

Dr. med. Hansjakob Roelli  
Kinderarzt FMH  
Bahnhofstrasse 42  
6210 Sursee

# Impfzwang im Pflegeberuf

Aspekte der Gerechtigkeit im Spannungsfeld von  
Patientenschutz und persönlicher Freiheit der Pflegenden

Philosophie + Medizin Pme01  
Universität Luzern

Datum der Abgabe: 21. August 2012

## **Inhalt**

Einleitung .....	3
Fallbeschreibung .....	3
Fragestellung .....	3
Philosophie.....	4
Praxis .....	6
Kreis der Betroffenen.....	8
Erkenntnisse aus diesem Fall.....	8
Literatur .....	9
Reflexion über Denkentwicklung .....	10
Reflexion Handlungsentwicklung.....	11

Anhang 1    separates Mail  
Anhang 2    separates Mail

## Einleitung

Für Patienten besteht das Risiko im Spital an Infektionen zu erkranken, die sie dort erworben haben. Besonders gefährdet sind hierbei u.a. Patienten auf Intensivstationen und Schwangere. In meiner Arbeit stütze ich mich auf Theorien der Gerechtigkeit, wie sie John Rawls entwickelt hat und untersuche ob und wie sie als Hilfestellung dienen können, wenn in der Praxis gefordert wird, dass Pflegende zu Impfungen gezwungen werden können um Patienten vor Ansteckung zu schützen.

## Fallbeschreibung

Das Spital steht heute im Brennpunkt gesundheitspolitischer Diskussionen. Es ist einerseits ein Zentrum für medizinische Therapien und Pflege, zum anderem aber auch ein Ort, wo sich Patienten mit Infektionskrankheiten anstecken können. Das Spital ist zudem ein wichtiger Arbeitgeber für Ärzte und Pflegende. Er ist eine zentrale Ausbildungsstätte für alle Pflegeberufe.

- Die Patientensicherheit ist ein zentrales Anliegen der Spitalleitung. Sie ist ein Qualitätsmerkmal des Spitals. Das „primum nihil nocere“ gilt als Grundsatz für die gesamte medizinische Tätigkeit. Der Schutz der Patienten vor ansteckenden Krankheiten ist hierbei ein wesentlicher Aspekt. Dazu gehört die Möglichkeit, von im Spital Tätigen zu fordern, dass sie gegen ansteckende Krankheiten geimpft sind.
- Da bereits Lernende in die Pflege von Patienten mit einbezogen sind, ist das Impfen bereits zu diesem Zeitpunkt angezeigt und wird gefordert. Hierzu hat die Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften eine klare Stellungnahme abgegeben (vgl. Anhang 1)
- In den eidgenössischen Räten wird zurzeit das Epidemiengesetz beraten. Hierbei steht die Frage im Raum, inwieweit Impfungen für besonders exponierte Personen und für Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben für obligatorisch erklärt werden können. Hierzu liegt eine Stellungnahme des Schweizerischen Hebammenverbandes vor (vgl. Anhang 2)

Aus den obigen Stellungnahmen wird deutlich, dass die Gewichtung der Patientensicherheit einerseits, aber auch die persönliche Freiheit der Arbeitnehmer eines Spitals eine Spitalleitung zu Entscheidungen zwingt, bei denen neben rein medizinischen (epidemiologischen) Fragestellungen auch die Frage der Gerechtigkeit Lösungsansätze bieten könnte.

## Fragestellung

Rawls entwickelt basierend auf der Vertragstheorie von Locke u. a. eine Theorie der Gerechtigkeit, zu der nach den Prinzipien der Vernunft die Bürger eine für alle befriedigende Verteilung der Güter erreicht werden sollte. Da das Betroffensein von Krankheit bereits initiale Ungleichheit schafft, ist zu überprüfen, wie die Theorie von Rawls modifiziert werden muss, damit sie auch im Gesundheitswesen praktische Gültigkeit behält. Daniels liefert dazu ergänzende Hilfestellungen. Am Beispiel des Impfwangs wird ihre praktische Umsetzbarkeit überprüft.

