

Florian Steger (Hg.)

Diversität im Gesundheitswesen

Verlag Karl Alber Freiburg / München

Florian Steger (Ed.)

Diversity in healthcare

Although diversity has been recognized as an important issue in healthcare for some years now, there are still controversies about the concept and its implementation. Therefore, it is central to discuss the ensuing questions with regard to their ethical implications: How can equal access to healthcare be guaranteed for all, regardless of their origin, culture, language, religion, gender or sexual orientation? What changes are needed to facilitate the participation of migrants and women at all levels of the healthcare professions? How do social attitudes towards homosexual, transsexual, and intersexual people and people with disabilities affect the healthcare provision for these groups?

The Editor:

Professor Dr. Florian Steger is director of the Institute of the History, Philosophy and Ethics of Medicine at Ulm University.

Florian Steger (Hg.)

Diversität im Gesundheitswesen

Obwohl Diversität seit einigen Jahren als wichtiges Thema im Gesundheitswesen erkannt ist, gibt es immer noch Kontroversen über dieses Konzept und dessen Umsetzung. So gilt es, u. a. folgende Fragen im Hinblick auf ihre ethischen Implikationen zu diskutieren: Wie kann ein gleichberechtigter Zugang zum Gesundheitswesen für alle garantiert werden, unabhängig von Herkunft, Kultur, Sprache, Religion, Geschlecht oder sexueller Orientierung? Welche Veränderungen sind erforderlich, um Migranten und Frauen eine Teilhabe auf allen Ebenen der Gesundheitsberufe zu ermöglichen? Wie wirken sich gesellschaftliche Einstellungen zu homosexuellen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen sowie Menschen mit Behinderung auf die Gesundheitsversorgung dieser Gruppen aus?

Der Herausgeber:

Professor Dr. Florian Steger ist Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Ulm.



Originalausgabe

© VERLAG KARL ALBER
in der Verlag Herder GmbH, Freiburg / München 2019
Alle Rechte vorbehalten
www.verlag-alber.de

Satz: SatzWeise, Bad Wünnenberg
Herstellung: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

ISBN 978-3-495-49028-0

Inhalt

Florian Steger
Einleitung 11

Moralische Vielfalt – Vielfalt im Behandlungsteam

Michael Coors
Moralische Diversität.
Grenzen und Notwendigkeit moralischer Vielfalt im Gesundheitswesen 29

Manuel Willer
Interprofessionelle Diversität und Indikation 46

Soziale Ungleichheiten –
Konsequenzen für die medizinische Versorgung

Richard Peter
Medizinische Versorgung.
Soziale Einflüsse auf Inanspruchnahme und Behandlung 69

Sara Lena Schröder
Diversität in der gesundheitlichen Versorgung.
Die Herausforderung sozialer Ungleichheiten 88

Globale Herausforderungen – Internationalität – Potential der Künste

Frank Kressing

International diversity in health care.

A critical review of the importance and handling of
global health issues 109

Christian Lenk and Susan Hall

Access to health care in emerging and industrialised nations.

A comparison between South Africa and Germany 128

Doris Titze

Dresden farbig.

Kulturelle Initiativen im Kontext integrativer Arbeit mit
Geflüchteten 162

Eva Meschede

Kunsttherapie im interkulturellen Kontext.

Ein ressourcenorientierter Ansatz in der therapeutischen
Begleitung geflüchteter Jugendlicher 186

Katharina Fürholzer

Ethik und Ästhetik der Repräsentation.

Künstlerische Darstellungen von Diversität aus der Perspektive
der Medical Humanities 205

Menschliche Verschiedenheit – ein Plädoyer für die Diversität des Menschen

Josef N. Neumann

»Behinderung« – Anormalität oder Ausdruck
menschlicher Lebensvielfalt?

Das Verschiedensein der Menschen in anthropologisch-
gesellschaftlicher und ethischer Perspektive 223

Giovanni Rubeis

Liberal eugenics and selecting against disability 241

Marcin Orzechowski

Designer babies.

A chance of challenge for societal diversity? 257

Marcin Orzechowski and Florian Steger

Social diversity under threat?

Debates about prenatal genetic diagnostics in

Germany and Poland 275

Sexuelle Vielfalt

Martin Plöderl und Roman Winkler

Sexuelle Orientierung im Gesundheitswesen.

Umgang mit einer unsichtbaren Diversity-Dimension 299

Livia Prüll

Diversität in medizinischen Einrichtungen.

Transgender als Beispiel 318

Diversität des Menschen – Diversität des Lebens

Karl-Heinz Menzen

Von der Diversität des Lebens.

Ein fiktives Gespräch zwischen einer Neurobiologin und

einem Quantenphysiker 341

Autor*innenverzeichnis 357

Einleitung

Unsere Gesellschaft ist in vielfacher Hinsicht von Pluralität gekennzeichnet. Verschiedene Wertevorstellungen, unterschiedliche soziale Prägungen, kulturelle und politische Überzeugungen sowie diverse Positionen zu ethischen Fragen bestimmen unser gemeinsames Leben. Ein besonderes Spannungsfeld entsteht dabei im Bereich der Medizin, der Gesundheitsversorgung im weiten Sinn. Konflikte treten beispielsweise auf, wenn die Konzepte der individuellen Entscheidungsfreiheit und pluralistischen Gesellschaftsordnung mit den Pflichten der Medizin, wie dem verantwortlichen und fürsorglichen Handeln, in Einklang zu bringen sind. Soziale Veränderungen, demografische Entwicklungen und die wachsende Diversifizierung der Gesellschaft gehören zu den zentralen Themen, mit denen das Gesundheitswesen heute konfrontiert ist. Die Zunahme an interkulturellen Herausforderungen im medizinischen Bereich wurde bereits im Jahr 2005 in der *Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa* festgehalten. Unter anderem wird dort auf die enge Beziehung zwischen gesellschaftlicher Vielfalt und medizinischer Versorgung hingewiesen:

Migration, ethnische und kulturelle Vielfalt, Gesundheit und Gesundheitswesen sind in vielerlei Hinsicht miteinander verbunden. Bedingt durch weltweite Migration, die Globalisierung und die europäische Erweiterung wird Europa auch auf lokaler Ebene immer vielfältiger.¹

In ähnlicher Weise weist die World Health Organization auf die Herausforderungen hin, die mit dem Begriff Diversität im Gesundheits-

¹ Die Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa. http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_deutsch.pdf (abgerufen 20.7.2018).

wesen verbunden sind.² Die gesellschaftliche Vielfalt stellt eine große Aufgabe für das Gesundheitswesen im Hinblick auf die Qualitätssicherung in der Versorgung dar. Gerade Minderheitengruppierungen laufen Gefahr, in der Gesundheitsversorgung nicht den gleichen Zugang und dann auch nicht die gleiche Versorgungsqualität zu erhalten wie die anderen. Es besteht also das Risiko, dass den spezifischen Bedürfnissen von Minderheiten in der Gesundheitsversorgung nicht hinreichend Rechnung getragen wird.

