

Reiner Anselm, Göttingen:

Der „neue“ Patient zwischen Gesundheit und Systemzwängen

---

Moderne Gesellschaften sind durch ein strukturelles Paradox gekennzeichnet: Ihr Leitbild eines möglichst umfassenden Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen lässt sich nur durch eine stetige Ausdifferenzierung und Professionalisierung der unterschiedlichen Handlungsfelder erreichen, die zugleich den Einzelnen in immer stärkere Systemzwänge geraten lässt. Denn die Umsetzung der zunächst in der Theologie und Philosophie des Aufklärungszeitalters theoretisch entworfenen Ideals individueller Selbstbestimmung in empirische Praxis wird erst möglich, als es durch technische Innovationen gelingt, die vorgegebenen Grenzen eigenen Handelns zu überwinden. Dieser Übergang wird zunächst in der Entwicklung industrieller Produktion deutlich: Ohne Zweifel werden hier die Grundsteine gelegt für eine Emanzipation weiter Bevölkerungskreise, doch ebenso deutlich ist auch, dass diese Entwicklung in neue Abhängigkeiten und Systemzwänge führt. Die großen ideologischen Auseinandersetzungen des 19. Jahrhunderts resultieren aus diesem Spannungsfeld, insbesondere aus der Erfahrung, dass intendierte Selbstbestimmung und deren faktische Realisierung nicht zusammenfallen. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich auch im Blick auf die Innovationsdynamik technischer Systeme: In nahezu allen Bereichen, beginnend bei der Mobilität und den eigenen Kraftreserven gelingt es im 19. Jahrhundert, die durch die physische Konstitution des Menschen gegebenen Begrenzungen technisch zu überwinden. In demselben Maße allerdings, in dem sich diese Entwicklungen etablieren, wächst auch das Bewusstsein, von technischen Produkten abhängig zu sein – ein Prozess, der zunächst in die Zivilisationskritik des Expressionismus führte und sich am Ende des 20. Jahrhunderts in der Diskussion um die Risiken moderner Großtechnologien weiter beschleunigte. Denn so sehr technischer Fortschritt Freiheitsspielräume eröffnet, so sehr zwingt er den Einzelnen auch seine eigene Gesetzlichkeit auf. Im Bereich der Medizin zeigt sich dieses Paradox besonders deutlich. Die Erweiterung individueller Handlungsspielräume geht einher mit dem Aufbau eines hoch differenzierten und vor allem auch kostenintensiven Gesundheitssystems, das seinerseits selbst de-autonomisierend wirkt. Denn es tendiert dazu, im Interesse der eigenen Gesundheit den einzelnen Patienten als Objekt medizinischer Handlungs-

weisen aufzufassen. Die entscheidende Beschleunigung des medizinischen Fortschritts stellt sich ein, als man lernt, den menschlichen Körper als einen nach beschreibbaren Regeln ablaufenden Organismus zu begreifen. Medizinische Eingriffe intendieren nun, etwaige Fehlregulationen des als Regelkreis verstandenen Körpers auszugleichen und lassen gerade dadurch den Menschen als Objekt erscheinen. Dies wird noch dadurch unterstützt, dass zugleich mit der modernen Medizin auch ein nachhaltiges Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient einsetzt. Standen dem Arzt der frühen Neuzeit nur unwesentlich mehr medizinische Kenntnisse zur Verfügung als dem Patienten und war umgekehrt der Wissensvorsprung des Patienten im Blick auf die Koordinaten eines für ihn guten Lebens in einer ständisch-geschlossenen Gesellschaft nur gering, so verschiebt sich diese Balance seit dem 19. Jahrhundert nachhaltig. Unter den Umständen einer sich beständig ausdifferenzierenden und professionalisierenden Gesellschaft und einer sich ebenso stetig verwissenschaftlichenden Medizin kann es keine gleichberechtigte Entscheidungsfindung mehr geben, sondern Unterordnung unter die ärztlich getroffenen Vorgaben ist nun für die Patientenrolle charakteristisch – am deutlichsten sichtbar in der deautonomisierenden Grundstruktur des neuzeitlichen Krankenhauses. Fasst man diese Entwicklung ins Auge, dann zeigt sich schnell, dass der Paternalismus, anders als es sein in die Antike verweisendes Epitheton „hippokratisch“ nahelegt, ein Produkt von Modernisierungsprozessen darstellt. Schon deshalb ist Vorsicht angebracht, wenn Paternalismus und Moderne in ein einfaches Gegensatzverhältnis gebracht werden. Freiheitsbeschränkungen sind Teil der Moderne und nicht einfach die Folge kultivierter modernisierungsresistenter Residuen oder eines Rückfall in die Vormoderne. Sie bedürfen eigener Aufmerksamkeit und kompensierender Strategien innerhalb des Projekts der Moderne und können nicht einfach mit dem Hinweis auf eine weiterführende Modernisierung bearbeitet werden. Doch dazu später mehr.

Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich auch im Blick auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Das Krankenversicherungswesen zielte zunächst darauf ab, individuelle Risiken zu begrenzen und den Erhalt bürgerlicher Partizipationsmöglichkeiten dem Einzelnen und seiner Familie auch im Krankheitsfall zu ermöglichen. Mehr und mehr gerät aber in den Blick, dass individuelle

Handlungsspielräume durch das vorherrschende System auch eingeschränkt werden können. Solche ökonomisch bedingten Zwänge erwecken seit geraumer Zeit öffentliche Aufmerksamkeit. Im Kern geht es dabei um die Frage, wie eine gesellschaftlich-solidarische Finanzierung des Medizinsystems gewährleistet werden kann, die der gebotenen Ausrichtung an den Bedürfnissen des einzelnen Patienten gerecht wird, ohne die Möglichkeiten der Gesellschaft zu überfordern. Eine solche Austarierung zwischen den Erfordernissen des Individuums und den wohlverstandenen Interessen der Gesellschaft ist zugleich derjenige Zustand, der in Aufnahme und Fortschreibung der ethischen Tradition als Gerechtigkeit im Gesundheitswesen zu beschreiben ist.

Über der durch den demographischen und ökonomischen Strukturwandel induzierten Fokussierung auf die ressourcenbezogene Seite des Problems tritt jedoch leicht in den Hintergrund, dass es längst neue Knotenpunkte gibt, an denen das Spannungsfeld von individuellen Bedürfnissen und Systemzwängen im Gesundheitswesen deutlich wird und die die traditionellen Konfliktlinien und Verhaltensformen als obsolet erscheinen lassen. Denn eine detailliertere Analyse zeigt, dass die für das 19. und 20. Jahrhundert zweifelsohne gültige Formel, nach der der medizinische Fortschritt zu einer stetigen Deautonomisierung und Entmündigung des Patienten führe, der durch das Einführen gegenläufiger Regelungen im Standesrecht und Berufsethos – erinnert sei nur an das aus der Bürgerrechtsbewegung stammende Prinzip des *informed consent* – entgegengewirkt werden müsse, zu kurz greift. Mittlerweile scheint sich vielmehr eine gegenläufige Bewegung abzuzeichnen: Erweiterte Handlungsmöglichkeiten der Medizin und immer stärker individualisierte Therapie lassen nämlich den Patienten eben nicht nur als Objekt der modernen Medizin erscheinen, vielmehr erfordern sie in immer höherem Maß ein spezifisches, situationsbezogenes Wissen auch auf der Seite des Patienten. Eigene Präferenzen müssen wahrgenommen und artikuliert werden, Entscheidungen gemeinsam mit dem Arzt getroffen werden. Nur wer als Patient über ausreichendes Wissen verfügt, für den kann das Medizinsystem die bestmögliche Unterstützung bei der Wiedergewinnung der durch die Krankheit eingeschränkten Autonomie ermöglichen. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil in einem differenzierten Medizinsystem die Kontakte zwischen Arzt und Patient immer kürzer

werden, so dass der Patient in steigendem Maße für die Integration verschiedener Behandlungsperspektiven verantwortlich ist. Dem Patienten obliegt es, zu bestimmen, was das für ihn Gute ist, eine Fragestellung, für die der „post-hippokratische“ Arzt nicht kompetent ist: ihm fehlt die Grundlage einer lang andauernden, gemeinsam geteilte Erfahrung, auf der eine solche stellvertretende Entscheidung über das für den Patienten Gute getroffen werden müsste.

