

Patientenautonomie - Ausweg aus selbstverschuldeter Unmündigkeit. (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Susanne Mauersberg)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich heute hier sprechen zu können und stehe ein für die Nutzerperspektive im Gesundheitssystem. Den Beraterverbänden, zu denen der Verbraucherzentrale Bundesverband gehört, wird gerne die Legitimation abgesprochen für Patientinnen und Patienten zu sprechen und es ist wahr:

wir beraten Menschen vor allem dann, wenn sie bereits in großer Bedrängnis sind: Menschen zum Beispiel, die ihre private Krankenversicherung nicht mehr bezahlen können, solche, die einen Rechtsgang infolge eines Behandlungsfehlers erwägen und ganz viele, die tief enttäuscht sind, weil sie ihrem Arzt vertraut haben und sich in diesem Vertrauen betrogen fühlen. Wir haben also bei den Glücklichen, die keine Probleme haben oder sich selbst helfen können, weniger tiefe Einblicke, das kann man uns vorwerfen.

Die Rettungsschwimmer-Situation, in der Beratung gegenwärtig überwiegend stattfindet, würden wir gerne ändern und treten daher auch auf der politischen Ebene, im Bereich des sogenannten kollektiven Verbraucherschutzes, dafür ein, dass unabhängige Patientenberatung möglichst flächendeckend angeboten und von Menschen möglichst frühzeitig in Anspruch genommen wird. Kollektive und individuelle Perspektive sinnvoll zusammenzubringen, ist ein wichtiges Ziel meines Vortrags, denn die Vereinseitigung führt auf den Holzweg.

Ich habe bei der Wahl des Titels den berühmten Anfang aus Kants Schrift „Was ist Aufklärung“ gewählt, weil ich glaube, dass wir in den nächsten Jahren ganz viel Mut brauchen, das System unserer Gesundheitsversorgung grundlegend zu reformieren. Ich glaube nicht, dass alles schlecht ist was wir haben (das wäre bei den rund 250 Milliarden Euro, die wir jährlich für Krankheiten ausgeben ja auch ganz außerordentlich erstaunlich) meine auch nicht, dass wir alles anders machen müssen, glaube aber, dass viele positive Perspektiven sich nur dann reformpolitisch verstetigen lassen, wenn eine ehrliche Analyse der falschen Anreiz- Strukturen an die Stelle des gesundheitspolitischen Weiter-So tritt.

„Man lässt das Schlechte bestehen, weil man das noch Schlechtere fürchtet“, hat Montesquieu geschrieben und im Fürchten des Schlechteren stehen wir Deutschen wahrscheinlich an der Weltspitze. Ein anderes böses Zitat des sich formierenden Konservatismus lautet: „Wir müssen alles ändern, damit alles so bleibt wie es ist.“ Gegen diesen Geist, den Geist der Mutlosigkeit einerseits und den Geist der Besitzstandswahrung andererseits, sei also der Geist der Aufklärung gesetzt.

Und was ist Transparenz, die uns überall und besonders im Gesundheitswesen fehlt, anderes als die moderne Variante des Begriffs Aufklärung, verkürzt allerdings um einen wesentlichen Teil, den es neuerlich zu beleuchten gilt. Wer von Transparenz spricht suggeriert, dass die einen sie herstellen und die anderen sie dann haben. Häufig vereinseitigen wir komplexe Handlungsfolgen und Interaktionen, machen sie zu mechanischen Prozessen (vorzugsweise Herstellungs- und Konsumtionsprozessen), um dann anschließend festzustellen, dass zwischenmenschliche Beziehungen und die dafür so wesentliche Kommunikation offensichtlich so einfach nicht funktionieren.

Lassen Sie mich zur Einstimmung nun ein Zitat aus der Aufklärungsschrift vortragen, das zwei Seiten beleuchtet:

„Faulheit und Feigheit sind die Ursachen, warum ein so großer Teil der Menschen, nachdem sie die Natur längst von fremder Leitung frei gesprochen (...) dennoch gerne zeitlebens unmündig bleiben; und warum es anderen so leicht wird, sich zu deren Vormündern aufzuwerfen. Es ist so bequem unmündig zu sein. Habe ich ein Buch, das für mich Verstand hat, einen Seelsorger, der für mich Gewissen hat, einen Arzt, der für mich die Diät beurteilt, u.s.w.: so brauche ich mich ja nicht selbst zu bemühen. Ich habe nicht nötig zu denken, wenn ich nur bezahlen kann;“

Es ist eine Provokation, im Zusammenhang von Krankheit und Gesundheit über Schuld zu sprechen. Schuld zielt in die Vergangenheit, Verantwortung in die Zukunft.

