

„Jazz für Menschenwürde“

Lösungsansätze für eine dezentrale Gesundheitsversorgung

Carlos A. Gebauer

2



Vorwort

Das deutsche Gesundheitswesen – zumal dasjenige, das wir als das „gesetzliche“ bezeichnen – ist eng mit dem sogenannten Sozialstaatsprinzip unserer Verfassung verbunden. Der „soziale Staat“, den das Grundgesetz beschreibt, sorgt sich um das Wohl seiner Bürger auch im körperlichen, gesundheitlichen Sinne. Diese Sorge erfasst Bürger unabhängig von ihrer finanziellen Leistungskraft. Auch wirtschaftlich schlechter gestellte Personen haben demnach Anspruch auf medizinische Versorgung, pflegerische Hilfe und gesundheitlichen beistand verschiedenster Art. Allerdings verfügt der Staat selbst über keinerlei eigene Mittel, alle diese Hilfen zur Weitergabe einzukaufen. Hierzu setzt er sich selbst erst dadurch in den Stand, dass er die nötigen Mittel bei anderen Bürgern – in Gestalt von Steuern, Beiträgen oder Gebühren – eintreibt. Dieses sogenannte Umverteilungsgeschäft kann ein Staat, auch ein moralisch wertvoll handelnder, sozialer Staat, indes nicht ohne alle Schranken betreiben. Er hat Wegnahme hüben und Zuteilung drüben in einem ausgeglichenen Verhältnis zu halten, um seine Gesamtlegitimation als Rechtsstaat nicht infrage zu stellen. Zwangsläufig gerät dieses Umverteilen irgendwann an Grenzen, wenn den Gebenden nicht immer noch mehr genommen werden kann, ohne zuletzt deren eigene Lebensführung nachteilig zu beeinflussen. Zugleich stößt das Umverteilen an der anderen Seite an Grenzen, wenn der Pflichtversicherte plötzlich durch seine unausweichlich angeordnete Teilnahme am System schlechter gestellt ist als er stünde, wäre er zur Mitwirkung erst gar nicht genötigt worden.

Auch ein sogenannter Sozialstaat hat jedenfalls die Menschenwürde aller seiner Bürger zu achten. Damit befasst sich der erste nachstehende Text. Dass dies im Hinblick auf Gesundheitsangaben datenschutzrechtlich problematisch sein kann, erörtert der zweite Text, während der dritte die Frage nach faktischer staatlicher Sterbehilfe aufwirft. Indem schließlich musikgeschichtlich der Weg zum Jazz als Vorbild auch für ein staatliches Gesundheitssystem beschrieben wird, werden – hoffentlich – erste Lösungsansätze für eine dezentrale Gesundheitsversorgung aufgezeigt.

Inhaltsübersicht

Die Menschenwürde im Sozialstaat.....	3
Wem gehören mein Körper und seine Geschichten?.....	6
Wenn der Staat beim Sterben hilft	12
Jazz als Leitbild für ein rationales Gesundheitssystem	16

Die Menschenwürde im Sozialstaat

Über eines lässt sich mit jedermann schnell Einigkeit erzielen: Menschenunwürdige Verhältnisse sind unerträglich. Schwieriger allerdings wird es, will man Einigkeit über die Frage herstellen, was denn Menschenwürde im Einzelnen überhaupt sei. Wenn also die Charta der Grundrechte der Europäischen Union in ihrem ersten Artikel erklärt „Die Würde des Menschen ist unantastbar“, dann sind damit im Grunde mehr Fragen aufgeworfen als beantwortet. Was nämlich kennzeichnet diese Würde? Wo fängt sie an, wo endet sie? Aus deutscher Sicht fällt auf, dass dieser zitierte Artikel aus dem EU-Recht wörtlich übereinstimmt mit dem Beginn des bundesrepublikanischen Grundgesetzes. Auch dessen erster Artikel beschreibt exakt jene Unantastbarkeit der Menschenwürde. In der verfassungsrechtlichen Literatur wird die dortige Hervorhebung der Menschenwürde mit dem historischen Kontext erklärt. Weil die Nationalsozialisten die Menschenwürde so exzessiv verletzt hatten, sollte nun der neue deutsche Staat hier die Garantie für das Gegenteil bieten. Deswegen rückte der Schutz der Menschenwürde (der in der vorangegangenen Weimarer Reichsverfassung noch weit hinten, im 151sten Artikel, behandelt worden war) in den ersten Grundgesetzartikel vor.

An genau diese erste Stelle des Verfassungstextes hatten die Entwurfsverfasser für das Grundgesetz allerdings ursprünglich noch eine ganz andere Formulierung setzen wollen. Im sogenannten Herrenchiemseer Entwurf für das Grundgesetz hieß es dort: „Der Staat ist um des Menschen willen da, nicht der Mensch um des Staates willen.“ Der besondere Wert dieser Formulierung liegt augenscheinlich darin, dass er dem Leser und Rechtsanwender eine inhaltliche Richtung weist: Kollidieren die Interessen des Staates mit den Interessen des einzelnen Menschen, dann haben die Interessen des Individuums Vorrang. Mit anderen Worten: In der Fassung des Entwurfes gab es gleichsam noch eine eindeutige Vorfahrtregelung für den Menschen und gegen den Staat. Das Zurückstehenmüssen des staatlichen Apparates gegen den einzelnen wurde – so merkwürdig es klingt – mit der Entscheidung für die Formulierung von der unantastbaren Würde abgemildert. In der gewählten Endversion darf der Staat wieder mehr. Und tatsächlich: Der zweite Satz des deutschen Grundgesetzes unterstreicht genau dies. „Sie“, also die Menschenwürde, „zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“. Der Staat hat also seine Finger von der Würde zu lassen und er hat fremde Finger von der Würde fernzuhalten. In Ermangelung einer Vorfahrtregelung für den einzelnen Menschen darf aber nun jedenfalls der Staat definieren, was Würde sei und was nicht. Mehr noch: Weil – der herrschenden Verfassungslehre entsprechend – das Individuum auf seine Grundrechte nicht schrankenlos verzichten darf, bleibt der Bereich dessen, was Würde ist, den staatlichen Organen zur Ausgestaltung überlassen.

Die Rechtsprechung der Bundesrepublik Deutschland hat sich vor diesem Hintergrund bemüht, der Menschenwürde eine juristisch handhabbare Gestalt zu geben. Das Bundesverfassungsgericht hat erklärt, der einzelne Mensch müsse stets Subjekt bleiben, er dürfe nicht zum Objekt staatlicher Maßnahmen herabgewürdigt werden. Auf der Basis dieser Überlegung hat der Bürger beispielsweise das Recht, vor einer staatlichen Entscheidung, die ihn betrifft, angehört zu werden. Er soll nicht nur wie eine willenlose Schachfigur über das Staatspielbrett geschoben werden dürfen, auch wenn die Spieler glauben, es sei doch so zu seinem besten. Wo aber verläuft diese Grenze zwischen Subjekt und Objekt? Verhört der Polizist einen Bürger, dann ist es dessen subjektive Entscheidung, ob er redet oder nicht, was er sagt und worüber er schweigt. Beginnt der Polizist hingegen, den Bürger unter Schmerzen und Drohungen zu foltern, dann presst er die gewünschte Information zuletzt gewaltsam aus dem Menschen heraus wie Creme aus einer Tube. Wo der Wille des anderen, der Wille des Bürgers oder – anders gesprochen – der Wille des Nächsten keine Bedeutung mehr hat und keine Rolle mehr spielt, da nähert man sich einer Verletzung seiner Menschenwürde schon bald.

Kläger haben geltend gemacht, sie wollten sich nicht von einer Ampel vorschreiben lassen, ob sie weitergehen dürften oder nicht. Der Apparat mache sie andernfalls zum Objekt. Mit Vortrag wie diesem hat man die Rechtsprechung dahin gebracht, zu erklären, die Menschenwürde sei keine „kleine Münze“. Vielmehr sei sie nur dann rechtswidrig betroffen, wenn die Subjektqualität des einzelnen „prinzipiell in Frage gestellt“ werde. Die Garantie der Menschenwürde vermittele nur einen „Elementarschutz“. Vergleicht man dieses Wort mit dem seinerzeitigen historischen Verfassungsentwurf, der dem einzelnen noch generell Vorfahrt vor dem Staat gewähren wollte, dann will scheinen, als sei der Schrecken über die Konsequenzen des faschistischen Unrechts in Deutschland über die Jahrzehnte erkaltet. Muss nicht der erste Gedanke eines jeden Bürgers in einem Staat, der für sich das sogenannte Gewaltmonopol reklamiert, an jedem Morgen die Frage sein: Wie hege ich die daraus resultierenden Gefahren für mich und meine Mitbürger – als prinzipiell gewaltunterworfenen, schwächeren Teil – heute mit Aussicht auf Erfolg ein? Seine Berufsordnung verpflichtet jeden deutschen Rechtsanwalt, Mandanten – so wörtlich – „gegen verfassungswidrige Beeinträchtigung und staatliche Machtüberschreitung zu sichern“. Genau hier blitzt wieder der Vorrang des einzelnen vor dem Staat auf. Mit den Mitteln des Rechts ist den Potentialen der staatlichen Gewaltorganisation entgegenzutreten. Denn jede noch so große Summe aus Teilen hat keinen Wert mehr, wenn allen ihren Teilen ihr Wert geraubt ist. Die Menschenwürde unangetastet zu lassen heißt also: Jede einzelne Zelle des Gesamtorganismus ist unbedingt zu respektieren. Was der Staat der geringsten Zelle antut, das hat er zuletzt sich selbst angetan.