Auch wenn die Bedeutung von Diversität für Fragen von Gesundheit und Krankheit seit fast zwei Jahrzehnten von Expert*innen hervorgehoben wird,³ bestehen Kontroversen über das Konzept und seine Umsetzung bis heute. Bislang wurden in einem überschaubaren Rahmen Maßnahmen umgesetzt, die zu einem Gesundheitswesen führen könnten, in welchem gesellschaftliche Vielfalt nicht als abweichende Realität wahrgenommen, sondern integriert wird. Mit dem fortschreitenden Prozess der Globalisierung und dem strukturellen Wandel moderner Gesellschaften sollte eine Diversität in der Medizin deutlich mehr in den Vordergrund treten. In seiner grundlegenden Form konzentriert sich Diversität auf den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle, die sie brauchen: »Diversity in healthcare is a concept that aims at improving the health care of patients and at enhancing health equity.«⁴

Kultur und ethnische Zugehörigkeit sind in ihrem Pluralismus ein fester Bestandteil der modernen europäischen Gesellschaften und daher ein integraler Bestandteil des modernen Gesundheitswesens: Das betrifft vor allem die Kommunikation, die Entscheidungsfindung und die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit.⁵ Patient*innen anderer ethnischer oder kultureller Herkunft gehören in Bezug auf die Gesundheitsversorgung, den Zugang zu einer medizinischen Versorgung, der Beschäftigung in Gesundheitsdiensten und der Gesundheitskompetenz zu gefährdeten Gruppie-

² World Health Organization: International Migration, Health and Human Rights. Geneva 2013. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOCHRPublication.pdf (abgerufen 20.7.2018).

³ Florian Steger (Hg.): Was ist krank? Stigmatisierung und Diskriminierung in Medizin und Psychotherapie. Gießen: Psychosozial 2007.

⁴ Ruth Kutalek: Diversity competence in medicine: equity, culture and practice. In: Wiener Klinische Wochenschrift 124 [Supplement 3] (2012), S. 3–9.

⁵ Florian Steger: Gesundheitsängste – eine historische Perspektive. In: Hans-Wolfgang Hoefert, Christoph Klotter (Hg.): Gesundheitsängste. Lengerich 2012, S. 25–32.

rungen. Zum einen sind sie oft schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen ausgesetzt, die sich auf deren Gesundheitszustand auswirken. Zum anderen ist ihr Zugang zur Gesundheitsversorgung durch eine Reihe von politischen, administrativen und kulturellen Ursachen eingeschränkt. Einige dieser Hindernisse sind unzureichende rechtliche Ansprüche, sprachliche Barrieren, unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit oder schlichtweg Rassismus.

Häufig resultieren Kommunikationsprobleme zwischen Patient*innen und Gesundheitsfachkräften weniger aus tief verwurzelten philosophischen Überzeugungen zu Fragen von Gesundheit und Krankheit, sondern sind vielmehr allgemeinen Kommunikations- und Sprachbarrieren geschuldet. Schwierigkeiten in der Kommunikation können zu unnötigen Untersuchungen und längeren Klinikaufenthalten führen. Die Bereitstellung von Informationsmaterial für fremdsprachige Patient*innen in ihrer jeweiligen Landessprache und eines leicht zugänglichen sowie kostenlosen professionellen Dolmetscherdienstes gehören zu den zentralen Mitteln, um die Zugangsbarrieren im Gesundheitswesen zu verringern. Zweifelsohne ist die Sprache ein wichtiges Thema für die Sicherstellung einer guten Gesundheitsversorgung.

Kulturelle Kompetenz ist eine zentrale Anforderung an unsere moderne Gesundheitsversorgung. Gelungene Kommunikation von Ärzt*innen und Gesundheitsfachkräften mit Patient*innen unterschiedlichen ethnischen und kulturellen Hintergründen kann zu besseren Gesundheitsergebnissen führen, die Arbeitseffizienz im Umgang mit Patient*innen verbessern, den gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitswesen gewähren und die Patient*innenzufriedenheit und vor allem deren Lebensqualität steigern.

Die Bedeutung der kulturellen Pluralität im Gesundheitswesen hat noch einen weiteren wichtigen Aspekt: Nicht nur die Patient*innen, sondern auch die Ärzt*innen und weiteren Gesundheitsfachkräfte haben heute einen vielfältigen kulturellen und ethnischen Hintergrund. Der Mangel an medizinischem Fachpersonal in Europa wird weiterhin zunehmen und in der Zukunft eine wachsende Herausforderung darstellen. Zugewanderte Arbeitskräfte werden immer mehr in Europa und speziell auch in Deutschland sowohl für die grundlegende Pflege von kranken und älteren Menschen als auch als Ärzt*innen und Wissenschaftler*innen gebraucht werden; andernfalls wird die Patient*innenversorgung im Gesundheitswesen nicht mehr in gleicher Qualität gewährleistet werden können. Gesund-

heitsfachkräfte werden dringend gebraucht, so insbesondere um die Pflege zu verstärken und zu unterstützen. Doch sind die Arbeitsbedingungen für die Fachkräfte aus dem Ausland an vielen Stellen kritikwürdig. In einer Studie der Hans-Böckler-Stiftung wird neben den schlechteren Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen für Fachkräfte aus dem Ausland auch noch ein ausländerfeindliches Ressentiment von Seiten der zu Pflegenden aus betont, das bis zum Rassismus reicht.⁶ Zudem muss eine (fach-)sprachliche Qualität der Verständigung durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen sichergestellt werden, allerdings ohne dass durch zu hohe Anforderungen bei den Fachspracheprüfungen notwendige und qualifizierte Arbeitskräfte dem Gesundheitswesen verloren gehen.⁷ Darüber hinaus sollte die Zusammensetzung des Gesundheitswesens idealerweise die Zusammensetzung der Bevölkerung widerspiegeln.⁸ Eine stärkere Integration von Migrant*innen als Beschäftigte im Gesundheitswesen ist insofern auch deshalb anzustreben.

