
Der mündige Patient – fünf Thesen aus Sicht des Normalverbrauchers

Thomas Buchheim

Wenn ich als Philosoph zum gestellten Thema das Wort ergreife, so tue ich das nicht, um der bereits von vielerlei Experten beäugten Problemstellung eine weitere Expertenmeinung anzudienen. Vielmehr überlege ich als an Gesundheit interessierter, normaler Mensch und – zumindest gelegentlich – gewöhnlicher Patient, was es im Zusammenhang unseres Gesundheitssystems und moderner medizinischer Versorgung überhaupt heißen könnte, im Sinne des vielfach beschworenen (aber auch missbrauchten) Schlagworts ‚mündig‘ zu sein. Man befragt die Philosophen ja manchmal gerade deshalb zu ihrer Meinung über knifflige, vielfältiges Wissen erfordernde Themen, weil sie für *nichts* Experten, aber für alles reflektierende Dilettanten sind; mit einem Wort meines Lehrers Robert Spaemann gesprochen: weil sie eine Art „institutionalisierte Naivität“ üben, die des Kaisers Kleider nicht sieht, doch daraus auch keinen Hehl machen will.

Ich bin nun zweifellos mündig und auch bisweilen Patient; aber dass dies beides hinreichte, um mich einen ‚mündigen Patienten‘ zu nennen, daran zweifle ich aufrichtig, obwohl viele und immer mehr professionell Beteiligte an unserem Gesundheitssystem immer lauter nach dem ‚mündigen Patienten‘ rufen und ihn zur Voraussetzung einer inskünftig noch erfolgreichen (und bezahlbaren) medizinischen Behandlung erklären. Denn je kontroverser und unübersichtlicher in vielen Bereichen die Fortschritte der

wissenschaftlichen Medizin werden, und je lebhafter die Neigung der Leute wird, zu jeder Zeit und in fast allen Belangen (bis in den Erholungswert ihres Urlaubs hinein) gegen vermeintliche Fehlleistungen an ihrer Person mit juristischen Mitteln vorzugehen, und je reichhaltiger und teurer die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten bei gleichzeitiger Verknappung der Kassen werden – umso dringlicher erschallt dieser Ruf nach dem mündigen Patienten als wahrstem und ersehntestem Fortschritt in einem modernen Gesundheitssystem von allen Seiten.

Denn der mündige Patient ist, so behaupten seine Protagonisten:

- *informierter* über Krankheitsbilder und Behandlungsmethoden,
- *engagierter* bei der Entscheidung über den rechten Weg zu seiner Heilung oder wenigstens über die für ihn beste Behandlung,
- *kostenbewusster* bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistung und Versorgung.

Dieser Art von Anpreisung des ‚mündigen Patienten‘, die letzten Endes nur eine Entlastung des Systems medizinischer Versorgung im Schilde führt, möchte ich im Folgenden nicht das Wort reden. Der *Arzt* ist nach meiner Auffassung der, der wissen und entscheiden muss, die *Versicherung* die, die zahlen muss, der *Therapeut* der, der den Umgang des Patienten mit seiner Krankheit kompetent lenken muss.

Mitsprache des Patienten sollte also nicht als Abwälzen der Verantwortung auf ihn gelten, Kostenbewusstsein nicht als Zahlungswilligkeit und Informiertheit nicht als medizinisches Wissen.

(1) *Mündigkeit = Selbsttätigkeit – ein Begriff der Aufklärung*

Dass der ‚mündige Patient‘ sich nicht als Zusammensetzung aus Mündigkeit und Patientsein ergibt, habe ich bereits gesagt. Vielmehr muss man befürchten, dass es sich nicht nur nicht um eine Synthese, sondern im Gegenteil um eine *contradictio in adiecto* handelt. Denn ‚Mündigkeit‘ bedeutet nach einer berühmten Definition Kants, „sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen“¹, und der Verstand gilt Kant bekanntlich als das Vermögen spontaner, von mir selbst *aktiv zu vollziehender* Denkhandlungen. ‚Patient‘ zu sein, bedeutet hingegen ein *Leiden* zu haben, eine Beeinträchtigung meiner selbst an Körper oder Seele *hinnehmen zu müssen*. Wie soll aus diesen beiden gegensätzlichen Dingen (tätigem Selbstvollzug und Hinnehmen von Leiden) je eins werden können? So führt denn Kant tatsächlich auch nur die folgenden Sachbereiche an, in denen er Mündigkeit am Platze sieht, obwohl Unmündigkeit, wie er sagt, bequemer wäre:

