

Hauptseminar: Vertrauen in der Medizin

Leitung: Dr. med. Dr. phil. Georg Starke

Vertiefte Hauptseminararbeit:

Der verunsicherte Mensch und die Sache des Vertrauens in der Krebsheilkunde

von

Dr. med. Christoph Jung

Nussbaumerstr. 45

83278 Traunstein

+49 172 10 17 622

christophpeter.jung@t-online.de

Wintersemester 2023/24

Inhalt:

1. Vertrauen in der Medizin	3
2. Begriffsbestimmungen: Vertrauen - Vertrautheit - Vertrauenswürdigkeit - Wohlwollen - sich Verlassen	4
3. Institutionalisierte Vorgaben für Vertrauen: Bundesärztekammer - WHO-Gesundheits-Definition - Evidence Based Medicine	6
4. Ökonomie, Absicherung, Machterhalt motivieren strukturelle Leitentscheidungen im System Medizin	9
5. Welche Antworten geben Akteure im Gesundheitswesen?	12
6. Leben ohne Vertrauen und das gute Leben: Das Bezugsproblem	15
7. Was können Mensch gut, was nicht?	18
8. Was macht einen guten Patienten aus?	20
9. Ein Patient ist mehr als sein Problem: Befähigung - Ehrlichkeit - Zeit-Invest	22
Literatur	26

Vertrauen in der Medizin

„Vertrauen
schürt
Hoffnung,
dass einer
den Weg mit uns gehen kann, egal wie er verläuft.“

„Vertrauen öffnet den Blick auf die Hoffnung,
dass ein Weg gehbar bleibt.“

Es existiert kein „Recht auf Gesundheit“ in der deutschen Verfassung, wohl aber das „Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ nach Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz. Nach der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft zunächst als Abwehrrecht gegen staatliche Eingriffe gemeint, deutet die Verfassung dies mittels einer Schutzpflichtdimension. Der Staat stellt sich schützend und fördernd vor das menschliche Leben und soll ein funktionierendes Gesundheitswesen etablieren. Es steht außer Frage, dass in Deutschland ein funktionierendes Gesundheitswesen existiert. Das hinter dem Grundgesetz stehende Menschenbild beruht auf Freiheit und Selbstbestimmung. Der Einzelne trägt zuerst die Verantwortung für Chancen und Risiken seines Lebensentwurfs. Selbstbestimmung schließt die „Freiheit zur Krankheit“ ein. Diese Eigenverantwortung gälte es auch im Bereich des Gesundheitswesens zu stärken.

Nach WHO erkranken etwas mehr als 1 von 5 Personen im Verlauf ihres Lebens an einer Krebserkrankung. Die Heilungsraten liegen bei etwa 40%. Auch wenn Lebenserwartung und Überleben grundsätzlich steigen, hängen sie doch von regionalen und sozio-ökonomischen Faktoren ab. Und obwohl Heilungsraten zunehmen, werden weiterhin Menschen (an Krebsleiden) sterben. Obwohl Altersforschung und zunehmendes Wissen über die Krankheiten Häufigkeiten und Schwere reduzieren, bleibt das Faktum der Endlichkeit bis auf weiteres bestehen. Die Vision der machbaren Gesundheit oder gar des beliebig verlängerbaren Lebens bleibt als unerfüllbar anzunehmen. Menschen werden also auch zukünftig eine Zeit zunehmender Krankheit und Einschränkung aushalten müssen. In dieser Zeit werden sie zunehmend auf Unterstützung anderer angewiesen sein. Und diese

Der verunsicherte Mensch und die Sache des Vertrauens in der Krebsheilkunde.

Hauptseminararbeit, Ch. Jung, 10.02.2024

Unterstützung wird nicht komplett dem Staat, als der Solidargemeinschaft, übertragbar sein.

Solch krisenhaftes Erleben führt zum Thema dieses Textes. Menschen sind verunsichert von der zunehmenden Komplexität des Lebens, von den normierten Erwartungen gegenüber dem tatsächlich Machbaren. Menschen sehen sich gerne autonom, individuell, autark. Moderne Medizin fragmentiert das Bild des Patienten, in der Vorstellung ihm besser gerecht zu werden. Die vor allem ökonomischen Belange dominieren in den Leitentscheidungen der Medizin. Vertrauen ist ein popagierter Leitwert, der sein Versprechen aber nicht hält. Geht das zusammen? Braucht es noch Vertrauen im Gesundheitswesen? Gibt es einen gerechtfertigten Anspruch oder darf es genügen, sich als Patient auf die fachliche Kompetenz des Behandlungsteams zu verlassen? Wie reagieren Menschen, Patienten, Akteure auf die veränderte Gesundheitsfürsorge? Welchen Einfluss haben die Limitierungen des Gesundheitswesens auf Vertrauen? Wie ehrlich gehen wir mit den Gegebenheiten um? Hinter der Frage steht die Vermutung, dass gesunden und kranken Menschen ein Umgang mit ihren Krisen wohl zugetraut werden darf. Aber es bedarf eines Geländers, an dem sie entlanggehen und sich, durch ihre Krisensituation, festhalten können. Hier vermute ich die Verantwortung innerhalb einer Gesellschaft füreinander, die Notwendigkeit für Ehrlichkeit, Zeit und professionelles Kümmern (Care-Arbeit). Aber hier steht auch das Ringen um eine Antwort auf die Frage: Wie wollen wir miteinander leben!? Ist Vertrauen eine unabdingbare Voraussetzung für ein gutes Weiterleben, auf individueller, wie auch institutioneller Ebene?

Dieser Text bezieht sich insbesondere auf die berufsbedingte Erfahrung des Autors aus der ambulanten Onkologie und Hämatologie, sowie der im Rahmen dieses Settings anbietbaren palliativmedizinischen Betreuung.

Begriffsbestimmungen: Vertrauen - Vertrautheit - Vertrauenswürdigkeit - Wohlwollen - sich Verlassen

Vertrautheit und Vertrauen sind beide Aspekte menschlicher Beziehungen. Vertrautheit bezieht sich auf Kenntnis von Personen, Orten oder Dingen durch ständigen Kontakt oder

Erfahrung. Eine Person, ein Ort oder eine Aufgabe kann "vertraut" sein, weil wir sie gut kennen und uns daher in ihrer Anwesenheit wohl oder sicher fühlen.

Eine Definition von Vertrauen ist schwieriger. Und sie hängt vom Blickwinkel ab, ob ich also beispielsweise durch die sozialwissenschaftliche, psychologische, wirtschaftliche, philosophische, rechtliche oder eventuell religiöse Brille schaue. Übergreifend formuliert Hartmann: „Ich definiere Vertrauen nach wie vor als akzeptierte Verletzlichkeit, die auf der Seite des Vertrauensempfängers die wohlwollende Bereitschaft mit sich bringen muss, diese Verletzlichkeit nicht auszunutzen, auch wenn das möglich wäre. Bekannt ist Georg Simmels Bemerkung, wonach der völlig Nichtwissende nicht vertrauen kann, während der völlig Wissende nicht zu vertrauen braucht.“ (Hartmann 2020, 203) Der akzeptierten Verletzlichkeit des Vertrauensgebers steht hier die wohlwollende Bereitschaft des Vertrauensempfängers, sie nicht auszunutzen gegenüber.

Menschen sind nicht nur schlecht und nicht nur gut. Vertrauen, erst recht blindes Vertrauen, kann also enttäuscht werden. Wer an Vertrauen appelliert, um gut dazustehen und Vorteile zu gewinnen, nützt es aus. Onora O'Neill spezifiziert die Gedanken um Vertrauen. Sie konstatiert, dass der Vertrauensgeber klug und intelligent vertrauen sollte, sich also überlegen muss, wem er sein Vertrauen schenken möchte, und der Vertrauensnehmer sich Vertrauen verdienen muss. (O'Neill 2020) Zum klugen Vertrauen gehört die Notwendigkeit des Vertrauensgebers sich zu informieren, nach der Evidenz zu fragen. Zu einem Vertrauensnehmer gehört Vertrauenswürdigkeit. Zu dieser zählt sie Kompetenz, Ehrlichkeit, Verlässlichkeit und vermutlich auch den festen Willen den Vertrauensgeber ehrlich, redlich in Kenntnis zu setzen oder zu befähigen.