Bündelt man diese grundlegenden Erkenntnisse über den einzelnen und die (staatliche) Gemeinschaft mit dem Anspruch, dass alle Beteiligten respekt- und würdevoll miteinander

der umzugehen haben, so folgen daraus einige wahrhaft elementar schützende Grundsätze: Jeder einzelne hat das Recht, gefragt zu werden, bevor von anderen über ihn eine Entscheidung getroffen wird. Jeder einzelne hat das Recht, sich aus Gemeinschaften zu verabschieden, die Beschlüsse fassen und durchsetzen, die er nicht mittragen möchte. Jeder einzelne hat das Recht, seine Seele, seinen Körper und sein Eigentum von Kollektivierungen fernhalten zu dürfen, an denen er nicht beteiligt sein möchte. Jeder einzelne hat das Recht, dass seine eigene, freie Willensentscheidung von anderen respektiert wird, solange er anderen dadurch nicht schadet. Jeder einzelne hat das Recht, sich zu irren und in sein eigenes Unglück zu rennen – die anderen dürfen ihn daran nicht gewaltsam hindern, sie haben nur die moralische Pflicht, ihn auf Gefahren hinzuweisen, die sie kennen. Die europäische Rechtsprechung hat sich unterdessen in ihrem Bestreben, den Bürger nicht nur vor dem Staat und übelmeinenden Mitbürgern, sondern vornehmlich auch vor sich selbst zu schützen, in bemerkenswert kleinteilige Verirrungen gestürzt. So hat man kleinwüchsigen Menschen unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die Unantastbarkeit und Unverfügbarkeit der Menschenwürde verboten, sich an sogenannten Zwergenweitwurfveranstaltungen zu beteiligen. Denn ein „Zwerg“, der sich von einem anderen durch die Luft werfen lasse, mache sich selbst zum Objekt, was seine Subjektqualität prinzipiell in Frage stelle und mit dem Elementarschutz der Würde schlechterdings nicht vereinbar sei. Wenn der „Zwerg“ mit solcher Volksbelustigung auch – willentlich – seinen eigenen Lebensunterhalt verdienen wollte, so durfte dies nicht sein. Lieber sollte er sich an die zuständigen Sozialverwaltungen wenden, die ihm dann milde Wohltätigkeit aus Steuermitteln zuwenden sollten.

Über die Blüten, die derlei staatliche Bevormundungsaktivitäten treiben, hätten auch die Verfasser des Herrenchiemseer Grundgesetzentwurfes sicher nur den Kopf geschüttelt. Das Bundessozialgericht in Kassel musste beispielsweise entscheiden, ob es die Pflicht staatlicher Arbeitsvermittler sei, arbeitslosen Prostituierten einen Arbeitsplatz zu vermitteln. Unter Hinweis auf die dogmatischen Erkenntnisse der beschriebenen Zwergenweitwurfproblematik erklärten sie, eine solche Vermittlungspflicht bestehe nicht, weil sonst bald auch die „schwierige Abgrenzungsfrage“ zu beantworten sein könnte, ob einer arbeitslosen Prostituierten wegen der Ablehnung einer angetragenen Arbeitsmöglichkeit die Unterstützungsleistungen des Amtes gekürzt werden müssten. Was, mag man sich fragen, kollidiert wohl eher mit dem Eigenwert einer Person, mit ihrer personalen Würde, ihrem Respektanspruch: Die willentliche Entscheidung, in einem Zirkus akrobatischen Unsinn zu treiben, oder die unwillentliche Entscheidung, einem Amtmann pflichtgemäß Rede und Antwort zu den eigenen, persönlichsten Lebensverhältnissen stehen zu müssen? Die Menschenwürde im Sozialstaat – sie bedarf der Diskussion.

Wem gehören mein Körper und seine Geschichten?

Das sozialversicherungsrechtliche Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland befindet sich in einem Zielkonflikt. Einerseits will es die Gesundheit der Versicherten erhalten, wiederherstellen und bessern; andererseits will es deren Angaben über ihre Gesundheit als besondere Art von personenbezogenen Daten möglichst umfassend schützen (§ 1 Abs. 1 Satz 1 SGB V vs. § 67 Abs. 12 SGB X). Wie aber sollte man etwas schützen, was man nicht kennt? Folglich erfordert der gesundheitsbezogene Schutzauftrag an das System zwangsläufig auch sein – umfängliches – Kennenmüssen der Gesundheit aller Versicherten. Die in bundesrepublikanischer Tradition öffentlich-rechtlich übliche Praxis, derartige Dilemmata aufzulösen, besteht meist darin, die widerstreitenden Interessen und Wertungen gegeneinander abzugleichen und sie dann durch Abwägungen miteinander in eine möglichst allseits befriedigende Konkordanz zu bringen. Diese Rechtstechnik bietet sich zwar auf einer generell-abstrakten Ebene oftmals als zielführend an. Im Alltag birgt sie indes das empirische Risiko, eine unabsehbare – und dann unübersehbare – kasuistische Vielfalt zu schaffen. Diese absehbare Unbeherrschbarkeit durch Überregulierung legitimiert die Frage, ob nicht eine Erweiterung des Untersuchungsfeldes Möglichkeiten aufzeigt, mit denen sich das skizzierte Dilemma schon prinzipieller, mithin definitorisch schärfer und somit letztlich auch im Alltagsgeschäft praktisch handhabbarer lösen lässt. Dem Versuch einer solchen systematischen Horizonterweiterung dienen die folgenden – zunächst ebenso grundsätzlichen wie elementaren – Überlegungen:

Körpereigentum und Gesundheitsverantwortung

Jede Beschäftigung mit dem Thema menschlicher Gesundheit handelt zwangsläufig immer auch vom Träger dieser Eigenschaft – dem menschlichen Körper. Aus dieser Feststellung wiederum folgt unausweichlich die Vorfrage: Wem gehört der Körper, in dem ich mich befinde? Unsere Alltagsanschauung legt nahe, dass der Körper, in dem ich lebe, mir gehört (was nicht zuletzt die hiesige Überschrift mit ihren Possessivpronomina schon nahe legt). „Mein Fuß ist gebrochen“ oder „Meine Hand tut weh“ sind Sätze, in denen Philosophen schlicht Konkretisierungen des Prinzips vom „Selbsteigentum am eigenen Körper“ erkennen. Die primäre Verantwortung für die Integrität dieses Körpers liegt demgemäß – alleine schon aus praktischen Gründen – bei dem jeweiligen Körpereigentümer selbst. Konkret: Der A putzt morgens die Zähne von A und der B putzt die von B. Würde man eine gesetzliche Regel aufstellen, die A verpflichtete, zweimal täglich die Zähne des B zu putzen und B seinerseits, die von C usw., so fände diese Regel sicher keine Akzeptanz bei den Normadressaten. Sie bliebe (oder würde nach kurzer Zeit) totes Recht.

Ein sinnfälliges Beispiel für die Praktikabilität einer solchen – auch gesellschaftlich insgesamt überlebensnotwendigen – prinzipiell primären Verantwortlichkeit jedes einzelnen

für seinen eigenen Körper findet man etwa in der Regelung zum Gebrauch von Sauerstoffmasken in Flugzeugen. Bei einer Gefahr gilt dort: „Ziehen Sie ihre Maske erst zu sich; dann helfen Sie anderen!“. In der katholischen Soziallehre wird diese Abfolge der Priorität unter dem Namen „Subsidiarität“ behandelt. Dieses Prinzip besagt, dass Hilfe für den anderen immer dann – aber auch nur dann – geboten ist, wenn dieser andere sich nicht zuerst schon selbst hat helfen können. Die Regelungen des deutschen Sozialgesetzbuches haben mit diesen Lehren vom Körper-Selbsteigentum und von der Subsidiarität konsequent gebrochen. Nach § 1 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind vorrangig nicht die Versicherten für ihre Gesundheit verantwortlich, sondern – so wörtlich – „die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft“. Erst in zweiter Linie haben die Versicherten selbst für ihre Gesundheit zu sorgen; wörtlich sagt das Gesetz: „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich“. Das traditionelle gesellschaftliche Subsidiaritätsprinzip wird damit für diesen Lebensbereich in sein exaktes Gegenteil verkehrt. Die vorrangige Gesundheits Sorge liegt nun bei dem Krankenversicherer und gerade nicht mehr bei dem Körpereigentümer selbst. Aus der Vielzahl von – hier nicht weiter zu thematisierenden – Problemen, die sich aus dieser eigenwilligen, von Traditionen und Alltagsanschauung abweichenden gesetzlichen Prämisse ergeben, interessiert für unseren hiesigen Vertraulichkeits-Kontext wesentlich dies: Der informationelle Abstand zwischen einem gesundheitlichen Ereignis (z.B.: Schmerz) und einer konkreten Reaktion im Einzelfall hierauf (z.B. einer ärztlichen Therapie) verlängert sich und die Anzahl der teilnehmenden Kommunikationsakteure vergrößert sich nicht unmaßgeblich. Hierauf wird später zurückzukommen sein. Zunächst interessiert hier:

Die Frage nach der Relevanz des individuellen Patientenwillens

Die Frage nach der Mitwirkungspflicht und Mitwirkungsverantwortung des (pflichtversicherten) Patienten nach § 1 Abs. 1 Satz 1 SGB V zeigt eine weitere gewichtige Inkohärenz zu der übrigen gesundheitsrechtlichen Lage in Deutschland. Für Zivil- und Strafrecht ist bekanntlich – man darf sagen: unbestritten – anerkannt, dass ein medizinischer Heileingriff nur und erst dann stattfinden darf, wenn der Patient mit genau ihm einverstanden ist (es mindestens aber wäre); wenn er in ihn also eingewilligt hat. Dies wiederum setzt bekanntermaßen eine zuvor hinlänglich ausführliche und verständliche Aufklärung des Patienten über die Bedeutung und Tragweite der beabsichtigten Maßnahme voraus. Für die überkommene zivilrechtliche Dogmatik ergeben sich an dieser Stelle kaum praktische Schwierigkeiten: Der vertragliche Konsens zwischen Arzt und Patient über die Durchführung eines Heileingriffes ist hier wohl durchgängig kongruent mit der gleichzeitigen Einwilligung des informierten Patienten auch in den körperlichen Eingriff.

