

Seminararbeit
SS2018

Mögliche Gründe und Implikationen der Modularisierung und Professionalisierung im Bereich der Humanmedizin

Analyse der medizinischen Versorgungsstruktur für Menschen am
Lebensende

Mag. phil. Wolfgang Friedhuber
Mat.Nr.:7430876
Stud.: B 066/248

27.7.2018

SS2018
Seminar 104.00
Sterbekultur heute
Leitung: Dr.phil. Dr.theol. Johann Platzer

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Identifikation des Änderungsprozesses	4
2.1	Entbettete Dienstleistungen	4
2.2	Medizinische Dienstleistungen	5
2.3	Paradigmenwechsel	5
3	Hauptaspekte der behaupteten Veränderung	8
3.1	Die Rolle der Institutionen	8
3.2	Die Rolle der Individuen	10
3.3	Skizzierung der Strukturänderungen im Versorgungssystem	11
3.4	Die Erosion des Lebenswillens	13
4	Potentiale der geänderten Paradigmen	15
4.1	Normensetzung durch Stakeholder-Konsens	16
4.2	Der Pluralismus der Ethischen Normen	16
4.3	Die Implikationen für die Patienten	17
5	Denkbare Alternativen	18
6	Zusammenfassung und Beantwortung der Fragen	19
6.1	Was sind die Merkmale der Veränderung?	19
6.2	Was sind die Hauptaspekte der behaupteten Veränderung?	19
6.3	Was sind die Ursachen dieser Veränderung?	19
6.4	Gäbe es Alternativen?	20
6.5	Welche Potentiale liegen in dieser Veränderung?	20
7	Resümee	21

1 Einleitung

Die Globalisierung mit ihrer verteilten Warenerstellung erzwingt weltweit einen tiefgreifenden Kulturwandel. Die zentrale Komponente dieses Kulturwandels ist eine auf Leistung und Ökonomie zentrierte Sozialgemeinschaft. Dies bedingt eine umfassende Änderung der traditionellen Werte und Sitten. Ausgehend von den Institutionen erfolgt eine Abwendung der von klassischen Fähigkeiten und Werten getragenen Berufswelt hin zu einem auf Spezifikationen beruhenden Professionalisierungsprozess. Nachfolgend will ich eine Analyse dieses Prozesses im Bereich der medizinischen Versorgung mit dem Fokus auf Menschen am Ende ihres Lebens in Österreich versuchen.

Ich will dabei folgenden Fragen nachgehen:

- Was sind die Merkmale der Veränderung?
- Was sind die Hauptaspekte der behaupteten Veränderung?
- Was sind die Ursachen dieser Veränderung?
- Gäbe es Alternativen?
- Welche Potentiale liegen in dieser Veränderung?

Meine Analyse geht von der Annahme aus, dass zwischen subjektivem Sinn und sozialer Einbettung der Individuen eine immer breitere Kluft entsteht. Während das Subjekt seinen individuellen Werthaltungen überlassen bleibt, versuchen internationale Institutionen, wie etwa die *Europäische Kommission* ein Zusammenleben der Menschen zu etablieren, das auf die Menschenrechtserklärung gestützt ist.¹ Gleichzeitig wird das Diktat der Ökonomie, also der Kosten-Nutzen-Relation in allen Lebensbereichen immer dominanter und vergrößert das soziale Konfliktpotential. Dies schafft gerade im Bereich des eigenen Lebens und Sterben ein Spannungsfeld.

Ich selbst stehe dem Problembereich nicht unvoreingenommen gegenüber. Meine Haltung ist geprägt von einer Nachkriegsideologie die aus einem Gemenge aus nationaler Identität und anglo-amerikanischen Zukunftsglauben geprägt ist. In meiner Jugendzeit dominierte das Versprechen der Moderne, Krankheit und Leid überwinden zu können.²

¹Siehe Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft, 2000, Charta der Grundrechte der Europäischen Union.

²Siehe Gronemeyer/Heller, 2014, 98f.

