachtet das Zerfallen der funktional differenzierten Gesellschaft in Funktionslogiken wie z.B. die der Politik, Medizin, Wirtschaft oder der Wissenschaft, die nicht mehr aufeinander abbildbar sind und sich gegenseitig zwar irritieren, nicht aber steuern können. Wissenschaftliche Wahrheit kann nicht mehr durch Macht begründet werden, politische Ämter können nicht mehr gekauft werden und ein politisches Dekret kann keinen Aufschwung befehlen. Die Funktionslogiken können einander nicht ersetzen, sind aber aufeinander angewiesen. Aus rechtlicher Perspektive muss z.B. nur noch nach Recht oder Unrecht gefragt werden, ohne gleichzeitig eine ästhetische oder pädagogische Wertung abzugeben. Eine konkrete Situation kann demzufolge nicht ausschließlich aus sich selbst heraus erklärt werden, sondern nur im Horizont der Gleichzeitigkeit von Andersartigem. Die Logiken sind also selbstreferentiell geschlossen in ihrem Operieren und erlangen so die Offenheit, alles unter diesem Blickwinkel beobachten zu können. Sie sind autonom, aber nicht autark, denn sie können sich gegenseitig nicht kausal beeinflussen, wohl aber irritieren (vgl. Nassehi 1993: 323ff.; 2003: 160ff.). Arrangements regelmäßiger gegenseitiger Irritation werden als strukturelle Koppelungen bezeichnet.

Diese autonome Befolgung der Eigenlogik bei gleichzeitiger struktureller Koppelung wird in Organisationen deutlich sichtbar. In jeder Organisation werden verschiedene Logiken aufeinander bezogen, ohne sich ineinander aufzulösen. Dieser Bezug wird auf verschiedene Arten sichergestellt. Die Zeitdimension stellt hier ein entscheidendes Strukturmerkmal zur Verfügung. Es muss also nicht gleichzeitig operiert und für den chirurgischen Eingriff gezahlt werden. Dennoch setzt eine Operation eine vorangegangene (oder in Notfällen: erwartbare) Zahlung, also eine Entscheidung unter ökonomischen Gesichtspunkten voraus, bevor der Eingriff unter der medizinischen Eigenlogik (vgl. Luhmann 2005b), also der Diagnose und Bekämpfung von Krankheit vorgenommen wird.

Selbst die besten medizinischen Argumente überwinden keine Finanzierungslücke, auch die beste finanzielle Ausstattung mag zwar den Spielraum der medizinischen Optionen vergrößern, kann aber nicht einfach Gesundheit herstellen.

Unter Rückgriff auf die bewährten und institutionalisierten Logiken strukturiert sich also die Organisation Krankenhaus selbst und schränkt über sachliche, soziale und zeitliche Verfahren die unendliche Möglichkeit der Verknüpfung der einzelnen Elemente derart ein, dass die Entscheidungsfähigkeit und damit die Reproduktion der Organisation sichergestellt wird. Eine Rationierung der finanziellen Mittel ist demnach als eine Irritation des Organisationssystems Krankenhaus beobachtbar, das mit Entscheidungen wie der Aufgabe von Stationen, der Reduzierung des Personals oder dem Umstieg auf Generika reagiert, um die eigene Zahlungsfähigkeit in Zukunft sicherzustellen.

Was bedeutet eine solche Konzeption von Gesellschaft und Organisation nun für die Ethik und das KEK? Nimmt man die Intransitivität der Funktionslogiken ernst, gibt es keine Gesamtvernunft mehr, die die Gesellschaft einen könnte. Was medizinisch als rational und notwendig erscheint, ist wirtschaftlich gesehen vielleicht einfach unwirtschaftlich, wird durch rechtliche Regelungen verhindert und so weiter. Die Ethik als Reflexionstheorie der Moral reagiert auf unterschiedlichsten Wegen auf diese Gefährdung der prinzipiellen Möglichkeit einer Letztbegründung. Die diskursethische Perspektive setzt auf die Einbeziehung aller Betroffenen, um durch den zwanglosen Zwang des besseren Arguments doch noch die Vernunft in der Gestalt des besten Grundes, der alle anderen Sprecher zum verstummen bringt, im Diskurs zu retten. Der Systemwelt wird die Lebenswelt entgegengestellt, in der diese Eigenlogiken in Frage gestellt und im Zuge einer kommunikativen Verflüssigung neu ausgehandelt werden können. Ein neuer Humanismus wird als Leitkultur beschworen (vgl. Nida-Rümelin 2006) und im Anschluss an Max Weber nach einer Stärkung des Menschen gerufen, dem es gelingen muss, das wahrgenommene Auseinanderfallen der Gesellschaft in sich selbst zu integrieren. Es wird also nach einer Formel gesucht, der es gelingt, doch noch einen Teil der Gesamtrationalität zu retten.