In einem solidarischen Gesundheitswesen sollte allen Patient*innen gleicher Zugang zu medizinischen Leistungen gewährt werden, ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft, sexuellen Orientierung oder ihrer Religion. In einer zunehmend pluralistischen Gesellschaft können sich hier jedoch bedeutende ethische Herausforderungen stellen, wenn zu fragen ist, inwiefern religiöse Werte in der medizinischen Praxis berücksichtigt werden. Religionsfreiheit ist einer der zentralen Werte in demokratischen Gesellschaften. Doch gibt es zahlreiche medizinische Verfahren, die aus religiösen Überzeugungen herrühren, und keinen direkten therapeutischen Nutzen haben. Man könnte gar von einer religiös begründeten Handlungsindikation sprechen. Es sind gerade diese Verfahren, an welchen sich rasch ethische Dilemmata entwickeln. Zu nennen ist hier etwa die Beschneidung minderjähriger Männer oder gar die weibliche Genitalbeschneidung. In solchen Situationen steht der Respekt für religiöse Praktiken dem gesundheitlichen Wohl der Patient*innen gegenüber. Wenn dieser Konflikt zwischen dem individuellen Recht auf Religionsfreiheit und

⁶ Hildegard Theobald: Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden (pdf), Study der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 383, (unter Mitarbeit von Holger Andreas Leidig) August 2018. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_383.pdf (abgerufen 6.8.2018).

⁷ Florian Steger: Medizinische Terminologie. 4. Aufl. Göttingen 2018.

⁸ Halime Celik, Tineke A. Abma, Guy A. Widdershoven, Frans C. B. van Wijmen, Ineke Klinge: Implementation of diversity in healthcare practices: Barriers and opportunities. In: Patient Education and Counseling 71 (2008), S. 65–71.

dem Schutz von Leben und Gesundheit nicht gesetzlich geregelt ist, wird die Verantwortung für die Entscheidung über einen medizinischen Eingriff auf die behandelnden Ärzt*innen übertragen. Sowohl bei einer gesetzlichen Regelung als auch bei einer individuellen ärztlichen Entscheidung kann es zu ethischen Konflikten kommen: Denn Ärzt*innen sollen zwar entsprechend den Wünschen der Patient*innen handeln, fühlen sich aber auch ihren eigenen Wertvorstellungen, ihrem Gewissen, verpflichtet.⁹ Dies kann beispielsweise bei einem Schwangerschaftsabbruch zu Konflikten führen. Besonders deutlich sind diese Dilemmata bei Fragestellungen am Lebensanfang, so auch bei der Pränataldiagnostik oder der In-vitro-Fertilisation.¹⁰ Ebenso konfliktreich sind Situationen, in denen eine medizinische Behandlung notwendig ist, die von den Patient*innen aber aus religiösen Gründen abgelehnt wird – zum Beispiel, wenn Zeug*innen Jehovas eine Bluttransfusion verweigern. Es stellen sich also viele Fragen über die Rechte und Pflichten innerhalb der Patient*innen-Ärzt*innen-Beziehung, einmal mehr in einem globalen Kontext mit einer Polyphonie von Werten, die auch eine Offenheit und Toleranz in Fragen der Sexualität umfasst.

Sensibilität für Fragen der Geschlechterdifferenz und sexuelle Diversität sollte auch ein wichtiges Ziel der Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik sein.¹¹ Menschen sollten unabhängig von ihrem Geschlecht und ihrer sexuellen Orientierung gleichen Zugang zu Gesundheitsressourcen erhalten.¹² Dabei sollten den geschlechtsspezifischen Gegebenheiten angemessen Rechnung getragen werden. Es ist hinreichend bekannt, dass bei der Gesundheitsversorgung ein geschlechterbezogener Unterschied in der Behandlung bei gleichen Zugangsmöglichkeiten dringend geboten ist. Auch homosexuelle, bi-

⁹ Florian Steger: Kann man die religiös begründete Beschneidung an minderjährigen Jungen medizinethisch rechtfertigen? In: Ders. (Hg.): *Bedroht Entscheidungsfreiheit Gesundheit und Nachhaltigkeit? Zwischen notwendigen Grenzen und Bevormundung*. Münster 2014, S. 57–73.

¹⁰ Florian Steger, Marcin Orzechowski und Maximilian Schochow (Hg.): *Pränatalmedizin. Ethische, juristische und gesellschaftliche Aspekte* (Angewandte Ethik – Medizin, 2). Freiburg: Alber 2018.

¹¹ Ulrich M. Gassner und Florian Steger: *Geschlechtergerechte Medizin – juristische und ethische Aspekte*. In: Ulrich M. Gassner, Julia von Hayek, Alexandra Manzei und Florian Steger (Hg.): *Geschlecht und Gesundheit* (= Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven, 1). Baden-Baden 2018 [im Druck].

¹² Marek Glezermann: *Frauen sind anders krank. Männer auch. Warum wir eine geschlechtsspezifische Medizin brauchen*. München 2018.

sexuelle und trans*- sowie inter*idente Menschen werden hier oft unangemessen versorgt.¹³ Oft haben diese Menschen aufgrund von Stigmatisierung durch heteronormative Einstellungen von Ärzt*innen und anderen Gesundheitsfachkräften Schwierigkeiten, den gleichen Zugang zu Gesundheitsdiensten zu erhalten.¹⁴ Darüber hinaus ist das Gesundheitswesen durch ein ungleiches Geschlechterverhältnis bei den Mitarbeiter*innen, durch organisatorische Hindernisse in der Karriereentwicklung von Frauen und durch eine Unterrepräsentation von Frauen in Entscheidungsgremien gekennzeichnet.¹⁵ Das Gesundheitswesen muss sich daher auch der Herausforderung einer Gendersensibilität stellen. Das beinhaltet die Kompetenz von Ärzt*innen und darüber hinausgehenden Gesundheitsfachkräften, bestehende geschlechtsspezifische und sexuelle Unterschiede wahrzunehmen und diese in ihre Entscheidungen und Handlungen zu integrieren. Gendersensibilität kann die Qualität medizinischer Versorgung und den Zugang der Patient*innen zur Gesundheitsversorgung verbessern, im andern Fall führt dies zu einer Diskriminierung und schlechten Gesundheitsversorgung von Minderheitengruppierungen.

Um einer heterogenen Patient*innenpopulation gerecht zu werden und einen hohen Standard bei der medizinischen Versorgung zu erreichen, ist eine avancierte Strategie zur Bewältigung der sich durch die Diversität stellenden Herausforderung im Gesundheitswesen erforderlich. Der erste Schritt für eine effektive Strategie besteht darin, Hindernisse und Möglichkeiten für einen ernsthaften Umgang mit Vielfalt im Gesundheitswesen in den Blick zu nehmen und Lösungsstrategien zur Diskussion zu stellen. Hierzu soll mit diesem Band durch die folgenden Aufsätze, die dem Thema angemessen sowohl in englischer als auch in deutsche Sprache verfasst sind, ein Impuls gegeben werden.