Ein Beispiel aus dem medizinischen Umfeld verdeutlicht: Kompetenz bezeichnet das Maß der fachlichen Fähigkeiten, das vorausgesetzt werden kann. Hier stehen heute neben dem Einzelnen ein multiprofessionelles Team und eine zertifizierte, medizinische Einrichtung im Blick. Ehrlichkeit bezeichnet die wahrhaftige, redliche Formulierung der in dieser Situation, mit den bestehenden Ressourcen und im vorliegenden Umfeld möglicherweise erreichbaren Zielen. Verlässlichkeit meint eine angenommene Sicherheit des Patienten auf der Basis überprüfbarer und erworbener Kompetenz, im Kontext der Erkrankung Information, Hilfe und die erwartete Leistung abrufen zu dürfen. Ob aber beispielsweise

Der verunsicherte Mensch und die Sache des Vertrauens in der Krebsheilkunde.

Hauptseminararbeit, Ch. Jung, 10.02.2024

Information vollumfänglich durchgeführt oder abgerufen werden muss, hängt vom Einzelfall und vom Vertrauen des Patienten ab: „Ich vertraue ihnen, sie werden mir nicht schaden!“.

Vertrauen ist nicht direkt intendierbar. Es braucht einen Grund zu vertrauen. Die Schwierigkeit ist, zu erkennen, wer vertrauenswürdig ist, da die schiere Komplexität und Informationsdichte in medizinischen und biotechnologischen Kontexten überwältigend ist. Selbst wenn Vertrauenswürdigkeit besteht und verdient wäre, bleibt Vertrauen ein Geschenk zwischen den beiden Parteien. Zwischen Vertrauensgeber und -nehmer herrscht vielleicht ein Bewusstsein über die zu übernehmende Verantwortung. Und um sich dem komplexen Phänomen noch mehr anzunähern: Vertrauen kann asymmetrisch sein, wenn einer der Hilfe bedarf, die der andere geben soll. Diese Asymmetrie ist aber Kontextbezogen und würde sich auflösen, wenn sich beide Seiten als mit je eigenen Bedürftigkeiten, Verletzlichkeiten und Insuffizienzen empfinden als Menschen, die in Augenhöhe miteinander umgehen, also nahbar und greifbar sind.

Institutionalisierte Vorgaben für Vertrauen: Bundesärztekammer – WHO-Gesundheits-Definition - Evidence Based Medicine

Die Bundesärztekammer äußert sich in der Berufsordnung für in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte zu Vertrauen. In der Präambel heißt es: „Mit der Festlegung von Berufspflichten der Ärztinnen und Ärzte dient die Berufsordnung zugleich dem Ziel, [...] das Vertrauen zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten zu erhalten und zu fördern.“ Und weiter in § 1: „(1) Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. [...] (2) Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten [...]“ § 2 ergänzt die allgemeinen ärztliche Berufspflichten: „(1) Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.“ (Bundesärztekammer 2021).

Die alte Fassung der WHO-Definition der Gesundheit beschreibt sie ambitioniert und visionär als einen Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen. Wer könnte so tatsächlich gesund sein. Wenig bekannt ist die Version der WHO von 2015: „Unter Gesundheit wird ein dynamischer Prozess verstanden, im Laufe dessen eine Person in Wechselwirkung mit der Umwelt und in Abhängigkeit von biologisch physiologischen Bedingungen und Beeinträchtigungen Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickelt und unterhält, die es während ihres Lebens erlauben, zu tun und zu sein, was für sie mit gutem Grund bedeutsam ist.“ Die neue Definition erlaubt eine viel dynamischere Betrachtung von Gesundheit, die nicht absolute Werte in die Zielvereinbarung nimmt, sondern einem Gleichzeitig von gesund und krank Rechnung trägt, bezogen auf die Bedürfnisse der Person, um dann lösungsorientiert Wege zu finden.

Seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wird die Erfahrungs-geleitete Art Medizin zu praktizieren abgelöst durch eine auf überprüfbaren Daten beruhende „Evidence based Medicine“. David Sackett hat 1996 seine Definition formuliert. Zu gleichen Teilen gehören dazu: das klinische Urteilsvermögen des Behandlers, der derzeit gültige, wissenschaftliche Standard und die Prioritäten des Patienten. (Sackett 1996).

Die Prioritäten des Patienten abzufragen, eine Entwicklung derselben wahrzunehmen, verbietet sich im Alltag häufig aus Mangel an Zeit oder Überforderung. Klinisches Urteilsvermögen des Behandlers wird aus Zeit- oder Kompetenzmangel kaum gelehrt. Anders als im anglo-amerikanischen Lehrplan wurde und werden Teaching hier zu Lande häufig von denen übernommen, die gerade eine Stufe über dem zu belehrenden stehen. Da Erfahrung die Evidenz ergänzen und einordnen muss, geht ein wichtiger Teil der Heilkunst verloren. In der Verwirklichung beider Aspekte bliebe die Entscheidungshoheit über die Anwendung einer Leitlinie in der Hand des Spezialisten. Das mag gerade im Zeitalter der Künstlichen Intelligenz Relevanz haben. Es lassen sich Szenarien konstruieren, in denen solches Vorgehen Patienten zum Vorteil gereicht, aber auch zum Nachteil.

Im Hinblick auf „Evidence based Medicine“ fokussiert die praktizierte Medizin meist auf den derzeit gültigen, wissenschaftlichen Standard, der messbar und in Form von Standardabweichung abbildbar ist. Leitlinien fassen diesen Standard zusammen. Audits

Der verunsicherte Mensch und die Sache des Vertrauens in der Krebsheilkunde.

Hauptseminararbeit, Ch. Jung, 10.02.2024

überwachen die Einhaltung. Das Benchmarking und die Ökonomie sortieren häufig die Güte des nach diesen Leitlinien Vorgehenden. Die rein wissenschaftliche Optimierung nimmt in erster Linie die Krankheit wahr, nicht den Menschen, der sie trägt: „Ein Mann ist impotent“, nicht „Er hat eine Impotenz“, ist eine pointierte Formulierung. Der Mensch wird ausschließlich zu einem Patienten, reduziert auf sein Leiden, eingeordnet, als Mensch kaum sichtbar. Auch wenn das im besten Sinne hilfreich sein kann und nur gedankenlos und unbedacht wäre, wer möchte sich so reduziert wissen.

Die nötige wirtschaftlicher Optimierung entscheidet mit, was in Leitlinien auftaucht. Positive Studiendaten finden mehr Beachtung als negative, wenn letztere überhaupt, als Gefahr für ein ökonomisches Konzept, veröffentlicht werden. Wichtige Daten schaffen es kaum in die Playliste der Charts, wenn sie keinen Gewinn abzuwerfen drohen.

Ein Beispiel: 2017 wurde in der Plenary Session des weltgrößten Kongresses für Krebsheilkunde, dem ASCO Meeting in Chicago, gezeigt, dass proaktives Nebenwirkungsmanagement einen mittleren Gesamtüberlebensvorteil von 5,4 Monaten erreicht. Das Faktum taucht in keiner Leitlinie auf. Die Kosten für die telefonierende, ausgebildete Pflegekraft bleiben trotz des Wirksamkeitsnachweises nicht umlegbar. Tebentafusp ist ein Medikament, das wöchentlich bei metastasiertem, aber niemals heilbarem Aderhautmelanom eingesetzt wird. Es steigert den mittleren Gesamtüberlebensvorteil von 16 auf 21,7 Monate, also um 5,7 Monate. (IMMUNOCORE 2022) Der Jahrestherapiepreis liegt bei ca. €750.000,- pro Patienten. Die Kosten werden übernommen, dem Medikament wurde ein beträchtlicher Zusatznutzen attestiert. Für die wenigen daran erkrankten Patienten ist dies vermutlich gut, aber wären nicht auch die obigen 5,4 Monate der große Zahl der nicht optimal Nebenwirkungs-behandelten Patienten zuzubilligen.