2 Identifikation des Änderungsprozesses

Im deutschsprachigen Kulturkreis war traditionell die Arbeit als Beruf ein sinnstiftendes Element.³ Der zentrale Wert war die Rechtschaffenheit und die Loyalität dem Dienstgeber und dem Staat gegenüber. Diese Werthaltung wurde auch von Honoratioren erwartet. Die Reaktionsweisen eines Menschen wurden als *Charakter* bezeichnet und machten die Persönlichkeit des Menschen aus. Freiheit war in diesem Wertesystem kein erstrebenswertes Gut. Freiheit, wie sie heute verstanden wird, zerstört die soziale Einbindung. Ein freier Mensch war jener, der sein Wollen der höchsten Gewalt direkt unterstellte. Freiheit für Sachen oder Dienste war in dieser Welt ein Widerspruch in sich.⁴ Dies ist nun gravierend anders.

2.1 Entbettete Dienstleistungen

Die Freiheit der Dienstleistungserbringung gehört zu den Grundfreiheiten der *Europäischen Union*.⁵ Freiheit bedeutet dabei eine weitgehende Loslösung von örtlichen Bindungen. Die Dienstleistung soll überall im Wirtschaftsraum in gleicher Weise erlaubt sein. Sie kann somit als abstraktes Angebot konsumiert werden. Die Dienstleistung ist damit losgelöst von ihrem direkten Sinn als Notwendigkeit für eine Sozialgemeinschaft. Sie ist sozial entbettet.

Die Dienstleistungen müssen, auch weil sie vom unmittelbaren Sinn entkoppelt sind, in ein möglichst umfassendes Regelsystem eingebunden werden. Dazu müssen die Dienstleistungen möglichst genau beschrieben und den juristischen Gegebenheiten, beziehungsweise die Gesetze der Dienstleistungsmöglichkeit angeglichen werden.⁶ Der Vorgang der Spezifikation von Leistungen und Rahmenbedingungen wird im Dienstleistungssektor als Professionalisierung bezeichnet.

Diese Professionalisierung hat nun das medizinische Versorgungssystem erreicht.⁷ In diesem Bereich muss neben der Spezifikation der geforderten Dienstleistungen auch die gewachsene

³Siehe a. a. O., 120f.

⁴Der Begriff *frei* ist etymologisch mehrdeutig. Aber als zentrale Bedeutung könnte etwa *eigen*, in dem Sinne, dass keine Bindung (siehe Kluge/Seebold, 1995, 284) an eine Verpflichtung da ist angenommen werden. Dienste können in diesem Sinne nie frei sein. Sie sind immer an den Dienstnehmer gebunden.

⁵Siehe HELP.gv.at, 2017, Begriffslexikon.

⁶Siehe Europäische Kommission, 2018a, Service Standards.

⁷Siehe Europäische Kommission, 2011, Gesundheit ohne Grenzen.

Versorgungsstruktur der geänderten Ideologie angepasst werden.⁸ Auf dem Gebiet des Rechts sind in den Nationalstaaten Anpassungen und Harmonisierungen gemäß der neuen gewünschten Freiräumen durchzuführen. Diese Anpassungen sind notwendig, um einen möglichst einheitlichen Wirtschaftsraum zu schaffen, in dem Dienste grenzüberschreitend konkurrieren können.⁹ Ähnlich wie zuvor im Bildungssektor wird dabei versucht, eine fassbare Granularität von Leistungen mit zugehörigen Qualitätskriterien zu erstellen.¹⁰ Ziel dieser Vorgänge ist es dabei auch, möglichst viele Komponenten der identifizierten Dienstleistungskette aus der staatlichen Verpflichtung zu lösen und für private Dienstanbieter zugänglich zu machen. Im Idealfall kann der Staat vollständig aus der Versorgungsverpflichtung entlassen werden.

2.2 Medizinische Dienstleistungen

Besonders sensibel sind dabei die Bereiche der medizinischen Betreuung unheilbar Kranker und das Lebensende im Allgemeinen. Laufen in diesen Bereichen doch hohe Kosten auf,¹¹ ohne dass eine Nutzen zu erwarten ist. Auch lässt die sogenannte Alterspyramide eine Bedarfs- und Kostensteigerung erwarten, die nicht durch die Finanzkraft der Betroffenen gedeckt ist. Die auf anderen Gebieten verfolgten Anstrengungen der Steuerharmonisierung im Wirtschaftsraum lässt erwarten, dass das bewährte Umlage-System zur Finanzierung alter und kranker Menschen, bald als *nicht mehr leistbar* angesehen wird.