Anders jedoch das SGB V. Es kennt eine vergleichbare Parallelität der relevanten Willensbildung(en) des konkreten Patienten nicht. Denn hier werden Leistungen nicht – wie im zivilen Vertragsrecht – nach dem Maß ihrer jeweiligen Vereinbarung erbracht; vielmehr

müssen und dürfen sie nur allgemein „ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig“ sein (§ 12 Abs. 1 SGB V). Der ärztliche Eingriff des Sozialversicherungsrechtes vollzieht sich demgemäß nicht lediglich im Rahmen und nach Maßgabe eines individuell medizinisch Gebotenen; sondern er verfolgt als maßgebend relevanten Nebenzweck zugleich immer auch das Ziel einer ökonomischen Generaläquivalenz zwischen allen Einnahmen und allen Aufwendungen der Gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt (§ 220 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Dieser Unterschied hat bisweilen – ganz handfeste – Konsequenzen. Was nämlich geschieht dann, wenn beispielsweise eine Patientin nicht willens ist, eine chemotherapeutische Behandlung (mit dem als Nebenwirkung hoch emetogenen – also extrem Brechreiz verursachenden – „Caelyx“) unter ambulanten Bedingungen durchführen zu lassen, der Medizinische Dienst für das System indes auf dem Standpunkt steht, eine Indikation zur stationären Durchführung bestehe nicht; erbrechen könne die Patientin schließlich auch zu Hause, was die Kosten insgesamt dämpfe? Der fünfte Strafsenat des Bundesgerichtshofes hatte sich – außerhalb des Sozialversicherungsrechtes – am 29. April 2010 mit einer auf den ersten Blick ganz anders gelagerten Fallkonstellation auseinander zu setzen, in der ein handelnder Arzt allerdings mit seinem Tun ebenfalls nicht alleine medizinische, sondern mittelbar auch außermedizinische (Schutz-)Zwecke verfolgte. Konkret ging es dort darum, einen körperlichen Eingriff nicht mit dem Willen des Patienten zum Zwecke seiner Heilung durchzuführen, sondern gegen dessen Willen zum Zwecke der Gewinnung von Beweismitteln im Kampf gegen Drogenkriminalität. Hier wie dort spielt das ärztliche Herbeiführen von sogenanntem „schwallartigen Erbrechen“ eine bedeutende Rolle. Der Bundesgerichtshof schildert den dortigen Sachverhalt, dessen Gegenstand ein Mann aus Sierra Leone war, im Kern wie folgt:

„Ziel war die Herbeiführung eines Erbrechens im Schwall. Die Polizeibeamten fesselten C's Füße mit einem Kabelbinder und die Arme mit Handschellen auf den Rücken und setzten ihn auf den Untersuchungsstuhl, der in einem Winkel von 70° hochgestellt war. Der Angeklagte [Arzt] brachte sein Messgerät zur Überwachung der Vitalwerte – Sauerstoffsättigung im Blut, Blutdruck und Puls – an, legte eine Venenverweilkanüle und führte einen 70 cm langen Schlauch mit der Magensonde durch ein Nasenloch ein. C suchte dies durch Kopfbewegungen zunächst zu verhindern, was der Polizeibeamte F durch Drücken des Kopfes gegen die Rückenlehne unterband. Der Angeklagte applizierte Brechmittel (Ipecacuanha-Sirup) durch eine Spritze in den Schlauch und anschließend 7 bis 8 Spritzenfüllungen Leitungswasser, um das Erbrechen im Schwall zu provozieren. Der Brechreiz setzte gegen 1.30 Uhr ein. C bemühte sich, „nach Kräften, diesen zu unterdrücken, Erbrochenes im Mund zu behalten, wieder zu schlucken und nur das hochgewürgte Wasser durch die zusammengepressten Zähne austreten zu lassen, was die Polizeibeamten als ‚Filtern‘ bezeichneten. Auf diese Weise gelang es C zunächst, ein Austreten geschluckter Kokainkügelchen zu verhindern, weil – was ... ungewöhnlich war ... – das Erbrechen bei ihm nicht ‚im Schwall‘ auftrat. Erst nachdem C bereits drei- bis viermal unter ‚Filtern‘ erbrochen hatte, wurde letztlich doch, vermutlich durch seine Zahnlücke im Schneidezahnbereich oben links, ein etwa haselnußgroßes Kokainkügelchen herausgespült und von K gesichert. Auch nach Einsetzen des Brechreizes fuhr der Angeklagte damit fort, über die Sonde

Wasser zuzuführen. Aus Gründen, die nicht haben festgestellt werden können, rutschte die etwa 70 cm lange Sonde dabei aus der Nase und mußte mindestens einmal neu gelegt werden. ... Nachdem C sich bei kontinuierlicher Wasserzufuhr durch den Angeklagten drei- oder viermal erbrochen hatte, erlahmte mit der Zeit sein Widerstand zusehends, er wurde augenscheinlich apathischer, bis er schließlich ‚nicht ansprechbar‘ wirkte ... Diese Zustandsveränderung allein löste allerdings zunächst bei dem Angeklagten noch keine erkennbare Beunruhigung aus und veranlasste ihn nicht dazu, die Wasserzufuhr zu beenden‘. Infolge C's kontinuierlicher Bemühungen, Erbrochenes nicht nach außen dringen zu lassen, und begünstigt durch die ihm Zeitablauf abnehmende Vigilanz [Wachsamkeit] des Betroffenen trat im Zuge der sich bei Erbrechen und Wiederverschlucken kreuzenden Flüssigkeiten Wasser in C's Atemwege, die zu einer Verminderung der Lungenfunktion und einer Beeinträchtigung der Sauerstoffversorgung des Organismus führte. Der Angeklagte und die Polizeibeamten waren der Meinung, daß C – entsprechend früher beobachtetem Verhalten von anderen aus Afrika stammenden Betroffenen – einen körperlichen Zusammenbruch bzw. eine Bewusstlosigkeit nur simulieren würde, um einen Abbruch der Maßnahme zu erreichen.“

Der Drogenkurier war gestorben und das Landgericht Bremen hatte den Arzt erstinstanzlich von dem Vorwurf der fahrlässigen Tötung freigesprochen. Der BGH hat den Freispruch nun aufgehoben (NJW 2010, 2595 ff.). Die Lektüre dieser höchstrichterlichen Entscheidung ist auch für den Bereich des Sozialversicherungsrechtes lehrreich. Denn sie zeigt ersichtlich brachial, welche bitteren Konsequenzen aus einer (Mit-)Verfolgung auch anderer staatlicher Zielstellungen beim Umgang mit dem Körper eines anderen im konkreten Fall eines ärztlichen Handelns erwachsen können. Sie verdeutlicht, welche tragischen Irrtümer aus ‚entsprechend früher beobachtetem Verhalten bei anderen‘, und sei es noch so evident, erwachsen können. Sie mahnt aber insbesondere, den Respekt vor dem Willen eines Menschen (als „Körpereigentümers“) tunlichst nicht abwägenden Überlegungen mit Abstrakta und/oder Fernzielen im Einzelfall zu unterwerfen, mögen sie dort Kriminalitätsbekämpfung oder hier Generaläquivalenz heißen. Anders gesagt: Wo sonst, wenn nicht in (und mit) seinem eigenen, individuellen Willen, wird das menschliche Selbsteigentum am eigenen Körper relevant, sichtbar und praktisch? Ist schließlich nicht gerade deswegen auch in unserem Kulturkreis allgemein anerkannt, dass spezifisch dieser entgegenstehende Wille einer gezwungenen Körpereigentümerin die Strafbarkeit eines Handelns nach § 177 StGB begründet? Oder mit noch anderen, verfassungsrechtlichen Worten: Die Subjektqualität des Einzelnen droht prinzipiell in Frage gestellt zu werden, wenn der Körper eines Menschen auf eine kausale Durchgangsstation anderweitiger Zweckverfolgungen reduziert wird. Die Würde eines jeden einzelnen Menschen ist unantastbar. Dies nun führt wiederum zurück zu unserer Frage nach dem Vertrauen(können) auf Vertraulichkeiten im Gesundheitssystem und zu deren praktischer Relevanz für den Einzelnen.

Narrative und spekulative Gesundheitsfremdverantwortung

§ 1 Abs. 1 Satz 1 SGB V erweitert den Kreis derjenigen, die professionell mit der Sorge um die Gesundheit eines Menschen befasst sind, von traditionell zwei Personen (Patient und Arzt) auf – de iure – strukturell mindestens drei: Auf erstens den Patienten, zweitens den Arzt und drittens die Krankenversicherung. Da die gesetzliche Krankenversicherung mit ihrer Vielzahl öffentlich-rechtlicher Körperschaften jedoch stets auch eine Vielzahl von natürlichen Personen umfasst, wird hier – de facto – eine unabsehbare Mehrzahl von Menschen mit jedem medizinischen Behandlungsgeschehen im Einzelfall befasst. Infolge dessen wird die ‚Erzählung‘ über die individuelle Krankheit unter Dritten (in Gestalt von Dokumentation, Verschlüsselung, Kodierung, Abrechnung, Prüfung und Kontrolle etc.) generell und systematisch zum Regelfall. Dies allerdings konterkariert – zusätzlich zu den beiden vorbeschriebenen Prinzipienumkehrungen – eine dritte gesundheitsrechtliche Tradition unserer Rechtsordnung: Die Vertraulichkeit des Gespräches zwischen dem Arzt und seinem Patienten. Genau diese Vertraulichkeit also, die (durch Schweigepflichten und Aussageverweigerungsrechte auf Seiten der sogenannten Leistungserbringer und ihrer Mitarbeiter) lange Zeit gesetzlich Schutz und Stärkung erfahren hatte, wird weithin aufgehoben. Der Kreis aller Krankheits-Mitwisser wird unbeherrschbar groß und unübersichtlich. Das von dem SGB konstatierte „Sozialgeheimnis“ (§ 35 Abs. 1 Satz 1 SGB I) gilt nun immer dann nicht und immer dort nicht, wo eine irgend zu Verrichtungen in diesem System berufene Stelle die Datenerhebung und Datenkenntnis zu ihrer eigenen spezifischen Zweckerreichung für erforderlich erachtet (§ 67a Abs. 1 Satz 1 SGB X). Und: Gesetzliche Zwecke, die verfolgt werden (dürfen), gibt es viele. Die Bekämpfung der Schwarzarbeit beispielsweise gehört dazu, § 67e SGB X. Aber auch ganz generell der Datenaustausch mit Polizei und Staatsanwaltschaft, beispielsweise über Religionszugehörigkeiten (§ 68 Abs. 1, 3 SGB X), die Information von Bergbehörden (§ 70 SGB X) oder die Unterstützung von Gerichten bei Ehestreitigkeiten (§ 74 Nr. 1 lit. B SGB X), sogar der Datentransfer an andere Staaten ist erlaubt, sofern sie der EU angehören oder sonst mit Deutschland in internationalen Beziehungen stehen (§ 77 Abs. 1 SGB X). So also kursieren die doch prinzipiell vertraulichen Gesundheitsdaten und Angaben über unsere Sozialgeheimnisse als Erzählungen durch die Datenbestände der öffentlichen Sozialverwaltung; einschließlich solcher Informationen, welche Therapien ein Leistungserbringer – unabhängig vom konkreten Wissen und Willen des Patienten – einstmals, über das Notwendige spekulierend, für angemessen erachtet hat.