Ein weiteres Beispiel: Sprechen über Unheilbarkeit vermeidet unnötige Therapien am Lebensende, ist ein erklärtes Ziel der Onkologie und Palliativmedizin und fördert damit Lebensqualität, Autonomie, etc.. Damit spart sprechende Medizin auf unregulierte Weise Kosten ein, wollte man sich schon auf eine rein ökonomische Betrachtung einlassen. Die letzte Lebensphase verursacht hohe Kosten für die Solidargemeinschaft. Die Therapiefortsetzung beruht oft auf gegenüber dem Patienten nicht formulierten

Der verunsicherte Mensch und die Sache des Vertrauens in der Krebsheilkunde.

Hauptseminararbeit, Ch. Jung, 10.02.2024

Machbarkeiten und Unmöglichkeiten. Viele Patienten lehnen eine Therapiefortsetzung ab, wenn sie ehrlich, offen, verständlich und wiederholt die Limitierungen und die verbleibenden Optionen erfahren. Nur Überleben reicht vielen nicht aus als Motivation für das Weitermachen. Es ist vorrechenbar, dass gute Anamnese und Untersuchung ein Vielfaches des technisch-diagnostischen Aufwandes einsparen können. Noch dazu fühlen sich Patienten „behandelt“. Das volkswirtschaftlich sinnvolle Sprechen ist ein betriebswirtschaftliches Desaster. Etwa 2007 wurden die Gesprächsziffern aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gestrichen.

Maximen einer wissenschaftlich fortschrittlichen und dennoch patientenorientierten Medizin bestehen also in den gezeigten Werkzeugen der Berufsordnung, der Gesundheitsdefinition der WHO, dem Prinzip der Evidence Based Medicine und vielen anderen, hier nicht berichteten Handlungsüberlegungen. Über die Sinnhaftigkeit besteht wohl Einigkeit. Meist sind es aber ökonomische Leitentscheidungen, die von institutioneller Seite als zwingend und unumgänglich argumentiert werden. Sie bleiben für die Allgemeinheit eher im Nebel, unangesprochen, unhinterfragt, aber offensichtlich dennoch allgemein akzeptiert. Um gemeinschaftlichen Konsens oder Entscheidungsfindung bezüglich dieser Leitwerte wird, so scheint es, wenig gerungen.

Ökonomie, Absicherung, Machterhalt motivieren strukturelle Leitentscheidungen im System Medizin

Die immensen Fortschritte in Medizin und speziell der Krebsheilkunde sind einer pathophysiologischen und in Studien überprüfbaren Betrachtungsweise (Evidenz) geschuldet. Krankheiten können viel besser verstanden und erklärt werden, wenn Ursache und Wirkung bis in die tiefsten, molekularen Ebenen disseziert werden. Akademische und industrielle Forschung leisten, auch Dank der Motivation marktwirtschaftlichen Interesses, sicher Hervorragendes. Auf eine neue Viruserkrankung wie COVID innerhalb eines Jahres mit mehreren möglichen Impfstoffen reagieren zu können, zeigt die beeindruckenden Möglichkeiten des Systems. Entsprechend steigen die Kosten für die Solidargemeinschaft, die aufgebracht, umgelegt und eingespart werden müssen.

Es gibt eine schleichende, massiv in den Vordergrund greifende und in erster Linie ökonomisch bedingte Überversorgung in der Medizin (Wahl des Therapieverfahrens nach ökonomischer Effizienz) und gleichzeitig eine ökonomisch bedingte Unterkommunikation. Therapieverfahren des Patienten und Personaleinsparung sind Rädchen, an denen zu drehen sich am meisten lohnt. Herschbach, obwohl Mitautor des Nationalen Krebsplanes und der S3 Therapie-Leitlinie für Psychoonkologie, bringt das kritisch ins Wort: „Es geht darum die Behandlung stromlinienförmig zu vereinheitlichen, man will vermeiden, dass durch das Übersehen psychosozialer Faktoren später Kosten entstehen könnten. Es fehlt an sensiblem Behandlungspersonal mit ausreichender Zeit für den Patienten und der Mangel an Mitmenschlichkeit muss nun bürokratisch effektiv verwaltet werden.“ „Mit Bedenken sehen wir uns auf diese „Schöne Neue Welt“ im Gesundheitswesen zusteuern. Gewinnspannen, Rationalisierungspotentiale und Ressourcenallokation dominieren das Handeln und führen zu einem „Tanz um das goldene Kalb“ der Marktwirtschaft.“ (Herschbach, 2010) Es fehlt am Erfassen des Gegenübers als einem ganzheitlichen Menschen, mit all dem, was diesem über die reine Pathophysiologie hinaus bedeutsam ist. Medizin reduziert Patient, aber auch Akteure im Gesundheitsbereich, auf fachliche Einzelaspekte und eine ökonomisch orientierte Reparaturwerkstatt. Was außerhalb des ökonomisch abgeltbaren Anforderungskataloges liegt wird lieber nicht gemacht, wird delegiert an Abteilungen, die den Sachverhalt hoffentlich besser abrechnen können.

Ein weiterer Leitaspekt für Entscheidungsfindung ist der Versuch der Absicherung durch Transparenz oder Rechenschaft. Hartman referiert hierzu umfänglich. „Transparenz sollte nicht gleichgesetzt werden mit Vertrauen, aber es bietet im Sinne der Zugänglichkeit von Informationen eine mögliche Voraussetzung für das Entstehen von Vertrauen.“ Und weiter: „[...] wenn Vertrauen nicht blind sein soll, muss eine gewisse Kenntnis der anderen Person vorliegen. Ich muss ihren Charakter kennen oder ihre Kompetenzen einschätzen können. Reden wir dagegen von Institutionen oder Organisationen, dann sollte Vertrauen ebenfalls nur geschenkt werden, wenn grundlegende Arbeitsweisen oder typische Entscheidungsstrukturen innerhalb dieser Institutionen oder Organisationen hinlänglich bekannt sind.“ (Hartmann, 2020. 203)

Und weiter referiert Hartmann: „Man kann das die negative These nennen, die behauptet, dass Transparenz Vertrauen zerstört. Transparenz wird im Zuge dieser kritischen Debatte

Der verunsicherte Mensch und die Sache des Vertrauens in der Krebsheilkunde.