¹³ Maximilian Schochow, Saskia Gehrmann, Florian Steger (Hg.): *Inter* und Trans*identitäten. Ethisch, soziale und juristische Aspekte* (Beiträge zur Sexualforschung, 102). Gießen: Psychosozial 2016.

¹⁴ Grayce Alencar Albuquerque, Cinta de Lima Garcia, Glauberto da Silva Quirino, Maria Juscinaide Henrique Alves, Jameson Moreira Belém, Francisco Winter dos Santos Figueiredo, Laércio da Silva Paiva, Vânia Barbosa do Nascimento, Érika da Silva Maciel, Vitor Engrácia Valenti, Luiz Carlos de Abreu, Fernando Adami: *Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review*. In: *BMC International Health and Human Rights* 16 (2016), doi 10.1186/s12914-015-0072-9.

¹⁵ Martina Oldhafer (Hg.): *Spitzenfrauen! Medizinerinnen in Führungspositionen und Top-Management*. Berlin 2017.

Der Band wird mit dem Themenfeld »Moralische Vielfalt – Vielfalt im Behandlungsteam« eröffnet. Zu Beginn steht der Beitrag von Michael Coors »Moralische Diversität. Grenzen und Notwendigkeit moralischer Vielfalt im Gesundheitswesen«. Medizinethische Reflexion zielt, so Coors, auf die Überwindung moralischer Diversität, um in klinischen Entscheidungssituationen eindeutige, für alle verbindliche Handlungsempfehlungen zu erarbeiten. Das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung erkennt zugleich eine Diversität individueller moralischer Güter an. Derartige Güter sind Ergebnisse einer Diversität sozialer Prägungen. Ethische Urteilsbildung und die Ausbildung einer moralischen Identität kommen so als wesentliche Aspekte der Konstruktion der kulturellen Identität von Individuen in den Blick. Individuen wiederum können sich auf die Verfolgung gemeinsamer sozialer Güter verständigen, um beispielsweise eine Gruppenidentität zu bilden. Die Frage nach einheitlichen normativen Prinzipien, die Geltung für alle beanspruchen können, ist nach Coors Ausdruck solch einer gemeinsamen Orientierung an den Gütern des helfenden Handelns und der Konfliktvermeidung.

Von der moralischen Vielfalt zur Diversität der Akteur*innen im Gesundheitswesen geht Manuel Willer in seinem Aufsatz »Interprofessionelle Diversität und Indikation«. Willer betrachtet die medizinische Indikation als Prinzip einer handlungsleitenden Entscheidungsfindung. Dieser liegen zwei Dimensionen zugrunde: Neben der fachlich-methodischen Beurteilung einer Situation prägen persönlichkeits- und wertebezogene Faktoren die Indikationsstellung. Willer zeigt in seinem Beitrag, dass diese beiden Dimensionen ein Feld von Diversität sein können. Dementsprechend können sowohl fachlich-methodische als auch wertebezogene Positionen zwischen verschiedenen Beteiligten in einem komplexen Behandlungsprozess eine wichtige Rolle spielen. Nach Willer seien für die Indikationsstellung weniger die Differenzen zwischen Ärzt*innen und anderen Gesundheitsfachkräften sowie Patient*innen bedeutend als vielmehr die Vielfalt innerhalb von Behandlungsteams. Daher sei der Begriff der Diversität geeignet, das in der klinischen Praxis nach wie vor bestimmende Konzept der ärztlichen Indikation kritisch zu hinterfragen und wichtige ethische Fragen in Bezug auf die Indikation zu diskutieren.

Von der Diversität der Werte und der Akteur*innen im Gesundheitswesen geht es unmittelbar zur Frage des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, wenn im folgenden Themenfeld »Soziale Ungleichheiten – Konsequenzen für die medizinische Versorgung« in den

Blick kommen. Richard Peter fragt in seinem Beitrag »Medizinische Versorgung. Soziale Einflüsse auf Inanspruchnahme und Behandlung«, ob soziale Einflüsse auf die medizinische Versorgung in Deutschland existieren. Zentrale Ergebnisse der Versorgungsforschung zeigen, so Peter, dass unterschiedliche soziale Schichten in unterschiedlichem Ausmaß von der medizinischen Versorgung profitieren. Dies betrifft den Zugang zur Versorgung und die Inanspruchnahme der Versorgung sowie in geringerem Ausmaß auch die Behandlung. Vor diesem Hintergrund diskutiert Peter, inwieweit eine solche medizinische Versorgung gerecht ist und wie eine gerechte Versorgung aussehen könnte. Dabei werden egalitäre und nonegalitäre Positionen zur Gerechtigkeit in der medizinischen Versorgung berücksichtigt.

An diese grundlegenden Überlegungen schließt Sara Lena Schröder mit ihrem Aufsatz »Diversität in der gesundheitlichen Versorgung. Die Herausforderung sozialer Ungleichheiten« an. Schröder fokussiert dabei auf das Beispiel der koronaren Herzkrankheit, wenn sie der Frage nachgeht, inwieweit sich die Erbringung gesundheitlicher Versorgungsleistungen in Deutschland aufgrund von sozialer Diversität unterscheidet. Aufbauend auf den Ergebnissen einer systematischen Recherche der internationalen Literatur und einer qualitativen Studie zeigt Schröder, dass sozioökonomische Ungleichheiten bei koronarer Herzkrankheit hauptsächlich im Rahmen der Diagnose und bei der elektiven Versorgung geringerer Schweregrade auftreten. Vor allem Unterschiede in der subjektiven Bedarfsbewertung der Patient*innen bei der Interpretation ihrer Symptome führen zu Ungleichheiten in der Versorgung der koronaren Herzkrankheit. Um eine gleichberechtigte bedarfsorientierte Versorgungsanspruchnahme für alle zu gewährleisten, sollten vor allem Unterschiede im Behandlungswissen, Krankheitsverständnis und der übernommenen Rolle in der Versorgung abgebaut werden.