Wer nichts zu verbergen hat, der hat auch nichts zu befürchten?

„Wer nichts zu verbergen hat, der hat auch nichts zu befürchten!“. Dieser Satz ist wohl der am häufigsten gesagte bei Datenschutzdiskussionen; doch er ist – um es einmal nicht durch die Blume zu sagen – auch der am wenigsten intelligente. Denn: Woher soll der auf Vertraulichkeit Hoffende wissen, was alle seine ihm persönlich ganz unbekanntem potentiellen Geheimnis-Mitwisser jetzt, vor allem aber in Zukunft (!), nach ihren eigenen Maß-

stäben für verborgen und entdeckungswürdig halten werden? Jede einzelne Eigenschaft eines Menschen, jede Ansicht, jede Vorliebe, jedes Detail eines gelebten Lebens kann, bei entsprechender Änderung der Umwelt- und Umgebungsbedingungen, zu einer existenziell relevanten Information werden. Gerade aus der historischen Erfahrung, dass sich gesellschaftliche Verhältnisse ändern können, sind rassische und ethnische Herkunft, politische, religiöse und philosophische Ansichten, Gewerkschaftszugehörigkeit und Sexualeben, aber gerade auch Fragen der Gesundheit im Gesetz zu besonderen Geheimnissen erklärt worden (§ 67 Abs. 12 SGB X). Dies aber bedeutet: Das Vorliegen oder Nichtvorliegen jeder scheinbar noch so irrelevanten und unwichtigen Verdachtsdiagnose, jedes Blutwertes und jedes genetischen Datums kann zu einer individuellen Schicksalsfrage werden. Wenn aber richtigerweise mein Körper (nur) mir und niemandem anderen gehört, dann müssen auch seine Geschichten nur mir und niemandem anderen gehören. Dann muss die Befugnis, meine Geheimnisse zu verwalten und über sie erzählen zu dürfen, nur und ausschließlich von mir selbst erteilt werden dürfen, so wie auch nur ich in Eingriffe in meine körperliche Integrität einwilligen darf. Die Tatsache, dass öffentlich-rechtliche Stellen einen einzelnen zur Teilnahme an ihrem Gesundheitssystem verpflichten und sich anschließend untereinander erlauben, sich von seinen Geheimnissen zu erzählen, egal ob er es will oder nicht, lässt sich mit den eingangs geschilderten Wertentscheidungen unserer gewachsenen Rechtsordnung ersichtlich nicht rechtslogisch widerspruchsfrei in Einklang bringen. Bei alledem ist im übrigen von solchen Fällen noch gar nicht geredet, in denen staatliche Stellen aus Gründen des überwiegenden Allgemeininteresses Neigung verspüren könnten, eine ihnen privat und vertraulich angebotene CD mit finanziell attraktiven Informationen käuflich zu erwerben.

Fragen wir also abschließend noch einmal nach Vertrauen und nach Vertrauenkönnen: Wer genießt Ihr Vertrauen und wie weit reicht es? Wer z.B. gießt während Ihres Urlaubs Ihre Blumen? Wer hat einen Zweitschlüssel für Ihr Bankschließfach? Wen haben Sie in Ihrer Patientenverfügung zu Ihrem Betreuer benannt und wer ist Ihr Testamentsvollstrecker? Wissen alle diese Menschen auch, wann und weswegen Sie einmal einen Psychologen aufgesucht haben? Welches Ihrer Familienmitglieder eine Geisteskrankheit hatte? Unter welchen Geschlechtskrankheiten Sie einmal gelitten haben? Wie viel Sport Sie treiben? Was und wie viel Sie trinken? Ob Sie einmal Hämorrhoiden hatten? Das EU-Parlament will all dies von seinen Mitarbeitern wissen. Und von seinen Mitarbeiterinnen, wann sie ihre letzte Periode hatten. Diese Daten werden in Brüssel seit dem Jahr 2010 für jeweils 30 Jahre gespeichert. Fühlen Sie sich wohl? Gefällt Ihnen eine von Ihrem konkreten Willen unabhängige gesundheitssystematische Datenfremdverwaltung über Ihren Körper zur Herstellung kosteneffizienter Generaläquivalenz? Oder möchten Sie lieber ihr eigener Körpereigentümer und Ihr eigener Krankheitserzähler bleiben? Müssen wir also über bessere Gesetze nachdenken?

Wenn der Staat beim Sterben hilft

Recht und Gesetz sagen uns, wie wir uns richtigerweise zu verhalten haben. Juristische Normen legen damit Standards fest, an denen sich unser Handeln orientieren soll. Handeln in diesem Sinne ist nicht nur aktives Tun. Auch ein bloßes Nichtstun kann ein Handeln im juristischen Sinne darstellen. Strafrechtliche Lehrbücher erklären diesen Zusammenhang oft mit dem Beispiel einer Mutter. Bei ihr macht es offenkundig keinen Unterschied, ob sie ihren neugeborenen Säugling aktiv tötet oder ob sie ihn, selbst völlig passiv bleibend, verhungern lässt. In beiden Fällen hat sie gleichermaßen rechtsrelevant gehandelt und sich wegen einer Tötung strafbar gemacht. Für Ärzte am Sterbebett eines Patienten ergeben sich aus dieser Gleichstellung von Tun und Unterlassen oft schwierigste Verhaltensprobleme. Denn die zentrale Frage, mit der Ärzte dort konfrontiert werden, lautet: Welches medizinische Handeln ist geboten, um abwendbare Lebensgefahren abzuwehren, ohne zugleich einen aussichtslosen Kampf gegen Unabwendbares zu führen, der tatsächlich nur das Leiden des Sterbenden vermeidbar verlängert? Diese Frage zu stellen, heißt praktisch einzuräumen, dass es wirklich richtige Antworten hier kaum geben kann. Denn im Angesicht des Todes stehen Arzt und Patient nur allzu oft in einem Raum der Unsicherheiten, der keinerlei feste Orientierung bietet.

Je weniger sicheres Wissen Menschen aber über eine bestimmte Situation haben (und haben können), desto spekulativer muss ihr Verhalten werden. Wo wir nicht an Gewissheiten anknüpfen können, da sind wir für unsere weiteren Entscheidungen und unser weiteres Handeln auf bloße Annahmen und Vermutungen zurückgeworfen. An die Stelle des klaren Wissens treten das Meinen und das Abschätzen. Ob eine bestimmte Gefahr für Leib und Leben des Patienten prognostisch noch anzuwenden sein wird oder ob es gegen sie keine wirksamen medizinischen Mittel mehr geben werde, bleibt im Unklaren. Trifft der Arzt in dieser Lage die Entscheidung, einen objektiv aussichtslosen Kampf zu führen, verlängert er das Leiden seines Patienten. Gibt er den Kampf indes zu früh auf, stirbt unter Umständen ein Mensch, der noch hätte gerettet werden können. Technische Fortschritte der Medizin haben das Arsenal potentiell möglicher Maßnahmen gegen den bevorstehenden Tod eines Menschen inzwischen gleichsam unabsehbar erweitert. Man wird kaum fehlgehen mit der Feststellung, dass heute ein jeder Tod eines jeden Menschen mit bereits existierenden medizinischen Mitteln mindestens noch verzögert werden kann. Dies wirft zwangsläufig die Frage auf, wer über eine solche Herauszögerung des Todes und insbesondere über den hierfür erforderlichen Mitteleinsatz zu befinden hat.

Belässt man die Befugnis zur Entscheidung über diese Frage im Zuständigkeitsbereich des Arztes, dann vergrößert man zwangsläufig den Bereich derjenigen Verhaltensunsicherheiten, in denen er sich ohnehin bereits befindet. Denn die technische Grenzver-

schiebung der Rettungsmöglichkeiten, die weit in den Raum der Unsicherheit über die tatsächliche Lage hineinreicht, erweitert die ärztlichen Handlungs- und mithin Entscheidungsspielräume unausweichlich. Was der Arzt richtigerweise zu tun und was er zu unterlassen hat, verunklart sich erheblich. Im Gegenzug lassen sich diese Handlungsnotwendigkeiten eines Arztes am Sterbebett allerdings deutlich reduzieren, wenn Recht und Gesetz in dieser Lage genau demjenigen eine größere Mitsprachebefugnis über die anstehenden Abläufe zugestehen, den es unmittelbar selbst angeht: Den sterbenden Patienten. Wer, wenn nicht er, soll am ehesten legitim über Situationen entscheiden, in denen niemand, auch kein Arzt, verlässliche Tatsachenfeststellungen und Zukunftsprognosen liefern könnte? Wenn richtig ist, dass es der Patient ist, der über jedwede medizinische Maßnahmen oder Nichtmaßnahmen bis an die Grenze von Impfwang und Quarantänepflicht in freier Willensbestimmung zu entscheiden hat, dann muss auch richtig sein, ihn im Angesicht seines eigenen Todes relevant über einsetzende oder ausbleibende Rettungsmaßnahmen bestimmen zu lassen. Indem der deutsche Gesetzgeber im Jahre 2009 mit der Einführung von § 1901a BGB die Möglichkeit schuf, eine sogenannte „Patientenverfügung“ zu errichten, erweiterte er somit nicht nur die rechtlich verbindlichen Entscheidungsbefugnisse für einen jeden Patienten. Die Möglichkeit, als Patient im Vorhinein bestimmte ärztliche Heileingriffe rechtswirksam zu untersagen, führte für jeden Arzt auch zu der Reduzierung seiner eigenen Handlungsnotwendigkeiten am Sterbebett. Weite Teile des Prognoserisikos, wie sich eine bestimmte gesundheitliche Krisensituation künftig mutmaßlich entwickeln werde, sind nunmehr, eine sorgsame Patientenverfügung vorausgesetzt, von dem Arzt auf den Patienten verlagert. Hat der Patient verfügt, gewisse Rettungsmaßnahmen künftig definitiv nicht zu wünschen, ist der Arzt von der Last befreit, für den Patienten entscheiden zu müssen. Heilung und Rettung zu versuchen, wo er es als Arzt vielleicht noch für hoffnungsvoll hielt, kann ihm nun definitiv verboten sein, wo und wenn der Patient es so gewollt und niedergeschrieben hat. Kritiker haben gegen derartige Patientenverfügungen zwar eingewandt, künftige Patienten seien sich zum Zeitpunkt der Abfassung einer solchen Verfügung oft gar nicht der Bedeutung und Tragweite ihrer medizinischen Festlegungen bewusst. Diese Bedenken greifen aber, genau betrachtet, im Ergebnis nicht durch. Denn von der Anstrengung, über die eigene Gesundheit nachzudenken und sich möglichen Fragen einer künftigen Behandlung zu stellen, kann und sollte ein verantwortungsbewusster Mensch nicht entbunden werden. Im Gegenteil: Je existenzieller die Probleme sind, mit denen im Rahmen einer Therapie umgegangen werden muss, desto größer ist das Bedürfnis, über sie von dem betroffenen Patienten selbst entscheiden zu lassen, statt die wirklich schwergewichtigen Antworten dann von Angehörigen oder gar Fremden erwarten zu wollen. Jeder, der seinen Körper und seine Gesundheit ernst nimmt, hat also Anlass, durch sorgsame Gespräche mit den Ärzten und, nötigenfalls, Juristen seines Vertrauens gewissenhafte Formulierungen zu finden. Immerhin kann er im Falle des Falles durch solche Klarstellungen auch ganz maßgeblich die Gewissen seiner Nächsten entlasten.