„Es ist so bequem, unmündig zu sein. Habe ich ein Buch, das für mich Verstand hat, einen Seelsorger, der für mich Gewissen hat; einen Arzt, der für mich die Diät beurteilt usw., so brauche ich mich ja nicht selbst zu bemühen.“²

Verstand, moralisches Gewissen und Lebensführung („Diät“) sind in der Tat die drei Felder vernunftgeleiteten Tätigseins von Menschen und deshalb diejenigen Bereiche, in denen jeder zur Mündigkeit aufgerufen ist. Aus gutem Grund sagt Kant *nicht*, dass man aus Bequemlichkeit dem Arzte das Heilen oder die Beurteilung der Heilbehandlungen überlasse. Denn hier kann nicht von einer „selbstverschuldeten“ Unmündigkeit die Rede sein. Vielmehr denkt Kant, dass der Begriff der Mündigkeit den der autonomen Selbsttätigkeit so sehr einschließe, wie die *Unmündigkeit* (nicht: Nicht-Mündigkeit) von ihm jederzeit und sozusa-

gen per Begriff als *selbstverschuldet* und damit auch *selbstüberwindlich* unterstellt wird. Das ist nun ganz gewiss beim Patientsein nicht der Fall! Und daher passt Kants klassischer aufklärerischer Begriff der Mündigkeit auch nicht für die Gesundheitsdebatte.

Zwar wurde der Begriff der Mündigkeit (wie der der Emanzipation) schon immer mit ideologischen Hintergedanken eingesetzt. Das aber sollten wir im Rahmen einer ehrlich interessierten und wissenschaftlich geführten Debatte um ein modernes, ‚zukunftsfestes‘ Gesundheitssystem vermeiden.

Kern und Kennzeichen des klassischen, von Kant geprägten Begriffs der Mündigkeit ist es nach dem Gesagten, sich auf den Bereich oder die Bereiche *vernünftiger Selbsttätigkeit* und *Selbstbestimmung* zu beziehen, weshalb eben Unmündigkeit in diesen Bereichen immer selbstverschuldet und Mündigkeit selbsterrungen sein muss. Es handelt sich insofern typischerweise um einen Begriff von Mündigkeit im Sinne der *Aufklärung*, den ich aufgrund seiner Selbstbezogenheit auf die Einzelperson als *unilateralen Mündigkeitsbegriff* bezeichnen möchte.

Meine *erste These* zum mündigen Patienten lautet im Kontrast dazu: Ein unilaterales Verständnis von Mündigkeit im Zusammenhang mit der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Menschen ist sinnlos und dient nur der ideologischen Vernebelung des Problems.

Das heißt aber nicht, dass wir auf Stichwort und Sachverhalt der ‚Mündigkeit‘ im Zusammenhang mit Krankheitsdingen und Problemen unseres Gesundheitssystems gänzlich verzichten müssten. Vielmehr möchte ich ein Konzept *multilateral erwirkter Mündigkeit* skizzieren und zeigen, dass es sowohl auf Fragen der Gesundheit und des Gesundheitssystems besser passt, als auch im Grunde, manchmal mehr implizit als ausdrücklich, von den Akteuren der Debatte erstrebt wird.