Hauptseminararbeit, Ch. Jung, 10.02.2024

eher als Verlangen danach verstanden, alles über den anderen zu wissen oder in Erfahrung bringen zu wollen, es geht um Kontrolle oder Überwachung, um Datentransparenz zu kommerziellen Zwecken oder um die Aufhebung des Privaten.“ (Hartmann, 2020. 204) Und entsprechend kritisiert Hartmann: „Einzelne Betriebs Studien legen nahe, dass das Gefühl, überwacht zu werden, das etwa durch Maßnahmen wie Qualitätskontrollen, Dokumentationspflichten, Evaluierungen oder bauliche Maßnahmen, die mit übersichtlichen Räumen oder durchsichtigen Glasstrukturen arbeiten, die Arbeitsmoral verändern und die Suche nach Wegen provozieren kann, der Überwachung auszuweichen. Wer gezwungen ist, sein Verhalten oder seine Leistungen regelmäßig zu dokumentieren (meist in standardisierten Erhebungen), produziert oft nur Pseudowerte, die das wirkliche Verhalten nicht erfassen und somit nur den Schein einer Realität erzeugen (vom Zeitaufwand einmal ganz abgesehen). Der Ökonom Ethan S. Bernstein hat bei Untersuchungen in einer großen transparenzorientierten chinesischen Produktionsstätte für Mobilfunktechnik herausgefunden, dass die Arbeiterinnen und Arbeiter immer dann produktiver und auch innovativer gearbeitet haben, wenn sie sich unbeobachtet fühlten.“ (Hartmann, 2020. 206)

Zählbare und dokumentierbare Abläufe sind besser kontrollierbar als zeitaufwändige Gespräche, denen der Geschmack des Unlauteren und des Vergeudens anheftet. Fürsorgliches Kümmern ist meist nur noch als selbstverständliche „kleine“ Zusatzleistung erlaubt. Zertifizierungen dienen eher als Garantie des monetären Flusses, als zur Qualitätssicherung. Wer nicht zertifiziert ist, keine Mindestmengen vorweisen kann, verliert Bezüge, rentiert sich nicht, wird wegrationalisiert. Bei knapp kalkulierten Budgets kann sich das niemand leisten. Mischkalkulationen fangen nicht mehr auf. Kreative andere Lösungen sind angesichts des Mangels an medizinischem Personal noch nicht gefunden. Die formulierten und in Audits abgefragten Maximen werden dagegen immer hehrer, vielleicht als Versuch mit regulatorischen Mitteln doch an Qualität und Ganzheitlichkeit festzuhalten.

Gewinnspannen, Rationalisierungspotentiale, Ressourcenmanagement, Absicherung, vielleicht noch wissenschaftliches Interesse oder Machterhalt, motivieren die strukturelle Leitentscheidungen unseres Gesundheitswesens. Die Verquickung von ärztlichem Handeln und Wirtschaftlichkeit widerspricht aber einem holistischen ärztliches Tun. Patienten spüren das und hinterfragen zunehmend skeptisch die Motivation von medizinischem

Der verunsicherte Mensch und die Sache des Vertrauens in der Krebsheilkunde.

Hauptseminararbeit, Ch. Jung, 10.02.2024

Personal, von Wissenschaft und Forschung, privat und industriell, von Geldgebern. Die Motivation spielt eine Rolle für die Glaubwürdigkeit und Vertrauenswürdigkeit einer Person oder Institution. Kann Vertrauen unter diesen Bedingungen noch geschenkt werden?

Auskommen kann ein Patient aber nicht. Er ist abhängig einen Arzt zu finden, der ihn annimmt, rechtzeitige Termine zu bekommen, damit seine Tumordiagnose nicht verschleppt und aus einer kurativen keine nicht heilbare Erkrankung wird. Hier tritt eine deutliche Asymmetrie zu Tage. Es geht um nichts weniger als die bedrohte Existenz des Patienten, vielleicht sein Recht auf Leben.

Welche Antworten geben Akteure im Gesundheitswesen?

Das vermeintlich kränkelnde Gesundheitssystem funktioniert noch, vermutlich weil es die menschliche Eigenschaft der Solidarität oder Brüderlichkeit gibt. „Sie [Solidarität] ist Ausdruck einer Bereitschaft, sich für andere zu engagieren, ohne dabei primär eigene Interessen zu verfolgen oder dazu im engeren Sinne moralisch oder rechtlich verpflichtet zu sein. Die Voraussetzung hierfür ist ein Zusammengehörigkeitsgefühl unterschiedlicher Gruppen von Menschen. Solidarität ist damit der ‚Inbegriff der wechselseitigen Bindungen und Verpflichtungen [...], die zwischen einer Gruppe von Menschen bestehen.“ (Reder, 2018. 103)

Der Historiker Rutger Bregmann überlegt in seinem Buch „Im Grunde gut“ warum und wie der Homo sapiens die Welt erobern konnte: „Schimpansen und Orang-Utans erreichen bei fast allen mentalen Fähigkeiten ähnliche Ergebnisse wie zweieinhalbjährige Kinder. Aber in der Kategorie des social learning sind Kleinkinder in jeder Hinsicht überlegen. [...] Menschen scheinen supersoziale Lernmaschinen zu sein. Wir werden geboren, um zu lernen, uns miteinander in Verbindung zu setzen und zu spielen.“ (Bregmann, 2020. 90) Was uns Menschen ausmacht ist offensichtlich die Fähigkeit zu sozialem, vertrauensvollem Miteinander und zur Kooperation.



So verwundert es vielleicht auch nicht, dass Behandlungspersonal versucht, die größer werdenden zeitlichen Lücken und den systemimmanenten Mangel an Mitmenschlichkeit auszugleichen. Der Preis dafür dürfte die immer höhere Frustration aller professionellen Kümmerer sein, die zunehmend wahrnehmen, dass sie ihre Arbeit in ihrem und in einem ganzheitlichen Sinn nicht ordentlich erledigen können und dürfen. Man verlässt sich auf ihre soziale Gutmütigkeit. Eine zunehmende Optimierung reicht lange nicht mehr aus. Die Meinung, man müsse nur eben besser organisieren, nimmt die Unterschiedlichkeit von Menschen nicht ernst und missachtet, dass jeder Mensch spezielle Fähigkeiten und Leistungsmöglichkeiten hat. Aber schon im Kindergarten wurden eher Defizite als Potenziale beobachtet. Im eiligen Tagesgeschäft verliert sich der Blick für individuelle Talente und deren Einsatzmöglichkeit, für Teamstrukturen und -zusammensetzungen. Aus Agieren wird reagieren im Katastrophenmodus.

Auch sehen verschiedene Akteure des Gesundheitswesens mit unterschiedlichen Brillen und Zielen auf die Arbeitsorganisation. Entsprechend viele professionelle Kümmerer vermuten sich am falschen Platz, nicht gewertschätzt und quittieren ihren Dienst: Wenn man Kümmerern das Kümmeren wegnimmt, dann verkümmern sie. Leisten können sich heute mehr denn je Menschen den Ausstieg aus dem Berufsleben. In der Generation, denen nur noch wenige Jahre bis zum Ruhestand bleiben, besteht ein verhältnismäßig hoher wirtschaftlicher Wohlstand. Man kann es sich leisten, auf Zufriedenheit zu achten. Und die Frage beantwortet sich erstaunlicherweise positiv: wären wir bereit vom wirtschaftlichen Wohlstand etwas aufzugeben, wenn auch nach eigenem Ermessen, um einen ideellen Wohlstand zu erreichen oder zu erhalten. Eine Studie bestätigt als die

wichtigste Voraussetzung der Berufsrückkehr solcher Kümmerer „Mehr Zeit für eine gute Pflege durch mehr Personal“. (Hans Böckler Stiftung, 2022, Kurzfassung. 12)

Verschärft ein Kompensieren der Lücken das Problem noch mehr? Hier entsteht ein Konflikt. Keinesfalls gilt die einfache Antwort, wer sich kümmert handelt moralisch gut, wer ökonomisch denkt handelt moralisch verwerflich. Wie könnte man eine Gesellschaft mehr ernst nehmen als durch die radikale und konsequente Akzeptanz ihrer Entscheidungen, auch wenn sie die Entscheidung gegen einen menschlichen Grundwert der Solidarität, Brüderlichkeit, Nächstenliebe, das Kümmern oder das Soziale trafe. Ernst zu nehmen wäre auch, wenn eine Gesellschaft oder politische Führung sich nicht positioniert, nichts entscheidet. Keine Entscheidung treffen zu wollen, ist ebenfalls eine Entscheidung. Liegt nicht hier die Freiheit des Menschen begründet: er kann sich gegen das vermeintliche Gute entscheiden. Um zu überlegen, was das derzeit Beste im Bereich des Gesundheitswesens sein könnte, dürften genügend philosophische, ethische, demokratische Werkzeuge existieren.