Ich werde zunächst aufzeigen, dass der viel verwendete Begriff der Eigenverantwortung Verantwortung sagt und Schuld meint. Bei Kant ist es umgekehrt: Er sagt Schuld und meint Verantwortung.

Autonomie bezeichnet einen Handlungsspielraum, der nicht ohne weiteres da ist, sondern durch die konkret beteiligten Personen konstituiert werden muss.

Wie dieser Raum zu öffnen ist, soll am Beispiel der informierten partizipativen Entscheidungsfindung anschaulich gemacht werden, ein Konzept, das in Deutschland noch ganz in den Anfängen steckt und aktuell im Bereich von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Bedeutung erlangt.

In Diskussionen wird kaum mehr bestritten, dass der Patient im Behandlungsgeschehen als Subjekt zu betrachten ist und in dem Maße aktiv beteiligt werden soll, wie er dies wünscht. Aber viele Leistungsanbieter sind noch nicht hinlänglich befähigt, Selbstständigkeit bei ihren

Patienten zu fördern und die Widerstände auf allen Seiten sind beträchtlich. Die praktische Frage, wie eine positive Selbstmotivation zu erreichen ist, liegt bei allen optimistischen Präventionskonzepten quer: Verzicht und Anstrengen sind nicht bequem und nicht populär. Wie viel einfacher war und ist es für eine noch umfassendere Versicherung zu bezahlen und die Verantwortung beim Experten und beim System zu sehen. Und wie viel lukrativer war und ist es, wenn der Patient Objekt in den Händen vieler Gesundheitsfachberufe ist, die an seiner Passivität und seinem durch immer neue Angebote gesteuerten Bedarf viel Geld verdienen können.

Bequemlichkeit ist dennoch ein Luxus, den immer weniger Menschen wollen. Eine Vielzahl von Hilfsmitteln und hilfreichen Professionellen, überzogene Erwartungen an Ärzte und Medikamente machen abhängig und verkleinern die eignen Entscheidungsspielräume. Forderungen nach mehr Selbstbestimmtheit kamen zuerst von den Menschen, die am schwersten krank waren: Sterbenden in der Hospizbewegung, Psychisch Kranken in ihrer Skepsis gegenüber der Logik der Institutionen und chronisch Kranken in der Selbsthilfe. Das Beispiel der Palliativmedizin zeigt eindrucksvoll auf, wie Patientenautonomie Versorgungsstrukturen bis hin zur Arztausbildung verändern kann.

Autonomiegewinn kann auch noch in der allerletzten Phase des Lebens das ermöglichen, was mit Blick auf den Patientennutzen überall sonst Lebensqualität genannt wird. Am Lebensende müsste man von Sterbequalität sprechen und die Absurdität dieses Ausdrucks zeigt, dass es bei der gesuchten Qualität um mehr geht als Annehmlichkeit. Es geht um Sinnfragen, auf die in der Philosophie seit mehreren tausend Jahren Antworten gesucht werden. Im letzten Abschnitt möchte ich den philosophischen Beitrag skizzieren, den vernünftige Ethik als Orientierungswissen leisten kann: im Bereich der Wissenschaft, auf der individuellen Ebene und in einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive.

Patientenautonomie ist mehr als Eigenverantwortung

Die Ambivalenz, die der Begriff Eigenverantwortung in den Debatten zur Reform des Gesundheitssystems, insbesondere angesichts des wachsenden Einsparungsdrucks, auslöst, gehen darauf zurück, dass dieser Begriff eine scheinbare Übereinstimmung zwischen zwei inhaltlich sehr weit auseinanderliegenden Bewegungen suggeriert: der Demokratie-Bewegung, die seit den 70er Jahren bottom-up für mehr Teilhabe der Bürger an ihrem Gemeinwesen eintritt und dem neuen top-down Leitbild des überforderten Sozialstaats, das wirkungsvolles Empowerment am Arbeitsmarkt versprochen und gravierende Einschnitte für sozial Schwache beschert hat.