(2) *Multilateral gewirkte Mündigkeit*

Zunächst ist der vielleicht überraschende Hinweis darauf nötig, dass ‚Mündigkeit‘ und ‚Mundschaft‘ eigentlich eine *Beziehung* beschreibt, keine Eigenschaft; dass sie also nicht von nur einer Person für sich besessen oder nicht besessen, sondern aus einer Beziehung zwischen Personen erzielt oder nicht erzielt wird. ‚Die Munt‘ bezeichnet ursprünglich ‚die Hand‘ – keineswegs ‚den Mund‘ –, so dass die Mundschaft nichts mit Sprach- oder Denkfähigkeit zu tun hat (wie die Aufklärung Mündigkeit verstehen wollte), sondern mit Herrschaft, Tatkraft und wirtschaftlicher Erhaltung. „Morgenstund hat Gold im Mund“, dieses Sprichwort sagt nicht, dass frühes Sich-Tummeln irgendwie am Golde leckt, sondern Wohlstand in seiner Hand und Macht hält.

Das oder der *eine* hat also in der Munt den oder das *andere*; es handelt sich um eine *Beziehung*, Relation, Funktion, nämlich um die Herrschafts-, Schutz- und Erhaltungsfunktion, mit der ein Vormund oder jemand, der die Munt innehat, über die, die das nicht oder noch nicht selbst besorgen können, die Obhut und zugleich Obwattung übernimmt. Dabei jedoch um eine Beziehung, die von vornherein auf ihre Überflüssigwerdung und *Übertragung* auf die aus ihr Entwachsenen zielt. Wer ‚mündig‘ geworden ist und die genannten Funktionen ausüben kann, ist es durch jemanden geworden, der es schon vorher war und der ihm zunächst gewährleistet, was dieser selbst noch nicht hat, damit er es erwirbt und dann seinerseits hat und ausübt. Weder ist die Unmündigkeit selbstverschuldet, wie Kant sagt (sondern vielmehr zugestoßen), noch kann die Mündigkeit je selbsterwirkt sein.

Mündigkeit in diesem Grundverständnis des Begriffs ist also eine *von anderen* (die sie schon haben) *übertragene* Befähigung zur Ausübung von *Herrschaft, Schutz und Erhal-*

tung sowohl der eigenen wie wiederum anderer Personen, die sie nicht besitzen, aber bekommen sollen.

Wir können nun in einem gewissen Rahmen sowohl die Mündigkeitsfunktion, also das, was ausgeübt oder geleistet werden soll, *variieren* und auf den uns beschäftigenden Fall (mündiger Patient) zuschneiden, als auch den anderen Teil der Mündigkeit – eigentlich: das *Argument* dieser Funktion –, d. h. die anderen, von denen sie auf den Patienten übertragen wird, genauer bestimmen. Das zentrale Argument oder vielmehr der entscheidende Übertragungsort der Mündigkeit im Falle des Patienten und seiner medizinischen Versorgung scheint mir in erster Linie natürlich der *Arzt* zu sein. Aber dieser ist keineswegs schon das ganze Argument und nicht die vollständige oder einzige Quelle der Mündigkeit des Patienten. Sondern hinzu treten auch noch andere Stellen des Gesundheitssystems, wie vor allem die Kassen, Versicherungen, Ärzteverbände, Krankenhäuser, Pharmaindustrie und – nicht zuletzt – die medizinische Wissenschaft und ihre Vermittlung in den Medien.

Was hat es beispielsweise für einen Sinn, die Mündigkeit der Patienten zu predigen, wenn zugleich deren unmittelbarste Quelle, nämlich der *Arzt*, sozusagen entmündigt wird durch die Kassenverordnungen und die Vorgabe von Budgets und Pauschalen etc.? Der mündige Patient ist nur ‚*systemisch*‘ zu erzielen, d. h. ist Träger einer Mündigkeit, die ein multilateral darauf abgestimmtes Argument besitzt. Ich habe am eigenen Leib Beispiele für diesen Entzug möglicher Mündigkeit durch Kassen und Verordnungen und desorientierte Ärzte erlebt. Zum Beispiel schmiert mein Zahnarzt regelmäßig alle möglichen Zähne an der Seite mit plastischer Masse zu – er spachtelt sie –, weil jeder so bespachtelte Zahn als ‚Füllung‘ abgerechnet werden kann. Dies muss er deshalb tun, wie er mir erklärt hat, weil bestimmte *andere* zeitaufwendige Leistungen, die er ebenfalls erbringt, z. B. die gründliche Entfernung von Zahn-