Die zentrale Frage des Zugangs zur Gesundheitsversorgung bleibt fest im Blick, wenn in dem sich anschließenden Themenfeld »Globale Herausforderungen – Internationalität – Potential der Künste« der Blick noch weiter, nun auf die internationale Dimension der Fragen von Diversität im Gesundheitswesen gerichtet wird. Dabei wird im zweiten Teil dieses Themenfelds – ganz im Sinn eines pluralen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit – auf die Diversität des Verstehens und der therapeutischen Angebote abgehoben, wenn künstlerische und kunsttherapeutische Auseinandersetzungen in den

Blick kommen. Den Auftakt macht Frank Kressing mit seinem Aufsatz »International diversity in health care. A critical review of the importance and handling of global health issues«. Kressing stellt zunächst verschiedene Definitionen von Global Health vor und lenkt dann den Blick auf die ethischen und kulturbezogenen Facetten dieses Begriffs. Anschließend geht er über zu den sozialen Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und fokussiert dabei auf die südliche Erdhälfte: Medizinischer Pluralismus kann, so Kressing, teilweise als Folgewirkung des eingeschränkten Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen verstanden werden und medizinischer Tourismus als vermeintliche Antwort auf die weltweit extrem ungleiche Verteilung entsprechender Zugangsmöglichkeiten. Kressing führt Fallstudien aus Bolivien und Nordwestindien aus. Methoden der Alternativ- und Komplementärmedizin, auch traditioneller ethnomedizinischer Heilweisen, seien zunehmend einer Kommerzialisierung ausgesetzt. Schließlich behandelt Kressing die Internationalisierung des Medizinstudiums und den damit schwer eingrenzbaeren Bedeutungsgehalt des Begriffs Global Health in der öffentlichen Diskussion.

Auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung gehen auch Christian Lenk und Susan Hall in ihrem Aufsatz »Access to health care in emerging and industrialised nations. A comparison between South Africa and Germany« ein. Gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen kann, so Hall und Lenk, als eines der Schlüsselkonzepte der Medizinethik in der Analyse von Gesundheitssystemen gelten. In einem Gesundheitssystem wird das Recht des Individuums, angemessene medizinische Versorgung zu erhalten, von Regeln für den Zugang und die Verteilung von Ressourcen bestimmt. Die Autor*innen vergleichen die Situation in Deutschland mit der in der Republik Südafrika und ziehen damit Beispiele für ein industrielles und ein sogenanntes Schwellenland heran. Dabei gehen sie einerseits der Frage nach, welche Unterschiede auf der normativen Ebene zwischen beiden Ländern als Typen der Gesundheitsversorgung bei unterschiedlichen kulturellen, sozialen und ökonomischen Bedingungen bestehen. Andererseits fragen sie, ob eine Konvergenz in der Entwicklung der Gesundheitssysteme in der Zukunft als möglich und erstrebenswert erscheint. Diese Frage stellt sich insbesondere vor dem Hintergrund gegenwärtiger Trends zu Migration und Diversität in den afrikanischen und europäischen Staaten, welche eine angemessene Gesundheitsversorgung des Einzelnen – unabhängig von sozialen,

ethnischen und politischen Eigenschaften – verlangen. Es werden Differenzen und Ähnlichkeiten beider Gesundheitssysteme beschrieben und besondere Probleme vulnerabler Gruppen beim Zugang zu Gesundheitsleistungen identifiziert.

Die Internationalisierung und globale Migration hat zu einer Reihe von Herausforderungen in Deutschland geführt. Doris Titze geht dabei mit ihrem Beitrag »Dresden farbig. Kulturelle Initiativen im Kontext integrativer Arbeit mit Geflüchteten« *medias in res*, wenn sie nach Dresden blickt. Die sächsische Landeshauptstadt ist offensichtlich zum Brennpunkt gesellschaftlicher Widersprüche geworden und steht seit 2014 stellvertretend für generelle Ängste und Ressentiments gegenüber Geflüchteten und Fremden. Doch diese Kristallisation hat vielfältige kulturelle, künstlerische und therapeutische Initiativen hervorgebracht, deren integrative Wirkung Titze in ihrem Aufsatz in den Blick nimmt: Künstlerische Aussagen umgehen viele Sprachbarrieren, auch wenn diese, wie Titze es formuliert, kulturell entziffert werden müssen. Sie sind konstruktiv, weil sie sogar im Dagegensetzen etwas Greifbares schaffen. Auf lange Sicht wird man eine künstlerisch-therapeutische Vernetzung im Gesundheitswesen, auch außerhalb des Migrationskontextes, nicht entbehren können, so Titze.

Genau hier findet Eva Meschede mit ihrem Aufsatz »Kunsttherapie mit jungen Flüchtlingen. Ein interkultureller Ansatz in der therapeutischen Begleitung geflüchteter Jugendlicher« unmittelbar einen Anschluss. Kriegs- und Fluchterfahrungen sowie die unsichere Ankunftsphase im Gastland sind, so Meschede, besonders für junge Geflüchtete belastend und führen auch zu Traumatisierungen. Die Autorin nimmt zunächst auf die psychosoziale Situation dieser Jugendlichen Bezug, bevor sie auf einen kunsttherapeutischen Arbeitsansatz eingeht, dem ein bestimmtes Konzept des »Transkulturellen Übergangsraums« zugrunde liegt. Anhand praktischer Beispiele aus einem Offenen-Atelier-Setting mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen wird das kunsttherapeutische Vorgehen verdeutlicht, das vornehmlich auf psychische und emotionale Stabilisierung sowie auf die Förderung der Resilienz abzielt.

Schließlich weitert Katharina Fürholzer mit ihrem Beitrag »Ethik und Ästhetik der Repräsentation. Künstlerische Darstellungen von Diversität aus der Perspektive der Medical Humanities« den Blick – ganz im Sinn der Diversität – noch einmal weiter. Denn die spezifische Ästhetik der Sprache und Kunst kann in besonderem Maß für

die biomedizinischen, psychologischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit, Krankheit und den damit verbundenen Formen von Diversität sensibilisieren. Kunst bietet daher, so Fürholzer, für die Gesellschaft im Allgemeinen und das Gesundheitswesen im Konkreten hohe Potenziale. Die Autorin geht in ihrem Aufsatz der Frage nach den ästhetischen Sprach- und Darstellungsweisen von Diversität nach. Dem schließt sich die Überlegung an, inwiefern dem Gesundheitswesen hierbei auch eine gewisse Verantwortung zukommt. Fürholzer analysiert sowohl die allgemeine Ästhetik der Sprache als auch konkrete Beispiele aus Film und Fernsehen. Die Medical Humanities können also auch einen bedeutenden Beitrag zu den Fragen der Diversität im Gesundheitswesen leisten.

