

Vortrag: Susanne Mauersberg (Referentin für Gesundheitspolitik)

1. Vorstellung und Einführung
2. Verständnis von Krankheit und Gesundheit
3. Autonomie als Handlungsspielraum
4. Gesellschaft und Politik

## **1. Vorstellung und Einführung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich spreche hier in meiner Eigenschaft als Referentin für Gesundheitspolitik beim Verbraucherzentrale Bundesverband. Dieser 2001 gegründete Verband vertritt die 16 Verbraucherzentralen der Länder und 25 andere Verbände. Der vzbv ist eine von drei Dachorganisationen, die am Modellprojekt der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) beteiligt sind. Mit diesem Projekt werden Beratungsstrukturen für Patienten außerhalb der eigentlichen Gesundheitsversorgung erprobt. Der Verbraucherzentrale Bundesverband ist auch eine der vier maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, die die Patientenbelange im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung vertreten. Als Patientenvertreterin habe ich mich im letzten Jahr vor allem mit Qualitätssicherung beschäftigt.

Zunächst möchte ich ein paar Worte über meine beruflichen Vorerfahrungen und mein Studium sagen. Ich habe acht Jahre als wissenschaftliche Referentin für einen Bundestagsabgeordneten gearbeitet. Schwerpunkt meiner Tätigkeit waren gesundheits- und forschungspolitische Fragen im Konfliktfeld Medizin und Ethik: Gentechnik, Stammzellen, Biopatente, Sterbehilfe und Palliativmedizin. Ich bin daher Diskurs-erprobt, habe aber auch einen kritischen Blick auf die Diskurspraxis. Einiges, was ich hier gelernt habe, wird in meinen Vortrag einfließen.

Studiert habe ich Geisteswissenschaften: Geschichte, Philosophie, Germanistik. Vor allem das Orientierungswissen der Philosophie war für meine praktische Arbeit von großem Wert. Für das Verständnis von menschlicher Autonomie in der

Gesundheitsversorgung ist der Mangel an interdisziplinärer Zusammenarbeit vor allem zwischen Natur- und Geisteswissenschaften ein großes Hindernis.

Gestatten Sie mir, indem ich nun zum Thema meines Vortrags komme, mit meinem subjektiven Erfahrungshorizont als Mutter von drei Kindern zu beginnen.

In der Geburtsmedizin, die eigentlich gesunden Menschen bei natürlichen Lebensvollzügen unterstützen soll, haben wir eine medizinische Versorgung, die für die werdende Mutter wenig nachvollziehbar ist. Weitgehend ohne Kommunikation wird eine beunruhigende Vielzahl von Befunden erhoben, während gleichzeitig relevante emotionale und soziale Probleme von Ärzten ausgeblendet werden. Diese Hilfe habe ich von Hebammen in der Nachsorge erfahren. Sie hätte mir im Vorfeld der Geburt wahrscheinlich sehr viel größeren

Nutzen gebracht als das rastlose Messen, Wiegen und Befund-Erheben beim Arzt. Ich will nicht sagen, dass das alles nutzlose Untersuchungen waren, aber ich habe den Nutzen nicht verstanden. Ich habe nicht gewusst, dass ich die Hilfe einer Hebamme auch zur Vorsorge hätte in Anspruch nehmen können und wenn ich es gewusst hätte, hätte ich mich damals wahrscheinlich nicht getraut, diese Hilfe einzufordern.

Jeder Einzelne verfügt notwendig nur über einen begrenzten Erfahrungshorizont. Jeder, auch jeder Arzt kennt aber die Erfahrung, Hilfe zu brauchen und nicht die „richtige“ Hilfe zu erhalten. Das ist das klassische Beratungs-Dilemma, von dem alle, die sich in der unabhängigen Patientenberatung oder in der Selbsthilfe engagieren, ein Lied singen können: Menschen kommen oft erst dann in die Beratung, wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen ist. Die Menschen, die der Aufklärung am meisten bedürfen, können am schlechtesten erreicht werden. Es sind Menschen aus bildungsfernen Schichten, Migranten, Kinder und Jugendliche oder ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Ich habe bewusst mein Beispiel an den Anfang gesetzt, um zu illustrieren, dass Informationsdefizite dennoch nicht in erster Linie ein Problem mangelnder Bildung sind. Es gibt hier ein strukturelles Problem: Wenn ich nicht weiß, welche Probleme auftreten können, kann ich nicht beurteilen, welche Hilfe ich brauche. Auch bei Informationen kenne ich unter Umständen nicht die Relevanz der Information für meine Situation. Wenn ich das Hilfsangebot nicht kenne, kann ich die Hilfe, die ich brauche nicht einfordern, wenn ich sie akut brauche. In der akuten Situation bin ich in meiner Autonomie eingeschränkt. Mich dann um allgemeine Informationen zu kümmern, ist schwierig. Der Satz, ich hätte mir diese Informationen vorher beschaffen können, ist zwar richtig, hilft mir aber nicht. Wenn ich Glück habe, bekomme ich aus meinem sozialen Umfeld rechtzeitig einen hilfreichen Tipp, an wen