stein, so gut wie nichts einbringen; oder mein Hausarzt, der auch Psychotherapeut ist, rechnet eine „verbale Intervention“ ab (was mich zutiefst entmündigt), weil sie einen Batzen einbringt, während ich mir keiner Schuld bewusst bin und nur zum jährlichen Check-up bei ihm war. Das sind nur wenige und harmlose Beispiele für einen beständig vor sich gehenden und immerfort noch grassierenden Mündigkeitsentzug – Mündigkeit als multilateral begründete Kompetenz verstanden –, wie er tagtäglich in unserem System praktiziert wird und Unsummen verschlingt.

Meine *zweite These* lautet mithin: Mündigkeit des Patienten ist eine multilateral begründete Befähigung zur Ausübung der Heilung stützender Funktionen auf Seiten des Patienten, die nur systemisch erzielt werden kann.

(3) *Flexibilität der Mündigkeitsfunktion*

Im nächsten Punkt meiner Überlegungen möchte ich noch einmal die Aufmerksamkeit darauf lenken, dass die von geeigneten Stellen (systemisch) übertragene Mündigkeit des Patienten *variiert* werden kann und keinen einheitlichen Wert für alle Patienten und alle Krankheiten annehmen muss. Der eine möchte, wie es so schön heißt, ‚vollumfänglich informiert sein‘ (oder sich dünken), der andere zieht es vor, manche Dinge nicht zu wissen oder dem Arzt seines Vertrauens zu überlassen. Und bei manchen Krankheiten und Krankheitsverläufen mag es günstiger sein, wenn der Patient eigenständig nach ‚zweiten oder dritten oder vierten Meinungen‘ Ausschau hält oder Zuflucht zu naturheilkundlichen Ersatzmitteln nimmt, bei anderen wiederum nicht. Mancher hat durch hyperaktive und übernervöse Eigeninitiative oder zu viel Selbständigkeit bei seiner Mitentscheidung sich schon unter die Erde gebracht. Er ist an der falsch verstandenen Mündigkeit gestorben.

Ich möchte das nicht weiter begründen, da es evident erscheint, und nur meine *dritte These* zum gestellten Thema formulieren, dass ein Vorteil multilateral übertragener Mündigkeit des Patienten darin liegt, dass sie nicht eine einheitlich definierte Eigenschaft des Patienten sein muss, sondern eine je nach Mensch und Erkrankung flexible und variable Größe darstellen kann.

(4) *Das komplexe Argument der Mündigkeit*

Wie ich schon sagte, ist das Argument oder die Quelle der Mündigkeitsfunktion multilateral aufzufassen und setzt ein kompliziertes, ständig zu optimierendes Zusammenwirken der Akteure im Gesundheitssystem voraus. Deshalb halte ich es für wichtig, dass man *einerseits* nach prinzipiellen Maßnahmen und Abstimmungen sucht, die am Hauptort der Übertragung jener Mündigkeit – d.i. nach meiner Auffassung das Dreieck zwischen Arzt, Patient und Abrechnung der Kosten – einen besseren oder optimierten Mündigkeitsfluss gewährleisten. Hier gibt es viel zu tun. Und wenn man bspw. die Mündigkeit der Patienten für eine entscheidende Effektivierung des Gesundheitssystems hält, dann muss man sich auf der anderen Seite entschließen, in so manchen sauren Apfel zu beißen, wie z. B. Festlegung chronisch schwerer Erkrankungen, Positivlisten von wirksamen Medikamenten oder Kollegialkritik und Ärzteevaluation.

