

Genialität und Eitelkeit – Macht und Machenschaften in der hochspezialisierten Medizin

Thema

Im Fokus.

Die Zeitschrift von Dialog Ethik | Nr. 148 | Juni 2021

Joachim Koppenberg
seziert offen und
schonungslos seine
Karriere als Mediziner,
Unternehmer und
Führungskraft.

SEITE 4

Daniel Scheidegger sorgt
sich um den allgemeinen
Zustand des Schweizer
Gesundheitswesens.

SEITE 16

Als Arzt/Ärztin kann man
nicht nicht-politisch sein,
sagt Namir Lababidi im
Interview.

SEITE 22

Editorial



Das goldene Zeitalter der Medizin beginnt im 19. Jahrhundert, eingeläutet durch die epochale Neuerung der Antisepsis und der Anästhesie, schreibt der promovierte Arzt und Historiker Roland D. Gerste in seinem kürzlich erschienenen Buch «Die Heilung der Welt».

Es war der Mai 1847, als der ungarische Arzt Ignaz Philipp Semmelweis erstmals Waschschüsseln mit einer Chlorkalklösung am Eingang der Geburtshilflichen Klinik in Wien aufgestellt hatte. Die Ärzte und Medizinstudenten, die von den Seziertischen in der Pathologie kamen, sollten den Tod, der an ihren Händen klebte, nicht weiter dort hineinragen, wo das neue Leben gerade hoffnungsvoll zu gedeihen angefangen hatte.

Im Prolog zum Buch heisst es: «Das Gelächter, die angeregte Konversation der jungen Mediziner verstummte, als sie bemerkten, was in dem Eingangsbereich an diesem Tag so anders war. Das Waschgefäss auf einem Tisch, daneben eine Tafel, auf der unmissverständliche Worte geschrieben standen. Von heute an, so las man mit Erstaunen, teilweise auch mit Entrüstung, können die Herren Collegae den Kreissaal und die Wöchnerinnenstation nur betreten, nachdem man sich die Hände ausgiebig mit einer Chlorkalklösung gewaschen habe. Ohne Ausnahme. Die Studiosi

empfangen es mehrheitlich als Zumutung – doch sie gehorchten.» Diese szenisch beschriebene Buch-Passage konnotiert süffisant jenen Hauch von Eitelkeit, der Medizinerinnen und Mediziner anhaften mag. Daneben aber auch Genialität, Mut, Durchhaltewillen beziehungsweise Leidenschaft.

Manche Revolutionen fangen unscheinbar an, müssen Widerstände überwinden, zäh um Anerkennung kämpfen. Andere schlagen mit einer explosionsartigen Wucht ein. Dazu zählt die erste Herztransplantation, durchgeführt am 3. Dezember 1967 von Prof. Dr. Christiaan Barnard. Der südafrikanische Herzchirurg erlangte mit seinem revolutionären Eingriff über Nacht Weltruhm, ja, er wurde zu einem Superstar der Medizin. Im Kontext fallen aus Schweizer Sicht Namen wie Åke Senning, Marko Turina, Thierry Carrel, Francesco Maisano. Sie und mit ihnen viele andere stehen für hochspezialisierte Kompetenz, Innovation, Strahlkraft.

Aber auch für klandestine Ungeheimheiten im Zusammenhang mit Macht und Machenschaften. Negativschlagzeilen aus der hochspezialisierten Medizin drängen regelmässig in die Medien. Sie werfen ein schales Licht auf eine Branche, der wir bei Bedarf unser wertvollstes Gut anvertrauen: die Gesundheit. Ist die Gesundheit aus dem Gleichgewicht gefallen, hoffen wir, in gute Hände zu kommen, von Fachkräften mit hehren Absichten behandelt zu werden.