## Philosophie

„Der Eigennutz zwingt zwar die Menschen, voreinander auf der Hut zu sein, doch ihr gemeinsamer Gerechtigkeitssinn ermöglicht es ihnen, sich in sicherer Form zusammenzutun.“ Rawls (1)

Rawls hat den freien und vernünftigen Menschen gedanklich in einen Urzustand versetzt, von dem aus er im Voraus entscheidet, wie er mit seinen Mitmenschen die gegenseitigen Ansprüche regeln will. Die Entscheidungen zu fällen aus einem „Schleier des Nichtwissens“ ist die gedankliche Voraussetzung, aus der heraus faire Übereinkünfte entstehen. Das gedankliche Abschütteln der eigenen Herkunft, der eigenen Bildung und Erfahrung, die letztlich zu einer subjektiven Interessenlage führt, ist eine sehr befruchtende Überlegung. Sie führt aus einer gewissen gedanklichen Enge, aus der heraus ich auch die Fragen der Gerechtigkeit nicht aus Eigennutz (geprägt aus meiner momentan gesellschaftlichen Stellung) sondern aus einer übergeordneten vernünftigen Warte heraus angehen kann. Das Gedankenspiel des „Schleier des Nichtwissens“ als philosophisches Experiment führt dazu, den Zähler für alle Beteiligten auf „0“ zu stellen und von diesem Urzustand aus in einer Symmetrie aller zwischenmenschlichen Beziehungen ein Gerechtigkeitsgefühl zu entwickeln, dass als fair gelten kann gegenüber dem Einzelnen mit seinen eigenen Zielen. Dies führt zum Begriff der Gerechtigkeit als Fairness. (2) Dieses gedankliche Verlassen des eigenen Standpunkt mit den eigenen persönlichen Zielsetzungen zugunsten eines übergeordneten Regelsystems, wo die Menschen vernünftig sind und keine aufeinander gerichteten Interessen haben, stellt zwar einen eher fiktiven Idealzustand dar, scheint in der Folge aber Modelle zu ermöglichen, die letztlich auch Bestand haben, wenn der Einzelne mit seinen Partikularinteressen wieder zum Zuge kommt. Die Voraussetzung für die Akzeptanz von Gerechtigkeitsgrundsätzen sieht Rawls darin, dass niemand auf Grund natürlicher oder gesellschaftlicher Gegebenheiten bevorzugt oder benachteiligt wird. Das Finden dieser Grundsätze ergibt sich aus dem Interesse am Gesamtwohl und das Wissen dazu schöpft er aus der Vernunft. Die Realität wird an den Grundsätzen überprüft. Realität und Grundsätze beeinflussen sich (Überlegungsgleichgewicht) (3).

Der Begriff der gesellschaftlichen Grundgüter sieht Rawls in Rechten, Freiheiten und Chancen sowie Einkommen und Vermögen. Andere Grundgüter wie Gesundheit und Lebenskraft, Intelligenz und Phantasie subsumiert er unter natürlichen Gütern, die nur mittelbar beeinflusst sind. Für meine Untersuchung konnte dieser Teil der Rawls'schen Theorie nicht befriedigen, da die Gesundheit nur zu oft die Voraussetzung dafür ist, dass sich die Chancen und Freiheiten des Einzelnen zur Entfaltung bringen lassen.

Rauprich (4) zeigt hier in einem multifaktoriellen Ansatz klar auf, dass die gesellschaftlichen Grundsätze nach Rawls die Gesundheit und Lebenserwartung zentral beeinflussen und dass vor allem Mehrfachbelastungen sich hierbei überproportional negativ auswirken (z.B. geringe Bildung gekoppelt mit ungesundem Lebensstil und übermäßigem Konsum von legalen und illegalen Drogen). Soziale Benachteiligung kann nur in begrenztem Masse durch medizinische Massnahmen aufgefangen werden.

Whitehaed nimmt die Frage der Gesundheitsgerechtigkeit differenziert auf und akzeptiert gesundheitliche Ungleichheiten nur, wenn sie weder vermeidbar noch unfair sind. Sie betont einerseits die Selbstverantwortung, aber auch die Ungerechtigkeiten, die sich aus ungünstigen Lebens-, Wohn- oder Arbeitsbedingungen ergeben oder auch auf psychosozial induziertes Risikoverhalten zurückzuführen sind (5).

Wie komplex die Gesundheitsgerechtigkeit im Rahmen der sozialen Gerechtigkeit zu beurteilen ist, zeigt Rauprich am Beispiel des Differenzierungsprinzips von John Rawls, wo gesellschaftliche Produktivitätssteigerung dem schlechter Gestellten zugutekommt. Diese führt sekundär zur Vergrößerung der sozioökonomischen Ungleichheiten, die ihrerseits

einen negativen Einfluss auf die Gesundheit sowohl der Bevölkerung insgesamt als auch v.a. der am schlechtesten gestellten soziale Gruppe hat (Wilkinson) (6).