Während die zivilrechtlichen (und in der Folge auch die strafrechtlichen) Verhältnisse zwischen Arzt und sterbendem Patienten daher nun mit jener Gesetzesregelung in § 1901a BGB einer ebenso sinnvollen wie rechtsethisch anerkanntswerten Präzisierung zugeführt wurden, belastet eine andere Schwierigkeit wiederum genau diese medizinische Behandlungsbeziehung. Denn das Hinauszögern eines Todes bzw. der Versuch, die Verlängerung eines Menschenlebens zu erreichen, werden durch die sozialversicherungsrechtlichen Gesetze in Deutschland einer anderen, rechtsethisch äußerst problembehafteten Perspektive unterworfen. Ob ein medizinischer Eingriff durchgeführt wird oder welche von mehreren alternativ in Betracht kommenden ärztlichen Maßnahmen verwirklicht werden, bestimmt nach gefestigter zivil- und strafrechtlicher Rechtslage in Deutschland in erster Linie der Patient selbst. Solange er wachen Geistes ist, hat er von seinem Arzt aufgeklärt und gefragt zu werden, was sein Wille als Patient ist. Auch die objektiv unvernünftige Entscheidung des Patienten, einen bestimmten ärztlich angeratenen Eingriff nicht durchführen zu lassen, muß akzeptiert werden. Kein Erwachsener darf gegen seinen Willen einer Operation unterzogen werden.

Anders ist die Rechtslage jedoch für jeden „Pflichtversicherten“ in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Nach diesen sozialversicherungsrechtlichen Regeln sind der Wille des Patienten und seine freie Willensbestimmung hinsichtlich der Durchführung oder Nichtdurchführung bestimmter medizinischer Maßnahmen praktisch unbeachtlich. Ist das „Pflichtversicherungsverhältnis“, also der gesetzliche Zwang, an der öffentlichen Krankenversorgung teilzunehmen, einmal begründet, so bestimmen sich alle Inhalte der medizinischen Behandlung nach dessen internen Regularien. Gefragt wird dort nicht, was der Patient wünscht oder welche Behandlungsmaßnahme er und sein Arzt einer anderen vorziehen. Maßgebend ist alleine, dass die ausgewählte und durchgeführte Behandlung ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig ist, wie § 12 Abs. 1 SGB V bestimmt. Was im Einzelnen diesen Kriterien genügt, definiert der sogenannte „Gemeinsame Bundesausschuss“, der aus Vertretern von Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Spitzenvertretern der Krankenkassen gebildet wird. Er beschließt nach § 92 Abs. 1 SGB V die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung der Versicherten.

Zu diesen Richtlinien gehören unter anderem auch diejenigen über eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. § 92 Abs. 7b SGB V bestimmt dabei: *„Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 14 ist den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie den in § 132a Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“* Der in

jener Vorschrift genannte § 132a Abs. 1 SGB V besagt unter anderem: *„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben ... gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben; für Pflegedienste, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wahlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. ...“*

Im Zusammenspiel mit der Richtlinie über die erwartbare Krankenhausbehandlung nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V wird hier also von dem Gemeinsamen Bundesausschuss faktisch abschließend vorgegeben, welche medizinischen und pflegerischen Maßnahmen für pflichtversicherte Sterbende erbracht werden dürfen und welche nicht. Die Einschätzung der konkreten Lage am Sterbebett und der Umfang entsprechender Rettungsmaßnahmen werden damit schlussendlich weder von dem Patienten selbst, noch von seinem anwesenden Arzt vorgenommen. Gilt eine bestimmte Maßnahme nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses daher generell als unwirtschaftlich, unzureichend oder übermäßig, dann greift § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V, der besagt: *„Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“* Was demnach im Gefolge eines Beschlusses durch den Gemeinsamen Bundesausschuss abstrakt-generell als unwirtschaftlich gilt, muss ärztlich unterlassen werden. Der gesetzliche Befehl an den Arzt, passiv zu bleiben, ist sozialversicherungsrechtlich verbindlich, auch wenn durch dieses Unterlassen der Todeszeitpunkt für den Patienten unausweichlich näher rückt. Die generelle Zielstellung aus § 1 Satz 1 SGB V wird konkret und praktisch verdrängt. Sie lautet: *„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“*

Indem der Staat mit dem gesetzlichen Versicherungszwang für seine Bürger unausweichlich macht, sich diesen medizinischen Richtlinien zu unterwerfen, fördert er nicht nur deren Gesundheitsversorgung auf der einen, sondern begrenzt er auch den Umfang ihrer potentiell lebenserhaltenden Behandlungschancen auf der anderen Seite. Da das eine nicht ohne das andere zu erreichen ist, bleibt die rechtsethische Frage, ob ein Staat seine Bürger zur Teilnahme an einem bzw. zur Unterwerfung unter einen derartigen Sachzwang wirksam verpflichten kann. Gute Gründe sprechen dafür, dies zu verneinen. Denn

wenn ein Staat seine Bürger anerkanntermaßen schon nicht gegen deren Willen zu objektiv sinnvollen medizinischen Eingriffen zwingen kann, warum sollte er dann legitim befugt sein, sie in Zweifelfällen zwingen zu dürfen, bestimmte lebensrettende Maßnahmen nicht ergreifen zu können? Solange diese Frage nicht allgemein akzeptabel beantwortet ist, müssen wir uns eingestehen, dass unser Staat durch verbindliche sozialversicherungsrechtliche Gesetze beim Sterben hilft. Jeden Tag. Überall im Land. Für die überragende Mehrzahl aller Bürger, die in einer gesetzlichen Krankenkasse „pflichtversichert“ sind.

Jazz als Leitbild für ein rationales Gesundheitssystem

Etwas Erbauliches über unser Gesundheitswesen zu sagen, fällt schwer. Denn was ist erbaulich an Pflichtversicherungen und Sachleistungsprinzip, an Überverwaltung und Kontrollzwang, an Kontingentierung und Deckelung, an Honorarregressen und Priorisierung, an Beitragssatzstreit und Strukturausgleichszwängen? Lebt und überlebt unser gesetzliches Krankenversicherungssystem heute nicht alleine maßgeblich von der Selbstausbeutung seiner Akteure, von unbezahlten Über- und Mehrleistungen, von schweigend hingenommenem Verzicht und kopfschüttelnd-duldsamer Selbstaufgabe? Wie aber soll man den allerorten (wieder) obwaltenden Kräften einer unsäglichen Zentralisierung erfolgreich trotzen? Indem wir uns mit Jazz beschäftigen. Der Jazz gibt uns musikgeschichtlich allen Anlass, auf eine gedeihliche Dezentralisierung auch unserer staatlichen Verwaltung zu hoffen. Warum ist das so? Betrachten wir kurz die Ensemble-Geschichte des musikalischen Abendlandes und ihren möglichen Kontext mit der Staatsverwaltung. Wenn man davon ausgeht, dass Entwicklungen auf gesellschaftlichem und namentlich kulturellem Gebiet gewissen politischen Tendenzen oftmals vorangehen, dann eröffnet ein Blick auf die Musikgeschichte eine interessante und Hoffnung stiftende Perspektive auf das, was dem derzeit sehr weiten politischen Beherrschungsanspruch wohl folgen dürfte. Denn gerade in der Musik zeigt sich, dass ein Wachstum über das Maß des Überschaubaren hinaus in der Folgephase wieder in die Entwicklung gesünderer und menschenfreundlicherer, kleinerer Einheiten mündet. Zugleich wird deutlich, dass viele Traditionsbrüche, die um des bloßen Erneuerns willen vollzogen wurden, auf Dauer ohne Bestand sind. Geradezu organisch findet ein verirrt System dann – geläutert – zu seinen überkommenen Strukturen zurück.

Ich werde konkret: Parallel zu der bekannten Entwicklung vom heute gern verspotteten Kleinstaat hin zur großen, nationalen Staatsform lässt sich über die Jahrhunderte hinweg ein konsequentes Wachstum der musikalischen Einheit namens „Orchester“ beobachten. Während der Klangkörper Monteverdis für seine Oper Orfeo im Jahr 1607 noch mit 36 Musikern auskam, erweiterten zunächst Johann Sebastian Bach in der ersten und die sogenannte Mannheimer Schule in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts das Orchesterpersonal erheblich. Die Klangfülle für den harmonischen Hintergrund besorgten zu-

nehmend nicht mehr nur wenige Musiker an einigen Tasteninstrumenten, sondern eine wachsende Vielzahl von hinzutretenden Streich- und Blasinstrumenten. Beethoven verdoppelte zur Sicherheit gegenüber Haydn und Mozart die Waldhörner, und zusätzliche Posaunisten besiedelten seinen Orchestergraben. Richard Wagner beschäftigte in seinem Ring-Zyklus bereits 104 Orchestermusiker, und Richard Strauss ließ gleich 120 Tonwerker zum Dienst antreten. Anton Bruckner erweiterte sein stattliches Symphonieorchester aus Liebe zu Richard Wagner noch um vier Wagnertuben aus dessen Besetzungsliste. Und Gustav Mahler, der bei dem Wagner-Fan Anton Bruckner gelernt hatte, strebte als Komponist ausdrücklich danach, „mit allen Mitteln der vorhandenen Technik“ zu orchestrieren. Er galt wohl nicht zuletzt deswegen auch als unnachgiebiger Tyrann am Dirigentenpult, weil die punktgenaue Durchsetzung aller seiner kompositorischen Ideen gegenüber mehr als 100 Musikern ganz zwangsläufig nur wenige Diskussionspielräume lässt. Wo käme ein Orchester dieser Ausmaße schließlich auch künstlerisch hin, wenn jeder einzelne Musiker täte, was er selber gerade für richtig hält? Eine Pikanterie bei all diesem musikalischen Wachstum ist, dass sich auch hier ausgerechnet ein Franzose, nämlich Hector Berlioz, mit dem Gedanken trug, ein 467-Mann-Orchester zu besetzen und es mit 360 Choristen erklingen zu lassen. Man mag gar nicht darüber nachdenken, welche Tyrannenqualitäten am Dirigentenpult erforderlich gewesen wären, um diesen Klangkörper in der Grande Nation hören zu können. Zumindest dieses Projekt ist der Musikwelt erspart geblieben.