Der Mensch steht dann ganz im Mittelpunkt des folgenden Themenfelds »Menschliche Verschiedenheit – ein Plädoyer für die Diversität des Menschen«. Eröffnet wird das Feld durch Josef N. Neumann mit seinem grundlegenden Beitrag »Behinderung« – Anormalität oder Ausdruck menschlicher Lebensvielfalt? Das Verschiedensein der Menschen in anthropologisch-gesellschaftlicher und ethischer Perspektive«. Den wesentlich verbesserten Teilhabe- und Bildungsbedingungen für behinderte Menschen unserer Gesellschaft steht heute, so Neumann, im vorgeburtlichen Bereich eine offensive Selektion von Embryonen mit auffälligen Körperbildungen gegenüber. Behindertenverbände wie kritisch beobachtende Einzelpersonen sehen darin eine grundsätzliche Diskriminierung von Mitmenschen, deren körperlichen wie psychisch-geistigen Daseinsbedingungen nicht den in der Mehrheitsgesellschaft anerkannten Vorstellungen von »normal« und »anormal« entsprechen. Neumann setzt sich mit diesem fundamentalen gesellschaftlichen Widerspruch auseinander und vertritt dabei die These, dass es auf Grund der Verschiedenheit aller Menschen und der Begrenztheit ihrer körperlichen wie psychisch-geistigen Fähigkeiten Willkür ist, eine Trennlinie zu ziehen zwischen nichtbehinderten und behinderten Mitgliedern der Gesellschaft und dass es sich von daher verbietet, Individuen nach Kriterien zu unterscheiden mit dem erklärten Ziel, sie voneinander zu trennen. »Behinderung« versteht Neumann somit nicht als Menschsein in einer Ausnahmesituation, sondern vielmehr als Teil der Vielfalt menschlichen Lebens.

Bei der Selektion schließt dann Giovanni Rubeis mit seinem Aufsatz »Liberal eugenics and selecting against disability« an. Er geht vom Konzept einer »liberale[n] Eugenik« aus, das in der De-

batte um die vorgeburtliche Selektion behinderter Kinder zentral ist. Vertreter*innen dieser »liberale[n] Eugenik« fordern, so Rubeis, dass Reproduktionspartner*innen in einer liberalen Gesellschaft das Recht haben sollten, Nachkommen nach ihren eigenen Präferenzen zu zeugen und zu selektieren. Nach diesem Ansatz rechtfertigt das Prinzip der reproduktiven Autonomie den Gebrauch von biotechnologischen Mitteln, um dieses Ziel zu verwirklichen. Reproduktionspartner*innen sollte es daher gewährt sein, die Charakteristika ihrer Nachkommen mithilfe von pränatalen Gentests und Gentechnik festzulegen. Kritiker*innen argumentieren, dass die vorgeburtliche Selektion behinderter Kinder die Unterscheidung zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben impliziert. Als Folge würden Menschen mit Behinderung aus der Gesellschaft verschwinden. Daher interpretieren diese Kritiker*innen das Konzept einer »liberale[n] Eugenik« als eine ernsthafte Bedrohung gesellschaftlicher Diversität. Rubeis analysiert dieses Konzept vor dem Hintergrund der Debatte um vorgeburtliche Selektion behinderter Kinder und zeigt auf, dass es fehlerhaft ist und die wesentlichen Punkte der Debatte verschleiert.

Von dieser grundlegenden Kritik ausgehend greift Marcin Orzechowski in seinem Beitrag »Designer babies. A chance of challenge for societal diversity?« ein konkretes Anwendungsbeispiel auf, die so genannten »Designerbabys«. Gemeint sind damit Verfahren der genetischen Veränderung oder Auswahl von Föten, um Menschen mit bestimmten genetischen Merkmalen zu entwerfen. Orzechowski diskutiert die gesellschaftlichen Vorteile und Herausforderungen, die mit diesem Verfahren verbunden sind. Die genannten Verfahren bringen zwar neue Möglichkeiten, besonders in Fällen von Individuen mit Erbkrankheiten, so Orzechowski; dennoch müssen sie unter dem Gesichtspunkt der Konsequenzen kritisch bewertet werden. Diese Folgen sind oft unvorhersehbar und betreffen Menschen, die ihren Willen nicht äußern oder für sich selbst entscheiden können. Folglich sollte jede Form der genetischen Manipulation oder der Selektion von genetischen Merkmalen, wie Orzechowski argumentiert, sowohl aus ethischer als auch aus rechtlicher und sozialer Sicht stets einer kritischen Prüfung unterzogen werden.

Hiervon ausgehend widmen sich dann Marcin Orzechowski und Florian Steger in ihrem gemeinsamen Aufsatz »Social diversity under threat? Debates about prenatal genetic diagnostics in Germany and Poland« in einem deutsch-polnischen Vergleich den Möglich-

keiten pränataler genetischer Diagnostik zur Früherkennung genetischer Aberrationen im Fötus. Die kürzlich erfolgte Einführung nicht-invasiver Methoden der genetischen Diagnostik hat diesen Bereich der pränatalen Medizin erweitert. Dies führte auch zu ethischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Diskussionen über das Ziel und die Auswirkungen solcher Methoden. Kritiker*innen argumentieren, dass die genetische Diagnostik zu einem systematischen Screening auf genetische Defekte und zur »eugenischen« Eliminierung von Menschen mit Behinderungen aus der Bevölkerung führt. Gesellschaftliche Vielfalt wird reduziert und damit die Demokratie gefährdet. Ein Blick auf die aktuelle Situation in Deutschland und Polen macht deutlich, dass das »eugenische« Argument weder die ideologische Grundlage noch die empirischen Beweise solcher Praktiken aufweist und damit zur Irreführung in Bezug auf den verfassungsmäßigen Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen und das Recht auf Leben leitet. Darüber hinaus würde eine Einschränkung des Zugangs zur pränatalen Diagnostik die Rechte schwangerer Frauen auf Information, Selbstbestimmung und medizinische Versorgung drastisch reduzieren, so die Autoren.

Ein Kernbereich menschlicher Vielfalt ist die sexuelle Orientierung, die im nächsten Themenfeld »Sexuelle Vielfalt« Gegenstand ist. Zuerst beschäftigen sich Martin Plöderl und Roman Winkler in ihrem Beitrag »Sexuelle Orientierung im Gesundheitswesen. Umgang mit einer unsichtbaren Diversity-Dimension« mit der sexuellen Orientierung von Menschen, welche die sexuelle Identität, die sexuelle Anziehung, und das sexuelle Verhalten betrifft. Im Gegensatz zu heterosexuellen Personen, so die Autoren, erleben lesbische, schwule und bisexuelle (LSB) Menschen bestimmte Herausforderungen (Minoritätenstress), die mit der zum Teil noch immer stigmatisierenden gesellschaftlichen Haltung gegenüber Homosexualität und Bisexualität zu tun haben. Viele Studien zeigen, dass LSB Patient*innen auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens mit Unwissenheit konfrontiert und Minderheitenstress ausgesetzt sind. LSB-spezifisches Grundwissen und eine LSB-affirmative Grundhaltung sind nötig, damit Gesundheitseinrichtungen eine adäquate Behandlung für LSB-Patient*innen anbieten können. Dazu gibt es konkrete Veränderungsmaßnahmen und Wirksamkeitsstudien, welche die Autoren in diesem Beitrag vorstellen.

