

1 Ausgangslage und Kritik

1.1 Ausgangslage

Inmitten eines häufig chaotisch wirkenden Wandels der Allianzen und Gegnerschaften ist es nicht leicht, offene Perspektiven, Durchblickbahnen, zu finden auf zukunftsfähige Modelle einer Gesundheitslandschaft von morgen. Der im Folgenden präsentierte Lösungsansatz will hier Orientierungspunkte und Bezugsbereiche aufzeigen. Natürlich erklärt sich ein Teil der das Gesundheitssystem belastenden und destabilisierenden Momente aus dem demographischen Wandel, der Entwicklung kostenintensiver Technologien und den steigenden Leistungsanforderungen bzw. Ansprüchen der Patienten. Aber es gibt noch einen anderen Grund, einen *inneren* Grund. Es bestehen große Unklarheiten hinsichtlich der Erkenntnismöglichkeiten und Verantwortungsbereiche der Akteure, Arzt, Patient, Gesellschaft, zum einen, dann jedoch auch hinsichtlich der anzuwendenden ethischen Konzepte, ihrer Reichweite und der Reichweite der medizinischen Ethik im konkreten Fall. Ärztliches Handeln ist rechtfertigungspflichtig, medizinrechtlich sowieso, vor allem jedoch in der ethischen Reflexion des therapeutisch Handelnden vor sich selbst, gegenüber dem Patienten und der Gesellschaft.

Festzustellen ist vorab zweierlei: Es ist *nicht* primäre Aufgabe der Medizinethik, ein mehr oder weniger befriedigendes Wirtschaftssystem zu kritisieren, solange die medizinethisch für erforderlich erachteten Belange finanziert werden und unabängiges therapeutisches Handeln möglich ist. Notwendig ist jedoch eine *Auseinandersetzung* mit politischen Verantwortungsträgern spätestens dann, wenn dies nicht oder nicht mehr gewährleistet ist. Zum anderen ist es auch *nicht* primär Aufgabe der Medizinethik, die unterschiedlichen philosophischen Ethikkonzepte, die sich teils überlappen, teils in einem Spannungsverhältnis stehen, auf einer *theoretischen* Ebene zusammenzuführen oder zu harmonisieren. Vielmehr hat die Medizinethik ganz im Sinne einer *praktischen Philosophie* sich zu fokussieren auf einen begründeten *Abgleich der Gesichtspunkte* in der konkreten Situation der ärztlich-therapeutischen Entscheidung. Diese Eingrenzung ist im Folgenden zu begründen. Auch wird zu zeigen sein, dass hierdurch eine viel höhere Entscheidungssicherheit und Entscheidungsqualität zu erreichen ist. Notwendig ist also trotz vieler ungeklärter und sogar divergierender theoretischer Fragen, zu einem praktischen Handlungskonzept medizinischer Ethik zu gelangen.

Zu bemerken ist, dass seit dem erfreulichen Zuwachs des Interesses für medizinethische Probleme, seit der Gründung von medizinethischen Akademien und Instituten europaweit eine große Zahl theoretisch hoch kompetenter Ethiker zu den

medizinethischen Fragestellungen gelangt sind. So erfreulich das damit einhergehende hohe theoretische Reflexionsniveau ist, wird darauf hinzuweisen sein, dass die Anschauung und Erfahrung der medizinischen Handlungssituation *von innen* elementar ist. Sie kann nur gewonnen werden im eigenen Handeln und Entscheiden sowie der Verantwortungsübernahme im Entscheiden selbst, in der es eben *nicht* um den theoretischen Abgleich – Annahme oder Verwerfung – und die bloße Diskussion ethischer Konzepte gehen kann. Wo wir nicht beteiligt sind, bleibt uns diese Erfahrung verschlossen.² Daraus resultiert die im Folgenden aufzugreifende Herausforderung, das Spezifische der ärztlich-therapeutischen Handlungssituation, die zugleich eine *Erkenntnis- und Entscheidungssituation* ist, zu *erfassen* und *darzustellen*.

Erforderlich ist es, diese *spezifische* Handlungssituation nach außen abzugrenzen und gerade dadurch einen Zuwachs an struktureller Klarheit und Transparenz nach innen zu erreichen für die dann medizinethisch zu rechtfertigende, verantwortliche Handlung. Zu beachten ist, gewissermaßen an der Nahtstelle von innen und außen, dass das ärztliche Handeln sich zugleich an der Hilfsbedürftigkeit und Personwürde des Patienten – nach innen – und dem Gleichheitsgedanken (Menschen- und Personrechte) nach außen orientiert. Das individuelle Wohl des Hilfsbedürftigen ist in verantwortlicher Weise durch den Arzt in Ausgleich zu bringen mit der Verpflichtung auf Gerechtigkeit im Einzelfall wie auch gegenüber der *Solidargemeinschaft* und dem *Gesundheitssystem*.