Interessanterweise war die Zeit der relevanten Kompositionen für Großorchester abrupt mit dem Ende des Ersten Weltkriegs ausgelaufen. Nur wirtschaftliche Ursachen dafür zu vermuten, griffe zu kurz. Denn sie kehrten auch später praktisch nie wieder. Näher liegt also, die Grenzen jeder noch irgend vernünftig beherrschbaren Orchestergröße als erreicht anzusehen. Und näher liegt auch, das weitgehende Ende der Werke für Orchester dieser Art in einem ästhetischen Tabubruch zu sehen. Nachdem nämlich, wie man sagt, Richard Wagner mit seinem Tristan-Akkord die Grenzen der traditionellen Tonalität erreicht (oder gar gesprengt) hatte, verliefen sich anschließend viele Komponisten unterhalb seiner Genialität in die Merkwürdigkeiten der Zwölftonmusik. Arnold Schönberg, der 1911 mit seinen „Gurre-Liedern“ noch einmal mehr als 100 Musiker zusammengesetzt hatte, meinte gar, von einer „Emanzipation der Dissonanz“ sprechen zu dürfen. Zu einem solchen ästhetischen Zugeständnis waren die Ohren der Welt jedoch – aus, wie ich meine, naheliegenden Gründen – nicht bereit. Fast zeitgleich mit dem Ende der Großorchester kam stattdessen der Jazz aus den USA nach Europa. Aus New Orleans 1917 amtlich vertrieben, reiste er über Chicago und New York in die Alte Welt. Er hielt sich nun wieder im Wesentlichen an die herkömmliche Dur- und Mollmelodik, reicherte sie aber um Pentatonik, farbige Harmonien und vor allem um die „blue notes“ an. Zudem ließ er dem Rhythmus ein äußerst freies Spiel. Den wohl maßgeblichsten Kern des Jazz bildete aber schließlich die Möglichkeit, in überschaubaren personellen Einheiten mit anderen gemeinsam frei zu improvisieren, statt nur stur und tyrannisch von einem Gustav Mahler am Dirigentenpult beherrscht feststehende Noten vom Blatt zu spielen. In- sofern ist

jeder Jazzmusiker auch ein Freigelassener der Musik, der seine Individualität ebenso dezentral wie eigenverantwortlich mit anderen tönend lebt. Wynton Marsalis hat den Blues und den Swing im Jahre 1995 sehr anschaulich (bei youtube auch anschaulich unter „Texaco Roundtable Presents Wynton Marsalis“) beschrieben. Er sagte, Blues und Swing seien äußerst amerikanisch und demokratisch, weil sie zweierlei zeigten: Auch wenn das Leben bisweilen hart sei und seine Anstrengungen traurig machten, so gebe die harmonische Auflösung im Blues doch immer wieder Hoffnung, dass es auch im Leben irgendwie weitergehe. Und wie man sich mit seinem Swing dem Swing des anderen anfügen habe, so müsse dieser sich auf einen selbst einstellen, was dem demokratischen Geist der amerikanischen Gesellschaft entspreche.

Nun mag man die Beschreibung der heutigen USA als einer dezentral verantwortlich gelebten, swingenden Demokratie nicht zwangsläufig als einschränkungslos treffsicher betrachten. Das Spannende an der Demokratie-Definition aus der Sicht eines Jazzmusikers ist aber dies: Die Mitglieder eines Jazz-Orchesters stimmen nicht mit Mehrheit darüber ab, was nun wie gespielt werden müsste. Sie verständigen sich stattdessen zunächst darüber, was sie spielen wollen, und überlassen es dann jedem einzelnen, ob er an dieser Session überhaupt mitwirken möchte. Haben sich alle Musiker im Einvernehmen auf ein bestimmtes Stück mitsamt seiner Grundmelodie und seinen Harmoniefolgen geeinigt, dann lassen sie das Werk gemeinsam und in wechselseitigem musikalischen Respekt voreinander erklingen. Sie spielen einige Teile gemeinsam, andere je einzeln, sie gestehen einander Freiräume zu und sie wissen: Weder ist einer alleine der tyrannische Boss, noch würden sie dulden, dass der Trompeter und der Schlagzeuger zusammen den Bassisten brutal übertönen. Denn das wäre das Ende alles weiteren gemeinsamen Musizierens. Wenn die Musik der Welt diese Lektionen bereits gelernt hat und wenn kulturelle Erkenntnisse den politischen – wie beschrieben – oft vorangehen, dann besteht also jeder Grund zu der Hoffnung, dass auch unsere derzeitige Gesundheitspolitik von ihren Berlioz'schen Phantasien megalomanen Ausmaßes wieder zu heiter swingenden Umfängen mit gesundem und überschaubarem Menschenmaß zurückfindet. Denn Harmonie klingt zwar zuletzt im Ohr, ihren Ursprung hat sie aber immer in einem wohlwollenden Herzen und einem kooperationswilligen Hirn.

Wie sieht es demgegenüber staatsorganisatorisch aus? Zum Unterschied von diesem jazzmusikalischen Modell der individuellen Freiheit, des lebendigen Teamgeistes und der kreativen, dezentralen Kooperation sehen wir staatshistorisch eine völlig andere Entwicklung seit dem Ende des Ersten Weltkrieges. Das Phänomen Staat ist in den letzten hundert Jahren sogar noch mehr gewachsen und gewuchert als das Orchester in der Zeit davor. Staatsverwaltung will und macht „alles, was technisch geht“, um es noch einmal in der hübschen Formulierung von Gustav Mahler zu sagen. Am Vorabend des Ersten Weltkrieges lag der Einkommensteuerrhöchstsatz in Deutschland bei 5 Prozent und nur zwei Prozent der Beschäftigten arbeiteten in Diensten des Staates (die Hälfte davon bei der Reichswehr). Hundert Jahre später haben sich diese Werte verzehnfacht. Wir zahlen rund

50 Prozent Steuern und knapp 20 Prozent der Erwerbstätigen beziehen ihr Einkommen aus öffentlichen Quellen. Was aber will ein Arzt, ein Zahnarzt, ein Apotheker oder ein Therapeut lieber sein? Freiberuflicher Jazzmusiker, dezentral organisiert in fachkundig selbstverwalteten Kammern mit kompetenten Kollegen? Oder ein mechanisch agierender Orchestermusiker, ferngesteuert von einem ungreifbaren Dirigenten und einem ungesehenen Komponisten, einheitsgewerkschaftlich organisiert? Wenn es so etwas gibt, wie die bisweilen bemühte Ungleichzeitigkeit des Gleichzeitigen (oder die Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen, Geschichtsphilosophen sind erfinderisch), dann könnte – und sollte – nun anstehen, die staatliche und parastaatliche Gesundheitsverwaltung ebenso organisatorisch und personell abzurüsten, wie dies musikalisch in den Ensembles bereits geschehen ist. Das von den Kammern (auch und gerade in Sachsen) über die vergangenen Jahrzehnte so schmerzlich erfahrene Oszillieren zwischen Freiheit und Zwang, zwischen – pars pro toto – Reichsärztekammer und selbstverwalteten Ärzten, sollte sinnvollerweise wieder Richtung Freiheit und Selbstverantwortung gewendet werden. So wie vor 25 Jahren, als die innerdeutsche Mauer fiel. Zum Verständnis dieses überraschenden Bezuges zwischen Jazz und Stacheldraht ist nun nötig, die Mauer als Phänomen noch einmal genauer zu betrachten. Die Mauer hat nämlich kommunikationstheoretisch sowohl eine semiotische wie auch eine brachial physikalische Dimension. Als Zeichen erklärt sie allen, die sich ihr nähern: „Hier geht es nicht weiter, magst Du selbst auch weitergehen wollen.“ Physikalisch vollzieht sie den Inhalt dieser befehlenden Erklärung sogleich. Die Mauer ist also Befehl und Vollzug in einem. In dieser Einheit bricht sie den Willen des Wandernden. Innerhalb der DDR stellte sie sicher, dass der Wille der Partei und der Räte die größere Kraft hatte als der Wille des einzelnen oder gar der Wille des Volkes. Die Partei hatte immer Recht, wie vormals König, Adel und Klerus. Sie maßte sich an, zu wissen, was für alle und was für jeden das Beste war. Der individuelle Wille war irrelevant. Misslich für jeden, der seinem Gegenüber auf diese Weise dessen Willen austreibt ist nur stets, dass diese Methode die inhaltliche Richtigkeit seines Argumentes nicht fördert. Der Lateiner weiß: *auctoritas, non veritas, facit legem*. Doch schert es die Wahrheit natürlich nicht, wenn – an ihr vorbei – machtvoll das Gesetz gemacht wird. Dessen gravitatischer Geltungsanspruch zerschellt früher oder später dann doch stets an den Klippen der Realität.