Als alternative Lösungen werden Bereichsethiken formuliert, die den Eigenzwängen ihres Gegenstands Rechnung tragen wollen und die Hoffnung auf ein vernünftiges Gesamtergebnis vorsichtiger formulieren (vgl. Kettner 2000), aber nicht grundsätzlich aufgeben. Die Probleme der Modelle bei der empirischen Anwendung werden dann als mangelnde Implementation sichtbar, die durch Aufklärung oder politische Intervention gelöst werden können und sollen. Die Politisierung der Gesellschaft und ihrer Diskurse zeigt sich an diesen Theorien deutlich (vgl.

Nassehi 2006: 328ff.). Wie dies in den Kliniken und den KEKs passieren könnte, habe ich versucht, zu skizzieren.

Reformuliert man die Frage einer guten Ordnung der KEKs als Frage nach der Möglichkeit der Ordnung, der Selbsterhaltung der KEKs, erweist sich die von anderen Ansätzen als Defizit begriffene Realität als die Stärke der KEKs. Die vage Aufgabenformulierung des KEKs bietet Chancen der Selbststrukturierung und der selektiven Auswahl der Themen. Was als ethisches Problem erscheint, ist nicht von außen vorgegeben sondern eine Entscheidung des KEKs selbst. Die fehlende Entscheidungskompetenz macht die vorgefundene offene Diskussionskultur erst möglich. Es herrscht kein Zeitdruck der Art, dass zu einem gewissen Zeitpunkt eine Entscheidung getroffen werden muss. Probleme können also vertagt werden oder ungelöst bleiben, da keine anderen Entscheidungen von ihnen abhängen und so einen externen Zeithorizont konstituieren. Die weitgehende Irrelevanz der Komiteearbeit für den Krankenhausalltag wird als Defizit der Öffentlichkeitsarbeit und der Außenwirkung beobachtet und stellt so einen Ansatzpunkt für die Intensivierung der Bemühungen, also die Weiterarbeit des Komitees dar.

In der Praxis erlauben es diese vermeintlichen Schwächen, das Komitee zu stabilisieren und für sich selbst eine Zukunft offen zu halten. Einen Blick auf die Praxis von klinischen Entscheidungsgremien bei der Lebendorganspende zeigt eine deutlich anders strukturierte, prozeduralisierte und professionellere Vorgehensweise bei der Beratung (vgl. Wagner/Fateh-Moghadam 2005), die viel stärker auf juristische und medizinische Inhalte eingeht und als Hauptproblem keine ethische Fragestellung aufweist, sondern sich dem Problem ausgesetzt sieht, die Autonomie der Entscheidung des potentiellen Spenders zu überprüfen. Bezogen auf die Fragestellung der Rationierung haben sich die Vermutungen Leys, dass die KEKs sich in Zukunft stärker mit dieser Fragestellung beschäftigen müssen, nur teilweise bewahrheitet.

Die Rationierung taucht indirekt in vielen Fallbesprechungen auf, wird dort aber systematisch als nicht ethisches sondern als verwaltungstechnisches Problem diskutiert. In den seltenen Fällen der direkten ethischen Problematisierung der Ökonomisierung erfolgt sie in der Form von ausgewählten Beispielen oder in sehr generalisierten Thesen. Produzieren die Beispiele auch Betroffenheit, so verlagert sich die Diskussion schnell wieder weg von einer ethischen Perspektive hin zu einer Beobachtung des Auseinanderfallens von ökonomischen und medizinischen Motiven. Die Lösung dieser Inkongruenz wird dann als organisatorisches Problem definiert, das durch eine Veränderung der bürokratischen Struktur gelöst werden muss, ohne dabei Lösungsvorschläge erbringen zu müssen, da das Problem ja nicht in den ethischen Bereich

und damit den Bereich des KEKs fällt. Die generalisierten Thesen zur Ökonomisierung erleiden ein ähnliches Schicksal, wenn sie mit den Erfahrungen aus dem Klinikalltag konfrontiert werden. Schnell zeigen sich unauflösbare Widersprüche in den Eigenlogiken, die von der umfassenden Perspektive nicht mehr integriert werden können und auch punktuell in der Diskussionssituation des KEKs nicht integriert werden.