ich mich wenden könnte. Wenn ich Pech habe, wird bei mir allerhand untersucht, was mir keine Problem verursacht. Objektivität der Methode, das naturwissenschaftliche Paradigma also, gewährleistet nicht, dass dieses Wissen für meine Situation relevant ist. Menschen mit guter Schulbildung können ihre Informationsdefizite schneller erkennen und durch entsprechendes eigenes Engagement beheben.

Es ist aufschlussreich, dass Befragungen regelmäßig zeigen, dass Ärzte für sich und ihre Angehörigen sehr viel weniger Medizin in Anspruch nehmen als sie ihren Patienten tagtäglich verordnen. Viel ist nicht viel, gesucht wird zusätzlich zur Relevanz das richtige Maß beim Einsatz von Hilfsmitteln. Patientenautonomie ist das Zauberwort, das uns aus dem hier angerissenen systemischen Problemen herausführen soll. Es bedarf einer differenzierten Betrachtung, damit kein einseitiger, hohler Anspruch daraus wird. Grundsätzliche Überlegungen zwingen zur Verallgemeinerung, aber *den* Patienten gibt es nicht. Auch Menschen mit dem gleichen Krankheitsbild können sehr unterschiedlich mit ihrer Krankheit umgehen, nehmen subjektiv einen sehr unterschiedlichen Grad von Schmerz wahr, haben sehr verschiedene Erwartungen an ihre Ärzte und das Vertrauen zu Behandler und Behandlung beeinflusst den Therapieerfolg beträchtlich. Viele ältere Menschen wollen ihrem Arzt ganz vertrauen können, jüngere Menschen fordern offensiv mehr Beteiligung bei der Therapieentscheidung oder eine Zweitmeinung und stoßen damit nicht bei allen Ärzten auf Verständnis. Viele Ärzte erleben den Zuwachs an Autonomie ihrer Patienten durch die Institutionen der Selbsthilfe oder durch unabhängige Informationen als Schwächung ihrer Autorität.

Die Forderung nach mehr Patientenautonomie bedeutet nicht, dass der traditionelle, auf Fürsorge angelegte Ansatz in der Medizin falsch ist. Falsch ist das einseitige Experten- und Spezialistentum, das in der Vergangenheit im Namen des Fortschritts kultiviert worden ist. Kurative Medizin ist versprechende Medizin und den Patienten wird vielfach mehr versprochen als dann eingelöst werden kann. Um ein differenziertes Verständnis für die Bedeutung von Autonomie in der medizinischen Versorgung zu skizzieren, werde ich darum zunächst einen Blick auf den Versorgungsalltag und unseren Begriff von Krankheit und Gesundheit werfen. Danach werde ich aufzeigen, dass ein rationaler Begriff von Autonomie nicht nur eine kognitive Herausforderung ist. Theoretisch ist das Konzept voraussetzungsreich, in der ärztlichen Praxis, im unmittelbaren Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist es ganz einfach anzuwenden: Wenn der Arzt seine Bedeutung im therapeutischen Prozess

nicht überschätzt, wenn er Selbstreflexion und Selbstbeschränkung als wesentliche Instrumente seiner ärztlichen Kompetenz begreift.