Eine Problemlösungsstrategie könnte daher darin bestehen, Behandlungen die als unnötige Lebensverlängerungen gesehen werden, zu unterlassen. Dazu muss, unter anderem, das bisher aufgebaute Berufsbild des Arztes als Heiler geändert werden. Der Arzt wird zum beratenden Dienstleister.

Die Einschätzung von Heilungschancen und Behandlungswünsche werden der Patientenautonomie¹² überlassen. Dabei wird das Konfliktpotential aus überkommenen Wertvorstellungen, durch Leid geprägte Lebensmüdigkeit, Behandlungspotential und Überforderung des Patienten besonders deutlich.¹³

2.3 Paradigmenwechsel

Die vordringlichsten Problemlagen sind dabei die Kostensteigerung der Krankenbetreuung ohne die Aussicht auf Heilung und die Zunahme der Patientenzahl aufgrund der Alterspyramide.

⁸Siehe Auer, 2017.

⁹Siehe Europäische Kommission, 2018b, Single Market for Services.

¹⁰Siehe Friedhuber, 2016, 122f.

¹¹„In Deutschland und Österreich fallen etwa vierzig Prozent der finanziellen Aufwendungen der Krankenkassen im letzten Lebensjahr an“ Heller, 2012, 196.

¹²Der Begriff der Autonomie als Fähigkeit sich über religiöse Gebote hinwegsetzen zu können, ist jung (siehe Munda, 2016, 21).

¹³Siehe a. a. O., 27f.

Unter der humanen Argumentation, unnötiges Leiden zu beenden, könnten dabei kosteneffiziente Angebote bis hin zur Sterbehilfe erarbeitet und als Dienstleistung angeboten werden.¹⁴ Dazu muss aber das Paradigma der Erhaltung des menschlichen Lebens fallen gelassen werden.¹⁵ Unter der Leitidee der Selbstbestimmung wird es abgelöst zugunsten eines selbstbestimmten Todes. Allerdings ist zur Zeit die von vielen als human eingeschätzte¹⁶ und zudem kosteneffiziente Methode der Euthanasie im deutschsprachigen Raum historisch negativ vorbelastet. Aber die Diskussionen und Schulungen, um diese historische Vorbelastung aufzuheben, sind bereits im Alltag angekommen.¹⁷

Die aktuell propagierten Konzeptionen aus Palliativ-Medizin, Sterbebegleitung und Lebensverlängerung werden dabei von den jeweiligen Anhängern wechselseitig kritisiert oder gelobt. Lob oder Kritik kommt dabei oft von konträren Gruppen mit den gleichen Argumenten. Reimer Grönemeyer und Andreas Heller schreiben in ihrem Buch *In Ruhe sterben* etwa:

Wir kritisieren aber einen Gesundheitsapparat, der das Lebensende zu einem Behandlungsjekt macht, in dem eine schwer zu entwirrende Mischung aus Profitinteresse und Standespolitik vorzuherrschen beginnt; bei der Sterben zu einer Krankheit gemacht wird, die kontroll- und überwachungsbedürftig ist.¹⁸

Hier wird kritisiert, dass Menschen aus Profitinteressen am Leben gehalten werden. Eine andere Gruppe, zu der auch ich mich zähle, kritisiert dagegen, dass Menschen aus Kostengründen nicht am Leben erhalten werden sollen. Unabhängig von laufenden Diskursen wird von der Administration aber der Umbau der medizinischen Versorgung auf die skizzierte Professionalisierung durchgeführt.

Der Paradigmenwechsel ist bereits vollzogen. Es werden Strukturen aufgebaut, Propagandakampagnen¹⁹ und Ausbildungskonzepte²⁰ durchgeführt um den Sektor der leidenden aber unheilbaren Menschen professionell und ökonomisch vertretbar betreuen zu können. Es ist eine ähnliche Vorgehensweise zu bemerken, wie sie zuvor etwa schon im Bildungssektor zu beobachten war: Während viele kritische Diskurse geführt wurden, wurde die von den Fachgremien gewünschte

¹⁴Dass hier eine Marktnachfrage besteht ist zur Zeit an einem Sterbe-Tourismus in die Schweiz zu sehen (siehe Krimphove, 2015).