Zwei weitere Gesichtspunkte können die wachsende Bedeutung, die dem Patienten und seiner Fähigkeit, sich krankheits- bzw. gesundheitsbezogenes Wissen anzueignen, in der modernen Medizin zukommt, weiter illustrieren: Die prädiktive Medizin liefert Ergebnisse, die vom Einzelnen eingeordnet und adäquat auf die eigene Lebensführung bezogen werden müssen. Die etwa aus dem Risiko, eine genetisch bedingte Erkrankung an mögliche Nachkommen weiterzugeben, resultierenden Entscheidungen lassen sich nicht an das Medizinsystem delegieren, sondern müssen von den Betroffenen selbst getroffen werden. Zudem kommt der individuellen Krankheitsvorsorge immer größere Bedeutung zu. Man kann diese Entwicklungen auf eine prägnante Formel bringen: Nicht mehr der Transfer von finanziellen Ressourcen, sondern von Wissen entscheidet maßgeblich über die Wahrung von Patientenautonomie und über das Wiedererlangen bzw. das Erhalten von Gesundheit. Gesundheitspolitik wird damit zum Bestandteil von Bildungspolitik, deren Ziel die Gesundheitsmündigkeit des Einzelnen sein muss. Eine solche Gesundheitsmündigkeit bedeutet dabei nicht, alle medizinischen Belange selbst entscheiden zu können. Gesundheitsmündig zu sein heißt vielmehr, dass das „Verhältnis zu sich selbst und zu den medizinischen Institutionen sachgemäß ist“. Eine solches sachgemäßes Verhältnis liegt nach Dietrich Rössler dann vor, wenn Gesundheit weder als ein Konsumgut noch als ein bei den Institutionen des Gesundheitswesens einklagbares Recht aufgefasst wird, sondern als die vom Einzelnen mit Hilfe der Medizin erlangte Kraft, mit Störungen zu leben.

Aus der geschilderten Verschiebung ergeben sich neue Herausforderungen und Aufgabenfelder. Denn anders als finanzielle Ressourcen lässt sich Wissen nicht einfach umverteilen, ebenso wenig kann es nach dem Vorbild des Geldvermögens über Generationen akkumuliert werden kann. Das Projekt der Moderne kehrt da-

mit zu seinen Anfängen zurück, zu dem von Immanuel Kant klassische formulierten Appell: *Sapere aude!* Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen. Mit der Rückkehr zu den Anfängen der Moderne aber kehren auch die schon früh erhobenen kritischen Anfragen an dieses Projekt wieder, die nichts an Aktualität verloren haben: Wie ist mit denen umzugehen, die über ein entsprechendes Wissen noch nicht oder nicht mehr verfügen oder es gar nicht erwerben können? Wie sieht Solidarität in einer Wissensgesellschaft aus? Diese Fragen stellen neue Herausforderungen dar, sowohl für den gesellschaftlich-ethischen Diskurs wie auch für die Kirchen. Denn bislang haben sich die Kirchen ebenso wie der gesellschaftlich-ethische Diskurs eher auf die Fragen der Entschleunigung und Domestizierung des medizinischen Fortschritts und das Programm ökonomischer Solidarität konzentriert. Unter den gewandelten Bedingungen ist es jedoch notwendig, sich vorrangig mit der Ermöglichung individueller Bildung zu befassen. Die große Tradition kirchlicher Bildungsarbeit, gerade im Protestantismus, die gleichberechtigt neben dem diakonischen Engagement steht, bietet hierfür Anknüpfungspunkte. Dabei ist allerdings auch darauf hinzuweisen, dass es nicht nur eine gesellschaftliche, sondern auch eine individuelle Verpflichtung zur Bildung gibt, dass also Selbstbestimmung ohne Eigenverantwortung nicht zu haben ist. Auch dieses Wechselverhältnis lässt sich als eine Umschreibung von Gerechtigkeit auffassen, als Symmetrie von Rechten und Pflichten.