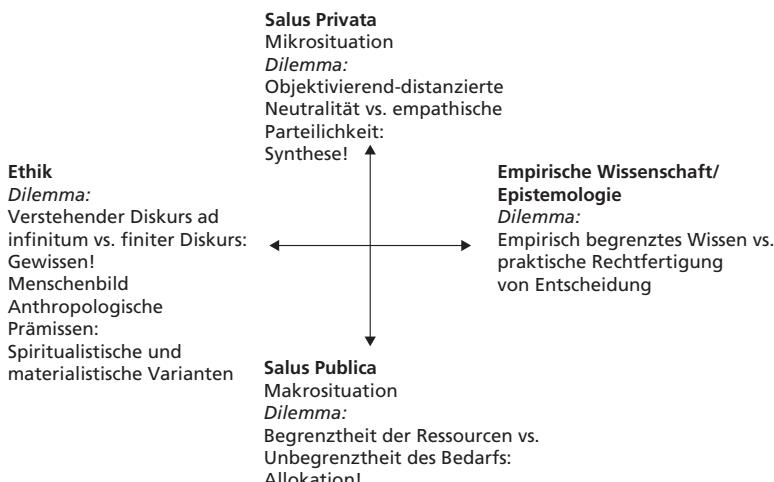


Abb. 1.1: Verantwortungsfelder der angewandten Ethik.

2 Dieser Hinweis setzt sich gewiss Angriffen aus. Er ist es jedoch wert, ernst genommen zu werden: Er führt zur Unterscheidung zwischen Rechenschaftspflicht des Arztes gegenüber nichtärztlicher, etwa rechtlicher Instanz (Ethik), die zu bejahen ist, und einer Mit-Entscheidung externer, nicht ärztlicher Instanzen, die zu verneinen ist, weil solche am ärztlichen Erkennen und Handeln selbst nicht beteiligt sind.

Obwohl die Grundstrukturen der ärztlichen Erkenntnis- und Handlungssituation seit den frühen Zeiten des Corpus Hippocraticum erhalten geblieben sind, hat sich ein grundlegender Wandel der Anforderungen ergeben: Zum einen durch die atemberaubende Erweiterung ärztlicher Handlungsmöglichkeiten durch den technologischen Fortschritt. Gewandelt hat sich aber auch die Auffassung des Menschen von sich selbst, also das *Menschenbild* und die jeweilige Gesellschaft, der sich der Mensch zuordnet.

Dass hier allenthalben ideologisch geprägte Versatzstücke drohen bzw. sich anbieten, ist auch für die therapeutische Handlungssituation unübersehbar. Hinter dieser stehen massive Interessen, etwa wirtschaftlicher Art (Patient als Kunde, Ziel: Gewinn), technokratischer Art (Mensch als Maschine, Ziel: Vereinfachung, Rationalisierung) oder soziologischer Art (Zuschreibung von Autonomie oder Fürsorgebedürftigkeit im Sinne interessengeleiteter Vorannahmen: Autonomie als Entlastung von Verantwortung für die Gemeinschaft; Fürsorgebedürftigkeit als Begründung manipulativer Steuerung).

Diese Gefährdungen hat der Arzt zu kennen und im Einzelfall zu erkennen. Er kann sie im *therapeutischen Handlungsfeld* nicht generell lösen. Auch das wird im Einzelnen begründet werden müssen und vor allem wird zu zeigen sein, wie in der konkreten ärztlichen Handlungssituation Autonomie und Fürsorge in einen angemessenen Ausgleich gelangen und menschenbildliche Schieflagen (Patient als Kunde, Patient als Maschine, Patient als bloß abhängiges Wesen, Patient als bloß autonomes Einzelwesen) erkannt und bewältigt werden können.