Andererseits kann man von einem derart komplexen System nicht hoffen, dass es ganz ohne Dysfunktionen abläuft. Für diesen Fall müssen im Interesse der Mündigkeit des Patienten Verfahren und Mechanismen der außergerichtlichen Beschwerde und Kompensation geschaffen oder verstärkt werden. Ein Modell für dergleichen, das mir besonders einleuchtet, sind die so genannten ‚Patientenstellen‘, die sich seit einigen Jahren allenthalben etablieren, die aber meis-

tens auf reine Eigeninitiative zurückgehen und oft mit erheblichem Widerstand seitens der Ärzteschaft, der Versicherer und der Pharmaindustrie zu kämpfen haben.³

Man sollte stattdessen, so meine ich, begreifen, dass solche Stellen und ihre kompensatorische und *mediatorische* Leistung eben eine wichtige und letztlich nicht nur Kosten sparende, sondern Humanität fördernde Funktion für das System erfüllen können, nämlich die Wiederherstellung der Mündigkeitsfunktion da, wo sie gestört oder in Frage gestellt wurde.

Deshalb ist nach meiner *vierten These* es sinnvoll, dass die Akteure des Gesundheitssystems die Einrichtung von Patientenstellen gemeinsam und auch finanziell fördern (in Zürich ist z. B. die kantonale Ärztekammer Mitglied der Patientenstelle, die eine der ältesten in Europa ist) und dass die *professionelle Mediation* von gravierenden Problemfällen der medizinischen Versorgung (also festgestellter Dysfunktion) ein Desiderat im Gesundheitssystem ist und daher unter gewissen Bedingungen erstattungsfähig für diese Patientenstellen sein sollte.

(5) *Institutionelle Entwicklung einer funktionalen Mündigkeit*

Ich denke, dass der Begriff des mündigen Patienten auch deshalb Gegenstand einer z.T. ideologisch besetzten Debatte und Auseinandersetzung ist, weil man nicht unterscheidet zwischen der Mündigkeit des wirklichen Patienten, der ein erhebliches Krankheitsleiden besitzt, mit dem er umgehen und zurechtkommen muss, und der Mündigkeit des potentiellen oder Bagatell-Patienten, also der meisten Menschen wie du und ich. Der wirklich Leidende und chronisch Schwerkranke kann, wenn überhaupt, nur im funktionalen Sinne mündig sein.

Wohingegen der potentielle und Bagatell-Patient es leicht hat, sich auf eigene Faust seiner Mündigkeit zu versichern. Er informiert sich voll Sorgen im Fernsehen, in Sachbüchern, auf Wissenschaftsseiten in Zeitung und Internet, in Gesundheitsläden und, warum auch nicht?, bei seinen Ärzten und betroffenen Verwandten. Dabei *denkt* er sich gerne mündig und immer mündiger für den Fall, dass er einmal krank würde – was schließlich jedem Menschen passieren kann. Sich mündig zu denken – das ist freilich genau der Begriff, den ich am Anfang als den aufklärerischen, unilateralen, jedem Menschen selbst und seiner Vernünftigkeit und Wissbegierigkeit überlassenen Begriff von Mündigkeit eingeführt habe. Von diesem Begriff habe ich jedoch klar gemacht, dass er mit dem Patientsein mehr oder weniger inkompatibel ist.

Dieses Streben nach Mündigkeit ist zwar allgemein lobenswert, besonders in einer freien Gesellschaft wie der unsrigen, sollte aber eben nicht der Gegenstand der wichtigen Debatte um den ‚mündigen Patienten‘ und schon gar nicht das Objekt finanzieller Unterstützung oder besonderer ideeller Zuwendung von Seiten der Akteure des Gesundheitssystems sein. Sondern ich würde sagen: das macht sich von selbst und ist legitim, aber es trägt unter Umständen genauso viel Schwierigkeiten und Irritation in die Systeme der medizinischen Versorgung ein, wie es gelegentlich auch Erleichterung schaffen kann – je nach Qualität der Informationen, die so auf dem Markt sind, welcher ein Patient Glauben schenkt und vertraut.