Dieses Vertrauen wird täglich tausendfach gerechtfertigt. Von Menschen an Menschen, in der Veterinärmedizin auch an Tieren. Skandale um Exponenten in der hochspezialisierten Medizin sind die Ausnahme. Stolz, Eitelkeit, Narzissmus, Eifersucht, Gier mögen die Trigger hinter Streitigkeiten und Machtkämpfen sein. Das ist unschön – aber auch menschlich. Trotzdem: Explizit von Verantwortungsträgern darf erwartet werden, dass sie in der Lage sind, ihren Job möglichst losgekoppelt von Einflussfaktoren negativer Art auszuführen. Das gilt nicht nur für die Gesundheitsbranche, sondern auch für die

Inhalt

Editorial	3
Schwerpunkt	
Zum Glück keine Karriere – der (Um-)Weg von Chefarzt Koppenberg	4
Stärken bündeln – vernetzt agieren	12
Daniel Scheidegger: «Es bräuchte eine Revolution von unten»	16
Gesundheitsbranche: Grosse Unterschiede bei den Löhnen	20
Interview	
Namir Lababidi: «Spitzenpositionen fordern vielfache Spitzenleistungen.»	22
Felix Schneuwly: «Nichts ist teurer als schlechte Medizin»	26
Buch im Fokus	28
Interna	30

Politik, die Wissenschaft, die Bildung, die Religion und die Medien.

Es liegt in der ureigenen Verantwortung jedes Individuums, das eigene Wirken und Engagement ethisch so zu justieren, dass Schaden, wo immer möglich, vermieden wird. Ethische Leitplanken für in der Medizin und Forschung tätige Menschen setzt der so genannte «Schweizer Eid». Wir wünschen uns, dass ihn zu leisten Ehrensache ist und dass er Ärzte/Arztinnen hilft, ihr anerkennenswertes Schaffen vor einer moralischen Sepsis zu schützen.

**Jil Lüscher,
Chefredakteurin**

Zum Glück keine Karriere – der (Um-)Weg von Chefarzt Koppenberg

«Genialität und Eitelkeit – Macht und Machenschaften in der hochspezialisierten Medizin» – nachfolgend ein Essay von Joachim Koppenberg oder wie es der Chefarzt und Leiter des Gesundheitszentrums Unterengadin / Center da sandà Engiadina Bassa (CSEB) formuliert: «Die Sicht eines nicht-hochspezialisierten Mediziners».

VON JOACHIM KOPPENBERG

Lassen Sie mich den Artikel mit einer Quizfrage beginnen: Nennen Sie bitte vor dem Weiterlesen die aktuellen Nobelpreisträger für Medizin und Physiologie. Lassen Sie sich ruhig Zeit beim Nachdenken... Kommen Sie gerade

nicht drauf? Vielleicht erinnern Sie sich, dass es irgendetwas mit Hepatitis zu tun hatte, aber die Namen? Oder kennen Sie ersatzweise irgendeinen Namen eines Nobelpreisträgers aus Ihrem Fachgebiet der letzten Jahre? Lassen Sie mich es auflösen: 2020 wurden

Harvey J. Alter (USA, NIH), Michael Houghton (Großbritannien, University of Alberta) und Charles M. Rice (USA, Rockefeller University) für die Entdeckung des Hepatitis-C-Virus mit dem Nobelpreis ausgezeichnet. Ich darf Ihnen mitteilen, dass ich die drei





wollen. Diejenigen die es geschafft haben, sollten sich daher stets vor Augen halten, wie gross der «Schwein-Anteil» auch ihren Lebenslauf beeinflusst hat und sich selbst nicht zu wichtig, zu bedeutsam nehmen. Mein ehemaliger Chef gilt mir in diesem Kontext als positives Beispiel.

«Das aus der Motivationspsychologie bekannte «Esel-Karotten-Prinzip» wird unverändert an die nächste Generation weitergegeben – der Esel rennt brav weiter dem Rüebli nach.»

Und dann sollten Entscheidungsträger die Dinge, über die sie sich damals als Jungassistenten im System selbst masslos ärgerten besser machen. Jetzt hätten sie die Hebel dazu selbst in der Hand und den dafür nötigen Einfluss. Nun gäbe es keine Entschuldigung und Ausflüchte mehr. Oft fehlt dann aber nach all den jahrelangen Mühen die Kraft und die Motivation dafür, schliesslich hat man ja schon einen grossen Teil seines Lebens bis

hierher geopfert und jetzt möchte man selbst – auch sehr verständlich – die Rendite dafür einfahren. Wieso das System für die anderen verbessern? Und somit wird das aus der Motivationspsychologie bekannte «Esel-Karotten-Prinzip» erneut in die nächste Generation weitergegeben – der Esel rennt brav weiter dem Rüebli nach.