Mit ihren wachsenden technischen Möglichkeiten ist die Medizin in den letzten Jahrzehnten stetig in ethisches Neuland vorgestoßen. Am deutlichsten zeigt sich dies am Beginn des menschlichen Lebens und an seinem Ende. Vorab zu nennen sind vier Anwendungsfelder der Ethik und die darin grundsätzlich enthaltenen Dilemmata (► Abb. 1.1). Das ist zum einen das ethische Spannungsverhältnis von versteckendem Diskurs versus finitem Diskurs, das ist zum anderen die epistemologische Diskrepanz der empirischen Wissenschaften zwischen begrenztem Wissen und praktischer Rechtfertigung von Entscheidung, das ist drittens das Dilemma von objektivierend-distanzierter Haltung versus empathischer Parteilichkeit der Mikrosituation (*Salus privata*) und schließlich das Dilemma von begrenzten Ressourcen und Unbegrenztheit des Bedarfs, das Allokationsdilemma der Makrosituation (*Salus publica*).

Die ethische Position ist grundsätzlich eine kritische, also eine auf Entscheidung und Handlung hin angelegte. Sie beginnt mit einem Anruf als einem expliziten oder impliziten Problem. Dieses bestimmt, auf welches Ziel hin sie angelegt ist. Sie endet mit dem Erreichen dieses Ziels oder mit einer mehr oder weniger großen Katastrophe, einem Scheitern. Ethische Entscheidungen beruhen im konkreten Fall auf einer Reihe von Güterabwägungen. Diese orientieren sich im Rahmen des zu führenden Diskurses an einer ihrerseits unter Umständen umstrittenen Güterordnung. Begründungsbedürftig ist hierbei, wann und wo jeweils der Prozess des Diskurses zu einem Abschluss gebracht und somit durch eine Entscheidung und die darauffolgende zu verantwortende Handlung (Eingriff) eine veränderte, neue Situation herbeigeführt wird.

Veranschaulichen wir uns den ethischen und epistemologischen Argumentationsgang polar angeordnet auf einer Achse (► Abb. 1.1), so ergibt sich für die praktische Entscheidung Folgendes: Eine Fokussierung bzw. argumentative Abstützung einer Entscheidung auf die epistemologische oder andererseits die ethische Position bringt häufig eine tendenzielle Vernachlässigung des jeweils anderen Problemfeldes mit sich. So verlagert etwa ein konkrete empirische Daten unterbewertendes Konzept die Argumentation auf den ethischen Diskurs, unter Umständen einen solchen ad infinitum.³ Eine die Ethik unterbewertende Position geht stets einher mit einem die Epistemologie und vor allem die empirisch-erkenntnispraktischen Möglichkeiten überziehenden Ansatz.⁴ Beide Extremvarianten sind historisch zu belegen – ihr Scheitern ebenfalls. Ein Bezug auf Empirismus, Objektivismus und Reduktionismus und die von daher vertretene Annahme, die Datenlage sei ausreichende Grundlage ethischer Entscheidungen, übersieht außerdem den damit begangenen naturalistischen Fehlschluss. Die Wissenschaftsgläubigkeit im Bereich der Medizin führte zu einem beispiellosen ethischen Desaster bis hin zu der wissenschaftlich scheinbar begründeten Auffassung des sogenannten »lebensunwerten Lebens«. Fokussiert man dagegen einseitig auf den ethischen Diskurs ohne Berücksichtigung der epistemologischen Problemlage und der insoweit empirisch zu fassenden Fakten, so besteht das Risiko, die Wirklichkeit zu verkennen, also eines *idealistischen Selbstmissverständnisses*⁵. Damit besteht die Gefahr, sich in der Beliebigkeit des prinzipiell infiniten Diskurses zu verlieren und darüber die verantwortete Entscheidung und Handlung zu versäumen. Für das Moment der Beendigung des Diskurses wird der Begründungsbedarf teils anerkannt, teils auch verleugnet. Medizinhistorisch sind materialistische und spiritualistische Begründungsvarianten zu belegen, erstere beispielsweise im Biologismus und Naturalismus, die zweite, spiritualistische Variante findet sich etwa in der Medizin der Romantik, neuerdings auch als Erlösungsvorstellung, die dem Esoterikbereich zuzuordnen ist.

Diesen schwierigen Erkenntnis- und Entscheidungsnotwendigkeiten in Situationen mit dem »Charakter der Gefahr«, hervorgerufen durch Krankheit und Not nämlich, muss sich der Arzt stellen. Er ist gegenwärtig vor allem konfrontiert damit, das medizinisch-technisch Machbare mit den ökonomischen Möglichkeiten weitgehend in Einklang zu bringen. Hier ist jedoch eine *medizinethische Position* gefragt, die sich darüber im Klaren ist, dass sie einen Bedarf, im Sinne des therapeutischen Bedarfs, gegenüber der Politik und dem Gesetzgeber deutlich machen muss, dass sie aber die für erforderlich gehaltenen ökonomischen Ressourcen nicht einfach erzwingen kann. Die damit durch politische Vorgaben wechselnden Grenzen diesbezüglicher Handlungsmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten müssen aufgrund von Argumenten offengelegt, abgeglichen und verhandelt werden.