¹⁵Die staatliche Regelungen in Bezug auf die Erlaubnis von Tötungshandlungen scheint sich historisch in Zyklen zu ändern (siehe Stronegger, 2016, 43).

¹⁶Die *Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben* etwa fordert in ihren Publikationen mit fröhlich lachenden Gesichtern alter Menschen, das selbstbestimmte Recht auf das Sterben als ein Recht im Sinne der Humanität ein (siehe DGHS, 2018). Auch wenn der Behandlungsverzicht zum Tode führt, ist dieser Verzicht zu berücksichtigen (siehe Bioethikkommission, 2011, 6-8).

¹⁷Siehe Müller, 2018.

¹⁸Grönemeyer/Heller, 2014, 12.

¹⁹Ein Anzeichen dafür, wie intensiv diese Kampagnen geführt werden, kann in der Themenpräsenz am Internet gesehen werden. So lieferte eine Suchmaschinenabfrage am 13.7.2018 für das Textelement „patientenautonomie am lebensende“ 9530 Treffer.

²⁰Diese Konzepte betreffen alle Bildungssektoren. Auch die ethisch-moralischen Konzepte werden unter der Dominanz des angelsächsischen Utilitarismus einer werte-relativierenden Kosten-Nutzensicht geöffnet. Auch strukturell wird der Bildungssektor in die gewünschte Richtung gelenkt. Dies erfolgt durch Zugangsbeschränkungen und Drittmittelfinanzierung.

Struktur etabliert.²¹ Weitgehend außer acht bleibt jedoch, dass eine Gesellschaft, die immer mehr bereit ist, ihre Mitglieder zu töten, immer mehr den Anspruch einer Sozialgemeinschaft verliert. Gibt die Gesellschaft das Primat des Schutzes des Lebens ihrer Mitglieder auf, so gibt sie eine zentrale Wurzel der sozialen Bindung auf. Ethik und Moral werden relative und damit disponible Größen. Sie gehen als soziale Klammer verloren.

²¹Den Umbau des sozialen und medizinischen Versorgungssystems hin zu einer staatlichen Minimalstruktur kann aktuell in Österreich miterlebt werden (siehe ÖVP, 2018).

3 Hauptaspekte der behaupteten Veränderung

Der Diskurs über die Versorgung unheilbar Kranker oder Sterbender hat, kategorisch betrachtet, zwei Hauptaspekte.

1. Die Rolle der Institutionen
2. Die Rolle der Individuen

3.1 Die Rolle der Institutionen

In den europäischen Staaten, vor allem aber im deutschsprachigen Raum, hat sich, getragen von einer katholischen Weltsicht, eine paternalistische Einstellung bis in die Neuzeit erhalten. In dieser Einstellung besteht der Staat aus Untertanen für die der Regent die Verantwortung trägt. Die Verantwortung besteht darin, den Menschen seiner Bestimmung zuzuführen. Das Bestimmungsziel ist dabei im Jenseits.²² Diese Weltsicht wurde in den kontinentalen Ländern auch durch die Aufklärung nicht vollständig überwunden.²³

In den angelsächsischen Ländern hat sich dieses Weltbild nie in der gleichen Weise etabliert. Die Idee der Freiheit und der Selbstbestimmung des Individuums prägte sich in England stärker aus, als am Kontinent. Inzwischen sind die *Vereinigten Staaten von Amerika*, die stark anglikanisch beeinflusst sind, die Hegemonialmacht²⁴ für die *Europäische Union*. Das Ideal der individuellen Freiheit ist damit das zentrale Paradigma geworden.²⁵

Großbritannien ist zudem in der *Europäischen Union* die dritt-stärkste Wirtschaftsmacht und zudem weltweit der am stärksten deregulierte Wirtschaftsraum. Das Bestreben, Europa zu einem

²²„Für unsere Vorfahren bestand das Leben in der Regel aus einem kurzen diesseitigen und einem ewigen jenseitigen Leben“ (Gronemeyer/Heller, 2014, 36).

²³Der moderne Staat sieht sich nur mehr als Institution zur Aufrechterhaltung von Recht und Ordnung (siehe Friedhuber, 2016, 76-82).