Im Studium der Literatur zur Gerechtigkeit, die mir im Rahmen der Arbeit vorliegt, fällt auf, dass Rawls als Referenz immer wieder beigezogen wird. Auch seine Schülerin Martha Nussbaum setzt sich mit seinen Thesen auseinander, grenzt sich von ihm jedoch deutlich ab. Ihre Begriffswelt ist aristotelisch, die Begriffe „von Wohlwollen geprägte Beziehung mit anderen“ und die Idee der Würde des Menschen setzt einen Kontrapunkt zu Rawls. Mit dieser Würde hängt auch ihr Fähigkeitsansatz zusammen, der dem Einzelne ermöglicht durch entsprechende Mindeststandards ein der menschlichen Würde kompatibles Leben und Handeln zu führen. Sie bemängelt bei Rawls Vertragstheorie den fehlenden Einbezug von Behinderten als Mitbestimmende und setzt sich entsprechend für diese auch ein, wenn es um die Gestaltung des öffentlichen Raums geht.

Zu einer vertieften Auseinandersetzung mit Rawls kommt auch Daniels (7). Seine Kernthese übernimmt den Ansatz von Rawls Theorie der Gerechtigkeit als Fairness und sieht die Chancengleichheit nur gewährleistet, wenn auch die Gesundheit als zwingende Voraussetzung für diese garantiert ist. Er unterscheidet in hierbei Bedürfnisse (needs) von Vorlieben (preferences) (8) erstere verhandelbar auch im Sinne Rawls, letztere subjektiv und somit nicht einzufordern. Sofern ein krankheitsbedingter Funktionsausfall auch einen Verlust an Möglichkeiten für die Erfüllung eines individuellen Lebensplans darstellt, ist die Behebung des Funktionsausfalls bzw. der Erkrankung auch von moralischer Bedeutung. Der Begriff der Gesundheit wird operationell so verwendet, dass er als Abweichung eines auf übliche Weise funktionierenden Organismus verstanden wird. Diese Abweichung gilt es auch zu korrigieren um die normale Funktion wieder herzustellen. Basis in der Beurteilung dieser Funktion sind anerkannte wissenschaftliche Methoden. (9) Daniels verfolgt konsequent die Ansätze Rawls um die Bedürfnisse derjenigen zu fördern, die von Natur aus am wenigsten begünstigt sind. Desgleichen sieht er objektivierbare und transparente Kriterien, die auf Vernunft basieren als Grundlage für die Entscheidungen. Subjektive „Zufriedenheitsskalen“ finden hier kein Platz.

Daniels sieht die Ziele der Gesundheitsgerechtigkeit in einem weiteren Rahmen. Nicht nur eine angepasste Behandlung ist in seinem Fokus sondern auch präventive Massnahmen wie Screeninguntersuchungen und Impfungen, die das Individuum betreffen aber auch Regulationen im Bereich Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz. So wie das Bereitstellen von medizinischen Leistungen unter dem Gesichtspunkt der Gerechtigkeit eine Möglichkeit für den Betroffene darstellt, diese anzunehmen oder abzunehmen, so sind auch Massnahmen der Prävention am Arbeitsplatz kritisch zu hierfragen. Massnahmen der Prävention haben zum Ziel den Arbeitnehmer gesundheitlich zu schützen um dadurch seine beruflichen Möglichkeiten und Chancen offenzuhalten. Es ist die Frage zu beantworten, inwieweit die gleichen Massnahmen ihn in seiner Wahlfreiheit auch einschränken, wenn es z.B. darum geht, gesundheitliche Risiken bewusst einzugehen, um sich dadurch wirtschaftliche Vorteile verschaffen und letztlich wieder Möglichkeiten und Chancen offenzuhalten. Hierbei stellt sich auch die Frage der Bevormundung des Einzelnen durch eine zwar demokratisch legitimierte Behörde. Diese Bevormundung muss begründbar sein durch eine Unfähigkeit des Einzelnen, kompetente Entscheidungen zu fällen oder durch den Verdacht, dass diese Entscheidungen auf Zwang und nicht auf Freiwilligkeit beruhen. (10) Dies gilt vor allem für sozial benachteiligte Personen, die durch mangelndes Wissen oder starkem wirtschaftlichen Druck und dadurch fehlenden Entscheidungsalternativen gefährdet sind. Zu vergleichen sind zudem Regulationen die am Arbeitsplatz vorgenommen werden mit solchen denen wir im Freizeitbereich ausgesetzt sind. Mit dem Ziel, dem Einzelnen eine möglichst grosse Autonomie zuzugestehen ist zu anerkennen, dass es eine absolute Autonomie nicht gibt (11).