Medizinethische Ansätze, die sich mit sozialethischen Fragen beschäftigen, bleiben zu häufig vage und unklar, unentschlossen. Das liegt daran, dass die aktuell tonangebenden ethischen Konzepte zwar die ärztlich-therapeutische Handlungssi-

3 Im Kontrast zum naturalistischen Fehlschluss ist hier die Gefährdung zu erkennen, in einen »idealistischen Fehlschluss« zu geraten!

4 Anschauungsmaterialien in beide Richtungen zeigten sich in der Pandemiedebatte.

5 Kick 1999, 1998; Küng 1995.

tuation im Fokus haben, jedoch die Abgrenzung gegenüber Rahmenbedingungen unklar bleibt. Dadurch wird der Begründungszusammenhang der Verantwortlichkeiten intransparent und umständlich.

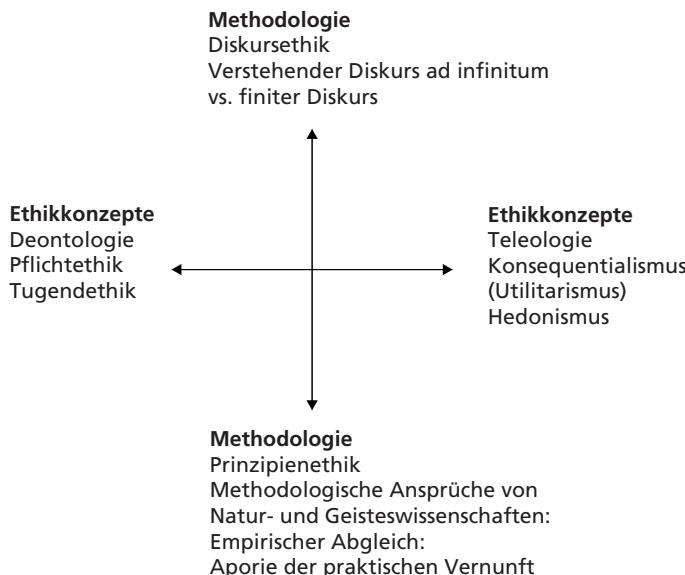


Abb. 1.2: Ethische Begründungskonzepte und Methodologie der Medizinethik. Der methodologische Gegensatz von Prinzipienethik und diskursethischem Ansatz darf als Herausforderung für einen weiterführenden Ausgleich gelten, der seinen Abschluss findet in einer konkreten existentiellen Entscheidung. Ethik in der Begegnung von Arzt und Patient: Hier greift das 3-Phasen-Prozessmodell der therapeutischen Situation (vgl. insbes. ► Kap. 7). Pflichtethische und konsequentialistische Ethikkonzepte sind sich gegenüberzustellen, sie bilden die Grundlage eines Ausgleichs, der in der existentiellen Entscheidung aufgehoben ist.

»Medizinethisches Handeln ist häufig so strukturiert, dass es sich auf das Besondere einer *Situation* einlässt und genau diese Partikularität zum Dreh- und Angelpunkt der Entscheidung nimmt.«⁶ Wenn das so ist, muss diese Situation spezifiziert, erläutert und begründet werden. Zu klären ist die Frage nach der *Struktur der Situation*, in der sich ärztlich-therapeutisches Erkennen und Handeln gestaltet und ethisch behaupten muss.

Angesprochen ist damit auch der Stellenwert der zur Verfügung stehenden allgemeinethischen Konzepte und methodologischen Ansätze, wie sie in der konkreten Handlungssituation Orientierung geben können (► Abb. 1.2). Pflichtethik und Konsequentialismus, *beide*, haben ihre Berechtigung in der ärztlich-therapeutischen Handlungssituation. Sie müssen gewichtet werden und können nicht stets in einen quasi geradlinigen und konsistenten Begründungszusammenhang gebracht werden,

⁶ Maio 2017, S. 48.