²⁴Die Auswirkungen von Hegemonie auf Staat und Individuum habe ich in meiner Analyse der Veränderungen auf dem Gebiet der Pädagogik dargestellt (siehe a. a. O., 82-84).

²⁵Dieses Freiheitsideal vernachlässigt dabei die soziologischen Randbedingungen. Anthropologisch ist der Mensch auf die Gesellschaft angewiesen. Wird das Individuum aus der Gesellschaft ausgeklammert, so verliert es jeglichen Sinnbezug und letztendlich auch den Lebenswillen. Eine Analyse dieser Beziehungen ist für den Bereich der *Wissensgesellschaft* im Beitrag „Wissensindustrie verhindert globales Denken“ (Sorgo, 2016) zu finden.

einheitlichen Wirtschaftsraum zu gestalten, führte daher zu Übernahme der angelsächsischen Weltsicht, die auf utilitaristischen Ethikkonzepten und Deregulation fußt, für die *Europäische Union*.²⁶ In dieser Weltsicht haben staatliche Institutionen lediglich die Aufgabe, für ein Rechtssystem zu sorgen, das in der Lage ist, vermeintliche Rechtsbrüche zu verhandeln. Das wiederum zieht nach sich, dass gelebte Werte in Gesetzestexte zu fassen sind. Eine unmittelbare Konsequenz daraus ist, dass die alten philosophischen Begriffe wie Menschenwürde in ein neues System von Menschenrechten überführt werden müssen.²⁷ Die Beziehungen zwischen den Menschen sind dabei nicht mehr auf Sitten und Gebräuche gestützt, sondern werden durch Vertragsbeziehungen geregelt.²⁸ Die menschliche Interaktionen werden nach dem theoretischen Schema eines *Principal-Agent*-Konzepts gesehen.²⁹ Die Institution sind dabei nicht mehr paternal sorgende Instanzen, sondern Dienstanbieter im Rahmen von Gesetzeswerken.³⁰ Als Konsequenz wurde daher auch der alte *Hippokratische Eid* modernisiert. Der neue Eid, das *Genfer Gelöbnis*³¹ nähert sich dem modernen Konstrukt eines Berufsethos, eingepasst in ein Qualitätssystem der Betriebsführung an.

Die Bereiche, die sich nicht in Vorschriften und Gesetze fassen lassen, werden an einzurichtende Ethik-Kommissionen delegiert, die unter Berücksichtigung der Gesetzeslage und der ökonomischen Rahmenbedingungen im Einzelfall Entscheidungshilfen leisten oder Vorgehensweisen zurückweisen. Bei der Entscheidung über lebensverkürzende Maßnahmen wird betont, dass diese nicht nach ökonomischen Kriterien getroffen werden dürfen.

Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann tritt eine palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.³²

Palliativmedizinische Versorgung heißt, dass die Heilungsabsicht zugunsten einer Leidensmin-

²⁶Dieser Vorgang, die Übernahme der auf monetärem Gewinnstreben beruhenden Ideologie, war auch im Dritten Reich ein zentrales Diskussionsthema (siehe Jung, 1935, 20f). Kernelemente des kritisierten Systems wurden aber von der Reichsregierung übernommen - etwa die Euthanasie aus ökonomischen Gründen.

²⁷Der Begriff *Würde* ist in seiner Bedeutung schwer festzulegen. *Würde* ist jedoch ein zentraler Begriff der Ethik und Moral. Der Versuch in der multiethnischen Welt Begriffe von ihrer kulturellen Einbettung zu befreien, lässt den Begriff fraglich werden (siehe Schaber, 2003). Damit wird der Kern einer auf *Werte* gestützten Ethik fraglich.

²⁸Der Disput über die gesellschaftlichen Auswirkung der Abwendung von säkularen Gesetzen und transzendenten Werten ist nicht neu. Bereits 1895 etwa befürchtete der Historiker Brooks Adams, der ökonomische Mensch würde den religiösen verdrängen und somit einen kulturellen Niedergang verursachen (siehe Riecker, 2006, 38).

²⁹In meiner Analyse im Bereich der Pädagogik und Schulbildung habe ich diese Änderung in der sozialen Beziehung ebenfalls gefunden (siehe Friedhuber, 2016, 127). Besonders gravierend ist dabei, dass nicht mehr die Entwicklung eines souveränen Subjekts handlungsleitend ist, sondern die zweckgerichtete Ausbildung.