Auf die spezielle Situation der trans*identen Menschen geht dann Livia Prüll in ihrem Beitrag »Diversität in medizinischen Ein-

richtungen. Transgender als Beispiel« ein. Nach einer Klärung der Begrifflichkeit widmet sich die Autorin den verschiedenen Bereichen, in denen Transidentität die Strukturen und das Selbstverständnis medizinischer Einrichtungen herausfordert. Verschiedene institutionelle Settings, etwa niedergelassene Praxen oder Universitäten, und verschiedene transidente Personengruppen kommen in den Blick. Schließlich diskutiert Prüll unterschiedliche Lösungsansätze, um die derzeitige Situation zu verbessern, wobei der Fokus auf den Themen Information und Strukturveränderungen liegt. Letztendlich wird die Schaffung einer Atmosphäre der Akzeptanz und Toleranz als Voraussetzung für das Greifen administrativer und inhaltlicher Maßnahmen von der Autorin herausgestellt.

Abschließend steht in gewisser Weise der Epilog »Diversität des Menschen – Diversität des Lebens«. Denn Karl-Heinz Menzen geht in seinem Aufsatz »Von der Diversität des Lebens. Ein fiktives Gespräch zwischen einer Neurobiologin und einem Quantenphysiker« noch einen Schritt weiter, wenn er aus der Geisteswissenschaft einen Blick auf die Naturwissenschaft wirft, die dabei ist, sich der neuen Physik zu stellen. Wo bislang deterministisches und hierbei sehr erfolgreiches wissenschaftliches Denken eine Neurotransmitterforschung anleitete, wo lange Zeit selbst quantenmechanische Argumentation die netzwerkartige Parallelverschaltung des Gehirns erklärte, setzt sich, so Menzen, zunehmend eine Philosophie durch, welche die elektromagnetische Grundlage der Information beziehungsstrukturell auf den Wahrnehmungs-, Motivations- und Urteilsakt des menschlichen Miteinanders bezieht – und sich keineswegs wieder biologistisch im alten mechanistischen Sinn festlegt. Im Sinn eines »Weltgedächtnisses«, eines informationell nicht mehr getrennten Bewusstseins, wird ein bislang eher wissenschaftlich verpönter Begriff, der des »kollektiv Unbewussten«, ins Spiel gebracht, so der Autor. Der ehemalige Träger des Alternativen Nobelpreises, Hans-Peter Dürr, fordert auf, im Sinn eines das Ganzheitliche der Natur beachtenden Plus-Summen-Spiels die individuellen und kollektiven Energieleistungen zusammenzudenken, – und im Sinn des Themas dieses Bandes die Diversität der Lebensformen nicht nur zu bewahren, vielmehr auszuweiten – vom Menschen zum Leben.

Ich danke den Autor*innen dafür, dass diese die Beiträge für den vorliegenden Band ausgearbeitet und für die Drucklegung nach Berücksichtigung der Revisionswünsche zur Verfügung gestellt haben.

Den Mitarbeiter*innen des Verlags Karl Alber danke ich für die professionelle Begleitung des Bandes. Nicht zuletzt danke ich den Mitarbeiter*innen des Ulmer Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin für die tatkräftige Unterstützung bei der Drucklegung.

Moralische Vielfalt – Vielfalt im Behandlungsteam

Michael Coors

Moralische Diversität

Grenzen und Notwendigkeit moralischer Vielfalt im Gesundheitswesen

Abstract:

Medical ethics aims at overriding moral diversity, because situations of clinical decision making require unambiguous rules that apply for everyone equally. At once the principle of respect for autonomy acknowledges a diversity of individual moral goods. Such goods are a result of the diverse forms of socialization of individuals. Ethical judgment and the formation of a moral identity therefore are crucial aspects of the construction of the individual's cultural identity. Individuals can agree on pursuing common goods, e.g. to strengthen a group identity. To ask for moral principles that apply for everyone, is itself an expression of pursuing the common goods of helping action and avoiding conflict.

Blicken wir auf gängige Diskurse in der Medizinethik und der Ethik im Gesundheitswesen, so erscheint moralische Diversität dort auf den ersten Blick eher als etwas Hinderliches, als das, was durch ethische Reflexion und ethischen Diskurs überwunden werden soll. Moralische Diversität ist vor allem als Ursache von Konflikten im Blick, die aufgrund unterschiedlicher moralischer Überzeugungen entstehen und die zu klären ethische Reflexion und ethischer Diskurs helfen sollen. Im Folgenden soll es darum gehen, diese Tendenz zur Überwindung von moralischer Diversität in der Medizinethik zu verstehen und aufzuzeigen, warum moralische Diversität als Diversität von moralischen Gütern und Lebensformen dennoch notwendig ist.

1. Normative Überwindung von Diversität: Prinzipienorientierte Medizinethik

1.1 *Die Notwendigkeit moralischer Eindeutigkeit*

Eine typische Szene anhand derer man sich unterschiedliche Aspekte des Begriffes moralischer Diversität im Gesundheitswesen verdeutlichen kann, ist die Situation der Entscheidung über eine medizinische Therapie. Zu viel an moralischer Diversität ist hier hinderlich, denn es braucht eine klare Entscheidung, die rechtlich am Ende immer der Arzt bzw. die Ärztin zu verantworten hat.

Nehmen wir als Referenzpunkt für die folgenden Überlegungen das folgende Fallbeispiel, das dem Autor vor längerer Zeit im Rahmen einer Fortbildung geschildert wurde:

Frau F. (52 Jahre) wird an einem Freitagnachmittag mit einem septischen Schock ins Krankenhaus eingeliefert. Ihr Sohn hatte sie bei einem unangekündigten Wochenendbesuch so in ihrer Wohnung vorgefunden und sofort den Notarzt verständigt. Frau F. ist dialysepflichtig, scheint aber die letzten Intervalle nicht wahrgenommen zu haben, wie sich nach kurzer Recherche herausstellt. Ihre Hände und ihre Füße zeigen ein stark nekrotisches Bild. Wenn die Patientin noch stabilisiert werden soll, dann – so lautet die Auskunft des Arztes – müssen ihre Hände und ihre Füße amputiert werden. Eine Patientenverfügung liegt nicht vor und existiert nach dem Wissen des Sohnes auch nicht. Der Sohn kann berichten, dass seine Mutter eine erfolgreiche Karriere als Sportlerin hinter sich hat, an deren Ende sie europaweit unterwegs war. Nach dem Karriereende lebte sie zurückgezogen, hat sich selbst vernachlässigt und viel geraucht. Wenn es ihr gesundheitlich möglich war, hat sie in letzter Zeit hin und wieder einzelne Jugendgruppen trainiert. Einen klaren mutmaßlichen Willen seiner Mutter zu formulieren, fällt dem Sohn schwer. Der behandelnde Arzt drängt auf eine Amputation. Der Sohn, der eine Vorsorgevollmacht hat, ist verunsichert, da er eigentlich der Überzeugung ist, dass seine Mutter so nicht würde leben wollen, obwohl sie dies nie explizit gesagt hat.