Der Privatisierung von Versorgungsstrukturen korrespondiert die zunehmende Privatisierung von Gesundheitskosten. Immer mehr monetäre Eigenverantwortung haben wir also schon, jenseits der Versicherungsbeiträge. Im deutschen System kommt die Ungleichheit begünstigende Doppelstruktur des Versicherungssystems hinzu, die aus vielen Ärzten Privatärzte gemacht hat. Man wird gespannt sein dürfen, wie sich die politisch induzierte Aufwertung der gesetzlichen Krankenversicherung auswirken wird. Private Zusatzversicherungen jedenfalls werden sich viele Menschen nicht leisten können.

Der Verfassungsrechtler Wolfram Höfling hat die juristische Problematik rund um den Begriff der Eigenverantwortung als einen Vorgang der „kostenabwälzenden retrospektiven Risikozuschreibung“¹ beschrieben.

Die in der Praxis notwendig zu erwartenden Probleme stellen praktisch keinen großen Gewinn in Aussicht: Kausalitätsnachweis bei Krankheiten, die mehrere Ursachen haben; Kontrollregime mit erheblichen Eingriffstiefen; keine legitime und effektive Entscheidungsinstanz; Überversorgung. Die bisherigen politischen Anläufe (Kostenbeteiligungspflicht bei Schönheitsoperationen und Piercings § 52 Abs. 2 SGB V/ höhere Kostenbeteiligung im Krankheitsfall bei versäumten Vorsorgeuntersuchungen § 62 Abs. 1 SGB V) sind darum auch Akte symbolischer Gesetzgebung geblieben.

Das grundlegende Problem einer „Pflicht zur Gesundheit“, wie sie im Begriff der Eigenverantwortung zum Ausdruck kommt, liegt darin, dass ein durchaus wünschenswertes kollektives Anliegen (es sollten sich alle mehr für ihre Gesundheit verantwortlich fühlen) monetär individualisiert wird, ohne Rücksicht auf den sozialen Kontext und die immanente Ungerechtigkeit monetärer Maßnahmen, die sozial Schwächere ganz anders treffen als diejenigen, die sich ihre „selbst verschuldeten“ Krankheiten „leisten“ können.

Auch vor dem sorglosen Umgang mit dem Thema Vorsorge warnen immer mehr Stimmen zu recht, denn die vier Bedingungen, die erfüllt sein müssten, damit präventive Interventionen besser dastehen als kurative, sind in den wenigsten Fällen gewährleistet:

- Sichere Prognosen: oft nicht gegeben (Häufigkeit der Fehllarme bei der Krebsfrüherkennung)
- Beweis der Unentbehrlichkeit: oft nicht gegeben (Befinden verschlechtert sich ohne präventive Intervention bei vielen Menschen nicht)

¹ Vortrag Prof. Dr. Wolfram Höfling auf dem IQWiG Herbstsymposium 2008
<http://www.iqwig.de/symposium/08/index.php>

- Risikominimierung durch frühzeitiges Handeln: oft nicht gegeben (vorverlegtes Leid/ Erzeugung von Angst und Ungewissheit)
- Operationalisierung: schwierig und teuer (Screening)

Ob Eigenverantwortung, jenseits der Fragen rund um Gerechtigkeit, individueller Anreiz sein kann, sich durch gesunden Lebenswandel zukünftige Kosten vom Leib zu halten, ist fraglich. Tun und Folgen des Tuns liegen zeitlich weit auseinander. Nicht jede Krankheit ist Schicksal, so wenig ist richtig an diesem Ansatz. Finanzielle Anreize allein sind aber sicherlich zu schwach, Verhalten zu verändern. Für nichts anderes muss ein Mensch so stark sein. Um diese Stärke, um die Frage, ob das bestehende System sie bisher gefördert hat und wie ein Gesundheitssystem sie fördern könnte, geht es bei Patientenautonomie. Sie ist die Ermöglichungsbedingung dafür, dass ein Mensch Verantwortung für sich und sein Leben übernehmen kann. (notwendige Bedingung) Die hinreichende ist, dass er es dann auch tut. Die Vertreter von mehr Eigenverantwortung monieren, dass Individuen die hinreichende Bedingung nicht erfüllen, während fragwürdig ist, ob das System die notwendigen Bedingungen gewährleistet.