Verstehen Gesundheitsakteure die Komplexität des Systems noch, wenn sie auf das Große und Ganze sehen wollen? Oder fühlen sie sich eher machtlos und ausgeliefert! Eine praktizierte Antwort angesichts dieser Komplexität ist Rückzug auf partikulare oder eigene Interessen. Genau das ist zu beobachten. Akteure im Gesundheitswesen leisten immer öfter den kaum noch leistbaren Spagat zwischen Vorgaben einerseits und dem praktischen Handeln. Und vermutlich gilt das für die meisten Ebenen des Systems, auch der Klinikvorstand steht unter Druck, auch dem Klinikvorstand gelingt möglicherweise kein Blick für das Große und Ganze, für das eigentliche Ziel, auch er muss Partikularinteressen vertreten. Auch er mag frustriert, austauschbar sein. Weite Teile unserer Gesellschaft drehen das Rad immer schneller, um Resultate möglichst gut zu halten: ‚running faster to stand still‘. Und wir haben uns über die Zeit an dieses Prinzip gewöhnt, wie der Frosch, den man in lauwarmes Wasser setzt. Er wird sich räkelnd und noch wohlfühlen und bemerkt kaum, wenn das Wasser immer heißer wird. Irgendwann verkocht er. Würde man ihn sofort in heißes Wasser setzen, er spränge umgehend heraus.

Es ist nicht zu erwarten, dass alle Beteiligten ethisch-moralische Zielsetzungen in der Wichtigkeit über ökonomischen Belangen stellen. Aber vielen Akteuren schlägt das Herz für

Der verunsicherte Mensch und die Sache des Vertrauens in der Krebsheilkunde.

Hauptseminararbeit, Ch. Jung, 10.02.2024

den dienenden, fürsorgenden Blick auf ihre Aufgabe. Fällt das Solidaritätsprinzip, fällt eine der wichtigsten Motivationen den Beruf ergriffen zu haben. Es resultiert das Gefühl mangelnder Wertschätzung: um die Aufgabe zu erfüllen werden nicht mehr ausreichende Ressourcen zur Verfügung gestellt, also ist das nicht wichtig. Einsparung geschieht oft unbesprochen, ohne Einverständnis und entsprechend nicht akzeptiert. Daraus entsteht die derzeit häufige, nicht vertrauensvolle Haltung gegenüber der Institution Gesundheitswesen. Individuelle Lösungsansätze in einem so kontrollierten und abgesicherten System bleiben nicht nur unbelohnt, sondern sind auch nicht gewünscht. Das Potenzial des Einzelnen zum Lösungsbeitrag kann so nicht genutzt werden.

„Ganz Mensch ist der Mensch eigentlich nur dort, wo er ganz aufgeht in einer Sache, ganz hingeeben ist an eine andere Person. Und ganz er selbst wird er, wo er sich selbst übersieht und vergisst.“ (Frankl, 1987. 201) Im August 2017 haben wir bei unseren damals zwölf Mitarbeitern eine anonyme Befragung durchgeführt: „Wie muss ein Arbeitstag sein, damit ich zufrieden nach Hause gehe? Was muss an einem Arbeitstag passieren, damit ich zufrieden nach Hause gehe?“ Es waren frei zu formulierende Antworten gewünscht. Der Tenor der Antworten wird am besten durch folgenden Satz beschrieben: *„Zufrieden nach Hause gehe ich, wenn Patienten sagen, bei Euch ist es nett und ich kommen trotz meiner Krankheit gerne zu Euch. Da weiß ich, dass ich meine Arbeit gut mache und mein Bestes gegeben habe!“*

Leben ohne Vertrauen und das gute Leben: Das Bezugsproblem



von Hoffmann, um 1893

Mit Ludwig von Hoffmanns „Das verlorene Paradies“, möchte ich eine anthropologische Konstante zu formulieren und bildlich darzustellen versuchen, textlich ergänzt durch ein Vortragszitat von Joachim Gauck: „Einen Tag später findet sich das Paar außerhalb des Paradieses: Es ist nackt, fürchtet sich – wer gibt uns etwas zu essen, wer sagt uns, was wir tun sollen, wer schützt uns vor Gefahr, wo sind wir überhaupt. Von jetzt an wird es sich danach sehnen, in die heile Ordnung eines geschützten Raumes zurückkehren zu können, das wir Paradies nennen. Das Paar wird nie wieder dort hinkommen, aber immer wird es sich danach sehnen und daran denken, dass es dort sein könnte. Und es wird sich immerfort fürchten vor dem, was ihm heute und am nächsten Tag zustoßen könnte.“ (Gauck, 2019)

Die geschilderte Erfahrung könnte so oder ähnlich lauten: Wir stoßen jeden Tag an Grenzen unserer eignen, kleinen immer komplizierter werdenden Welt (unseres Systems), erfahren an diesen Grenzen unsere Verletzlichkeit, Bedürftigkeit, unser Unbehaust-Sein oder Ungeborgen-Sein, unsere Inkompetenz, unsere Bedingtheit, Abhängigkeit und unsere Endlichkeit. Wir erfahren uns und unser Gegenüber bildlich nackt. Dafür gewinnen wir Freiheit, Recht und Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen und Handlungen durchzuführen, die von unserer individuellen Willenskraft und Vernunftmöglichkeit getrieben sind. Wir dürfen gestalten, lernen, uns verwirklichen, das leben, was gerade uns als Subjekt ausmacht oder wie wir gedacht sind. Die Angst vor der Freiheit ist also ein Teil der menschlichen Grundausstattung. Nach Kierkegaard ist ‚Angst der Schwindel der Freiheit‘. (Kierkegaard, 2023.84) Aber ohne Ängste ist Freiheit nicht zu haben.

Freiheit bedingt Verantwortung. Verantwortung bezieht sich auf die Pflichten oder den moralischen Imperativ, die aus der freiheitlichen Handlung resultieren. Verantwortung ist unsere Antwort, auf die Fragen, die das Leben und unsere komplexer werdende Umgebung (Umwelt) uns stellt. Verantwortung ist zu übernehmen und angemessen zu handhaben, wenn Freiheit uns und allen anderen weiter ein gutes Leben ermöglichen soll. Aber auch „der andere Mensch hat originären Zugang zur Welt, könnte alles anders erleben als ich und kann mich daher radikal verunsichern.“ (Luhmann, 2014. 6).

„Statt sich gegen die Unberechenbarkeit des anderen in der vollen Komplexität aller Möglichkeiten zu wappnen, kann man auch die Komplexität zu reduzieren suchen, nämlich sich auf die Ausbildung und Erhaltung wechselseitigen Vertrauens konzentrieren ... “ (Luhmann, 2014. 85) Vernunftbegabt, lernen wir unser System, dessen Umwelt und Zusammenhänge teilweise verstehen. Es ist aber kaum anzunehmen, dass „das Fortschreiten der technisch-wissenschaftlichen Zivilisation die Ereignisse unter Kontrolle bringen und Vertrauen als sozialen Mechanismus durch Sachbeherrschung ersetzen und so erübrigen werde. Eher wird man damit rechnen müssen, dass Vertrauen mehr und mehr in Anspruch genommen werden muss, damit technisch erzeugte Komplexität der Zukunft ertragen werden kann.“ (Luhmann, 2014. 19f) „In dem Maße, als eine Sozialordnung komplexer und variabler wird, verliert sie als Ganzes den Charakter der Selbstverständlichkeit, der bekannten Vertrautheit, weil die tägliche Erfahrung sie nur ausschnittthaft zu Gesicht bringen oder erinnern kann. Andererseits ergibt sich aus der Komplexität der Sozialordnung selbst ein gesteigerter Koordinationsbedarf ..., also ein Bedarf für Vertrauen, das nun immer weniger durch Vertrautheit gestützt sein kann.“ (Luhmann, 2014. 24)

Und deshalb formuliert Luhmann, vereinbar mit den Gedanken Gaucks: „Vertrauen im weitesten Sinne eines Zutrauens zu eigenen Erwartungen ist ein elementarer Tatbestand des sozialen Lebens. Der Mensch hat zwar in vielen Situationen die Wahl, ob er in bestimmten Hinsichten Vertrauen schenken will oder nicht. Ohne jegliches Vertrauen aber könnte er morgens sein Bett nicht verlassen. Unbestimmte Angst, lähmendes Entsetzen befielen ihn. Nicht einmal ein bestimmtes Misstrauen könnte er formulieren und zur Grundlage defensiver Vorkehrungen machen; denn das würde voraussetzen, dass er in

Der verunsicherte Mensch und die Sache des Vertrauens in der Krebsheilkunde.