Viele medizinethische Diskussionen der letzten Jahrzehnte haben sich darum gedreht, für solche Situationen möglichst eindeutige und klare moralische sowie auch rechtliche Kriterien zu definieren, damit

für Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Patientinnen und Patienten eine größtmögliche Handlungssicherheit entsteht. So ist heute weitgehend Konsens, dass Ärztinnen und Ärzte gegenüber Patientinnen und Patienten eine Hilfeleistungspflicht haben – im Rahmen dessen, was medizinisch als sinnvolle Therapie gilt. Von daher versteht sich zunächst die Haltung des Arztes in diesem Beispiel, der auf medizinische Hilfe für Frau F. drängt. Die medizinische Sinnhaftigkeit der Therapie festzustellen, ist die Aufgabe der Ärztin oder des Arztes im Rahmen der medizinischen Indikation.¹ Zugleich muss er oder sie das Recht des Patienten bzw. der Patientin auf Selbstbestimmung respektieren. Dieses bildet darum eine Grenze für die ärztliche Hilfeleistungspflicht. Ein medizinischer Eingriff gegen den Willen des Patienten oder der Patientin gilt als Körperverletzung.² Darum stellt sich in dem geschilderten Fall die Frage nach dem mutmaßlichen Willen der Patientin.

Dieser rechtliche Rahmen ist das Ergebnis langer ethischer Diskussionen, deren Ziel es war, möglichst eindeutige Regelungen zu formulieren und eine anfängliche Diversität der moralischen Überzeugungen auszuräumen. Weitgehend ist dies gelungen. Mit Blick auf einzelne Themenfelder wie beispielsweise der Hilfe zur Selbsttötung bleibt aber die Frage nach der präzisen Bestimmung des Verhältnisses von Autonomierechten und Fürsorgeverpflichtungen kontrovers diskutiert,³ für die in der Praxis relevanten Fälle – wie den oben geschilderten – ist der normative Rahmen ethisch wie rechtlich in Deutschland aber kaum noch umstritten. Im internationalen Rahmen muss man allerdings auch im Blick auf diese Themen teilweise eine erhebliche moralische und rechtliche Diversität bereits innerhalb Europas konstatieren.⁴ In Deutschland entstehen Schwierigkeiten in

¹ Andrea Dörries, Volker Lipp (Hg.): *Medizinische Indikation: Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis.* Stuttgart 2015; Urban Wiesing: *Indikation. Theoretische Grundlagen und Konsequenzen für die ärztliche Praxis.* Stuttgart 2017.

² Volker Lipp: Die medizinische Indikation aus medizinrechtlicher Sicht. In: Andrea Dörries, Volker Lipp (Hg.) *Medizinische Indikation: Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis.* Stuttgart 2015, S. 39f.

³ Gian Domenico Borasio, Ralf Jox, Urban Wiesing (Hg.): *Assistierter Suizid. Der Stand der Wissenschaft.* Berlin, Heidelberg 2017.

⁴ Christian Weber, Barbara Fijalkowska, Katarzyna Ciecwiarska, Anna Lindblad, Gisela Badura-Lotter, Peter M. Andersen, Magdalena Kuźma-Kozakiewicz, Albert C. Ludolph, Dorothee Lulé, Tomasz Pasierski, Niels Lynøe: Existential decision-making in a fatal progressive disease: how much do legal and medical frameworks matter? In:

erster Linie bei der Anwendung der anerkannten normativen Kriterien auf den konkreten Fall. So ist die medizinische Indikation in vielen Fällen eine alles andere als eindeutige Ermessensentscheidung – das könnte durchaus auch für den vorgestellten Fall gelten. Außerdem verdeutlicht der geschilderte Fall die Problematik der Erhebung des Willens der Patientin, den wiederzugeben der Sohn sich nicht in der Lage sieht.

Deutlich aber ist, dass die Frage nach den Kriterien des moralisch richtigen Handelns in solch einem Fall keine moralische Diversität zulässt, sondern auf die Überwindung einer faktischen Diversität moralischer Überzeugungen und ethischer Begründungsansätze zielt. Diese Notwendigkeit ergibt sich aus ganz pragmatischen Gründen: Der behandelnde Arzt muss entscheiden, ob er behandelt oder ob nicht. Von dieser Entscheidung hängt das Leben der Patientin ab und im Falle des Überlebens der Patientin, mit welcher Lebensqualität sie weiterleben wird. Das heißt, die moralische Abwägung muss hier zu einem eindeutigen Ergebnis kommen – wie auch immer man den Prozess des moralischen Abwägens selbst interpretiert. Im Ergebnis bleibt damit kein Raum für Diversität, sondern die Handlungssituation verlangt Eindeutigkeit – zumindest aus der Sicht des handelnden Arztes. Dieses praktische Framing der ethischen Fragestellung in der Medizinethik, ihre Orientierung an auf Eindeutigkeit angelegten Entscheidungssituationen, muss man im Blick behalten, wenn es um die Frage nach der Diversität der Moral im Gesundheitswesen geht.

1.2 Moralische Eindeutigkeit und ethische Diversität

In den bisherigen Ausführungen wurden bereits zwei wesentliche Aspekte moralischer Diversität unterschieden: das faktische Auftreten einer Diversität moralischer Überzeugungen und die Vorstellung von Diversität als normativem Ideal, auch wenn letztere bisher nur negativ als etwas in normativer Hinsicht zu überwindendes im Blick ist. Normativ zielt eine Ethik, die Kriterien für das richtige Handeln formulieren will, gerade nicht auf Diversität, sondern auf Universalität und damit auf Einheit angesichts einer faktisch gegebenen Diversität moralischer Überzeugungen.

BMC Palliative Care (2017), 16:80 (Online-Publikation, DOI: 10.1186/s12904-017-0252-6).