Patientenautonomie als Handlungsspielraum

Da bei Autonomie nicht eine, sondern mehrere Personen zu betrachten sind, sollte der Begriff nicht solipsistisch als isolierte Selbstbestimmtheit oder Machtvollkommenheit des Einzelnen verstanden werden. Autonomie findet in einem interaktiv durch gegenseitige Anerkennung konstituierten Handlungsspielraum statt. Diese Anerkennung schließt die Achtung vor sich selbst als Person und die Achtung vor dem anderen als Person ein. In einem Gespräch zwischen einem Erwachsenen und einem Kind kann die Dimension, um die es geht, am besten erfasst werden. Das Kind verfügt gegenüber dem Erwachsenen nicht über symmetrische kognitive Fähigkeiten. Dennoch reagiert es sehr sensibel auf Anerkennung seiner Person. Anerkennung öffnet einen Raum, in dem Verhandlung und gegenseitige Inpflichtnahme möglich ist. Symmetrie der Fähigkeiten und Kenntnisse ist keine Bedingung für ein gelingendes Gespräch. Bedingung ist die wechselseitige Anerkennung, denn sie bewirkt aus sich heraus die Symmetrie, auf die es ankommt. Ein guter Vater wird sein Redeverhalten den altersabhängigen kognitiven Fähigkeiten seines Kindes anpassen. Ein guter Arzt kann das bei seinen Patienten ebenfalls.

Freie Willensbestimmung ist darum vielfach bedroht, weil sie in einer komplexen Selbst- und Fremdbeziehung erfolgt. Wenn ich nur mich und meine Bedürfnisse wahrnehme, fehlt Anerkennung auf einer Seite oder beidseitig. Ist die Selbstbeziehung gestört fehlt

Selbstachtung bei einem oder beiden. Die Selbst- und die Fremdbeziehung kann auf beiden Seiten adäquat sein und es kommt trotzdem nicht zur Realisation einer Beziehung, die auf wechselseitiger Anerkennung beruht, weil die Rahmenbedingungen, die durch das System vorgegeben werden, dies nicht zulassen. Diese Konstellation herrscht nach Auffassung vieler Betroffenen (Pflegebedürftige, Angehörige, Pflegekräfte, Pflegewissenschaftler) gegenwärtig in der Pflege. Dieser Konflikt ist tragisch, die Einzelnen können durch ihr individuelles Tun keine Verbesserung bewirken, selbst wenn sie alles richtig machen. Gestörte Beziehungen stören die autonome Entscheidungsfindung und sind die Ursache vieler Krankheiten.

Eine wesentliche Voraussetzung von Patientenautonomie im individuellen Bereich ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Ein wesentlicher Teil dieser Kommunikation ist der Umgang mit Informationen.

Keine Information ohne Interaktion

Ideen können die Welt verändern oder sie können ein Konzept werden (und das auch bleiben). Die partizipative Entscheidungsfindung ist über den Konzeptstatus noch nicht weit hinaus. Das hat auch Gründe, die nicht offen zutage liegen.

Ingrid Mühlhauser, die das schwierige Terrain der Patientenrelevanten Ergebnisparameter mit anderen Wissenschaftlern intensiv bearbeitet hat, schreibt:

„Wenn eine informierte Entscheidung möglich sein soll, dann kann die alleinige Teilnahme am Screening oder an anderen Vorsorgeuntersuchungen nicht mehr als patientenrelevanter Ergebnisparameter angesehen werden. Die Nichtinanspruchnahme der Untersuchung ist ausdrücklich vorgesehen.“²

Nicht eine möglichst hohe Teilnahmequote ist demnach der Zielpunkt, sondern Angemessenheit des Informations- und Beratungsangebots und dass dieses Material den Betroffenen (und zwar nach eigener Auskunft) zu einer informierten Entscheidung entsprechend ihren Wertvorstellungen verholfen hat. Die wissenschaftliche Aussagekraft von Screeningprogrammen stand und fiel aber bisher mit einer hohen Teilnahmequote. Es ist deshalb kein Zufall, dass die Vorinformation der Betroffenen erheblich zu wünschen übrig lässt. Den Beratungen und Informationsmaterialien zum Beispiel beim Brustkrebscreening

² I. Mühlhauser, H. Müller: Patientenrelevante Endpunkte und patient-reported outcomes in klinischer Forschung und medizinischer Praxis. In : Informiert und selbstbestimmt, Der mündige Bürger als mündiger Patient, hrsg. v. N. Klusen/ A. Fließgarten/ T. Nebling, Baden-Baden 2009, S. 46.

sind von unabhängigen Organisationen wie der Stiftung Warentest genau im Punkt einer verständlichen Informationsvermittlung gravierende Mängel bescheinigt worden. Die Ziele informierte Entscheidung und möglichst hohe Inanspruchnahme schließen sich bei vielen Krebsvorsorgemaßnahmen aus.