Risikoanalysen die zu Einschränkung persönlicher Freiheit führen sind dahingehend zu überprüfen, ob das Individuum die eigenen Risiken besser abschätzen kann als eine Behörde. Eine etwas andere Gewichtung entsteht dadurch, wenn Dritte von den entsprechenden Risiken mitbetroffen sind (12).

## Praxis

Wenn es gilt, Fragen der Gerechtigkeit in einem Spital konkret umzusetzen, so sind auch die Rollen zu klären in denen sich die einzelnen Akteure bewegen. Das Spital ist heute zu einer komplexen Organisation geworden, wo „Gesundheit wiederhergestellt“ wird, wo die Zielsetzung der Gesundheitsgerechtigkeit konkret umgesetzt wird: Das Wiederherstellen der Chancen des Patienten, seine Fähigkeiten in Handlungen umzusetzen. Der Patient steht im Zentrum des Spitals, er ist Legitimation des grossen Aufwandes, der erbracht wird, ihn letztlich wieder aus der Rolle des Patienten zu entlassen. Im Verhältnis zu anderen Unternehmen, die Produkte herstellen, fällt auf, dass der Personalaufwand pro Patient sehr hoch ist. Personen mit verschiedensten Funktionen und Aufgaben kümmern sich um den Patienten: Ärzte, Pflegende, Hotellerie und Management arbeiten zusammen, mehr oder weniger nahe am Patienten.

- **Der Patient**

Wesentliches Merkmal des Patienten im Spital ist die Tatsache, dass er sich letztlich unfreiwillig in der Rolle des Patienten befindet und sich damit auch in gewissem Sinne in einer Bevormundung begibt, die einerseits medizinisch bedingt ist, da ein erheblicher Informationsvorsprung der Fachleute besteht, die sich um seine Krankheit kümmern. Dieses Informationsgefälle gilt es im Sinne der Gerechtigkeit möglichst zu vermindern, damit der Patient mit dem Verständnis für seine Krankheit, den „informed consent“ erbringen kann, um seine Wahlfreiheit auszuschöpfen. Zum andern ist die Bevormundung auch organisationsbedingt, da im Spital die zeitlichen Abläufe „von oben“ diktiert werden. Nicht allen gelingt es gleichermassen, sich in ihrer Entscheidungsfreiheit einschränken zu lassen. Das Bewusstsein um diese Einschränkung und das Vermeiden derselben soweit möglich hilft den Betreuenden bei der Lösung des Problems.

Der Gedanke der Vertragstheorie bei Rawls setzt gleichwertige Partner voraus. Durch die Tatsache der Krankheit, die den Patienten erst in diese Rolle kommen lässt, ist dieses Gleichgewicht verschoben. Dem Patienten gebührt gerade in dieser Rolle ein besonderer Schutz, da er oft weniger im Stande ist, seine eigenen Interessen wahrzunehmen, als ein Gesunder, sei es aus fehlender Kraft oder aus der Abhängigkeit vom medizinischen Fachpersonal.

- **Ärzte, Pflegende**

Im Gegensatz zu den Patienten ist die Wahl ihres Berufes und ihres Arbeitsplatzes ein freiwilliger Entscheid, der geprägt ist im Wissen um die Anforderungen, die in den medizinischen Berufen gestellt werden.

Der heutige Trend nach standardisierten Therapien für bestehende Krankheitsbilder muss zumindest unter dem Aspekt der Gerechtigkeit kritisch hinterfragt werden. Mit dem Wissen um diese Fragen müssen Therapien differenziert diskutiert werden. Therapien bergen oft Risiken, die die Fachleute aus ihrer Sicht auch unter Zuhilfenahme von Statistiken einschätzen. Aus ihrer Sicht mag eine Risikobeurteilung anders ausfallen als beim Patienten, der aus seiner Sichtweise unter Umständen grössere Risiken einzugehen bereit ist, als der „neutrale“ Arzt. Dieses Abschätzen der Risiken durch eine bewusste Beratung erachte ich als wesentlicher Aspekt der ärztlichen Tätigkeit um auch hier dem Patienten seine persönliche Entscheidungsfreiheit offenzuhalten.