Autonomie ist kein Automatismus, keine zeitsparend auszuführende Routine, sondern ein Handlungsspielraum. Vor allem ist Autonomie ein Anspruch, den wir nicht aufgeben können und dem wir nicht genügen, wenn wir nur betonen, wie wichtig er theoretisch ist. Theoretische Handlungsspielräume nützen uns nichts. Ein Arzt, der mir nicht zuhört, raubt nicht nur mir Möglichkeiten, sondern auch sich selbst. Die Bedeutung der sprechenden, auf gelungene Verständigung ausgerichtete Medizin nur auf der Ebene des einzelnen Behandlungsverhältnisses zu analysieren, greift natürlich zu kurz.

Es gibt in der Gesundheitsversorgung insbesondere in Ballungsgebieten immer mehr Zusammenarbeit, Systemzwänge und alternative Angebote.

Kommunikationserfordernisse werden durch eine Vielzahl an beteiligten Berufsgruppen aber nicht kleiner, sie werden größer. Auch sollten wir nicht den Fehler begehen, das Vorhandensein von Kommunikationstechnologie mit erfolgreicher Kommunikation zu verwechseln. Das Bedienen der technischen Hilfsmittel kostet Zeit, die für die eigentliche Verständigung fehlt und wer täglich mit China telefoniert, kennt seine Nachbarn vielleicht nicht mehr.

Menschen können auf einer individuellen Ebene nur dann erfolgreich interagieren, wenn der gesellschaftliche Handlungsrahmen bestimmte Bedingungen erfüllt. Ein funktionierender Ordnungsrahmen ist Ermöglichungsbedingung. Im letzten Abschnitt wende ich mich deshalb der Frage zu, ob das System Autonomie fördert, es mithin sinnvoll und möglich ist, von den Individuen mehr Eigenverantwortung zu verlangen oder ob wir hier Defizite haben, die zuerst behoben werden müssen.

Medizin wird bei der Fülle der assoziierten sozialen Probleme nicht die einzige und wahrscheinlich nicht einmal die wichtigste Strategie sein können, auch wenn die Zahl der durchschnittlichen Arztkontakte pro Person und Jahr eindrucksvoll belegt, wie viele Menschen in Deutschland sich Hilfe von ihren Ärzten erhoffen. Insgesamt sollte das Bewusstsein handlungsbestimmend werden, dass Mittel, die gegenwärtig im Bereich der kurativen Medizin gebunden sind, für andere Bereiche mit hoher gesundheitlicher Relevanz dringend gebraucht werden: Bildung, Soziales, Umwelt. Eine Debatte über die Prioritäten der Gesundheitsversorgung steht uns in Deutschland bevor. In anderen Ländern ist man hier schon weiter. Das Eisen ist heiß und niemand wird es anpacken wollen. Rationierung wird so implizit auf die Ebene des Behandlungsverhältnisses heruntergedrückt und Vertrauen damit systematisch untergraben. Dieses Problem betrifft nicht nur unsere individuellen, sondern auch unsere kollektiven Rechte.

## **2. Versorgungsalltag und das Verständnis von Krankheit und Gesundheit**

Auf einer Veranstaltung, an der ich kürzlich teilgenommen habe, hat ein Vertreter der Ärzteschaft von der „funktionierenden Menschlichkeit“ des Arztes gesprochen. Diese spontane Formulierung ist aufschlussreich für das ärztliche Selbstbild: So wie Organfunktionen kontrolliert werden, soll auch das menschliche Repertoire des Arztes funktionieren. Handelt es sich um Routinen, die unter dem Gesichtspunkt der Effizienz optimiert werden können?

Bei einer Behandlung beträgt der persönliche Arztkontakt pro Patient in Deutschland im Mittel 7,8 Minuten. Durchschnittlich nach 15 Sekunden unterbricht der Arzt seinen Patienten, um die Schilderung der Beschwerden zu beschleunigen. Die im internationalen Vergleich erhobenen Zahlen zeigen nicht nur eine wenig wünschenswerte Wirklichkeit, sie zeigen nicht vorhandene Möglichkeit. Ärzte sprechen vom „Hamsterrad“, wenn sie ihren Versorgungsalltag beschreiben, Patienten gehen, wenn sie es sich leisten können zusätzlich zu Heilpraktikern oder anderen Anbietern, weil sie hoffen, dass ihnen dort mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Deutsche gehen sehr viel häufiger zu Ärzten als zum Beispiel Skandinavier. Die Zahl von durchschnittlich 18 Arztkontakten pro Person und Jahr ist erschreckend hoch. Eigentlich erübrigt sich bei diesen Zahlen die Diskussion über Qualität. Die Qualität kann nicht stimmen oder man kann auch sagen, sie ist in Anbetracht des Mengendurchsatzes noch erstaunlich gut. Solcher Relativismus hilft natürlich ebenso wenig weiter wie der Hinweis auf Effizienzreserven, die es in einem solchen System unbedingt geben muss, von denen aber niemand weiß, wo sie liegen und wie sie zu heben sind.