Menschen, die die tatsächlichen Wahrscheinlichkeiten und neben den Vorteilen auch die Nachteile einer Untersuchungsmethode realistisch erfassen und nicht über trickreiche Prozentangaben zu einer falschen optimistischen Einschätzung verleitet werden, verzichten überwiegend auf die fragliche Maßnahme. Wer es ehrlich meint mit Patientenautonomie, der muss genau das ermöglichen! Qualitätsparameter ist dann der Umgang mit Unsicherheit, nicht deren Vermeidung. Hinsichtlich der Informationen aber zählt nicht primär die Quantität, sondern der kritische Umgang mit Wissen, das Wissen darum, dass es Vor- und Nachteile gibt, die gegeneinander abgewogen werden müssen. Das Wissen, dass es keine Sicherheit in Hinblick auf den Erfolg der Maßnahme gibt. Die Erfolgsaussichten medizinischer Maßnahmen werden insgesamt sowohl von Ärzten wie von Patienten erheblich überschätzt.

Medizinische Entscheidungshilfen bieten Betroffenen darum mehr als Information. Sie sollen Patienten auf der Basis gesicherter Erkenntnisse über Chancen und Risiken aller Behandlungsalternativen informieren; die Herausbildung individueller Präferenzen unterstützen; den weiteren Bedarf an Information und Unterstützung des Patienten ermitteln helfen und das nachfolgende Gespräch mit dem medizinischen Personal strukturieren. Eine wichtige Rolle spielt als aktivierender Bestandteil, die Art und Weise, wie das Material überreicht wird. Der Betroffene kann sich mit Merkblättern abgefertigt sehen; nach dem Motto: nimm das, dann brauchen wir Dir nichts mehr zu erklären. Die Struktur dieser kommunikativen Handlung zeigt, dass Kommunikation nicht erwünscht ist. (worst case) (best case) Die Assistenz des Arztes erläutert dem Patienten die Bedeutung **seiner** Vorbereitung (Lektüre überschaubarer Materialien/ Entscheidungshilfen oder audiovisuell aufbereitete Materialien) für das folgende Gespräch mit dem Arzt. Die erforderlichen Bemühungen des Patienten werden so eingebettet in die folgenden Handlungen und der Patient erfährt Anerkennung seiner Person, noch bevor der Arzt eine einzige Minute seiner kostbaren Zeit investiert hat.

Im englischsprachigen Raum liegt bereits eine große Zahl evaluierter Entscheidungshilfen vor (200 publizierte Dokumente). Der persönliche Entscheidungsleitfaden aus Ottawa zeigt die Strukturen einer Entscheidung auf: sehr wenige relevante Fragen und Schritte, die bei allen Entscheidungen immer ähnlich zu tun und zu bedenken sind. In deutscher Sprache gibt es derzeit nur wenige evaluierte Entscheidungshilfen und es wäre wünschenswert, das

Vorhandene an zentraler Stelle (wie Homepage des Ottawa Health Research Institute) zu sammeln und Interessierten zugänglich zu machen. Dies wäre auch eine gute Übersicht, wie sich das Repertoire der Partizipation beständig erweitert.

Da nicht nur neue Handlungskompetenzen bei Patienten und Ärzten erlernt werden müssen, sondern auch ein verändertes Selbstverständnis erforderlich ist, wird man mehr brauchen als gute Konzepte. Weder reichen hier Surogatparameter: der schiere Einsatz von Entscheidungshilfen z. B. führt nicht zu mehr Patientenbeteiligung, wenn diese in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient keine Rolle spielen. Studien zeigen, dass bei Fortbildungsmaßnahmen bislang wesentlich mehr Anstrengungen zum Aufbau von Kompetenzen bei Ärzten durchgeführt wurden als bei Patienten. Viele Patienten wissen anfangs gar nicht, dass es etwas zu entscheiden gibt und dass dabei ihre Meinung gefragt sein könnte.