Hauptseminararbeit, Ch. Jung, 10.02.2024

anderen Hinsichten vertraut. Alles wäre möglich. Solch eine unvermittelte Konfrontierung mit der äußersten Komplexität der Welt hält kein Mensch aus.“ (Luhmann, 2014. 1)

Was können Mensch gut, was nicht?

Haltlosigkeit und Verlust des Vertrauens in die bisher tragenden Wertvorstellungen und tradierten Normen sind nach Viktor Frankl Aspekte dessen, was die Sinnkrise der Gegenwart ausmacht. Angesichts der unerschöpflichen Möglichkeiten können wir oft selbst ‚nicht mehr wissen, was wir wollen, und keine Götter uns mehr sagen, was wir sollen‘. (Frankl, 1985. 13). Die Sinnfrage drängt sich auch auf, wenn man ‚alles hat, wovon man leben kann, aber nichts, wofür man leben kann‘. (Frankl, 1985. 33)

Nicht nur Institutionen sichern sich ab, auch Individuen, um dem Verlust von Werthaltigem zu entgehen. Absicherung, wie schon oben unter dem Gesichtspunkt Transparenz geschildert, scheint ein wichtiges Werkzeug zum Erhalt der eigenen, sicheren Grenzen. Absicherung des Individuums wird nötig, wenn das Leben ein unerschöpfliche Fülle von Möglichkeiten bietet und damit vermeintlich zwingt, die beste Wahl treffen zu müssen. Pointiert heißt diese Haltung: „Man kann die Menschen mit der Freiheit der Wahl von der Freiheit, das Richtige zu tun, ablenken.“ (Bolz, 2010. 13) Dabei „stellt sich die Frage nach der sinnvollen Lebensführung. Es geht auch bei Bolz um die Unterscheidung zwischen „von etwas leben“ und „für etwas leben“. (Bolz, 2010. 133) Er deutet Freiheit als Willensfreiheit, die in der Lage sei, gegen den Strich der eigenen Vorlieben zu entscheiden. „Freiheit heißt Lebensführung - Wir nennen das mit Simmel: Mehr-als-Leben. Wer frei ist, lebt nicht einfach, sondern führt ein Leben. ... Die Würde des Menschen muss also geleistet werden. ... Die Leistung der Lebensführung erwächst aus der Sorge um das wirklich Wichtige.“ (Bolz, 2010. 132). Bei Bolz, wie bei Frankl, tritt in einer verkehrten Welt das, wofür ich lebe in den Hintergrund gegenüber dem, wovon ich lebe.

Offensichtlich gibt es eine gesellschaftliche, normative Tendenz, was alles erreicht werden muss, welches Event ein gutes Leben ausmachen soll. Freiheit meint dabei oft Freiheit von Verpflichtung. Selbstverwirklichung und Achtsamkeit bringe ich mir selbst entgegen. Zugelassen ist, was Hochglanzcharakter hat. Nicht „mein Ding“ machen wollen, nicht schön, gut, perfekt, optimal sein können oder gar wollen, bedarf einer Begründung und grenzt aus.

Der verunsicherte Mensch und die Sache des Vertrauens in der Krebsheilkunde.

Hauptseminararbeit, Ch. Jung, 10.02.2024

Machbarkeit muss möglich sein, weil im Normativ der Optimierung das so vorgesehen ist. Das Selbstbild lautet: ich kann das und ich kann das selbst. Die ungeheure Mühe der Optimierung macht, gerade angesichts der zunehmenden und unüberschaubaren Fülle an Möglichkeiten Druck. Dieser Mensch muss alles richtig machen. Das gute Leben und die Bilanz hängen davon ab. Alles hängt von der Person selbst und von ihrer Spanne zwischen Geburt und Tod, ihren Lebensumständen und Wahlmöglichkeiten ab. Keine Wahlmöglichkeit darf vergeudet und falsch getroffen werden. Dem gegenüber stünde eine Haltung, die ergänzen könnte: „ich kann nicht alles“, ich bin der Hilfe anderer bedürftig und auf sie angewiesen. Hierzu bräuchte ein Mensch Vertrauen. Zu gewinnen gäbe es die in unzähligen Büchern und Werbungen ersehnte Gelassenheit und innere Ruhe.

Kein Wunder, dass Work-Life-Balance immer bedeutsamer wird. Als ob Work nicht ein Teil von Life wäre und als solche mitgelebt und gestaltet werden möchte, im Idealfall so, dass ein Mensch nicht nur von Wochenende zu Wochenende, Urlaub zu Urlaub, Insel zu Insel leben müsste. Und das gilt vermutlich auch, wenn die Arbeit nicht die Berufung ist. Meine Frau, Abteilungsleiterin beim Integrationsfachdienst, berichtet immer wieder von Arbeitern am Montageband: das Maß, ob eine Tätigkeit als gut oder schlecht empfunden wird, liegt im zwischenmenschlichen Wirken des Teams. Und auch ich sehe das bei unseren berufstätigen Patienten: versteht sich das Team, möchten sie schleunigst zurück an den Arbeitsplatz, selbst unter laufender Chemotherapie. Arbeit ist viel mehr als Broterwerb.

Erlauben wir uns oder die Umstände uns hier selbstwirksam zu gestalten? Ein häufiges Beispiel aus meinem Alltag soll das verdeutlichen: Ein Paar um das 67. Lebensjahr kommt erstmals in unsere Praxis. Er, so nehmen wir an, ist an einem nicht heilbaren, metastasierten Krebsleiden erkrankt. Wir drei sprechen über die Erkrankung und Beschwerden, über seine Ziele, über die sich daraus ergebenden Machbarkeiten und Unmöglichkeiten. Am Ende frage ich, wie es dem Paar denn nun gehe, nach all dem, was sie gehört hätten. Meist antwortet die gesunde Person enttäuscht, im Beispiel sei es die Ehefrau: „Jetzt, wo wir es schön haben könnten, jetzt kommt sowas!“ Und es stellt sich prompt die Frage, warum es bislang nicht schön war? Lag es an den Umständen, an den Menschen selbst. Haben die beiden Eheleute Entscheidungen immer in der Weise getroffen, einer Erwartung oder Norm zu gehorchen? Haben sie überhaupt entschieden, wie sie leben wollten oder hat das Leben

entschieden, weil sie keine Entscheidung treffen konnten. Mein Vater resümierte vor seinem Tod, er hätte mutiger sein sollen. Vielleicht war auch das damit gemeint.

Deshalb vielleicht muss dieser Mensch immer länger leben, weil alles innerhalb seines Lebens geschafft sein muss und alles selbst geschafft werden muss. Das gipfelt in dem Satz Bruno Reicharts, des berühmten und wissenschaftlich innovativen Herzchirurgen: „Ich hasse den Tod!“, der zum Titel seines Interviews in der ZEIT wurde (Reichart, 2007). Die Haltung überrascht, weil eindimensional für ein Fachgebiet, das ebenso wie die Krebsheilkunde und Palliativmedizin immer ganz nah am Tod agiert. Das Zulassen können von fehlenden Machbarkeiten ist im Normativ der Optimierung nicht vorgesehen, entspricht persönlichem Versagen. Das geht bis zu einer Medikalisierung aufgrund des Drucks zur Normalität, zur Individualität und Optimierung. Und mir will scheinen, dass Machbarkeiten und Normativ der Optimierung dem Vertrauen eher widersprechen als zuträglich sind.