ohne das medizinethische Anliegen, den infrage stehenden und zu bewahrenden, in der therapeutischen Situation zu erreichenden Wert, als Sinnziel zu verfehlten. Dieser Abgleich kann mit einem diskursethischen Ansatz vorangebracht werden ohne die Illusion, hier stets und quasi algorithmisch zu einem eindeutigen Ergebnis zu gelangen. Vielmehr ist von einem solchen Diskurs primär und vor allem die Erfassung und Klärung der *dilemmatischen Konstellation* zu erwarten. Dies ist ein erhellendes Zwischenergebnis, das tugendethische Aspekte zusätzlich herausfordert, um die damit gegebene Krise der Entscheidung und im äußersten Fall die *Grenzsituation* durchzustehen. Dass ein alleiniger prinzipienethischer Ansatz häufig zu endlosen Begründungsrekursen führt, über die dann doch keine »letztbegründende« Einigkeit zu erzielen ist, ist für medizinethische Probleme weitgehend anerkannt. Wenn darauf aufmerksam gemacht wird, dass die Prinzipienethik mit der konkreten Lebenswelt oft erst in Verbindung gebracht werden müsse,⁷ so ist dem zuzustimmen, gleichzeitig jedoch klarzustellen, welche Lebenswirklichkeit des therapeutischen Handelns genau gemeint ist. Die sogenannte Care-Ethik⁸ ist ein diesbezüglicher Versuch; sie kann jedoch keine befriedigende Antwort geben,⁹ weil die Aufmerksamkeit zu einseitig auf das *Bedürfnis* der Person gerichtet ist. Verfehlt wird dabei die Auseinandersetzung mit dem, was als »Bedarf« zu erfassen wäre. Die entscheidende Frage ist damit ausgesprochen, wie diese Aspekte in der therapeutischen Handlungssituation zusammengeführt werden können, um zu einer aus ganzheitlicher Sicht ethisch vertretbaren Entscheidung zu kommen. Hermeneutische Ansätze bieten sich an,¹⁰ führen jedoch zu einem Abbruch eben dort, wo es um die Berücksichtigung und den bewertenden Umgang mit im medizinischen Alltag doch stets präsenten, nicht verständlichen »Fragmenten« geht. Richtig ist, dass hier die *Reflexion der Beziehung* der Akteure vollumfänglich tragend wird, zugleich aber aus dieser heraus als Grundlage der Entscheidung und des Handelns *Verständliches* und *Nichtverständliches* zu einer *ZwischenSynthese* zu führen ist, um zum verantwortlichen Handeln zu kommen.

Damit gelangt man zu der Frage, wo diese sehr *spezifische*, nämlich therapeutische Situation beginnt, wie und ob überhaupt sie die Komponenten des Erkennens und Handelns zu einem *Sinnziel der Hilfe*, dem Therapieziel, zusammenführt und damit zu einem Abschluss bringt: Wie also ist die Struktur der *therapeutischen Erkenntnis- und Handlungssituation* gekennzeichnet, in der medizinische Ethik zur Geltung kommen kann?

In der *medizinethischen* und *medizintheoretischen* Literatur der letzten Jahrzehnte ist u. W. nirgendwo die *Struktur* der *therapeutischen Situation* vertieft entfaltet worden. In der psychotherapeutischen Literatur taucht der Begriff gelegentlich auf, jedoch nur prozessual-deskriptiv, nicht als Orientierungsgesetzmäßigkeit mit eigenständiger Relevanz. Abgesehen von V. E. von Gebssattels¹¹ richtungsgebender Situationsanalyse, die außerhalb der anthropologischen Medizin und Psychiatrie

7 Maio 2017, S. 185 ff.

8 Conradi 2001.

9 Maio 2017, S. 186.

10 Gadamer 1993.

11 v. Gebssattel 1953.

kaum rezipiert wurde, ist die Relevanz der therapeutischen Situation für das medizinische, ethisch begründete Handeln bisher unbeachtet geblieben.¹²

1.2 Bisherige Ansätze und offene Fragen

Das Fehlen einer Begrifflichkeit für die therapeutische Situation und das Übersehen einer diesbezüglichen Relevanz für die medizinische Debatte bedeutet ein gravierendes Orientierungsdefizit und einen erheblichen Nachteil für die Entwicklung der Medizinethik der letzten Jahrzehnte. Es ist dies anhand vieler medizinethischer Veröffentlichungen zu belegen, die in ihren ethischen Schlussfolgerungen methodisch und inhaltlich vage bleiben. Hartmut Kreß¹³, der konsequent von einem allgemeinethischen Ansatz aus argumentiert und von daher bemerkenswerte Durchblickbahnen auf aktuelle medizinethische Problemsituationen eröffnet, erwähnt den Begriff der therapeutischen Situation¹⁴ zwar, zieht diesen jedoch nicht für die Fülle medizinethischer Problemstellungen heran. Er beklagt die Einseitigkeit des den medizinischen Alltag dominierenden objektiven Krankheitsbegriffs und erhofft sich aus der Dialogsituation heraus einen Gewinn an Beziehungsqualität, d.h. an Verständigung zwischen Arzt und Patient, aus der dann die »dialogische Verantwortungsethik«¹⁵, konkret, die ethisch vertretbare Handlung resultiert. Dies ist wichtig, bleibt jedoch, für medizinethische Belange methodisch zu allgemein, um die Bedeutung gleichzeitiger Berücksichtigung von subjektiven und objektiven Komponenten und deren personaler Integration in der konkreten therapeutischen Handlungssituation befriedigend aufzuzeigen.