Was wir also zunächst brauchen, das ist das Bewusstsein eines Bedarfs bei den Bedürftigen. Darum ist sehr gut, dass zunehmend Krankenkassen Interesse an der Patientenautonomie zeigen und entsprechende Portale im Internet anbieten. Hier liegt der Urgrund der Unmündigkeit und dem Mangel an Bewusstsein sollte ganz schnell abgeholfen werden. Es wird sich dann auch die Aufgeschlossenheit der betroffenen Berufsgruppen, dramatisch verbessern.

Ganz sicher ist die Kommunikationspsychologie, die die Regeln der kooperativen Gesprächsführung vermittelt (viele Führungskräfte lassen sich inzwischen schulen), nicht nur eine Modeerscheinung. Sie trägt der Komplexität menschlicher Beziehungen Rechnung. Für Ärzte, die neben der Kommunikation mit ihrer schwierigen „Kundschaft“ auch ein Team zu leiten haben oder darin mitspielen, wird das Orientierungswissen zur menschlichen Seite ihrer Tätigkeit erst recht dann zum unentbehrlichen Rüstzeug, wenn sie in Zukunft Gesundheitsberater werden wollen.

Lassen Sie mich auch hier noch etwas mehr Anschaulichkeit hineinbringen (ich zitiere aus einem über 300 Seiten dicken Lehrbuch zum Thema Beratungs-, Kritik- und Konfliktgespräche im Berufsalltag:

„Wenn jemand nicht weiß, wie man die Mehrwertsteuer aus einem Bruttobetrag herausrechnet, und einen anderen um Rat fragt, so sagt dieser es ihm hoffentlich, wenn er es weiß. Diese Situationen sind dadurch gekennzeichnet, dass der eine als sachkundiger Experte etwas weiß, was der andere nicht weiß. (...) Wenn jemand allerdings nicht an sachlichem Know-how Mangel leidet, sondern sein Problem im menschlich-zwischenmenschlichen Bereich liegt, so ist es mit Hilfe und den Beratungsrollen

komplizierter. Jetzt braucht Beratung, vor allem wenn sie effektiv und professionell geschehen soll, eine bestimmte Beraterhaltung und entsprechendes Kommunikationsverhalten.“³

Traditionell ist man bei Ärzten davon ausgegangen, dass Sie diese humane Seite von Kommunikation ganz von selbst mit zunehmender Praxis lernen. Das ist natürlich nicht der Fall und es geht bei den beschriebenen Beziehungsproblemen im medizinischen Bereich auch nicht um Sachverhalte, die eine geringe Relevanz für die Gesundheit und das Gesundwerden haben. Vielmehr ist es so, dass viele Ärzte und Patienten sich sehnlichst die erstgenannte Art des Expertengesprächs wünschen. Rein physische Probleme lassen die sich mit den Wundermitteln der modernen Medizin kurieren, kommen soziale und psychische Ursachen hinzu, was ja bei einer zunehmenden Zahl von Erkrankungen der Fall ist, versagen diese Wundermittel.

Der US-amerikanische Mediziner und Theologe Daniel Sulmasy⁴ deutet in dem von ihm entwickelten biopsychosozialen Krankheitsbegriff Symptome primär als gestörte Beziehungen. Diese können in der Person oder zwischen ihr und der Umwelt liegen. Zum Innenbereich zählen sowohl das Gleichgewicht der Funktionen verschiedener Organe und Organsysteme, wie auch die Beziehung zwischen Seele-Geist einerseits und Körper andererseits. Bezüglich der zuletzt genannten Beziehung stellt er fest, dass viele chronisch erkrankte Menschen (mit hohem Pflegebedarf) ihren Körper als etwas Fremdes wahrnehmen. Bei den Außenbeziehungen differenziert er zwischen Umwelt in ihren verschiedenen Facetten und Transzendenz. Krankheiten sind „Störungen in den Beziehungen“ des Menschen und die Aufgabe von Therapie, Pflege und Begleitung ist „Wiederherstellung von Beziehungen“ – wobei diese nun eine veränderte Gestalt annehmen können.