Besser informierte Patienten könnten ihr Teil dazu beitragen, dass sie zeitnah zu „richtigen“ Helfern finden, so die Hoffnung im Zusammenhang mit Patientenautonomie, aber wie können Betroffene wissen, wer richtig helfen kann, wenn sie nicht wissen, an welcher Art von Krankheit sie leiden, bzw. was die wirkliche Ursache ihrer Beschwerden ist. Das genau ist es ja, was auch Ärzte häufig nicht wissen, trotz Medizinstudium.

Die bedeutenden Erfolge in der naturwissenschaftlichen Erforschung von Krankheiten im 19. Jahrhundert durch die Identifikation von Erregern und Erkenntnisse über pathogene chemische Veränderungen haben zur Durchsetzung des

naturwissenschaftlichen Paradigmas geführt, das unser Verständnis von Medizin noch immer stark bestimmt. Das „Panorama“ der Krankheiten hat sich aber im 20. Jahrhundert stark verändert. Nach dem norwegischen Sozialmediziner Hjort lassen sich vier Wellen unterscheiden: Infektionskrankheiten sind schon im 19. Jahrhundert auf dem Rückzug und verlieren in den reichen Ländern der Welt bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts ihren Schrecken. Die zweite Welle der verhaltensassoziierten, sogenannten Zivilisationserkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfälle, Stoffwechsel- und Krebserkrankungen), machen den Großteil der heutigen chronischen Erkrankungen aus. Im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts tritt dann eine Welle „neuer Morbidität“ in Erscheinung: psychosomatische, psychomentale Störungen und Phänomene von Selbst- und Fremdaggression. Die vierte Welle am Übergang zum 21. Jahrhundert sind Mehrfacherkrankungen bei alten Menschen. Die Mehrzahl der behandlungsbedürftigen Leiden liegt nicht im Feld der kurativen Medizin. „Trotzdem“, schreibt Norbert Schmacke, „bleibt das Bild von der Krankheit als einer akuten Episode, die mittels moderner Medizin folgenlose überwunden werden kann, außerordentlich mächtig.“

Ausgeblendet wird dabei heute auch, dass nicht die Individualmedizin, sondern die sozialmedizinisch initiierte Schaffung von besseren Lebensbedingungen (Hygiene, Trinkwasserversorgung) die dramatische Verbesserung der Lebenserwartungen bewirkt hat. Die Verengung des Blickwinkels auf die Individualmedizin ist darum gegenwärtig ein großes Problem, für das die WHO schon geraume Zeit einen anderen politischen Ansatz fordert. Lange wurde Gesundheit als Voraussetzung für Autonomie verstanden. Sozialmedizinische Untersuchungen, die Zufriedenheit am Arbeitsplatz und andere wichtige sozial bedingte Lebensumstände einbeziehen, zeigen, dass die Relation umgekehrt „richtiger“ ist: Autonomie ist die Voraussetzung von Gesundheit. Das einseitige, stark am Paradigma naturwissenschaftlicher Objektivität orientierte Verständnis von Gesundheit bedarf der Korrektur.

### **3. Autonomie als Handlungsspielraum**

Es ist wichtig zu sehen, dass es nicht allein am Standesdenken von Ärzten oder übertriebenen Heilsversprechen der Forschung liegt, dass unser Verständnis von Krankheit nicht der Realität entspricht. „Die Menschen glauben im Allgemeinen gern, was sie wünschen.“ Diese Feststellung von Julius Caesar gilt nur bei solchen Menschen nicht mehr, bei denen das Missverhältnis zwischen Wunsch und Wirklichkeit so groß wird, dass sie den Teufelskreis durchbrechen müssen, der ihr Leiden verursacht. Was bei einem klar physisch verursachten Leiden Vorteile hat und

einer kausalen Therapie zugänglich ist, wird bei unklarem Befund mit möglichen starken psychischen oder sozialen Anteilen völlig schief. Patienten können jahrelang im System herumirren, ohne die richtige Hilfe zu finden oder sie werden zu Behandlungsopfern, an denen eine große Zahl von Ärzten erfolglos ihre Kunst erprobt.