³⁰„In den Niederlanden hat Spiritual Care [...] vielfach die traditionelle Seelsorge der christlichen Kirchen beerbt“ (Gärtner, 2015, 203).

³¹Das *Genfer Gelöbnis* beinhaltet zwar immer noch sehr allgemeine Begriffe wie *Würde*, *Respekt* und allgemeine Versprechen, aber die Verpflichtungen des Arztes dem Patienten gegenüber sind bereits an die Patientenautonomie geknüpft und ein Tötungsverbot fehlt (siehe WMA, 2006).

³²Hoppe, 2011, A346.

derung aufgegeben wird.³³ Die medizinische Versorgung nimmt dabei den Tod des Patienten in Kauf. Der Hinweis auf den Verzicht von wirtschaftlichen Erwägungen bei der Entscheidung über die Aufrechterhaltung von lebenserhaltenden Maßnahmen heißt aber nicht, dass wirtschaftliche Erwägungen bei der Entscheidungsfindung ausgeschlossen werden.

Von seitens der Institution ist es erwünscht, dass sich der Patient bereits zu Lebzeiten mit dem Behandlungsende einverstanden erklärt und eine sogenannte *Patientenverfügung* hinterlegt.³⁴ Dieses Vorgehen ist auch gemäß der neuen Patientenrolle als autonom entscheidendes Subjekt vorgesehen.

3.2 Die Rolle der Individuen

Durch das geänderte Selbstverständnis der Institutionen, also des Staates, muss auch die Rolle der Individuen geändert werden. War im medizinischen Sektor bis etwa dem Jahr 2000³⁵ das Bild des Patienten das eines Leidenden, dem geholfen werden musste, der also zur Selbsthilfe nicht fähig war, so wird der Patient nun als autonome, selbstbestimmte und kompetent entscheidungsfähige Person gesehen.³⁶ Zudem war in Deutschland und in Österreich, getragen durch die katholische Tradition und durch die Vorkommnisse im *Dritten Reich*, die Tötung einer Person, auch durch Unterlassung, ein Delikt und Tabuthema. Hier erfolgt nun, getragen durch die anglo-amerikanische Hegemonialmacht ein Wandel.³⁷

Die Zuschreibung der Entscheidungskompetenz an die Patientenautonomie entbindet die medizinische Dienstleistung von ihrer, rein über das professionelle Können hinausgehende Verpflichtung. Der Arzt, das Krankenhaus, auch das staatliche Sozialsystem sind damit in der Position eines Produktanbieters beziehungsweise eines Dienstmanagements. Der Patient ist in der Rolle eines Konsumenten, der gemäß seines Bedarfs diese Angebote nachfragt. Dass dieses Konstrukt problematisch sein kann, zeigt sich im Alltag bereits.³⁸ Die zuvor umfassend geforderte pater-

³³ „An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung tritt dann die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen“ (a. a. O., A347).

³⁴Siehe a. a. O., A348.

³⁵Der angegebene Zeitpunkt richtet sich nach dem Beginn der Diskussion über den Themenkomplex *Sterbebegleitung* in der Regierung Deutschlands. So wurde etwa vom Deutschen Bundesministerium für Gesundheit und Soziales im Jahr 2003 ein *Leitfaden Patientenrechte* in Deutschland verfasst (siehe Ethikzentrum.de, 2004). Vereinzelt begann der Vorgang der Enttabuisierung des Sterbeprozesses auch schon früher. Das ZDF (Zweite Deutsch Fernsehen) brachte 1971 einen Film über eine Sterbeklinik in London (siehe Gronemeyer/Heller, 2014, 127f).

³⁶Inwieweit aber gerade im Sterbeprozess von einer Autonomie ausgegangen werden kann, ist diskussionsbedürftig (siehe Munda, 2016, 27-30).

³⁷Der Wandel umfasst auch den Sprachgebrauch. So sollen Begriffe wie etwa Tötung oder Selbstmord, aktive Sterbebegleitung bei medizinischen Entscheidungen nicht mehr gebraucht werden (siehe Bioethikkommission, 2011, 10f). Selbst Termini der Religionsgemeinschaften sollen im Bereich der *Spiritual Care* nicht verwendet werden. Seelsorger sollen „Zombiebegriffe“ wie Gnade, Erlösung oder Sünde [...] vermeiden“ (Gärtner, 2015, 211).