In der Pflege entsteht zwischen Patienten und Pflegenden eine körperliche Nähe, die gesundheitliche Risiken birgt (z.B. Ansteckung durch Hepatitis B). Diese Risiken sind wechselseitig, bedürfen aber einer differenzierten Beurteilung. Da der Patient unfreiwillig und in körperlich reduziertem Zustand im Spital ist, kommt seinem Schutz eine besondere Bedeutung zu. Er verfügt zudem nicht über die Kenntnisse, welchen Risiken er ausgesetzt ist. Aus dieser Sicht lassen sich auch Impfungen bei Pflegenden begründen, wenn diese auf wissenschaftlich-medizinischen Daten abgestützt sind. Den Schutz des Kranken ist in diesem Sinne bei einer Güterabwägung höher zu werten als die persönliche Freiheit des Pflegenden sich impfen zu lassen, da der Patient in der Gesellschaft eines besonderen Schutzes bedarf. Unter dem „Schleier des Nichtwissens“ nach Rawls ist diese Sichtweise gut begründet.

- **Führungsorgane an Spitälern**

Fragen der Gerechtigkeit im Spitalalltag umzusetzen, stellt eine Herausforderung dar, die auf der Führungsebene eines Spitals ein Umdenken verlangt. Messbare Indikatoren fehlen und ob im heutigen Umfeld des Zertifizierungswahns nicht Messbares als relevant angesehen wird ist fraglich. Umso dringlicher wäre der Einzug philosophischer Gedankenguts in der Führung eines Spitals, da letztlich die gesellschaftliche Relevanz erbrachter Leistungen daran gemessen werden müsste, ob die öffentlichen Mittel, die an Spitäler eingesetzt werden, gerecht verteilt werden. Dies hätte auf die Strategie eines Spitals wesentliche Konsequenzen.

Führungsverantwortliche in Ärzteschaft und Pflege müssten vermehrt dahin wirken, dass medizinisches Handeln in Verantwortung den Patienten persönlich gegenüber wahrgenommen wird. Diese Verantwortung muss vorgelebt und für die Lernenden erlebbar gemacht werden. Ein entsprechendes Berufsethos besteht darin, dass sie das Erfüllen von Verpflichtungen durch eine Kultur stützen können, die den managementbezogenen Formen von Rechenschaftspflicht nicht zu Gebote steht (13). Die Verantwortlichkeit entspräche der Etymologie des Ausdrucks und es gälte, dem Rede und Antwort zu stehen, dem das Handeln gilt: dem Patienten. Zeit müsste dazu eingesetzt werden und sich nicht im zunehmenden Ausfüllen von Papier erschöpfen, das zur Rechenschaftspflicht herbeigezogen wird (14).

- **Politische Behörden**

Zunehmend zeigt sich im politischen Handeln eine Ressourcenknappheit. Unter diesem Gesichtspunkt nimmt die Bedeutung einer gerechten Verteilung dieser Ressourcen eine zentrale Stelle ein. Das Primat der Therapie vor der Prävention wäre zu diskutieren (15). Der Einsatz von Ressourcen müsste somit nicht nur streng genommen zur Therapie von Krankheiten eingesetzt werden, sondern auch zur Vermeidung derselben. Dies hat auch Konsequenzen im Bereich der Gesetzgebung, wenn es um Sicherheit am Arbeitsplatz geht und um den allgemeinen Schutz vor schädlichen Einflüssen (z.B. Passivrauchen). Diese Gratwanderung zwischen gerechtfertigtem Schutz der Bevölkerung und paternalistischer Bevormundung und Unterbinden der Verantwortung des Einzelnen bräuchte des öfters das Analysevermögen des Philosophen, um nicht in der Wahrung von Partikularinteressen den Blick aufs Ganze zu verlieren.

## **Kreis der Betroffenen**

Die philosophischen Überlegungen die sich für das Gesundheitswesen aus Rawls Gerechtigkeitstheorien ergeben, bieten im Kapitel Praxis geschilderten Personengruppen Gelegenheit umfassendere Denkansätze in ihre Überlegungen einzubauen, wenn es um die konkrete Ausgestaltung der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen geht. Politiker sind gefordert, die entsprechenden Rahmenbedingungen zu setzen, Führungspersonen zeichnen verantwortlich für eine entsprechende Kultur ihres Unternehmens. Medizinisch Tätige sind gehalten die Fragen der Berufsethos unter dem Gesichtspunkt der Gerechtigkeit zu überprüfen und der Patient ist gefordert, in Zeiten der Ressourcenknappheit die Eigenverantwortung zu hinterfragen und die eigenen Forderungen auch aus der Sicht der Bedürfnisse der schlechter Gestellten zu gewichten.