Aufgrund des fehlenden Rückbezugs auf die Struktur der therapeutischen Handlungssituation kommt es zu charakteristischen Verwerfungen bereits auf der Ebene des Erkennens von Krankheit und Not, welche nur in ihrem subjektiv-objektiven Doppelaspekt¹⁶ adäquat zu erfassen ist. Besonders deutlich wird dies bei psychiatrischen Krankheitsbildern. In der prinzipienethischen Entwicklung einer *Patientenautonomie* als »Schlüssel-Kontroverse« der Therapie bleibt die Frage ungeklärt, wo diese aus *ethischen* Gründen therapeutisch relativiert werden darf und muss und worauf hin (!).¹⁷ Rehbock¹⁸ rekurriert nach einem existentiellen Ansatz doch schließlich wieder auf einfache Kriterienkataloge, wie sie im Rahmen prinzipienethischer Ansätze vorzufinden sind, an denen sich ethisches Verhalten und Ent-

12 Thomas 1969: Konrad Thomas hat den Situationsbegriff unter Bezugnahme auf die Phänomenologie von Husserl auf kulturell normvariante Abläufe der Beziehung von Subjekt und Gegebenheit praktisch angewandt.

13 Kreß 2009, S. 27.

14 Kreß 2009, S. 28.

15 Kreß 2008.

16 Heinz 2015.

17 Wiesemann, Simon 2013.

18 Rehbock 2005.

scheiden in der Praxis orientieren solle. Der existentielle Ansatz, der *philosophisch* konsequent entwickelt wird, bleibt gegenüber der konkreten therapeutischen Erkenntnis- und Entscheidungssituation unverbunden, ratlos. Dies liegt wesentlich daran, dass die Struktur der medizinischen Erkenntnis- und Handlungssituation nicht erfasst wurde.¹⁹ Das ist aber eine Bedingung, um zu verstehen, von welchen Voraussetzungen her und auf welche Sinnziele hin die medizinischen Entscheidungen getroffen werden sollen. Nicht jede medizinische bzw. therapeutische Erkenntnis- und Handlungssituation ist eine ethische Grenzsituation für den zur Entscheidung aufgerufenen Arzt. Sie wird es allerdings dann, wenn der Arzt konfrontiert ist mit Dilemmata, die unausweichlich zu einer Verletzung, wenn nicht gar zur Nichtbeachtung eines Wertes in dieser ganz spezifischen therapeutischen Entscheidungssituation führen, um einen anderen zu bewahren. Zwar soll die philosophische Ethik zur Lösung medizinethischer Probleme *beitragen* – sie kann es und muss es –, jedoch können und sollen innerhalb der akuten therapeutischen Handlungssituation – unter Zeitdruck etwa – nicht die theoretischen Probleme der philosophischen Ethik expliziert und gelöst werden.²⁰ Rehbock²¹ diskutiert die medizinethischen Fragen, die durch einen theoretisch-philosophischen Ansatz *nicht* geklärt werden können. Dem ist zuzustimmen, da die theoretischen Ansätze einer allgemeinen Ethik so lange nichts zu einer medizinethischen Entscheidung praktisch beitragen, als nicht die *Grundsituation*, innerhalb derer sie etwas beitragen sollen, geklärt ist. Sonst könnte eine therapeutisch verantwortlich, aus Fürsorge getroffene Entscheidung, um einem Patienten mit destabilisierter Autonomie unter Inkaufnahme einer vorübergehenden Einschränkung der Autonomie zur Restitution der Autonomie zu verhelfen, nachfolgend ungerechtfertigterweise als paternalistisch oder autoritär apostrophiert werden.