So sehr das hier ins Auge gefasste Bildungsprogramm sich dem Leitbild des mündigen, selbstbestimmten Patienten verpflichtet weiß, so sehr darf man nicht übersehen, dass auch hier dem Einzelnen durch die systemischen Rahmenbedingungen zahlreiche Lasten auferlegt werden und dass Freiheit und Abhängigkeit in Bildungsprozessen in einem dialektischen Wechselverhältnis stehen. Denn Bildungsprozesse haben stets eine strukturelle Asymmetrie zum Ausgangspunkt: Laien müssen sich das Wissen von Experten aneignen, müssen sich also in dem Interesse, eigene Mündigkeit zu erlangen, zunächst einem anderen unterstellen über dessen tatsächliche Eignung als Experte die Laien zunächst keine Aussage treffen können. Vor jeder eigenständigen Beurteilung steht daher das Vertrauen in die Kompetenz eines anderen, ein Vertrauen, das auch leicht ausgenutzt und missbraucht werden kann. Bildungsprozesse, die auf die Selbstverantwortung und die

Mündigkeit des Einzelnen zielen, haben darum das Vertrauen in die bildungsvermittelnden Institutionen zu ihrer unverzichtbaren Voraussetzung. Vertrauen ist zugleich der Schlüsselbegriff, wenn es darum geht, Solidarität in der Wissensgesellschaft zu beschreiben. Denn Vertrauen ist akzeptierte Abhängigkeit, das bewusste Unterstellen unter die Kompetenz eines anderen angesichts der Grenzen des eigenen Vermögens. Da es sich um ein *bewusstes* Unterstellen handelt, beschreibt die Kategorie des Vertrauens nicht einfach den Rückfall in ein paternalistisches Grundmodell. Vielmehr zeigt die genauere Untersuchung des Paradigmas einer partnerschaftlichen Patienten-Arzt-Beziehung, die Leitkategorie, die in den entsprechenden Studien stets die bei weitem häufigste Zustimmung erhält, dass *Partnerschaft* im Wesentlichen als *Vertrauen* zu decodieren ist.

Vertrauen als akzeptierte Abhängigkeit ist ein selbstbestimmter Akt der Entscheidung. Dennoch handelt es sich bei einer solchen Entscheidung nicht um eine solipsistische Dezision, die der Einzelne allein mit sich selber ausmachen kann und ausmachen muss. Vielmehr ist Vertrauen – bei den Erwägungen zum Bildungsbegriff ist das bereits angeklungen – auf entgegenkommende, vertrauensfördernde Strukturen angewiesen. Wie aber ist Vertrauen zu gewinnen gegenüber einen vielgestaltigen, differenzierten und zugleich ohne klare Bezugspersonen operierendem Medizinapparat? Zwei Gesichtspunkte scheinen mir hier besonders wichtig zu sein: Verlässlichkeit und Transparenz. Zur Transparenz gehört es dabei in besonderem Maße, die eigenen Interessen zu artikulieren und zu thematisieren. Dennoch dominiert im Bereich der Medizin häufig eine Grundhaltung, die es für angebracht hält, solche Interessen auf der Seite der medizinisch Handelnden zu negieren und den Eindruck zu erwecken, als seien die Interessen des Arztes immer auch die Interessen des Patienten – ob ähnliches für die Pharmaindustrie auch gilt, können Sie selbst beantworten. Ich halte ein solches Verschleiern für wenig produktiv, da die Divergenz von Interessen auch in den Interaktionsprozessen des Medizinsystems offenkundig und nicht zu leugnen sind. Denn nicht das Vorhandensein von Interessen, durchaus auch von ökonomischen Interessen, ist vertrauensschädigend, sondern deren beharrliches Leugnen. Interessen sowohl der Öffentlichkeit, als auch dem einzelnen Patienten transparent zu machen, stellt darum einen wesentlichen Baustein dar auf dem Weg, die in der Arzt-Patienten-Be-

ziehung konstitutiv gegebene Abhängigkeit selbstbestimmt akzeptieren zu können.