Die Statistik des Scheiterns und des Erfolgs

Zum Abschluss noch etwas Statistik: Eine medizinische und/oder forschende Karriere ist bekanntlich mühsam und zeitintensiv. Dabei meine ich nicht nur die tägliche Arbeit, sondern auch die nötige Lebensarbeitszeit. So dauert es vom Start des Studiums bis zum Erreichen einer leitenden Stelle oder einer Chefarztfunktion in der Regel Dekaden. Unglücklicherweise ausgerechnet in der Blütezeit des eigenen Lebens, inklusive Familie. Wie schon gesagt, sind die Chancen, sein Karriereziel zu verfehlen rein mengenmässig grösser als umgekehrt. Bekanntlich gibt es immer mehr Indianer als Häuptlinge. Daher kann man jungen Kollegen nur dringend raten, dass sie sich in dieser langen Lebenszeit hauptsächlich mit Dingen beschäftigen, die für sie persönlich relevant sind. Das schafft die Voraussetzung, eine dauer-

hafte Zufriedenheit und sogar Erfüllung zu erlangen. Da man bei diesen intrinsischen Themen automatisch auch mehr Engagement an den Tag legt, steigen spannenderweise sogar die Chancen («Sein- und Scheinanteil»), dass die Erfolgsaussichten («Schwein») indirekt mitsteigen und man letztlich auch seine Fernziele erreichen kann. Bingo – Volltreffer – Gratulation! Sollte der eingeschlagene Weg aber – und dies ist wie gesagt sehr viel wahrscheinlicher – nicht zum angestrebten Erfolg führen, dann hat man sich all die Jahre immerhin mit den Dingen beschäftigt, die einem wirklich wichtig waren. Ein guter Grund mit sich und seinem Lebensweg zufrieden sein zu können.

Einfach gesagt geht es darum, über was man sich und seinen persönlichen «Erfolg» definiert – und dazu muss man sich intensiv mit dieser Frage auseinandersetzen. Zu oft ersetzen leider externe Anerkennungen (Abschlüsse, Funktionen, Preise etc.) die eigentlich persönlichen Erfolgskriterien. Vergleiche mit Kollegen über Bettenanzahl in der eigenen Klinik etwa oder die Anzahl der erfolgten Eingriffe. Ehrlich jetzt – kennen wir dies nicht schon aus dem Sandkasten? Ich möchte das nicht pauschal verurteilen, denn wenn jemand daran echte Freude hat, «so what»?

Stärken bündeln – vernetzt agieren

Eingriffe in der hoch spezialisierten Medizin sind technisch anspruchsvoll und erfordern eine intensive Zusammenarbeit zwischen einer grossen Zahl qualifizierter Spezialisten in der Behandlungskette. Zielführende Ansatzpunkte für eine vernetzte Wertschöpfung in der hoch spezialisierten Medizin.

VON MATTHIAS MITTERLECHNER

Seit 2009 verpflichten sich die Kantone, das spitalstationäre Angebot im Bereich der hoch spezialisierten medizinischen Leistungen landesweit zu koordinieren. Dadurch sollen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit dieser Leis-

tungen gesteigert werden. Die Koordination besteht aus zwei Schritten. Im ersten Schritt erfolgt die Zuordnung von Leistungen. Im Fokus stehen seltene, innovative und personell-technisch komplexe Eingriffe. Im zweiten Schritt erfolgt die Zuteilung der Leistungen auf

die Spitäler. Ein zentrales Kriterium ist die Qualität der Bewerber, die mittels Fallzahlen, spitalspezifischer Prozesse und Strukturen sowie Qualitätsdaten beurteilt wird.



Daniel Scheidegger: «Es bräuchte eine Revolution von unten»

Kaum ein anderer kennt die Medizinlandschaft in der Schweiz besser als Daniel Scheidegger, Präsident des Swiss Medical Boards (SMB). Mit der unfreiwilligen Auflösung dieser Institution per Ende Jahr kann er leben, auch wenn er sie bedauert. Mehr Sorgen bereitet ihm der allgemeine Zustand des Schweizer Gesundheitswesens, die Kostenexplosion und der Unwille der Politik, etwas daran zu ändern.