Ohnehin nimmt die Zahl der Angststörungen drastisch zu. Wenn meine Kollegen oder ich am Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung teilnehmen, behandeln wir wenigstens ein Drittel der Patienten aufgrund akuter Exazerbationen psychischer Erkrankungen, inclusive Suchterkrankungen, vornehmlich aber Angststörungen: Angst, den Partner zu verlieren, Angst vor Krankheit, vor Naturkatastrophen, Angst vor sozialem Abstieg, vor Altersarmut, Angst vor falschen Erziehungsentscheidungen. Angst kann nicht dauerhaft ausgehalten werden. Deshalb das Normativ der Optimierung? Daher der Aufwand, der betrieben wird, um die Fehlerquote des eigenen Lebens zu senken.

Was macht einen guten Patienten aus?

Fokussiert, wie unter einem Brennglas, wird die Gemengelage aus unterschiedlich präferierten Werten verschiedener Teilnehmer des Gesundheitssystems vor allem bei lebensbedrohenden Situationen, in der Krebsheilkunde und am Lebensende. Gerade der nicht den gesamten Menschen in seinen vielen Bezügen wahrnehmende Zeitmangel spitzt die Situation zu, bis hin zu Angst. Angst nicht gut versorgt zu sein, falsche Entscheidung zu treffen, ausgeliefert zu sein, vor Nebenwirkungen, vor Rezidiven, schweren Zeiten, letztlich

dem Tod. Mindestens in der Krebsheilkunde gipfelt Angst irgendwann in der Angst, am Ende nicht gehalten zu sein. Eine echte Krise.

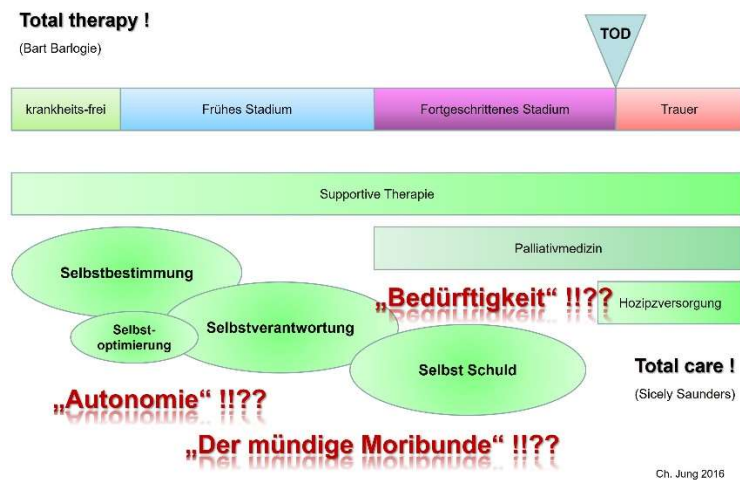


Eine Krise bezeichnet nach Uwe Böschmeyer, einem Schüler Franks, einen körperlichen, emotionalen oder seelischen Bruch, der als zu schwer zu ertragen erscheint. Angst vor einschneidenden Veränderungen eines bestehenden Gefüges, vor Neuorientierung (was bisher war, gilt nicht mehr), die Not der Seele, keinen Sinn zu sehen führen zu Krisen und Angst. Für Patienten mit einer Krebserkrankung bricht zunächst die Welt zusammen. (Böschmeyer, 2017)

Wer hilft mir, meinen Weg durch die Krankheit zu finden? Wem kann ich nun vertrauen? Und auch hier besteht ein gesellschaftliches Normativ, das festschreibt, was zu einem guten Kranken gehören soll. Zugelassen ist, was Hochglanzcharakter hat.

Machbarkeit muss möglich sein, weil im Normativ des Gesundheitswesens informed consent angeblich ausreicht, um eigenständig Entscheidungen zu treffen. Das Patientenbild soll lauten: er/sie ist autonom, er/sie kann das und er/sie kann das selbst. Ich vermute hier verwechseln wir Autonomie und Autarkie. Autonomie meint die Fähigkeit des vernunftbegabten Menschen sich als Wesen der Freiheit und Verantwortlichkeit zu begreifen und aus dieser Freiheit heraus ethisch zu handeln. Sich selbst genügen, also keines anderen Menschen mehr bedürftig und von allen äußeren Gütern unabhängig sein, bezeichnet die Autarkie. Der Autarke steht allein, muss sich absichern, kann nicht vertrauen. Dieser Patient muss alles richtig machen. Keine Wahlmöglichkeit darf vergeudet und falsch getroffen werden. Autonomie wird falsch verstanden als Selbstbestimmung, basierend auf Selbstoptimierung, was zu Selbstverantwortung führt und schließlich zum selbst schuld sein. Es fällt in diesem Zusammenhang auf, dass zunehmend institutionalisierte

Maßnahmen darauf zielen Verantwortung zurück an den Patienten zu delegieren (Lebensqualität, Nebenwirkungsmanagement, Lifestyle) ohne vorab zu klären, ob ausreichend Kompetenz besteht.



Hierzu gibt es einen treffenden Kommentar, mit dem **Armin Nassehi** sein soziologisches Projekt „Das gute Sterben“ beschreibt. Folgt man ihm, gibt es einen normativen Diskurs, wie Sterben gelingen kann, Schicksal angemessen angenommen werden kann, eine versöhnte Gesamtbilanz des Lebens gezogen werden kann. Er bezeichnet diesen Menschen als den mündigen Moribunden. Der Grundgedanke der Palliativmedizin sei es, dass die in den Sterbeprozess eingebundenen Akteure ein ganzheitliches und gutes Sterben ermöglichen, an der der Sterbende mitwirken, mitsprechen soll, das richtige wollend, um am Ende Frieden zu finden. Das wird faktisch oft genau so nicht stattfindet, weil man nicht in den letzten drei Lebenswochen nachholen kann, was ein Leben lang nicht bedacht wurde. Entsprechend werden diese fremden Erwartungen enttäuscht und dennoch ist es kein schlechtes Sterben geworden, enttäuscht sind vermutlich die anderen Akteure. (vergleiche Nassehi, 2018)

Ein Patient ist mehr als sein Problem: Befähigung - Ehrlichkeit - Zeit-Invest

Ich wollte zeigen, dass Gewinnspannen, Rationalisierungspotentiale, Ressourcenmanagement, Absicherung, vielleicht noch wissenschaftliches Interesse oder Machterhalt, die strukturelle Leitentscheidungen unseres Gesundheitswesens motivieren und damit kein Vertrauen oder Vertrauenswürdigkeit mehr bevorraten. Die erhellende

Der verunsicherte Mensch und die Sache des Vertrauens in der Krebsheilkunde.
Hauptseminararbeit, Ch. Jung, 10.02.2024

Definition Hartmanns, ‚Vertrauen sei die akzeptierte Verletzlichkeit des Vertrauensgebers und die wohlwollende Bereitschaft des Vertrauensnehmers, sie nicht auszunutzen‘, stößt auf Menschen einer Zeit, die mit eigener Verwundbarkeit, Verletzlichkeit kaum umgehen wollen!

Und hier schlössen sich noch viele Fragen an. Welches Bild haben wir von gelingendem Leben? Wann ist ein Leben fertig? Gibt es eine Kultur des Scheiterns und eine Fehlerkultur? Darf Optimierung und Bedürftigkeit nebeneinander vorkommen? Welche Rolle spielen Gefühle als Hinweisgeber für die Bedürfnisse eines Menschen: Wut, Angst, Freude, Trauer, Scham? Echte Gefühle ermöglichen Lebendigkeit. Verharren wir bei Ersatzgefühlen, indem wir ein gutes Feeling optimieren? Brauchen wir einen Gefühlsersatz aus Angst vor echten Gefühlen, Angst vor dem überwältigt sein? Stellen Gefühle das derzeitige Verständnis von persönlicher Autonomie in Frage? Agieren Menschen deshalb im gefühls-abgesicherten Modus? Ersatzgefühle reduzieren die Lebendigkeit! Und deshalb muss immer länger leben, wer immer weniger lebendig lebt.