Heubel²² sieht die ärztliche Handlungssituation in direkter Abhängigkeit und im Zusammenhang mit dem sozialökonomischen System und Umfeld (Makrosituation). Diese Betrachtungsweise erschwert eine Auseinandersetzung mit diesem Umfeld aus der ärztlich-therapeutischen Position heraus: Sie überfordert den Arzt durch die gleichzeitige Beanspruchung als Therapeut und Agent einer Auseinandersetzung, die in eine Systemkritik mündet, münden muss. Das hat zur Folge, dass der Arzt als Therapeut sich in einer laufenden ökonomischen, im Grunde sozialpolitischen Auseinandersetzung nach außen befindet, was eine Überforderung bzw. zumindest eine Ablenkung vom ärztlichen Kerngeschäft der Therapie mit sich bringt. Ärztliches Handeln darf sich nicht abhängig machen vom umgebenden Wirtschaftssystem. Es ist allerdings abhängig von einer – politisch zu verantwortenden und durchgeführten – Finanzierung durch das jeweilige Wirtschaftssystem. Heubel, Kettner und Manzeschke²³ stellen wiederholt fest, dass »die Entlassung der Institution Krankenhaus aus öffentlicher Verantwortung« einen »moralisch relevanten Defekt« darstelle. Institutionell müsse gesichert sein, dass zwischen dem medizinisch

19 Rehbock 2005, S. 139.

20 Rehbock 2005, S. 64ff. (»Löst die Ethik die Probleme?«).

21 Rehbock 2005, S. 336.

22 Heubel 2012.

23 Heubel, Kettner, Manzeschke 2012, S. 93.

Angezeigten und dem finanziellen »Gewinninteresse« auf transparente Weise abgewogen werde. Transparenz alleine genügt jedoch nicht, da mit jeder therapeutischen Aktion die Spannungen mit der institutionellen Umgebung aufleben und als Konflikt ausgetragen werden müssten. Heubel schlägt den »Schutz der therapeutischen Interaktion« als *normative Vorgabe* sowohl für den Krankenhaussträger wie für eine sich selbst organisierende Profession vor. Wie das allerdings gewährleistet werden soll, bleibt ungeklärt angesichts der offensichtlichen Macht-Asymmetrie von Arzt und Institution bzw. kommerzialisierten Krankenhauskonzepten, die die Abwicklung der Therapie zwischen Arzt und Patient schlichtweg als »Leistungsaustausch« auf der Basis einer geschäftlichen Verhandlung betrachten. Das medizin-ethische Anliegen auf die »therapeutische Interaktion« zu begrenzen, greift zu kurz, weil es nicht nur um *rational verhandelbare*, sondern seitens des Patienten um *emotionale Anliegen* zudem im Status der Schwäche, des Leidens und Krankseins geht. Dieses Leiden kann nur beantwortet werden im Rahmen einer in seiner Komplexität klar erkannten und analysierten Gesamtsituation, in der wirtschaftliche Interessen und therapeutische Notwendigkeiten auch unterschieden werden können. Eine Reduzierung auf den Aspekt der *Interaktion* zwischen Arzt und Patient bedeutet eine Überforderung, da diese dem sozioökonomischen Druck der Umgebung schutzlos ausgesetzt ist, einem Druck, der sich selbst für hinreichend marktförmig begründet bzw. rational gerechtfertigt hält.

Wenn Wiesing und Marckmann²⁴ davon sprechen, dass der Arzt als »Doppel-Agent« gefordert sei, so ist damit eben diese Gegebenheit beschrieben, dass er als solcher zugleich dem individuellen Wohl des Patienten wie dem Allgemeinwohl, der Solidargemeinschaft, verpflichtet sei. Wiesing und Marckmann erkennen allerdings, dass dieses Problem grundsätzlich nicht mit einer Vergegenwärtigung der Verhältnisse und auch nicht mit einer Erweiterung der zur Verfügung gestellten Ressourcen zu lösen ist. Verdeutlicht werden muss die Problemlage vielmehr durch eine *Bewusstmachung des Handlungsfeldes* und einer Klärung der *Identität des Akteurs* in diesem Feld. Klare Identität ermöglicht die Übernahme unterschiedlicher Rollen, zum einen als Therapeut und zugleich als Rollenakteur in den komplexen sozial-politischen *Strukturen der Handlungssituation* nach außen. Solange der Zusammenhang von Identität und Handlungsfeld, Identität und Rolle nicht gelöst ist, bleibt die sogenannte Doppelagentenrolle nebulös, damit überfordernd. Sind die Gegebenheiten allerdings klar, liegt die Verantwortlichkeit des Arztes oder seiner Repräsentanten zuallererst darin, für die Zurverfügungstellung der medizinisch als erforderlich erkannten Ressourcen zu argumentieren und in den entsprechenden politischen Gremien diesbezüglich zu verhandeln. Für die getroffenen Entscheidungen sind die Repräsentanten und Mandatsträger der Gesellschaft sozialpolitisch verantwortlich.²⁵ Für ein Erkennen von individuellen Dringlichkeiten der Verteilung dagegen ist Erfahrung und Ethos des Arztes in der spezifischen ärztlichen

24 Wiesing, Marckmann 2009, S. 52 ff.

25 v. Engelhardt 2019.