³⁸Siehe Wils/Baumann-Hölzle, 2015.

nalistische Fürsorgepflicht³⁹ ist nun eingeschränkt auf medizinische Akutfälle,⁴⁰ in denen der Patient unansprechbar ist und keine Patientenverfügung oder entscheidungsberechtigter Vertreter verfügbar ist.

Das gefallene Tabu der Tötung ermöglicht nun erweiterte Dienstleistungsoptionen.⁴¹ Leiden kann nun nicht nur durch Heilung beendet werden, sondern auch durch Unterlassung oder in Zukunft auch durch Tötung, so es der Patient wünscht.

Das Personal in der medizinischen Forschung ist nun freier in der Wahl der Forschungsthemen. Die, auch bisher schon sehr lockere moralische Bindung an Leidensminimierung ist nun nicht mehr vorhanden. Geforscht, gefördert und angeboten kann werden, was nachgefragt wird.

3.3 Skizzierung der Strukturänderungen im Versorgungssystem

Die beschriebenen Veränderungen in der Basiskonzeption ziehen auch eine Veränderung der Infrastruktur nach sich. Der Veränderungsvorgang ist in Österreich aktuell zu beobachten. So werden nicht nur die bestehenden Versicherungsträger zerschlagen und umgebaut, auch die Versorgungsstruktur wird in ihrer Aufgabe, Zuständigkeit und Finanzierung an die geänderten Paradigmen angepasst.⁴²

Gemäß der zuvor dargestellten Änderung der Grundparadigmen bedeutet der laufende Vorgang einen Umbau in ein auf Patientenautonomie aufbauendes medizinisches Dienstleistungssystem.⁴³ Dies wird vermutlich Hand in Hand gehen mit einer geforderten verstärkten Eigenvorsorge. Die auf Fürsorge aufbauende Verantwortung des Staates wechselt zu einem System ökonomischer Leistungsangebote abgestützt auf Eigenkapitalbildung.⁴⁴ Nach anglo-amerikanischen Muster wird dabei die Notfallmedizin von der Allgemeinheit getragen, alle übrigen Leistungen aber vermarktet. Der Zugang zum Arzt und Krankenhaus wird vom Grundgedanken her kostenpflichtig. Für Randschichten können Palliativmaßnahmen als kostengünstige Lösungen zur Leidensminderung bei gleichzeitiger Reduktion der medizinischen Betreuung angeboten werden. Diese Angebote

³⁹Diese Fürsorgepflicht umfasste in den deutschsprachigen Ländern auch die Sorge um das Seelenheil. „[I]n Deutschland [ist] die Seelsorge in öffentlichen Einrichtung des Gesundheitswesens als ein Anhang des Grundgesetzes [...] verankertes Recht [...]“ (Gärtner, 2015, 204).

⁴⁰Im *Österreichischen Strukturplan Gesundheit* wird als öffentliche Aufgabe explizit nur der *ÖGD = Öffentlicher Gesundheitsdienst* genannt (siehe Auer, 2017, 15). Dieser hat die Aufgabe des Monitorings und der Seuchenkontrolle. Gemeinnützige Krankenanstalten übernehmen weiterhin die Versorgungsverpflichtung. Private Krankenanstalten sind von der Versorgungspflicht ausgenommen (siehe a. a. O., 21).

⁴¹Noch gibt es in Österreich und in Deutschland das Verbot von Tötung auf Verlangen. Die Diskussionen zur Gesetzesänderung haben aber schon begonnen. Die passive Sterbehilfe ist bereits straffrei (siehe Grieser-Schmitz, 2015).

⁴²Die Vorgänge liegen noch nicht offen zu Tage. Sie können im Moment nur aus Pressemeldungen erschlossen werden (siehe APA, 2018).

⁴³Siehe Auer, 2017.

⁴⁴Im Bereich des Dienstes *Spiritual Care*, weist Stefan Gärtner darauf hin, dass „das deutsche System ziemlich singulär ist“ (Gärtner, 2015, 2015). Diese Attributierung des deutschen Systems als *singulär* kann als Zeichen gewertet werden, dass es verworfen wird.