Wohingegen die durchaus zunächst auch kostenträchtige Integration der *funktionalen* Mündigkeit und ihrer Schwierigkeiten und Probleme, die nur multilateral im Patienten induziert und gefördert werden kann, mir in der Tat wichtig und mehr als gegenwärtig institutionell unterstützenswert erscheint. Dies könnte zwar auf den ersten Blick als zu teuer erscheinen, wo ohnehin das Gesundheitssys-

tem an den Grenzen der Finanzierbarkeit entlangmanövriert. Auf den zweiten Blick und auf längere Sicht könnte eine geeignete institutionelle Förderung funktionaler Mündigkeit sich m. E. jedoch sogar erheblich kostendämpfend auswirken. Denn wo Friktionen vermindert, Dysfunktionen behoben und listenreicher Missbrauch verhindert werden können, wird viel Geld sinnvoller einsetzbar als bisweilen jetzt.

Die Unterscheidung der förderungswürdigen, funktionalen Mündigkeit von dem allgemeinen Mündigkeitsbestreben aller potentiellen Patienten setzt allerdings voraus, dass man *beginnt*, die schwer zu treffende Grenzlinie offiziell und mit allseitiger Zustimmung der beteiligten Akteure zu bestimmen, die zwischen schwerer, chronischer Erkrankung und dem Bedürfnis nach Kurierung leichter Gesundheitseinbußen verläuft. Eine solche Abgrenzung ist nicht durch eine Definition im herkömmlichen Sinne als Festlegung eines gemeinsamen Kernes bestimmter Kennzeichen zu gewinnen, sondern muss nach der zuerst von Ludwig Wittgenstein beschriebenen Methode einer „Bildung von Familienähnlichkeiten“⁴ ausgehend von unstrittigen Standardfällen in den verschiedenen Krankheits- und Beschwerdetypen und nach verschiedenen Dimensionen von Bedrohlichkeit Schritt für Schritt erarbeitet werden. Dabei könnte je nach Nähe oder Ferne der Ähnlichkeit auftretender Fälle in den verschiedenen Dimensionen und Typen auch die Marge sowohl der Eigenbeteiligung an medizinischer Versorgung wie auch des Anspruchs auf Förderung der funktionalen Mündigkeit des Patienten reguliert und abgestuft werden.

Statt einer fünften These möchte ich abschließend einige Punkte und Stichworte anführen, von denen ich glaube, dass sie der Einrichtung und Ausbreitung funktionaler Mündigkeit des Patienten im multilateral erwirkten Sinn

besonders dienlich sind. Derlei Dinge sollte man m. E. mit finanziellem Aufwand und durch ständige Optimierungsanstrengungen fördern und pflegen:

- ‚Offizielle‘ Bestimmung des Status schwerer und chronischer Erkrankung.
- Patientenstellen mit professioneller Mediation.
- Professionelle Patientenschulung für bestimmte Krankheitsbilder in Krankenhäusern.
- Professionelle (schon im Studium beginnende) Ärzteschulung im Sinne einer transparenten und ‚narrativen‘ Medizin.
- Aufklärung über alternative Behandlungsmethoden bei gleichzeitiger Beratung in bestimmter Entscheidungsrichtung.
- Einbeziehung des engsten sozialen Umfeldes.
- Darlegung und gemeinsame *Planung* der sog. Compliance.
- Integration der Patientensichtweise in die Behandlung.
- ‚Patientenfürsprecher‘ in Krankenhäusern.
- Förderung und Empfehlung ‚guter‘ Selbsthilfegruppen.
- Spezifische (bezahlte) Prophylaxe (z. B. Zahnpflege in Altenheimen).
- Durchsichtigkeit der Abrechnung für den Patienten.
- Höhere Flexibilität der Abrechnungsmöglichkeiten für den Arzt.

Anmerkungen

¹ *Kant, Immanuel*: Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? In: ders.: *Ausgewählte kleine Schriften*, Hamburg 1965, S. 1.

² Ebd.

³ Vgl. z. B. *Rüegg-Dahl, Ruth*: „Dreizehn Jahre Patientenstelle Zürich – Entwicklung eines erfolgreichen Projekts“. In: *Der mündige Patient – eine Illusion?*, hg. von Chr. Kranich und C. Müller, Frankfurt a.M. (Mabuse Verlag) 1993.

⁴ *Wittgenstein, Ludwig*: *Philosophische Untersuchungen*, bes. §§ 65–83.