Zu diesen Realitäten, denen man sich vernünftigerweise stellen sollte, gehört unter anderem, dass hier und heute auch Psychotherapeuten ihr ostdeutsches Kammerwesen feiern. Dies rechtfertigt zusätzlich den nächsten Exkurs meiner Argumentation. Ich wage eine Analogie zwischen menschlich- individueller Bindungspsychologie und gesellschaftlicher Entwicklung. Der Psychologe weiß: Der Säugling und das kleine Kind sind ohne Bezugspersonen (früher sprach man von „Eltern“) nicht lebensfähig. Das Kind vertraut Mutter und Vater. Deren Ansagen sind verlässlich, um zu überleben. Das unreflektierte und geradezu kritiklose Urvertrauen zu den Eltern kann aber nicht endlos währen. Der wachsende Mensch muss erwachsen werden, um als selbständiges, eigen ständiges Individuum überlebensfähig zu werden. Dieser Ablösung dient die Pubertät, in der schlichtweg alles infrage gestellt wird, was die vormals vertrauensgewöhnten Eltern raten und emp-

fehlen. Der Bruch ist ein absoluter. Der elterliche Schutzwall vor den Fährnissen der Welt hat also ein natürliches Verfallsdatum. Erst nach dieser Ablösung des Kindes kann es später wieder zu einer Annäherung unter Erwachsenen, von gleich zu gleich, kommen. Wenn aber der pubertierende Ausbruch aus dem gewickelten Säugling zuletzt einen Erwachsenen macht, dann liegt vielleicht nahe, anzunehmen, dass auch eine von „Vater Staat“ eingemauerte Gesellschaft irgendwann ihren erkannten Status als bloßes Kollektiv von Sozialuntertanen im Stacheldrahtkinderzimmer beenden will. Der totalverwaltete Sozialstaatsbürger entdeckt also plötzlich seinen eigenen bürgerlich-politischen Körper. Die Pubertät solcher Gesellschaften erzwingt sodann den Mauerfall. Das aufgenötigte Wollen wird durch den eigenen Willen ersetzt.

Bleibt die Frage: Wodurch entdeckt der von fremdem Willen dirigierte Sozialuntertan innerhalb seines rundum verwalteten Lebensbereiches dann plötzlich seine tatsächliche Lage? Was ist das auslösende Moment für eine gemeinsame gesellschaftliche Pubertät? Blickt man auf die untergegangene DDR, deren Ende wir heute feiern, so fallen empirisch-historisch zwei Aspekte auf. Aspekt Nummer eins ist der ökonomische Mangel. Es machte in den 1980er Jahren immer weniger Freude, DDR-Bürger zu sein und tagtäglich in Schlangen zu stehen. Der Mangel alleine, d.h. das bloße Fehlen gewisser Gegenstände, hätte aber die gesellschaftlichen Pubertätsschub, um ihn hier einmal so zu nennen, wohl noch nicht ausgelöst. Die Geschichte kennt Gesellschaften, die in noch engeren wirtschaftlichen Verhältnissen nicht „auf die Barrikaden gegangen“ sind. Einiges spricht dafür, dass Aspekt Nummer zwei die kumulativ entscheidende Rolle gespielt hat: Das Begreifen des Mangels als Mangel infolge der Kenntnis über die Möglichkeit des Andersseins. Denn nur der, der vergleichen kann, ist überhaupt imstande, einen Zustand als unzureichend zu erfassen. Nur der, der ein großes X gesehen hat, weiß, dass das kleine x, das er bisher kannte, kleiner ist als jenes große X. Ab dann will er weg von seinem kleinen x, hin zu einem großen X. Der Hase im Pfeffer ist also die Kenntnis von der Möglichkeit des Andersseins. Diese Kenntnis wird durch Botschaften vermittelt. Und Botschaften brauchen Boten. Historisch kann man den Beginn des Staates auf den Zeitpunkt legen, der auf die Erfindung der Schrift folgte. Wo es keine Schrift gab, da konnte niemand irgendetwas verwalten. Durch die Abstraktionsmöglichkeiten der Schrift wurde möglich, Botschaften unabhängig von Zeit und Ort von einem Menschen an einen anderen zu senden. Das verschaffte jedem Macht, der lesen und schreiben konnte. Die bis dahin bestehenden Machtstrukturen zerbrachen und wurden durch neue ersetzt.

Der nächste Entwicklungsschritt lässt sich auf die Erfindung des Buchdrucks terminieren. Schrift als Träger einer Botschaft wurde plötzlich einer viel größeren Vielzahl von Menschen zugänglich als zuvor. Luther übersetzte die Bibel. Sie wurde gedruckt. Vergleichsweise mehr Menschen als vorher lasen nun plötzlich die Heilige Schrift und zogen daraus Konsequenzen. Wieder zerbrach – nach schweren Kämpfen eines dreißigjährigen Krieges – die vorherige Machtstruktur. Manches spricht heute dafür, dass wir einen weiteren epochalen Entwicklungsschritt dieser Art als Zeitgenossen erleben. Das Internet macht

die Verbreitung von Botschaften in einer Breite und Geschwindigkeit möglich, wie es sie nie zuvor in der Geschichte gab. Es sind nicht mehr wenige Journalisten, die als Torwächter zwischen Ereignis und Bericht über Einlass oder Nichteinlass von Botschaften in das allgemeine Bewusstsein entscheiden. Die Masse der Netzgemeinde schafft sich und sucht sich ihre eigenen Beschreibungen der Welt. Das geistige Abbild der Welt in der gesellschaftlichen Vorstellung wird ein anderes. Diejenigen, die es gestern noch gestalten konnten, verlieren ihren Einfluss und also ihre Macht. Die Würfel der Macht werden von der Masse neu verteilt. Die Netzgemeinde als staatenübergreifende Gesellschaft entdeckt die Möglichkeiten des Andersseins. Sie entdeckt ihren bürgerlich-politischen Körper, wie einstmals die Männer und Frauen der DDR im Jahre 1989. Ein Indiz für dieses kollektive Pubertieren mag auch in dem Umstand gesehen werden, dass – für Jugendliche dieser Altersstufe typisch – die verbale Entgleisung im Netz so breite Räume einnimmt. Pubertierende pöbeln. Leider raufen sie sich auch nicht selten. Die Unruhe jedenfalls, die wir allerorten beobachten, dürfte Indiz für diesen Entwicklungsschub sein. Gesellschaften mögen nicht mehr passiv fremdbestimmt werden, sondern aktiv ihr Schicksal in die eigenen, erwachsen werdenden Hände nehmen.

Diese durchaus globalen Tendenzen haben indes auch ihren ganz konkreten Einfluss auf unser bundesrepublikanisches Gesundheitswesen. Sie färben ab auf die Heilberufekammern als Bestandteil des Gesundheitssystems. Und das wiederum rechtfertigt, ganz praktisch, diesen weiten Bogen durch die Geschichte und über den Globus zu schlagen. Denn die sich aus alledem ergebenden Handlungsaufforderungen richten sich auch exakt an Sie alle, die Sie hier und heute zum Feiern versammelt sind. Wenn nämlich ganze Gesellschaften entdecken, nicht alternativlos fremdbestimmt sein zu müssen, sondern ihren eigenen Willen tatsächlich umsetzen zu können, dann bleibt das nicht ohne Auswirkung auch auf die Frage nach dem individuellen Patientenwillen im Gesundheitswesen. Und gerade dort finden wir heute eine zwar allgemein (noch) geduldete, aber absehbar nicht mehr ernsthaft haltbare Paradoxie: Der Wille des Patienten ist nämlich, skurriler Weise, gleichzeitig heilig und irrelevant! Wie kommt das?

Ganz einfach. Kein Arzt, kein Zahnarzt, kein Therapeut und auch kein Apotheker dürfen medizinische Maßnahmen oder pharmazeutische Eingriffe an einem Patienten vornehmen, wenn dieser nicht zuvor eingewilligt hat. Diese Einwilligung genügt nicht als ein bloßes Nicken oder Ja-Sagen. Sie muss ihrerseits – sichergestellt – frei von Willensmängeln sein. Dies wiederum erfordert, dass der Helfer dem Patienten zuvor die nötige Aufklärung über die Bedeutung und den Umfang der Einwilligung angedeihen lassen muss. Es bedarf hier keiner weiteren Erläuterung, welche juristische Relevanz all dem im zivilen Schadensersatzrecht und ebenso im Strafrecht zugemessen wird. Diese sämtlichen Rechtspflichten des Helfers stehen im Zentrum seines beruflichen Handelns. Ganz anders sieht dies das gesamte öffentlich-rechtliche Sozialversicherungsrecht mit seinem (verharmlosend als Pflichtversicherung bezeichneten) Zwang zur Teilnahme am Versicherungskollektiv. Hier wird der Versicherte und also der Patient nicht im Ansatz nach sei-

nem Willen gefragt. Er wird auch zu keinem Zeitpunkt von irgendjemandem über Bedeutung und Umfang seiner gesetzlichen Versicherungspflicht belehrt. Sein Teilnahmewang ist, um das derzeit so modische Wort zu nutzen, alternativlos. Welche Therapie er beanspruchen kann, welche nicht, welche Medikamente er im Krankheitsfalle nehmen darf und welche nicht, welchen Umfang die ihm angediehene gesundheitliche Hilfe haben wird, all dies bleibt gänzlich unbestimmt. Es entscheidet im Ergebnis der Gemeinsame Bundesausschuss über alle Bedingungen des Sozialversicherungsverhältnisses. Dessen demokratische Legitimität entspricht – wenn man offen reden will – der unserer Kommission in der Europäischen Union: Es gibt sie nicht. Dennoch ist alles Anordnen und Bestimmen dieses Ausschusses (vor 1989 hätte man in Sachsen auch von einem „Rat“ oder, in freundschaftlicher Verbindung zu unseren östlichen Nachbarn, von einem „Sowjet“ sprechen können...) verbindlich. Aus dem Gesagten mag ich die Prognose wagen: Auch hier wird die Pubertät des Pflichtversicherten im Gesundheitswesen kommen. Der gesundheitliche Sozialuntertan wird seinen Körper als Gegenstand des eigenen medizinischen Interesses entdecken. Dann wird er die Mauern überwinden wollen, die das Sozialgesetzbuch heute um ihn errichtet hat. Welche jugendliche Kraft und Energie sich an dieser Stelle entladen wird, lässt sich heute bereits daran absehen, mit welcher Freude das Publikum alternative Heilmethoden sucht und findet, die im staatlichen Umverteilungs- und Zuteilungssystem des Sozialgesetzbuches keinen Platz haben. Die Ursache für diese Pubertät wird auch hier sein, dass niemand das Orchester des heutigen Gesundheitssystems noch je wieder beherrschen kann. Die Zwänge und ihre Überverwaltung werden auch im Gesundheitswesen zu einem Bedürfnis nach Jazz führen.