Diese Krankheiten sind die eigentliche Herausforderung des Systems. Bei ihnen kommt es auf die ärztlichen Kernkompetenzen besonders an, denn auch der Hilfebedarf ist schlecht objektivierbar. Menschen gehen zum Arzt, weil sie sich Hilfe erhoffen, unabhängig davon, ob sie sie dort bekommen können. Die Begriffe objektiv und subjektiv sind insgesamt wenig sinnvoll, wenn sie die Wertigkeit von Wissen bezeichnen sollen. Auch wenn Menschen nur subjektiv meinen, sie seien krank und bekämen Hilfe von ihrem Arzt, ist ihr Hilfebedarf doch real. Eine Gesundheitsversorgung, die sich krampfhaft an Schein-Objektivitäten festklammert, bietet dann womöglich auch nur scheinbar Hilfe an.

Der Grund, warum Autonomie nicht nur für den Patienten, sondern auch für den Arzt ein so entscheidender Ansatzpunkt ist, wird deutlich, wenn wir uns die Behandlungssituation bei psychischen Leiden und bei Menschen mit nicht heilbaren Beeinträchtigungen verdeutlichen: Bei psychischen Erkrankungen kann der Therapeut oft erst dann helfen, wenn der Patient den Grundkonflikt verstanden hat, der sein Leiden verursacht; wenn er bereit ist, Hilfe anzunehmen, beziehungsweise, wenn er die Bereitschaft aufbringt, sich selbst zu helfen. Bei Angststörungen beispielsweise muss der Patient sich selbst massiv mit den Situationen konfrontieren, die ihm Angst machen. Persönlichkeitsstörungen gehen oft auf emotionalen Missbrauch in der Familie zurück, sie erfordern Verhaltensänderungen, das Zurückdrängen destruktiver Beziehungsmuster, die sozial erworben sind. Das kann der Arzt nicht stellvertretend für den Patienten leisten.

Bei Menschen mit irreversiblen Beeinträchtigungen kommt es für mögliche Hilfe ebenfalls sehr darauf an, welche Einstellung der Patient selbst zu seiner Krankheit oder Behinderung hat. Für beide Patientengruppen gilt: Jede bloß äußerliche Abhängigkeit von Hilfe ist unproblematisch in Hinblick auf Autonomie.

Beeinträchtigungen können problemlos durch die Hilfe anderer Menschen oder durch Hilfsmittel kompensiert werden. Die innere Abhängigkeit, der Mangel an Autonomie, der am deutlichsten bei einer Suchterkrankung in Erscheinung tritt, kann durch äußere Eingriffe oder Hilfestellungen gar nicht kompensiert werden. Innere Abhängigkeit von egal was (Drogen, Einkaufen, Spiele, Personen) ist das Resultat einer falschen Kompensationsstrategie, die das Individuum selbst für hilfreich oder sogar

lebensnotwendig hält. Hilfe von außen ist erst möglich, wenn Einsicht in das eigene Verhaltensmuster vorhanden ist und das kann Jahre dauern.

Die Rolle des Arztes als Helfer ist hier eine sehr andere als im Bereich der kurativen Medizin, wo Patienten in eine bestimmte Behandlung einwilligen und dem Arzt dann das Feld überlassen. Der Arzt als Experte weiß hier, was für die Gesundheit des Patienten gut ist und der Patient will es tatsächlich oft gar nicht so genau wissen. Das Expertenwissen ist Garant des Patientennutzens und so lange beide Seiten mit dieser Rollenverteilung einverstanden sind, ist die Welt in Ordnung. Eine autonome Entscheidung kann auch stattfinden, wenn ich mich ganz in die Hand eines anderen begeben und hoffe, dass er sein Bestes zu meinem Wohl tut.

Im Vertrauen auf Expertise wurde in vielen Industrieländern ein massiver Ausbau von Fachdisziplinen gefördert. Immer mehr Ärzte wurden Spezialisten, die Allgemeinmedizin genoss wenig Ansehen und bot kaum Möglichkeiten, in der Forschung Reputation zu gewinnen.