VON MICHAEL BAUMANN

Zehn Jahre nach dem Start wird das Swiss Medical Board (SMB) per Ende 2021 seine Tätigkeit einstellen. Das hat der Vorstand entschieden. Das SMB, aus einer Initiative des Kantons Zürich zu Zeiten der Gesundheitsdirektoren Verena Diener und später

Thomas Heiniger hervorgegangen, prüft als Schweizer Kompetenzzentrum für sogenannte «Health Technology Assessments (HTA)» medizinische Massnahmen auf ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis. Dabei wird im Auftrag von Kantonen, Pharmaunternehmen, Krankenkassen sowie Ärzte- und Patienten-

organisationen der Frage nach dem Mehrwert der einen Behandlungsform im Vergleich mit einer anderen nachgegangen. Mit diesem Engagement leistet das SMB einen Beitrag für eine gute Versorgungsqualität und vor allem auch für einen effizienten Mitteleinsatz.



Familie sollte man auch haben. Das geht natürlich nicht. Dennoch wünsche ich mir in erster Linie Ärztinnen und Ärzte als Klinikleitende. Die Erwartungen sollten aber korrigiert und die Spitzenaufgaben auf mehrere Schultern eines Spitzenteams verteilt werden.

Auch die Medizin hat ihre Stars und es kommt nicht selten vor, dass diesen Narzissmus unterstellt wird. Ist Narzissmus Voraussetzung, um auf der Karriereleiter ganz nach oben gelangen zu können?

Ein gewisser Narzissmus ist eher hilfreich als schädlich und ganz bestimmt unter den Spitzenmedizinern vermehrt anzutreffen. Dieser Narzissmus sollte aber ein gutes Netzwerken nicht behindern und nicht zu viele «Leichen» auf dem Karriereweg hinterlassen, denn sonst schlägt das Pendel schnell mal zurück.

Genialität und Wahnsinn liegen nahe beieinander, so sagt der Volksmund – wieviel Genialität steckt in der hochspezialisierten Medizin und wo gibt es Grenzüberschreitungen?

Ausnahmsweise irrt der Volksmund sich hier. Geniale Menschen mit ganz besonderen Leistungen können in Krankheitsphasen mit schweren psychischen Symptomen kaum ihr Potenzial abrufen. Ihr Schaffen ist dann eher kläglich. Das hat man beispielsweise bei der Abgleichung von Robert-Schuhmann-Kompositionen mit seiner Krankenakte festgestellt. Er litt wahrscheinlich an einer bipolaren Störung. Wenn man durch seine Fähigkeiten eine Position als Spitzenmediziner, beispielsweise als Herzchirurg, erreicht hat, dann wird einem unweigerlich von aussen ein bestimmter Nimbus beigegeben. Diesen entgegengebrachten Nimbus zu bespielen bietet sich an und kann sehr nützlich sein. In dieser Position wird man für andere begehrt und muss sich auch schützen, denn man kann sich nicht für jeden ansprechbar und verfügbar machen. Das verstärkt wiederum die eigene Sonderstellung. Wie jede Machtposition kann diese im Guten wie im Schlechten wirken. Es gibt aber auch die Gefahr der Grenzüberschreitungen gegenüber dem hochspezialisierten Mediziner. An ihn werden nicht selten unerfüllbare Erwartungen gestellt und er

dient ungewollt anderen als Projektionsfläche.

Immer wieder geraten Leistungszentren mit klandestinen Personalentscheidungen auf Stufe CheffInnensitze in die Negativschlagzeilen. Sind CheffInnensessel per se Schleudersitze?

Heute ist das sicher viel eher so als noch vor einer Generation. Kein Chefarzt wird sich heute darauf einstellen können, dass er in dieser Position pensioniert wird. Dennoch ist mir ein Schleudersitz lieber als ein Sesselkleber. Es wird ja häufig Stillschweigen über den Entlassungsgrund vereinbart. Nicht selten spricht es aber für die Chefärztinnen, wenn sie bei reinem Rentabilitätsanspruch dem Ökonomen die Gefolgschaft verweigern. Dieses Handeln entspricht einem hohen ärztlichen Ethos und zeigt, dass man sich nicht korrumpieren lässt. Die Medienwirksamkeit und die Empörung von Personal und Bevölkerung können dann gelegentlich dazu führen, dass der CEO und der Verwaltungsrat nicht mehr tragbar sind und «nachgeschleudert» werden.