Sechs Varianten bzw. Prinzipien werden in der Zukunft meines Erachtens sinnvollerweise Beachtung finden müssen. Erstens ist Wahrhaftigkeit nötig in Anamnese und Diagnostik, um die Bedingung der Möglichkeit einer erfolgversprechenden Therapie überhaupt erst zu schaffen. Jedes Mitglied einer Heilberufekammer weiß: Ein Patient, der aus Angst oder Scham nicht die richtige Kunde von seinen körperlichen Zuständen wagt, vergibt sich hierdurch die Chance auf schnellen Heilungserfolg. Nicht anders ist es in politischen und gesundheitssystematischen Zusammenhängen. Der große SPD-Politiker Franz Müntefering, mit dem ich – vorsichtig gesprochen – nicht immer einer Meinung bin, hat es anlässlich seines 75. Geburtstages vor einigen Wochen in kleinem Kreis erklärt. Im Raum steht die Frage: „Warum sagen uns Politiker nicht die Wahrheit?“. Um gesellschaftliche Heilungsprozesse in Gang zu setzen und um gesellschaftliche Kräfte zu nutzen und zu mobilisieren, bedarf es einer offenen, wahrhaftigen politischen Anamnese und Diagnose. Verschämtes Schweigen oder beschönigendes Reden intensivieren den Leidenszustand.

Zweitens sehe ich die dringende Notwendigkeit für Demut der Akteure in allen staatlichen und parastaatlichen öffentlich-rechtlichen Verwaltungseinheiten. Nur mit dieser Demut vor den Konsequenzen des eigenen Verwaltungshandelns und mit Demut im Hinblick auf die Grenzen der eigenen Einflussmöglichkeiten wird sich wieder ein gedeihliches und ausgeglichenes Verhältnis zwischen „übergeordneter“ Verwaltung und „unter-

geordneter“ bürgerlicher Aktivität einstellen können. Einer der nach meinem Dafürhalten wertvollsten moralischen Grundsätze für richtiges Handeln lautet: „Nemidem laede, immo omnes, quantum potes, iuva!“ Verletze niemanden, vielmehr unterstütze alle, soweit Du es vermagst. Welche Klugheit steckt in diesem kurzen Satz. Dass man niemanden verletzen soll, versteht sich in unserem Kulturkreis gleichsam von selbst. Eine andere Frage aber ist, ob und in welchem Umfang jenseits des Anspruches auf eigene Integrität anderen Hilfe geleistet werden soll. Wir müssen allen Hilfe leisten, aber eben nur soweit und so viel, wie wir es vermögen. Übersteigt das Maß der Hilfe für den oder die anderen den Umfang der eigenen Potentiale, so zehrt sich der Helfende aus, was seine eigene Integrität in Frage stellt, wozu er jedoch auch moralisch nicht verpflichtet ist. Der zweite moralische Grundsatz auf Latein lautet, unter der Prämisse eines Aufrufes zur Demut, wie folgt: „Respice finem!“ Bedenke das Ende. Wir alle haben demütig zu beachten, welche Folgen unser unmittelbares Handeln am langen Ende seiner kausalen Konsequenzen haben kann und haben wird. Auch hier wird der Respekt vor anderen gefordert. Wenn wir wechselseitig unsere Integrität, einschließlich des individuellen Willens anderer Menschen, sei dieser auch aus unserer Sicht dumm und unvernünftig, wahren, so entsteht eine bunte und vielfältige Gesellschaft. Einheitsgewerkschaften wollen ihre Entscheidungen alternativlos durchstellen. Dies ist nicht demütig und lässt keinen Jazz zu.

Drittens erfordern Jazzmusik in kleinen, dezentralen und überschaubaren Einheiten und standesrechtliche Kammerpolitik beide gleichermaßen systematische Komplexitätsreduktionen. Was hyperkomplex ist, lässt sich nicht verantwortlich beherrschen. Was zu kompliziert ist, macht weder Spaß, noch klingt es gut oder funktioniert gedeihlich. Wer den Mut hat, aus His-Dur in C-Dur zu wechseln, der kann es. Und für das Publikum ändert sich nicht einmal etwas.

Viertens erfordert eine Zeit des gesellschaftlichen Umbruchs Risikobereitschaft. Die Heißluftballonfahrt der DDR-Emigranten über den Todesstreifen war eine Reise über das und in das Ungewisse. Die Bereitschaft aber, existenzielle Entscheidungen zu wagen, generiert Vertrauen in die eigene Kraft und nötigt immer wieder zu kreativen Lösungen. Am Ende solcher Reisen stehen Erfolg, Glück und Zuversicht, Selbstvertrauen und Friedfertigkeit. Wer ohne die Bereitschaft zu derartigen Risiken immer nur ängstlich am Alten festhält, der wird den Umbruch in neue Strukturen nicht überstehen.

Fünftens erfordern diese Handlungsmaximen die Überwindung des sozialstaatlich-paradoxen Befindlichkeitsgefängnisses. Wirkliche Solidarität und ernsthafte gesellschaftliche Verantwortung gedeihen nämlich nicht dort, wo den Bürgern politisch und rechtlich keine Handlungsspielräume zugestanden werden. Im Gegenteil erwächst tatsächliche soziale Verantwortung erst dort, wo der Einzelne gefordert ist, die Konsequenzen seines eigenen Handelns für sich und andere sehenden Auges zu tragen. Zusammenhalt, Mitmenschlichkeit und Nächstenliebe sind urmenschliche, vorstaatliche Impulse, die nicht erst durch parlamentarische oder verwaltungstechnische Normierung ent-

stehen. Deswegen haben Jazzmusiker auch mehr individuelle Verantwortung für sich selbst und für ihre Band als jeder einzelne weisungsgebundene Kammermusiker für ein noch so großes Orchester. Selbstkontrolle statt Fremdkontrolle. Ein gutes Kammerwesen für Freiberufler lebt exakt diese Prämisse.

Sechstens bedarf es des Mutes zum Aufbruch in die neu aufkeimenden Dynamiken. Lassen Sie (und lassen wir alle) den Geist von 1989 wieder aufleben! Vielleicht war dieser Geist noch nie so wichtig wie gerade jetzt, da wieder Grenzen fallen und altvertraute Rahmen in völlige Unsicherheit gesprengt werden. Ost und West waren wahrscheinlich bis 1990 zwei Bauklötze, die schräg gegeneinander gestützt aneinander lehnten. Als der Ost-Bauklotz fiel, musste der Sturz des West-Bauklotzes unweigerlich folgen. Der schon zitierte Franz Müntefering hat, auch insoweit wohl mit Recht, diskutiert, dass 25 Jahre in historischen Zusammenhängen faktisch nur ein Wimpernschlag sind. Alles wird jetzt anders und das schneller, als wir je dachten. Hätte ich Ihnen vor 30 Jahren prognostiziert, dass in 30 Jahren kein Todesstreifen mehr quer durch Deutschland steht, dass eine Frau mit DDR-Sozialisation Bundeskanzlerin und ein Theologe aus der DDR gesamtdeutscher Bundespräsident sein würden, so hätten Sie mich ebenso für verrückt gehalten, wie wenn ich Ihnen prophezeit hätte, dass in derselben Zeit das Rauchen in der Öffentlichkeit, der Gebrauch von Glühbirnen und das Durchfahren einer Innenstadt mit dem PKW ohne zusätzliche bunte Aufkleber auf der Windschutzscheibe unmöglich sein würden. Ganz zu schweigen von der Ankündigung, dass ein Mann mit schwarzer Hautfarbe und dem Vornamen Hussein Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika sein werde. Die Zeiten ändern sich. Und sie ändern sich immer schneller. Der kluge Philosoph Odo Marquard hat beschrieben, wie wir alle in einem „Zeitalter der Weltfremdheit“ leben (werden). Weil sich die Welt ständig ändert, bewegen wir uns wie Kinder in permanent unvertrauten Rahmen. Niemand kann ein Gesundheitssystem besser durch diese Ungewissheiten und Unwägbarkeiten steuern, als diejenigen, die vor Ort tatsächlich wissen, was zu tun ist. Denn sie haben die Fachkompetenz, diese Fragen zu beantworten. Heilberufekammern sind zudem demokratisch „von unten“ legitimiert. Ihr Bestehen ist nicht von politischen Tageslaunen abstrakter Machtkonstrukte abhängig. Kammern können und werden die bevorstehenden Erschütterungen überstehen. Sie müssen sich dem Wandel wieder, wie vor 25 Jahren, offen, dezentral, flexibel, mutig und wahrhaftig stellen. Diejenigen, die in den Kammern und mit den Kammern diesen Weg gehen, werden die Zukunft erobern. Denn Sie können die Jazzmusiker des Gesundheitssystems sein, statt gebundene Musiker eines zentralistischen Orchesters, das weisungsabhängig die zunehmend unverständlichen Partituren eines verirrtten und verwirrtten Komponisten abarbeitet. Let it swing!

Autor

Carlos A. Gebauer • Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

• Königsallee 30 • 40212 Düsseldorf • gebauer@lindenau-prior.de

Carlos A. Gebauer studierte Philosophie, Neuere Geschichte, Sprach-, Rechts- und Musikwissenschaften. Neben seiner Tätigkeit als Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht in Düsseldorf ist er ebendort seit dem Jahr 2003 auch Anwaltsrichter. Seit Dezember 2015 ist er Mitglied des Anwaltsgerichtshofes NRW. Im September 2015 wählte ihn die nach dem Wirtschaftsnobelpreisträger benannte Friedrich A. von Hayek-Gesellschaft zu ihrem Stellvertretenden Vorsitzenden. Als Autor schrieb und schreibt er u.a. für die Frankfurter Allgemeine Zeitung, die Neue Juristische Wochenschrift, die Zeitschrift für Rechtspolitik, den Schweizer Monat, die Schweizerzeit, die Magazine Cicero und Pardon, Novo Argumente, The European sowie als regelmäßiger Kolumnist für die Freie Presse Chemnitz, die Wirtschaftswoche und für eigentümlich frei. Im Lichtschlag-Verlag erschienen seine Bücher »Warum wir alle reich sein könnten und wie unsere Politik das verhindert« sowie »Der Gesundheitsaffront«, im Finanzbuchverlag das Buch „Rettet Europa vor der EU“.

Herausgeber

Stiftung Privatmedizin für eine freiheitliche Beziehung zwischen Patient und Arzt • Widenmayerstr. 9 • 80538 München • Vorstand: Stefan Tilgner, Lars Lindemann, Dr. Rolf Koschorrek • kontakt@stiftung-privatmedizin.de