Inzwischen ist der Optimismus, dass ein Mehr an Spezialwissen automatisch ein Mehr an gesundheitlichem Nutzen bewirkt, allseits gedämpft. Auch ein noch so objektiver Befund kann wie gesagt völlig wertlos sein. Diagnostik mit unklarem Befund zieht Folgeuntersuchungen nach sich, die sehr belastend für den Patienten sein können. Angst vor Fehlern auf Seiten des Arztes, Angst davor, wesentliche Parameter könnten bei ihm übersehen worden sein auf Seiten des Patienten, treiben eine Entwicklung von Angst-Diagnostik und diagnostischer Beschwichtigung von Angst in der Individualmedizin an, die viel Geld kostet und im Resultat wenig bringt. Moderne Medizin ist in vieler Hinsicht Angst-Medizin.

Kein Patient kann sich eine solche maximale medizinische Versorgung wünschen. Maximale Sorgfalt dagegen ist ein verallgemeinerungsfähiges Anliegen und hier hapert es beträchtlich, auch weil die verknappte Zeit als unmittelbares Resultat von ökonomischem Druck in einen Teufelskreis führt. Ein zunehmender Einsatz von Hilfsmitteln ist nicht linear hilfreich. Was der Körper nicht braucht, baut er ab. Muskeln, die nicht angespannt werden, verschwinden. Jeder Arzt weiß das. Jedes eingesetzte Hilfsmittel birgt die Gefahr, dass Selbständigkeit verloren geht, bei etlichen Mitteln vor allem im Bereich der Medikamente drohen Abhängigkeit oder Folgeschäden, die erst nach einiger Zeit eintreten. Patienten mögen hier zuweilen größere Sorgen haben als notwendig; die Sorge, dass die negativen Folgen eines Mittels die oft kurzfristig positive Wirkung übersteigen, diese Sorge ist grundsätzlich sehr berechtigt. In den



vergangenen Jahren wurde diesem Thema wenig Aufmerksamkeit geschenkt, beim Hippokratischen Eid stand das *nil nocere* in der obersten Priorität.

Ein stark am kurativen Heilerfolg ausgerichtete Verständnis von Krankheit verdeckt, das Selbstständigkeit, Selbsttätigkeit des Patienten und gerade nicht nur Selbstbestimmung, bzw. informierte Einwilligung eine wesentliche Rolle beim Gesundwerden spielen.

Grundsätzlich können vier Prinzipien die Entscheidungsfindung medizinethisch anleiten:

Autonomie (Kompetenz, Selbstbestimmungsfähigkeit, Wille)

Benefizienz (Leben, Gesundheit, Lebensqualität)

Non-Malefizienz (Nutzen-Risiko-Relation, individuelle Werte)

Gerechtigkeit (Gleichheit, Angemessenheit, Ressourcen)

Autonomie wird mit sich selbst Gesetze gebend, Eigengesetzlichkeit, Selbständigkeit übersetzt und bedeutet als politischer Begriff je nach Zusammenhang Unabhängigkeit, Selbstverwaltung, Entscheidungsfreiheit. Kant verwendet den Begriff für Willensfreiheit, die nur dann möglich ist, wenn der Wille sich selbst vernünftig bestimmt.

Häufige Einwände gegen diese Rationalitäts-Zumutung lauten: der Mensch sei nicht so, er bestimme seinen Willen vorzugsweise irrational; intuitives Handeln ermögliche viel bessere und schnellere Reaktionen in akuten Entscheidungssituationen, häufig sei gar keine Zeit nachzudenken. Das ist alles richtig und trotzdem ist es falsch. In der Steinzeit war die Notwendigkeit ohne Überlegen vor einem wilden Tier zu flüchten sicherlich eine häufige Gefahrensituation. Entscheidungszwänge und Zeitdruck in der modernen Zivilisation sind dagegen überwiegend Teil des Systems, sie sind gewissermaßen kollektiv gewollt. Wir haben das soeben auch bei der Angstgetriebenen Medizin gesehen.