Konsens oder (nur) Irritation?

Verallgemeinert man nun diese Beobachtungen, so lässt sich die Vermutung aufstellen, dass die Gesellschaft in weiten Teilen eben nicht nach einer umfassenden Moral funktioniert, und dennoch: funktioniert. Der Ordnungsaufbau vollzieht sich in den verschiedenen Gegenwarten unter Rückgriff auf bewährte amoralische (nicht unmoralische!) Unterscheidungen. An die Stelle der Frage nach einem Gesellschaftsvertrag oder einer normativen Integration der Gesellschaft tritt das Problem der Stabilisierung von Mustern (Personen, Organisationen, Semantiken, Funktionssystemen etc.) und ihrer Ordnungsleistung im Angesicht von Komplexität, also der prinzipiellen Beliebigkeit der Verknüpfung der Elemente. Die Gleichzeitigkeit von Verschiedenem bringt einerseits das Problem des wechselseitigen Bezugs dieser Gegenwarten mit sich, ohne dabei aber sofort eine Gesamtintegration des Sozialen zu leisten.

Es sind vielmehr punktuelle Berührungen, die sich nicht zu einer gesamten Rationalität aufaddieren lassen. Andererseits ist diese Gleichzeitigkeit von Verschiedenem auch die Lösung des Problems. Da eben in einer Situation nicht die gesamte Komplexität bearbeitet werden muss, kann eben durch die Reduktion der Unterscheidungsmöglichkeiten auf einige wenige die Anschlussfähigkeit im Horizont des Abwesenden hergestellt werden, ohne ein soziales Band vorauszusetzen, das die Gesellschaft in jedem Moment zusammenhält. An die Stelle einer doppelten Normativität der soziologischen Moderne, die nur normativistische Beobachtungen hervorbringen kann (vgl. Nassehi 2006: 356) tritt eine Form der Beobachtung, in der Gesellschaft »als operativer Zusammenhang von Handlungen, Kommunikationen oder Ereignissen« (ebd.) beobachtbar wird. Die Formel der Weltgesellschaft bezeichnet demnach nicht einfach die Gesamtheit aller Interaktionen sondern die Strukturierungswirkung des Abwesenden aber dennoch potentiell Relevanten auf die einzelnen Gegenwarten, in denen sich Ordnungsaufbau immer wieder neu bewähren muss. Wissenschaft und akademische Ethik werden hier als Perspektiven sichtbar, die ihren Untersuchungsgegenstand beobachten, aber nicht mit ihm identisch sind, oder sein müssen. Sie können

nicht mehr für sich beanspruchen, für das Ganze zu stehen und erfahren sich als Beschreibungssemantiken der Gesellschaft, die eben auch anders ausfallen könnten. Wie mit dieser Erfahrung umgegangen wird, ist offen.

Die KEKs nutzen ihre prinzipielle Selbstdetermination bei der Auswahl ethischer Probleme und wenden sich Themen zu, die sich besser als ökonomische Zwänge eignen, über persönliche Betroffenheit und Authentizität Personen zu erzeugen, die sich als ethische Sprecher inszenieren können (vgl. Wagner 2006). Die Verlagerung der Letztbegründung in das Individuum hinein erfordert keine umfassende Weltklärung mehr, um sprechen zu können. Die Wissenschaft setzt dagegen oft auf Theorien mittlerer Reichweite, um vermeiden zu können, plötzlich auf sich selbst als Untersuchungsgegenstand treffen zu müssen und einem Zirkelschluss zu erliegen. Theorien wie die Systemtheorie oder auch Bourdieus Feldertheorie thematisieren diesen paradoxen Zirkelschluss und versuchen ihn fruchtbar zu machen, ohne die Perspektivität ihrer eigenen Wissensproduktion zu verhüllen (vgl. Nassehi/Nollmann 2004). Eine dritte Strategie findet zunehmende Verbreitung in verschiedensten Kontexten: die Interdisziplinarität. So wie das Klinische Ethikkomitee durch eine interdisziplinäre Besetzung hofft, ethische Probleme gut und richtig zu lösen, so ist auch in der Wissenschaft ein interdisziplinärer Ansatz meist mit der impliziten Hoffnung verbunden, richtige und gute Ergebnisse zu finden, wenn nur genügend Perspektiven kombiniert werden. Die Systemtheorie als *advokatus diaboli* wäre bereits glücklich, wenn sich an Stelle eines Konsenses gegenseitig fruchtbare Irritationen einstellen.