## **Erkenntnisse aus diesem Fall**

Die Auseinandersetzung mit den Theorien der Gerechtigkeit zuerst im Allgemeinen (Rawls), dann sich immer präziser konkretisierend (Rauprich, Daniels) im Bereich der Gesundheit, führt zu einem Denkprozess, der die tägliche Arbeit für und mit den Patienten in einem grösseren Zusammenhang stellt. Die Frage ist dann mehr „Tue ich das Richtige?“ als „Tue ich, was ich mache, auch richtig?“

Die Auseinandersetzung mit den in der Bibliographie zitierten Autoren lässt den „Krieg der Weltversionen“ aufleben, deckt auf, dass hinter den philosophischen Theorien auch sehr viel Biographie der Autoren und entsprechende Wertehaltungen stecken (Rawls, Nussbaum, O'Neill).

Wenn die Philosophie ihre Chance wahrnehmen will um nicht als Wissenschaft in Elfenbeinturm missverstanden zu werden, ist es notwendig, dass sie konkrete Lösungsansätze für die brennenden Probleme der Gesellschaft bietet. Sie sollte die konkrete Herausforderung angehen, dass auch philosophisches Gedankengut in Unternehmungen einen festen Platz einnimmt. Dem CEO sollte ein CPO (Chief Philosophy Officer) zur Seite stehen, der die Unternehmensstrategie mit den entsprechenden Grundfragen nach Sinn und Gerechtigkeit des Unternehmens gewichtet. Die entsprechenden Fragestellungen wären auch für Berufsverbände und Patientenorganisationen von Nutzen.



## Literatur

1. John Rawls: Eine Theorie der Gerechtigkeit Surkamp-TB 1979, Seite 21
2. John Rawls: Eine Theorie der Gerechtigkeit Surkamp-TB 1979, Seite 29
3. John Rawls: Eine Theorie der Gerechtigkeit Surkamp-TB 1979, Seite 38
4. Oliver Rauprich: Gleiche Gesundheit und soziale Gerechtigkeit, in Bettina Schöne-Seifert et. al. Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, Paderborn 2006 Seite 56
5. Whitehead M: The Concepts and Principles of Equity and Health in International Journal of Health Services 22, 1992 Seite 429-445
6. Wilkison RG: Income Distribution and Life Expectancy, British Medical Journal 304, 1992 Seite 165-168
7. Norman Daniels : Just Health, Meeting health needs fairly Cambridge 2008
8. Norman Daniels : Just Health, Meeting health needs fairly Cambridge 2008 Seite 31
9. Norman Daniels : Just Health, Meeting health needs fairly Cambridge 2008 Seite 42
10. Norman Daniels : Just Health, Meeting health needs fairly Cambridge 2008 Seite 197
11. Norman Daniels : Just Health, Meeting health needs fairly Cambridge 2008 Seite 198
12. Norman Daniels : Just Health, Meeting health needs fairly Cambridge 2008 Seite 207
13. Onora O'Neill: Gerechtigkeit, Vertrauen und Verantwortlichkeit in Otto Neumaier et al. Gerechtigkeit. Auf der Suche nach einem Gleichgewicht, Frankfurt 2005 Seite 53
14. Onora O'Neill: Gerechtigkeit, Vertrauen und Verantwortlichkeit in Otto Neumaier et al. Gerechtigkeit. Auf der Suche nach einem Gleichgewicht, Frankfurt 2005 Seite 45
15. Oliver Rauprich: Gleiche Gesundheit und soziale Gerechtigkeit, in Bettina Schone-Seifert et. al. Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, Paderborn 2006 Seite 81
16. Kursunterlagen Modul 5 II Vertrauen M. Hartmann  
„Folie 10 O'Neill 6, 2011 und Nussbaum M. Konstruktion der Liebe, des Begehrens und der Fürsorge. Drei philosophische Aufsätze Stuttgart 2002

## Reflexion über Denkentwicklung

Das erneute Hereinschlüpfen in die Schülerrolle ist eine herausfordernde Erfahrung, da das eigene Studium schon 30 Jahre zurückliegt. Das Gymnasium, wo die erste Begegnung mit der Philosophie stattfand, nehme ich zurückblickend als Hort wahr, wo es darum ging, sich gefordertes Schulwissen anzueignen. Fasziniert hat mich die Logik, wo der Bezug zur Mathematik offensichtlich war, wo das klare und eindeutige Denken in mein naturwissenschaftlich geprägtes Weltbild bestens hineinpasste.