Handlungssituation, die nicht in formalen Regeln aufgeht, erforderlich.²⁶ Zusätzlich notwendig ist ein *kompetenter Umgang mit Dilemmata* ineins und zusammen mit Kenntnis und Anerkennung situativer *Strukturen*, die Hilfe und Orientierung geben. Das eben soll in einem hier darzustellenden, medizinethisch vertretbaren Handlungskonzept unter Heranziehung und Erfassung der Struktur der therapeutischen Situation ermöglicht werden.

Wirtschaftspolitische, neoliberal inspirierte Lösungsansätze laufen darauf hinaus, dem Ansatz von Heubel diametral entgegengesetzt²⁷ (der eben durch Darstellung therapeutischer Erfordernisse nach außen auf das Wirtschaftssystem Einfluss nehmen möchte), gleichfalls ohne klar definierte Substruktur (Situationsgrenze) die Instrumente der Ökonomiewissenschaften in die ärztliche Tätigkeit zu transferieren. Entsprechend dem Wissenschaftsverständnis der Ökonomiewissenschaften sollen Krankheiten auf ihre objektivierbaren Aspekte (Merkmale) reduziert und daran anknüpfend die Wirksamkeit von Eingriffen festgestellt und von daher der Einsatz der Mittel bestimmt werden. Dieser Ansatz muss schon daran scheitern, dass das therapeutische Handlungsfeld vielschichtiger, Krankheit komplexer ist, als dass sie sich auf die objektivierende Ebene reduzieren ließen. Es ist ein klarer Mangel des gegenwärtigen Medizinbetriebes und maßgeblicher Vertreter der Ärzteschaft, hier dem einseitig objektivistischen Ansatz um des ökonomischen Trends willen gefolgt zu sein. So heißt es, Ärzte sollten zu Therapiemanagern werden und sollten endlich lernen, was im Hinblick auf die effiziente Führung des Unternehmens »Arztpraxis« und des Unternehmens »Krankenhaus« zu tun sei.²⁸ Angesichts eines solchen Maßes an erschreckender Orientierungslosigkeit seitens der Politik und leider auch eines nicht unerheblichen Teils der Ärzteschaft bezüglich der unterschiedlichen Charakteristika von therapeutischem und geschäftlichem Handlungsfeld ist es vordringlich, die anthropologischen und empirisch-faktischen Voraussetzungen des *therapeutischen Handelns* und der Regeln des *geschäftlichen Handelns* zu klären, was im Verlauf der weiteren Argumentation geschehen soll.

Hinzu kommt: Ein zukunftsweisendes Konzept muss Klarheit darüber schaffen, was die *Besonderheiten* des *therapeutischen Handlungsfeldes* ausmacht und zudem, welcher *Status den therapeutischen Akteuren*, welcher Schutz und welche Unterstützung seitens der Gesellschaft und der politischen Verantwortungsträger ihnen zu kommen muss, damit sie ihre Aufgabe des Erkennens und Behandelns von Krankheit erfüllen können. Wie im Weiteren gezeigt werden wird, verdeckt die Transferierung von ökonomischen Begrifflichkeiten in einen Bereich, in den sie nicht gehören, die Spezifität und Komplexität des therapeutischen Handlungsfeldes.

Wie die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte in unserem Gesundheitssystem zeigen, reicht ein Transfer allgemeinethischer Konzepte auf medizinethische Fragestellungen nicht aus. Solche Konzepte bedürfen nämlich in der Praxis jeweils für den medizinischen Einzelfall umständlicher Herleitungen, die ad hoc in der akuten

26 Eine Gesellschaft wird stets auf Ärzte angewiesen sein, die mehr zu geben bereit sind, als durch Geld auszugleichen oder durch rechtliche Regelungen zu erzwingen ist. Vgl. Sandel 2013: »What money can't buy«.

27 Heubel 2012.

28 Zitat nach Carstensen 1998.