Das Modell ist integrativ und kann sehr verschiedene Strategien umfassen. Der Person des Arztes und seinen kommunikativen Fähigkeiten wächst eine neue, alte Bedeutung zu. Gleichzeitig bleibt jederzeit sichtbar, dass der Arzt allein es nicht für den Patienten richten kann. Wo er es als Experte und geübter Handwerker kann, liegen nicht die wirklichen Herausforderungen der Medizin. Jedes Hilfsmittel, das zum Einsatz kommt, hat Rückwirkungen auf den Menschen: Verlust an Selbständigkeit oder Abhängigkeit können Folgen sein, die sich erst längerfristig zeigen.

³ K. Benien, Schwierige Gespräche führen, 5. Aufl. Hamburg 2008.

⁴ Zitiert nach Andreas Kruse: Das Verhältnis Sterbender zu ihrer eigenen Endlichkeit. In: „Wie wir sterben“ – Öffentliche Tagung des Nationalen Ethikrates, Augsburg, 31. März 2004, Tagungsdokumentation. S.43-54, S. 51f.

Ein stark am kurativen Heilerfolg ausgerichtetes Verständnis von Krankheit verdeckt, das Selbstständigkeit, Selbsttätigkeit des Patienten und gerade nicht nur Selbstbestimmung oder informierte Einwilligung eine wesentliche Rolle beim Gesundwerden spielen. Innovative Fürsorge- und Behandlungskonzepte bei Schwerstkranken und Sterbenden tragen dem erforderlichen Wandel im Verständnis von Gesundheit und Krankheit Rechnung: Gesundheit wird nicht mehr als die Voraussetzung von Autonomie angesehen, sondern umgekehrt: Autonomie als Voraussetzung von Gesundheit.

Was leistet Ethik als Orientierungswissen?

Der Blick von den letzten Dingen auf die ersten ist auch die Perspektive der Philosophie. Das Thema Tod ist in der Wissenschaft und im öffentlichen Bewusstsein noch immer ein Tabu. In der Medizin wird dies sehr augenfällig. Ärzte, die in ihrer Ausbildung mit einem Höchstmaß an Spezialwissen ausgerüstet worden sind, wissen in der Praxis oft nicht, wie sie mit einem Sterbenden umgehen sollen. Die Erfolgsgeschichte des neuen Wissensgebietes Palliativmedizin erübrigt nicht einen wissenschaftstheoretischen Rückblick. Warum kam es zur Ausblendung eines so wesentlichen Handlungsfeldes von Medizin?

Am toten Objekt kann nichts über das Sterben gelernt werden. Eine Subjekt-orientierte Wissenschaft, die das Verhältnis des Menschen zu sich selbst als Ursprung von Erkenntnis, Handeln und Gesundheit thematisiert, haben wir noch nicht. Quantifizierende Methoden nach dem Paradigma der Naturwissenschaft machen den Menschen zum Objekt von Erkenntnis und in der Folge auch zum Objekt von Behandlung. Der Mensch wird unter den Aspekten seiner physischen, psychischen oder sozialen Determiniertheit untersucht. Der Bereich, in dem der Mensch sich selbst bestimmt, der Bereich der Freiheit, wird systematisch ausgeblendet.

Medizin muss sich ihrer methodischen Voraussetzungen in anderer Weise rückversichern als Physik und Chemie. Sie hat es mit Wesen zu tun, die jederzeit beides sind, einerseits determiniert, andererseits selbstbestimmt. Die methodischen Neuansätze der Evidenzbasierten Medizin fordern das Unterschlagene ein. Es zeigt sich sehr plastisch im sogenannten Placeboeffekt, der ja nichts anderes ist als die individuell verschiedene Glaubensintensität, mit der ein Mensch autosuggestiv die Heilwirkung von etwas erzeugt, an dessen Heilwirkung er glaubt.

Neuere Untersuchungen zur psychischen Gesundheit heben hervor, dass sich der Mensch zeitlebens durch Akte der Werterealisation als Person weiterentwickeln muss. Die

Persönlichkeit bestimmt in welchem Maß ein Mensch Autonomie tatsächlich realisieren kann. Angeboren ist nur ein Potential. Erworbene seelische Kompetenzen können den Verlust biologischer Ressourcen teilweise ersetzen; Behinderung und Krankheit können Ansporn für menschliche Entwicklung sein; Leid nur vermeiden zu wollen, führt zu einer inneren Leere, die durch nichts kompensiert werden kann.