Ich vermute es kann kein Recht auf eine Vertrauensbeziehung im Gesundheitswesen geben, ebenso wenig wie ein Recht auf Gesundheit. Aber es gibt einen gut zu rechtfertigenden Anspruch auf mindestens vertrauenswürdige Akteure im Gesundheitswesen. Sie gründet auf der schon für Profis nicht mehr überschaubaren Komplexität des Faches und der krisenhaften, beängstigenden Lebenssituation des Patienten. Fragmentierung löst dieses Problem nicht. Fachliche Kompetenz ist eine selbstverständliche, aber nicht hinreichende Voraussetzung, neben Ehrlichkeit und Verlässlichkeit. Autonomie Erkrankter kann nicht bedeuten, dass sie angesichts der Tragweite vor drei Optionen gesetzt, selbständig entscheiden müssen, was sie wollen müssen. Dazu sind Patienten situativ nicht in der Verfassung und hinsichtlich ihrer Kompetenz nicht in der Lage. Mindestens brauchen sie Empfehlungen, die zu Wegweisern taugen, nachdem momentane Zieldefinitionen erfragt wurden. Patienten kann ein Umgang mit ihren Krisen zugetraut werden darf. Aber es bedarf eines Geländers, an dem sie entlang gehen und sich festhalten können. Autonomie und Selbstwirksamkeit brauch ein Befähigen, ein Ermöglichen (Facilitation). Ob ein Mensch dann Vertrauen schenken möchte, bleibt ihm überlassen.

‚sowohl/als auch‘ zu ermöglichen und neben die faszinierenden Errungenschaften der Medizin die Zeit für Kommunikation, Begleiten, Aushalten zu stellen.

Ein Interview mit Prof. Paula-Irene Villa, Soziologin der LMU München über CARE Arbeit, fasst zusammen: „Gleichzeitig muss man auf jeden Fall sehen: CARE lässt sich nur sehr bedingt vermarktlichen und ökonomisieren. Am Ende hat CARE immer ein Element von Nicht-Rationalisierbarkeit, es generiert keinen Profit an sich, es generiert keinen Mehrwert. Man zerstört CARE, wenn man es ausschließlich unter Markt-ökonomischen Gesichtspunkten regelt und macht. Und deswegen müssen wir auch umdenken in Bezug auf diese Ökonomisierung, diese Marktlogik in den Krankenhäusern, in den Heimeinrichtung, in den Pauschalen, in all diesen Fragen. Wir müssen anerkennen, dass CARE ein Element hat, das wesentlich mehr mit Zeit und Wertschätzung und auch Geld zu tun hat, aber sich nicht über die handelsübliche kapitalistische Profitlogik regeln lässt. Das wird uns immer wieder auf die Füße fallen. Wir brauchen wirklich einen Systemwechsel, um CARE gerecht zu werden, von der wir ja alle abhängen und das wir alle auch geben wollen.“ (Villa, 2020)

Zu gewinnen gibt es Vertrauen in Leben, Wertschätzung, Sinnfindung, Lebendigkeit für alle Beteiligten und die Hoffnung, dass einer den Weg mit der Medizin gehen kann, egal wie er verläuft, und, dass ein Weg gehbar bleibt. Ich bin überzeugt, letztlich geht es um ein wohlwollendes miteinander Ringen, um Antworten zu finden: Wie wollen wir miteinander leben? Welches Bild vom Leben zeigen wir unseren Kindern? Bedeutsam ist das, da wir im Sinne eines kategorischen Imperativs alle im selben Boot sitzen und keiner erleben möchte, dass er im Ernstfall unbehaust bleibt. Die Mühe um Vertrauen scheint mir dabei eine unabdingbare Voraussetzung für ein gutes Weiterleben aller. Auch in der Medizin.

Literatur:

Böschmeyer, Uwe. Krisen und ihre Bewältigung. Persönliche Mitschrift eines Seminars der wertorientierten Persönlichkeitsbildung (Logotherapie). Salzburg. 6.-8.10.2017.

Bolz, Norbert. Die ungeliebte Freiheit. Ein Lagebericht. 2010. Wilhelm Fink Verlag

Bregmann, Rutger. Im Grunde gut. Eine neue Geschichte der Menschheit. 2020. Rowohlt. Übersetzung aus dem Niederländischen von Ulrich Faure und Gerd Busse.

Bundesärztekammer. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Fassung 124. Deutscher Ärztetag. 5.Mai 2021, Berlin. Dtsch Arztebl 2021; 118(23): A-1184 / B-972). DOI: 10.3238/arztebl.2021.mbo_daet2021

Frankl, Viktor Emil. Das Leiden am sinnlosen Leben. 9. Auflage. 1985. Herder.

Frankl, Viktor Emil. Ärztliche Seelsorge. 4. Auflage. 1987. Fischer Verlag.

Gauck, Joachim. Herausforderungen in einer unsicheren Welt. 31.1.19. Vortrag Katholische Akademie Bayern

Hans Böckler Stiftung, Düsseldorf: Ich pflege wieder, wenn ...“ - Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegekräften von 4/2022. Tabelle 3, S.12.

Hermann, Martin. Vertrauen die Unsichtbare macht. 2020. S Fischer Verlag.

Herschbach, Peter, 2010. Vorwort aus: Angst und Zuversicht - das Spannungsfeld der Psychoonkologie. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V. - dapo-Jahrbuch 2010. Pabst Verlag. Schumacher, A.; Reinert, E.; Weyland, P.; Schopperth, Th.; Rogge, A. (Hrsg.).

Immunocore. Fachinformation KIMMTRAK, Stand 4/2022. Fachinformationsdienst online.

Kierkegaard, Søren. Der Begriff Angst. 2023. Reclams Universal Bibliothek, Band 14456.

Luhmann, Niklas. Vertrauen. 5. Auflage. 2014. UVK/UTB.

Nassehi, Armin. Was ist „gutes“ Sterben? Gespräch mit dem Soziologen Armin Nassehi, Lehrstuhl für Soziologie der LMU, zum Projekt „Das gute Sterben“, 24.06.2018.
<https://www.lmu.de/de/newsroom/newsuebersicht/news/was-ist-gutes-sterben.html>

O'Neill, Onora. Ist Vertrauen gut – oder Kontrolle besser? 19.1.2020. Interview des SRF, SRF-Mediathek: <https://www.srf.ch/play/tv/sternstunde-philosophie/video/onora-oneill-ist-vertrauen-gut---oder-kontrolle-besser?urn=urn:srf:video:85f1f2d7-276b-4b75-b674-7376cbdc2b91>

Reder, Michael. Philosophie pluraler Gesellschaften. 2018. Kohlhammer.

Reichart, Bruno. Ich hasse den Tod. 07.06.2007. Interview von Hanns-Bruno Kammertöns. DIE ZEIT, Nr. 24/2007.

Tolstoi, Leo. Der Tod des Iwan Iljitsch. 1989. Reclams Universal Bibliothek, Band 8980.

Sackett, David et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal 1996; 312: 71-72.

Villa, Paula-Irene. Kümmern, Trösten, Pflegen - vom Wert der Care Arbeit. Persönliche Mitschrift des Interviews vom 03.12.2020. WDR-Mediathek, verfügbar bis 31.08.2025.
<https://www1.wdr.de/mediathek/video-kuemmern-troesten-pflegen--vom-wert-der-care-arbeit-100.html>

von Hoffmann, Ludwig (1861 - 1945) - Das verlorene Paradies (Adam und Eva), um 1893 (Darmstadt, Hessisches Landesmuseum, Saal 7 (Inventar-Nr. MV 179).