Fakt ist, dass hochspezialisierte Kapazitäten gerade auch aus wirtschaftlicher Sicht begehrt sind. Sie haben also Macht, eine, die nach ethisch vertretbaren Handlungen eingesetzt werden will. In Ihrer Wahrnehmung: Schaffen das unserer Spitzenmedizinerinnen und -mediziner und sind Missbräuche die Ausnahme?

Die Schweiz hat das Glück, über viele Spitzenmedizinerinnen und -mediziner zu verfügen. Die Skandale der letzten Jahre erhöht die Sensibilität in den Institutionen für missbräuchliches Verhalten ihres Spitzenpersonals. Das ist ein positiver Nebeneffekt. In meiner Wahrnehmung verzerrt die Medienpräsenz von einigen Skandalen das Gesamtbild. Im Übrigen sind die im Raum stehenden Vorwürfe nicht immer so leicht zu beurteilen wie es dem ersten Anschein nach aussieht. Der Mehrheit der in der Spitzenmedizin engagierten Persönlichkeiten täte man klar Unrecht, wenn man ihnen unisono Missbrauch vorwerfen würde.

Angebot und Qualität eines medizinischen Leistungserbringers hängen am Pfropf der Leistungszahler. Hält unser Tarifsystem der Überprüfung nach ethischen Richtlinien rundum stand?

Es liegt in der Natur eines Tarifsystems, dass es vereinfachende Kategorien schafft und man die erbrachten medizinischen Leistungen dort einordnen und abbilden muss. Es dauert leider sehr viele Jahre, bis beispielsweise der Tarmed, der ambulante Tarif für ärztliche Leistungen, angepasst wird. Das wird der Wirklichkeit des medizinischen Fortschritts und letztlich den Patientinnen und Patienten nicht gerecht. Bestimmte ambulante Operationen können heute viel schneller und einfacher durchgeführt werden als früher. Sie sind dadurch fast exorbitant lukrativ geworden. Das ist ethisch fragwürdig. Ich persönlich würde einen Zeittarif und einen Tarif für die Dignität des Leistungserbringers bevorzugen.

«Der Schweizer Eid, das gefällt mir besonders, sagt hier, dass den Patientinnen und Patienten nichts zugemutet werden soll, was man sich selbst oder seinen Nächsten nicht zumuten würde.»

Es würde finanziell gewürdigt, wenn man sich für die Patientinnen angemessene Zeit nimmt, genauso wie die Qualifikation des Leistungserbringers. Es gibt aber auch fragwürdige Vergaben für Leistungsaufträge, so dass Ärzte in grosse ethische Dilemmata geraten können. Das wäre beispielsweise so, wenn eine Fallzahl an Operationen pro Jahr erreicht werden muss, damit die Institution weiterhin Anbieter dafür sein darf. Davon hängen dann unter anderem Investitionen, Personal und eine regionale Leistungsversorgung ab. Ein Arzt wäre bei drohendem Nichterreichen der Fallzahl geneigt, die Indikation für diese Operation im Zweifelsfall zu Gunsten des Spitals zu stellen und damit sich nicht ausschliesslich am Patientenwohl zu orientieren. Diese Entscheidung würde nicht leicht fallen.

Felix Schneuwly: «Nichts ist teurer als schlechte Medizin»

Das Gesundheitswesen steht zunehmend unter ökonomischem Druck. An privaten, aber immer mehr auch an öffentlichen Spitälern tobt ein Kampf um Macht und Geld. Dabei geht es um Spitzenlöhne für Kaderärzte, Rivalitäten und Ringen um die lukrativsten Patienten. Für Gesundheitsexperte Felix Schneuwly fehlt es in erster Linie am direkten Zusammenhang zwischen Qualität und Kosten. Auch die Boni-Kultur, gekoppelt mit dem Einzelkämpfertum, habe in der Medizin nichts verloren.

INTERVIEW: MICHAEL BAUMANN

Herr Schneuwly, ein aktuelles Beispiel für Interessenkonflikte und finanzielle Abhängigkeiten gibt es in der Herzchirurgie am Universitätsspital Zürich (USZ). Wie schätzen Sie die Situation im Gesundheitswesen allgemein ein?