Ohne Ethik ist keine sinnvolle Lebensgestaltung möglich. Das wichtigste Rüstzeug ist auch hier die Methode der Selbstreflexion, die gelernt werden muss. Ethik leitet diese Reflexion an. Eine in unserer Zeit ausgeprägte Grundintuition, Moral sei das, was uns Genuss und Lebensfreude verbieten und vermiesen will, unterschlägt den positiven Anteil, der darin besteht, innere Motivation aufzubauen. Äußere, z.B. monetäre Anreize können innere Motivation nicht ersetzen. Ein Mensch, der nur lernt, weil er dafür eine Belohnung erhält, lernt nicht wie ein Mensch, der Freude am lernen empfindet und lernt, weil das Lernen ihm zu einem inneren Anliegen geworden ist.

Individuelles Lernen ist genau wie das individuelle Bemühen um Erhalt oder Wiedererlangung von Gesundheit, bzw. Bewältigung von Krankheit, eine Frage der inneren Einstellung. Mit der Hoffnung auf einen Gesundheits-, Wohlstands-, oder Glücksautomatismus verkennen wir, dass diese Einstellung errungen werden muss gegen innere Widerstände und mannigfaltige Versuchungen. Der ältere Begriff der Tugend, für den es bezeichnenderweise kein modernes Wort gibt, bezeichnet dieses selbst Errungene, das ein Wert in sich selbst und keine Wertzuschreibung von außen ist.

Vielleicht liegt es an der Struktur der gewählten äußeren Anreiz- oder Abschreckungsinstrumentarien, nicht an der moralischen Beschaffenheit der Menschen, dass Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen (und nicht nur dort) ihre Wirkung so beharrlich verfehlen. Die stark verinnerlichte These vom moral hazard lautet bekanntlich, dass das „unmoralische“ Verhalten der Einzelnen System-rational sei. Nach den vielen erfolglosen Versuchen, die Individualrationalitäten umzusteuern, sollte darüber nachgedacht werden, kollektiv die System-Rationalität zu ändern. Falsche Primäranreize können schwerlich durch Sekundäranreize korrigiert werden, auch wenn diese noch so ausgeklügelt sind.

Wir werden nicht umhin kommen die Bilanz der ständig ausgeweiteten Individualversorgung zu ziehen, aber dies kann nicht auf dem Wege der Individualrationierung oder Priorisierung von Krankheiten geschehen, wie unlängst von der Ärzteschaft gefordert. Solche Konzepte

verschlimmern soziale Verwerfungen ähnlich wie im Konzept der Eigenverantwortung aufgezeigt, weil sie nichts an der Systemrationalität ändern.

Sie zeigt sich im Rahmen der herrschenden ökonomischen Theorien oder bei Nutzenkalkülen wie dem Utilitarismus, genauso wie in den Heilserwartungen gegenüber medizinischem Fortschritt: Ein Automatismus soll etwas stellvertretend für uns erledigen und der modere Wunderglaube lässt uns in wesentlichen Bereichen unseres Lebens untätig werden. Der Sozialstaat ist kein Ersatz für einen sozialen Staat, auch wenn er Defizite und strukturelle Ungerechtigkeit abmildern kann.

Prävention von Krankheit kann keine kostenintensive Individualvorsorge sein, sondern muss für den sozialen Bereich das leisten, was Hygiene und Versorgung mit sauberem Wasser geleistet haben. Maßnahmen, die gesunde Lebensumstände geschaffen haben: unmittelbar, effizient, für alle gleich verfügbar. Wir werden bei den Arbeitsbedingungen und den Chancen der Menschen ansetzen müssen, ihren Lebensunterhalt aus eigener Kraft zu verdienen. Wir werden das Paradigma der Leistungsgesellschaft in Frage stellen müssen und wir brauchen einen Sozialstaat, der in die Fähigkeiten und die Selbstständigkeit der Menschen investiert.

Ohne Bürger, die einen emanzipatorischen Gesellschaftsentwurf haben und ihn durch kooperatives Miteinander in der Realität einlösen, erodiert die Basis gegenseitiger Anerkennung. Autonomie, das Fundament freier Entscheidungen, ist kein Automatismus.

Ich danke Ihnen für ihre Aufmerksamkeit.

Susanne Mauersberg
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
Markgrafenstraße 66
10969 Berlin
Tel.: (030) 25800433
E-Mail: mauersberg@vzbv.de
Internet: www.vzbv.de