Die medizinischen Fortbildungen, die ich besuche, bauen auf meinem Grundwissen auf: Viel Bekanntes wird bestätigt, wenig Neues wird entsprechend eingebaut. Das Studium Philosophie und Medizin ist deshalb anspruchsvoll, weil der Anteil an Neuem nahezu das Ganze ausmacht und die Fähigkeit, dauernd neuen Stoff aufzunehmen nachlässt. Aufgefangen wird dieser Nachteil durch die Motivation, sich mit einer neuen Gedankenwelt auseinanderzusetzen und mit der erworbenen Fähigkeit im Rahmen der eigenen Lebenserfahrung das für mich Wesentliche herauszufiltern.

Rückblickend waren es in meinem Studium wenige, dafür umso geschätztere Dozenten, die in den Vorlesungen und Praktika auch philosophische Fragen einzuflechten wussten, die das Arztsein nicht nur auf eine mechanische Abfolge von Diagnose und Therapie reduzierten. Gedanken eines Viktor von Weizsäcker nehmen den wichtigen Dualismus zwischen Psyche und Körper auf und positionieren auch den Arzt in einer Rolle, die das Erkennen des Patienten in seinem Schicksal zur wichtigen Voraussetzung macht, ihm medizinisch helfen zu können.

Die tägliche Auseinandersetzung mit vorwiegend naturwissenschaftlichen Fragestellungen wirkt über die Jahre prägend. Was sich im Alltag bewährt hat wird kaum in Frage gestellt. Umso wichtiger erlebte ich den Vorgang des Infragestellens der eigenen naturwissenschaftlichen Weltversion. Sie wird damit nicht falsch, relativiert sich aber als eine von vielen Möglichkeiten, wo eine Pluralität von Wahrheiten nebeneinander steht.

Die Philosophie hat mir im Denken Wege geöffnet, die Medizin wie von oben herab wahrzunehmen, sie in einem erkenntnistheoretischen Gesamtrahmen zu stellen, sie auf gleicher Stufe zu sehen wie abstrakte Begriffe (z.B. Freiheit). Im Gegensatz zur Medizin, wo immer mehr Detailwissen in immer kürzerer Zeit veraltet und für immer verschwindet, zeigt sich bei den Philosophen und ihren Theorien, dass die universalen Fragestellungen nach dem Wissen, nach dem Tun und nach dem Hoffen in abgewandelten Formen immer wieder auftauchen und sich in jeder Epoche mit anderer Gewichtung neu beantworten lassen. Ein Perpetuum mobile von These und Antithese auf der Suche nach einer absoluten Wahrheit, die zu erreichen nicht als Anspruch genommen wird.

Als Arzt ist mir die Sprache als wichtiges Instrument der Kommunikation gegeben. Ich habe sie genutzt, ohne viele Gedanken darüber zu verlieren. Die vertiefte Auseinandersetzung mit den sprachphilosophischen Instrumenten bei Frau Professor Schiltknecht hat mir eine neue Sichtweise eröffnet, die mich zu vertieften Auseinandersetzung mit Philosophen wie Wittgenstein und Nagel anregt.

Die Philosophie scheint eine von Männern dominierte Welt zu sein. Nur wenige Frauen wurden im Kurs als Autorinnen zur Vorbereitungslektüre herbeigezogen. Die Frage liesse sich stellen ob Frauen „anders“ philosophieren, ob sie zumindest anders gewichten. Hinweise, dass Themen wie Gerechtigkeit aber auch Emotionen als Basis von Erkenntnis an Bedeutung gewinnen sollten, zeigten Martha Nussbaum als auch Onora O'Neill „Vertrauensbeziehungen aufbauen“(16).

Mein Interesse wurde dort am meisten geweckt, wo die Philosophie als theoretisches Fundament für den praktischen Alltag dienen kann. In der schleichenden Ökonomisierung der Medizin sind Fragen nach Gerechtigkeit (Rawls, Nussbaum) aber auch des Vertrauens

(Hartmann, O'Neill) von herausragender Bedeutung. Es bedarf philosophischer Gelassenheit um nicht in der Hektik des Alltags voreilige Entschlüsse zu fassen, wie sie in der Gesundheitspolitik leider mehr die Regel als die Ausnahme sind.