Vom Sein kann nicht auf das Sollen/ Können geschlossen werden und umgekehrt kann vom Sollen nicht auf das Sein geschlossen werden. Beides kann aber nebeneinander nicht nur sehr gut bestehen, es muss handelnd sogar in Einklang gebracht werden. Der zur Freiheit befähigte Mensch ist gleichzeitig ein Naturwesen und unterliegt vielen Konditionen, die er nicht beeinflussen kann. Auch durch Medizin

nicht. Daraus folgt in keiner Weise, dass er keine freien Entscheidungen treffen und die Umstände seines Lebens im Wesentlichen nicht beeinflussen kann.

Auch ein Wissenschaftler wählt das Wissen, an dem er sein Denken orientiert selbst aus. Verlässt er sich auf Dogmen, hat das Konsequenzen für die Qualität seiner Erkenntnisse.

Das Argument, ein rationales Verständnis von Autonomie verlange Menschen ein zu hohes Maß an kognitiven Fähigkeiten ab und grenze darum Menschen, die diesem Maßstab noch nicht oder nicht mehr gerecht werden können, zum Beispiel in Folge von Demenz, tendenziell aus, muss ernst genommen werden. Wenn es zutrifft, ist Autonomie kein brauchbares Konzept, weil es dann gerade in den Lebenssituationen versagt, wo es am meisten gebraucht wird. In diesem Zusammenhang wird häufig auch die Asymmetrie, die im Verhältnis zwischen Arzt und Patient aufgrund des unterschiedlichen Wissenshorizonts besteht, als Einwand angeführt.

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. Superman gibt es nicht, auch wenn viele Menschen sich mit einem überfordernden Selbstbild belasten. 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.

#### **4. Gesellschaft und Politik**

Vernünftig bestimmte ethische Prinzipien ersetzen nicht die Reflexion, sondern leiten sie an. Sie liefern ein abstraktes Orientierungswissen und werden häufig missverstanden, weil sie mit konkreten Inhalten identifiziert werden. Dies geschieht regelmäßig, wenn in öffentlichen Diskursen über das oberste Prinzip unserer Verfassung, die Würde des Menschen, diskutiert wird. Da ist dann von der Würde des Embryos die Rede, um ein Beispiel für den falschen Gebrauch von Prinzipienwissen zu nennen.

Das Ziel eines vernünftig angeleiteten Diskurses ist Einsicht. Ohne die Einsicht von vielen geht in der Demokratie nichts. Einsicht ist das Ergebnis von Selbstreflexion, kritischer Überprüfung der eigenen Überzeugungen und Werte. Ein Gespräch bietet gegenüber einsamen Bemühungen den Vorteil, dass mindestens zwei Teilnehmer sich wechselseitig korrigieren können. Nur wenn wir uns von vorschnellen Urteilen oder falschen Intuitionen lösen können, werden wir die Bereitschaft aufbringen, auf Mittel zu verzichten, von denen wir selbst möglicherweise profitieren, um sie anderen zuzugestehen, die sie nötiger brauchen.

Solche Diskurse sind wir nicht gewöhnt. Wir sind wohlstandsverwöhnt: Wenn mehr Geld gebraucht wird, erhöhen wir einfach den Beitragssatz der Sozialversicherungen oder machen mehr Schulden. Wenn das Mehr unter den sich abzeichnenden wirtschaftlichen Bedingungen nicht mehr möglich ist, werden wir unser Augenmerk wieder auf das rationale Orientierungswissen lenken müssen, das zur Lösung existentieller Probleme unentbehrlich ist.

Alle Mühe muss einem möglichst hohen Grad an Autonomie im hier vorgetragenen Sinn gelten. Dies ist die gesuchte Qualität in der Gesundheitsversorgung und zugleich das Prinzip, nach dem wir rational entscheiden können, welche Versorgungsleistungen notwendig sind und welche nicht. Das Individuum kann im Feld der Heteronomie wechselnden Prioritäten und Präferenzen nachgehen und es kann eine Vielzahl von

Gesundheitsbedürfnissen haben, die ein Gesundheitsmarkt profitorientiert bedient. Viele Sachverhalte, Anliegen und Bedürfnisse haben keine ethische Relevanz. Es ist auch politisch außerordentlich wichtig, herauszufinden, welche Fragen eine solche Relevanz haben. Vernünftig begründete ethische Prinzipien liefern den Maßstab für diese Relevanz.