Literatur

- Adorno, Theodor W. (1997): »Individuum und Organisation. Einleitungsvortrag zum Darmstädter Gespräch 1953«. In: ders.: *Soziologische Schriften I*. Band 8 der Gesammelten Schriften, Frankfurt/M.: Suhrkamp, S. 440–456.
- Dahlkamp, Jürgen et al. (2006): »Kollektiv verantwortungslos«. *Der Spiegel* 27/2006, S. 18–35.
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hg.) (1997): *Ethik-Komitee im Krankenhaus*, Stuttgart: Selbstverlag.
- DiMaggio, Paul/Powell, Walter (2000): »Das ›stahlharte Gehäuse‹ neu betrachtet. Institutioneller Isomorphismus und kollektive Rationalität in organisationalen Feldern«. In: Hans-Peter Müller/Steffen Sigmund (Hg.), *Zeitgenössische amerikanische Soziologie*, Opladen: Leske + Budrich, S. 147–173.

- Findeiß, Anja/Sulilatu, Saidi (2005): Die praktische Ethik klinischer Ethikkomitees. Vortrag auf dem Symposium »Ethik – ein klinischer Fall?« am 1./2.3.05 in der Siemen-Stiftung München-Nymphenburg.
- Habermas, Jürgen (1973): »Wahrheitstheorien«. In: H. Fahrenbach (Hg.), Wirklichkeit und Reflexion, Pfullingen: Verlag Günther Neske, S. 211–265.
- Habermas, Jürgen (1995): Theorie des kommunikativen Handelns, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hackenbroch, Veronika (2006): »Wir verdienen nicht genug!« Der Spiegel 27/2006, S. 30.
- Homann, Karl/Lütge, Christoph (2005): Einführung in die Wirtschaftsethik, Münster: Lit Verlag.
- Kettner, Matthias (2000): Angewandte Ethik als Politikum, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kriwy, Peter/Mielck, Andreas (2006): »Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV): Unterschiede in Morbidität und Gesundheitsverhalten«. Das Gesundheitswesen 5, S.281–288.
- Ley, Friedrich (2004): »Rationalisierung und Rationierung. Zum aktuellen Problemhorizont Klinischer Ethik-Komitees«. Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft 4, Heft 2, S. 7–15.
- Luhmann, Niklas (1984): Soziale Systeme, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (2005a): »Organisation und Entscheidung«. In: ders. Soziologische Aufklärung 3, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 389–450.
- Luhmann, Niklas (2005b): »Der medizinische Code«. In: ders. Soziologische Aufklärung 5, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 176–188.
- Meyer, John/Rowan, Brian (1977): »Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony«. American Journal of Sociology 83, Heft 2, S. 340–363.
- Nassehi, Armin (1993): Die Zeit der Gesellschaft, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Nassehi, Armin (2003): Geschlossenheit und Offenheit. Studien zur Theorie der modernen Gesellschaft, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Nassehi, Armin/Nollmann, Gerd (Hg.) (2004): Bourdieu und Luhmann. Ein Theorienvergleich, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Nassehi, Armin (2006): Der soziologische Diskurs der Moderne, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Neubacher, Alexander (2006): »Es wird sicher lustig«. Der Spiegel 51/2006, S.24.
- Neumann, Philipp (2007): »Sie sind stark und mutig«. Die Welt 24. Juli 2007, S.12.

- Nida-Rümelin, Julian (2006): Humanismus als Leitkultur. Ein Perspektivenwechsel, München: C.H. Beck Verlag.
- Steinkamp, Norbert/Gordijn, Bert (2003): Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag, Neuwied: Luchterhand.
- Wagner, Elke/Fateh-Moghadam, Bijan (2005): »Freiwilligkeit als Verfahren. Zum Verhältnis von Lebendorganspende, medizinischer Praxis und Recht«. Soziale Welt 56, S. 73–98.
- Wagner, Elke (2006): Authentische Kritiker: Autonomisierung durch ethische Expertise. Ad-Hoc-Gruppe: Autonomie als Naturverhältnis? Zur Ontologisierung von Freiwilligkeit. Vortrag auf dem 33. DGS-Kongress in Kassel, 9.–13.10.2006: Die Natur der Gesellschaft.