## **Reflexion Handlungsentwicklung**

Die im Kapitel Reflexion Denkentwicklung geschilderten Überlegungen sollten auch im Praxisalltag prozesshaft ihre Wirkung entfalten.

Der wesentlichste Denkanstoß ergibt sich aus der täglichen Frage nach dem richtigen Tun, der Frage nach der Sinnhaftigkeit des Tuns mehr als danach ob das Handeln fachlich korrekt ist. Im Praxisalltag drohen solche Fragen an den Rand gedrängt zu werden, vermeintliche Sachzwänge und Zeitdruck müssen bewusst wahrgenommen werden um, die Grundsätze "tue ich das Richtige oder nur irgendetwas richtig" immer wieder zu stellen. Die Gedanklich so oft eingeübte Formel „Wenn A dann B“ erlebe ich nach dem Philosophiestudium als einengend. Der Handlungsspielraum wird dadurch – selbstverschuldet- um Möglichkeiten eingeschränkt, die auch andere Lösungen zulassen, die der Phantasie mehr Spielraum geben.

Das Kennenlernen und bewusste Wahrnehmen von verschiedenen „Weltversionen“ lässt meinen Umgang mit den Eltern und Patienten offener werden. Ich versuche im Alltag die Weltversionen des Gegenübers besser wahrzunehmen, was in einer Praxis mit vielen ausländischen Patienten anspruchsvoll aber auch bereichernd ist. Wie in diesem Zusammenhang philosophische Fragestellungen zur Lösung von Konflikten beitragen können, zeigt sich in der aktuellen Debatte zum Thema der Beschneidung von Knaben, die durch einen Gerichtsentscheid in Köln hervorgerufen wurde. Auch in meiner Praxis ergeben sich ähnliche Fragestellungen, wenn es um die Korrektur von abstehenden Ohren geht. Ich kann den Eltern bewusst machen, dass ihre Vorstellung von „schönen“ Ohren nicht identisch sein muss mit derjenigen ihres Kindes und dass eine Operation ohne medizinische Notwendig- und von aller Dringlichkeit nicht durchgeführt werden sollte ohne dass der Betroffene in den Entscheidungsprozess mit einbezogen wird.

In meiner Praxis stehen oft Kinder mit ihren Schulproblemen, wo es gilt, aus etwas entfernterer Warte zu analysieren, welche Akteure (Lehrpersonen, Eltern und Kinder) welche Rolle innehaben und welche Interessen sie wahrnehmen. Auch hier hilft das philosophische Denken „der Blick von oben“, zur Lösung der anstehenden Probleme beizutragen, wenn ich die Beteiligten dazu ermuntern kann, den eigenen Standpunkt zu verlassen und denjenigen der anderen einzunehmen.

Die Lektüre der vorgegebenen Literatur als auch die Vorträge und Diskussionen haben mir aufgezeigt, dass gute Entscheide Zeit brauchen, dass das Einnehmen verschiedener Sichtweisen die Qualität dieser Entscheide verbessert, dass das Hin und Her von These und Antithese, sei es mit sich selbst oder auf dem Gesprächspartner sehr belebend ist. Philosophische Themen sind in der Kinderarztpraxis weniger auf Krankheit und Tod als auf Vermitteln von Wertehaltungen und entwicklungsgerechten Einbezug des Kindes in die vorgegebenen Problemstellungen bezogen.

Sehr treffend war ein Kurstag Thema „Vertrauen“ gewidmet. Einerseits gilt es in der Praxis Voraussetzungen zu schaffen, dass die Patienten, dem Arzt und dem Praxisteam Vertrauen entgegenbringen. Ich versuche eine Kommunikationskultur aufzubauen, wo sich der Patient als Partner wahrgenommen fühlt, wo meine Argumente für ihn nachvollziehbar sind und meine ärztliche Haltung transparent und in sich konsistent bleibt.

Eine Vertrauenskultur gilt es aber auch gegenüber dem Mitarbeitern zu leben, die davon ausgeht, dass nicht alles kontrolliert wird, dass eine Fehlerkultur gepflegt wird, die zur Offenheit ermuntert und ein Klima des ständigen Lernens ermöglicht.