Im deutschen Gesundheitswesen haben wir gleichzeitig Über-, Unter- und Fehlversorgung. An einigen Stellen wird zu viel des Guten getan, an anderen schaden die eingesetzten Mittel mehr als sie nutzen, in wieder anderen Bereichen fehlen Mittel und es kommt wie zum Beispiel in der Pflege zu Zuständen, die humanitär nicht mehr vertretbar sind.

Ähnlich wie im Bereich des Föderalismus haben wir im Gesundheitssystem unklare Regeln, auf welcher Ebene was, von wem, wie entschieden und verantwortet werden muss. Mit Blick auf die EU und weltweit agierende Institutionen nimmt dieses Ebenenproblem immer gewaltigere Ausmaße an. Ein Ebenenproblem besteht auch, wenn jetzt mehr Eigenverantwortung von Patienten gefordert wird, bevor die strukturellen Defizite des Systems beseitigt sind.

Wir leisten uns den Luxus eines Krankheitsverständnisses, das an der Realität vorbeigeht. Professionelle Interessen und eifersüchtig verteidigte Experten-Pfründe sind ein großes Hindernis für eine am Interesse der Patienten organisierte Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe. In der Selbstverwaltung laufen in einer Vielzahl von Gremien, die kaum ein Bürger kennt, undurchschaubare Entscheidungsprozesse ab, für die niemand zur Verantwortung gezogen werden will. Es gibt für jede Institution und jede Interessengruppe immer eine große Auswahl an möglichen Kandidaten, wenn es darum geht, die Verantwortung weiterzuschieben.

Ethische Prinzipien haben in stark technik-orientierten Diskursen den Nachteil des Unkonkreten: sie werden als abstrakt, unverständlich, realitätsfern oder nicht kommunizierbar abgetan. In der Diskurspraxis können alle sich ganz schnell auf hehre humanitäre Ziele einigen und jeder glaubt hier zu wissen, wovon er redet. Entsprechend gibt es eine kaum zu überbietende Vielzahl von Dissensen, wie diese unstrittigen Ziele am besten zu erreichen sind.

Wer den Werteverfall in der Gesellschaft am lautesten anprangert, will aber vielleicht gerade den Beitrag, den seine Partei zu diesem Verfall geleistet hat, überdecken. Wer mit großen Absichten hausieren geht, hat nicht notwendig die Absicht, diese in der Praxis umzusetzen. Den Streit über den Vorrang von Sein oder Bewusstsein können

wir uns sparen, wenn der Schein das Bewusstsein bestimmt und Medien ihre Kunden fleißig mit Skandalen, Horrormeldungen und anderen unterhaltsamen Informationen füttern.

Einen wesentlichen Beitrag liefern rationale ethische Prinzipien, die vom Individuum und seiner Autonomie ausgehen nur dann, wenn sie praktisch die Basis des Gesellschaftsentwurfes sind und das Handeln von Menschen tatsächlich anleiten. Ethik als Privatsache ist nicht mehr als ein Trostpflaster oder schlimmer - ein Feigenblatt. Patientenorientierung darf keine neue Einseitigkeit bewirken. Eine gemeinsame Orientierung soll das Miteinander aller Beteiligten stärken: Patienten, Selbsthilfe, Angehörige, freiwillige Helfer, Ärzte, Pfleger, andere Berufsgruppen. Wie das geht zeigt sich in der verbesserten Versorgung Schwerkranker und Sterbender, für die eine breite Bürgerbewegung viele Jahrzehnte gekämpft hat. Hospizbewegung und Palliativmedizin beweisen, dass es praktisch anders geht, auch wenn die notwendigen Ressourcen noch nicht erkämpft sind und die strukturellen Leistungen noch nicht als Vorbild für andere Bereiche der Gesundheitsversorgung anerkannt werden.

Ein guter Ordnungsrahmen ist selten das Ergebnis von Zufall, Tradition, erfolgreicher Besitzstandswahrung oder populistischer Politik. Es reicht nicht, in Wissenschaft und Versorgung alles empirisch zu evaluieren und mit einem Qualitätssiegel zu versehen. Wir müssen auch die Regeln, die das System als Ganzes steuern auf den Prüfstand stellen und rationales Orientierungswissen heranziehen, um politische Reformen zielgerichtet einzufordern und voranzutreiben.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.