Felix Schneuwly: Die Ökonomie ist die Lehre der Zuteilung von Ressourcen, also Geld für Personal und Infrastruktur. Da Ressourcen immer begrenzt sind, wäre es ethisch fragwürdig, die Zuteilung der Ressourcen auszublenden und zu ignorieren, wenn es um die Beantwortung dieser Fragen geht: Wer bekommt die notwendige Medizin, wer bekommt sie nicht, und wer bekommt allenfalls die falsche oder überflüssige Medizin. Wer den Kampf um Macht und Mittel, um möglichst hohe Löhne kritisiert, ohne die Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen und den Nutzen dieser Leistungen für die einzelnen Patienten sowie für unsere gesamte Gesellschaft zu berücksichtigen, leidet am Kostenröhrenblick. Das ist auch in Bundesbern der Fall.

Wie konnte es so weit kommen?

Im Abstimmungskampf um das 1996 in Kraft gesetzte Krankenversicherungsgesetz (KVG) stand das Versprechen im Vordergrund, endlich etwas gegen das Kostenwachstum zu tun. Der niederschwellige Zugang zu wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher Medizin für Arm und Reich war auch ein Argument für das KVG. Transparente Qualität der versicherten medizinischen

Leistungen verlangt das KVG zwar auch seit 1996, aber ein direkter Zusammenhang zwischen Qualität und Kosten wird immer noch nicht gemacht, obwohl nichts teurer ist als schlechte Medizin. Das KVG garantiert faktisch unbegrenzte Versicherungsleistungen. Das gibt es in keinem anderen Versicherungsbereich. Unser Wohlstand, die Fortschritte in der Medizin, die steigende Lebenserwartung und Lebensqualität sind gleichzeitig Hauptursachen und Folgen der steigenden Gesundheitsausgaben.

«Wer den Kampf um Macht und Mittel, um möglichst hohe Löhne kritisiert, ohne die Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen und den Nutzen dieser Leistungen für die einzelnen Patienten sowie für unsere gesamte Gesellschaft zu berücksichtigen, leidet am Kostenröhrenblick. Das ist auch in Bundesbern der Fall.»

Welche Rezepte hätten Sie, um diese Entwicklung zu stoppen und die Medizin wieder zu ihrer eigentlichen Bestimmung zurückzuführen?

Wer das Kostenwachstum begrenzen will, muss entweder die Versicherungs-

deckung begrenzen oder, was bedeutend intelligenter wäre, endlich dafür sorgen, dass die Krankenkassen nur noch wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Medizin (WZW) zu Lasten der Grundversicherung bezahlen. Zudem muss dafür gesorgt werden, dass die Qualität der medizinischen Leistungen transparent und für Laien verständlich wird, damit Patientinnen und Patienten ihren Arzt, ihr Spital oder andere medizinische Leistungserbringer nicht mit blindem Vertrauen wählen müssen. So verlangt es nämlich das KVG seit 1996.

«Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) müsste eigentlich jeden Arzt ausschliessen, der einen Arbeitsvertrag mit Boni für mehr Eingriffe statt für bessere Qualität, insbesondere Indikationsqualität, unterschreibt.»

Warum wird das KVG nicht konsequenter umgesetzt?

Jetzt kommen wir zum Hauptproblem: Denn die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) müsste eigentlich jeden Arzt ausschliessen, der einen Arbeitsvertrag mit Boni für mehr Eingriffe statt für bessere Qualität, ins-

Tödliche Askese und Authentizität bis in den Tod

VON JEAN-PIERRE WILS

LEHRSTUHL FÜR PRAKTISCHE PHILOSOPHIE AN DER RADBOD-UNIVERSITÄT NIJMEGEN (NL) UND WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT DES INSTITUTS DIALOG ETHIK, WO ER ALS VIELLESER DAS SAMSTAGSSEMINAR «PHILOSOPHIE UND LITERATUR» DURCHFÜHRT.



Nina Streeck, Jedem seinen eigenen Tod. Authentizität als ethisches Ideal am Lebensende

Campus Verlag: Frankfurt/New York 2020
357 Seiten, Preis bei ex libris: 34 Franken
ISBN: 978-3-593-51235-8, 29

Der Prozess des Sterbens ist in den letzten drei Jahrzehnten gleichsam revolutioniert worden. Es hat einen «Ausgang aus der – angeblich – fremdverschuldeten Unmündigkeit» stattgefunden, um ein bekanntes Diktum Immanuel Kants über die Aufklärung zu variieren. Von den Zwängen eines medikamentalisierten Todes, der in der paternalistischen Obhut der Ärzteschaft lag, und von den überindividuellen Riten der Religion hat sich das auf Emanzipation bedachte Subjekt auch «in ultimo» befreien können. Der Prozess des Sterbens und in dessen Verlängerung die Beerdigung sind nicht mehr automatisch fremdgesteuert, sondern in die eigenen Hände gelangt. Wer sein Leben autonom, also selbstbestimmt, führt, hat nicht die Absicht, die Selbstführungsposition aufs Ende zu aufzugeben. «Sterben gemäss den eigenen Idealen» lautet das liberale Credo dieses moralischen Projekts.

«Was einst als Befreiung gefeiert wurde, ist umgeschlagen in einen beklemmenden Erwartungszwang: Authentisch sterben wird untergründig, aber inzwischen auch immer expliziter, verlangt.»

Dagegen einzuwenden wäre zunächst nur Weniges. Warum sollten Menschen den allerletzten Abschnitt ihrer Existenz nicht eigensinnig gestalten und bestimmen dürfen, warum sollte nicht «durch eine geeignete Sterbeoptimierung darauf hingewirkt [werden], den Sterbeprozess so angenehm wie möglich zu gestalten und als reife und mit sich versöhnte Persönlichkeit aus dem Leben zu scheiden»? (47) Die Philosophin Nina Streeck hat in ihrem wichtigen Buch den Finger auf die Wunde dieses Ideals gelegt. Was einst als Befreiung gefeiert wurde, ist umgeschlagen in einen beklemmenden Erwartungszwang: Authentisch sterben wird untergründig, aber inzwischen auch immer expliziter, verlangt. Der Eigensinn des Sterbens droht auf diese Weise in einen neuen Konformismus zu kippen. Man wagt es kaum mehr, anders als authentisch zu sterben. Solche Kippmomente nennt man «Paradoxien» oder auch – im Jargon der Frankfurter Schule – eine «Dialektik». Aus Befreiung wurde Abhängigkeit, aus Individualismus ein blosses Muster, aus Authentizität Anpassung. Bereits vor zwei Jahrzehnten lautete der Titel eines von Axel Honneth herausgegebenen Buches «Befreiung aus der Mündigkeit», womit unmissverständlich auf jenen Konformismus gezeigt wurde, für den gerade

(unreflektiert) geliebene Normen der Authentizität so anfällig sind.

Nina Streeck hat ganze Arbeit zur Aufklärung über angeblich aufgeklärte Ideale geleistet. «Ausgeschlossen bleibt, dass jemand sich wandeln und eine Haltung der Passivität an den Tag legen kann.» (223) Ihre Abhandlung ist philosophisch und sozialwissenschaftlich äusserst gut informiert. Den geduligen Lesern bietet sie nicht bloss nebenbei eine mehr als gediegene Einführung in die Ethik des guten Sterbens. Streecks Fokus ist das ambivalente Gesicht des Authentizitätsideals, das feinspurig analysiert und auf seine fragwürdigen Folgewirkungen hin befragt wird. «Das Bemühen um eine Sterbeverbesserung entwickelte [...] eine selbstdestruktive Dynamik, da sich das Anliegen, einem jeden seinen eigenen Tod, ein Sterben nach seinen individuellen Vorstellungen, zu erlauben, in ein institutionalisiertes Erwartungsmuster verkehrte, auch im Sterben man selbst zu bleiben: Sei authentisch!, heisst heute der Imperativ, mit dem sich der Sterbende konfrontiert sieht. Im Zuge der Etablierung der Palliativversorgung und der Sterbehilfeorganisationen verlor das Leitbild der Authentizität, das diese stets propagierten, seine ursprüngliche Bedeutung. Inzwischen stiftet es nicht mehr zur Schaffung neuer Freiräume der Sterbegestaltung an, dieses Leitbild dient im Gegenteil sogar dazu, individuelle Freiheiten zu beschneiden.» (283)

Wer auf der Suche nach einer neuen Perspektive auf ein aktuelles Thema ist, wird bei Nina Streeck reichlich belohnt. Man sollte etwas Geduld mitbringen, weil die Autorin (äusserst lesenswerte) Umwege nicht scheut, aber die Lesefrucht wird jede investierte Minute mit Sicherheit rechtfertigen.