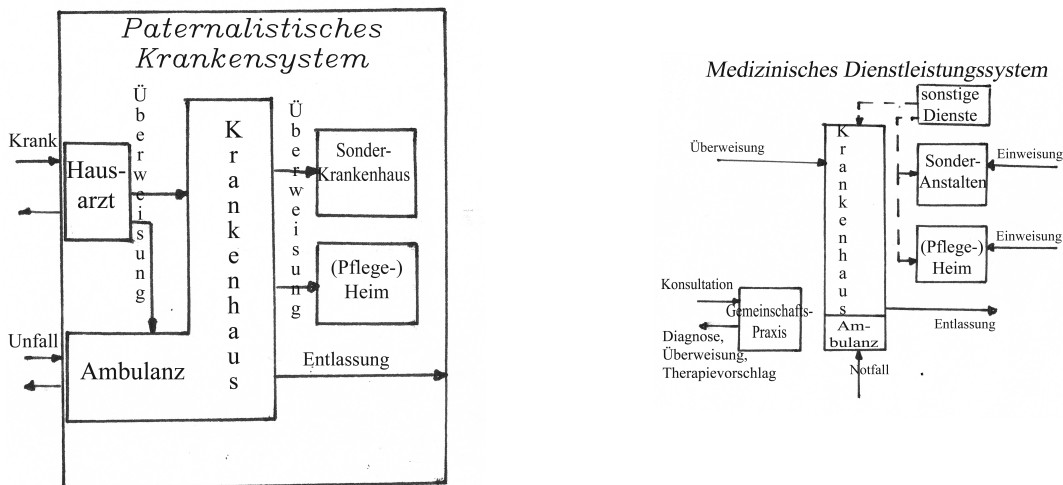


Abbildung 3.1: Veränderungen im Versorgungssystem (Quelle: Eigendarstellung)

können, aufgrund der reduzierten medizinischen Verpflichtung, eventuell auch von ehrenamtlich tätigen Vereinen getragen werden.

Im Bereich der Hospizbewegung, die als Türöffner für die Palliativmedizin in Deutschland und Österreich gesehen werden könnte, ist der Vorgang zur Trennung von vermarktbar oder subventionierten Diensten von ehrenamtlich zu erbringenden Leistungen zu erkennen.⁴⁵

Das Krankenversorgungssystem, in dem Fachleute Kraft ihres Wissens und Könnens für den Patienten den Heilungsverlauf bestimmten, wird ersatzlos gestrichen.⁴⁶ Die starre Versorgungskette Hausarzt-Krankenhaus, welche für den Patienten die Entscheidungen bis hin zur Einweisung in ein Pflegeheim übernommen hat wird zugunsten von dezentralen, sogenannten Versorgungszentren⁴⁷ aufgelassen.⁴⁸ Diese Versorgungszentren, als Gemeinschaftspraxen geführt, können auch die bisher allgemein zugänglichen Ambulanzen ablösen. Die Zentren können als Diagnostik- und Beratungszentren agieren, Dienste anbieten oder Überweisungen gemäß des Patientenwunsches in die jeweiligen leistbaren Kliniken ausstellen.

Durch diese Struktur werden einerseits bisher integrale Komponenten identifiziert, spezifiziert und als Dienstleistung vermarktbar.⁴⁹ Zusätzliche werden neue Dienstleistungsmöglichkeiten verfügbar.⁵⁰ War im paternalistischen System etwa die emotionale Betreuung kaum vorgesehen,

⁴⁵Siehe Gronemeyer/Heller, 2014, 222-225, siehe Gärtner, 2015, 204.

⁴⁶Im Juli 2018 startet eine vom Österreichischen Rechnungshof durchgeführte Kampagne gegen die niedergelassenen Ärzte unter dem, bereits im Bildungswesen erfolgreich angewandten Kritikpunkt der mangelnden Qualitätssicherung (siehe Kraker, 2018). Die Kritik erfolgt auch in Form einer Presseaussendung (siehe Rechnungshof, 2018). Unerwähnt bleibt, dass bisher die Graduierung den Ärzten individuelles Können bescheinigte, also eine weiteres Monitoring nicht vorzusehen war.

⁴⁷Siehe Auer, 2017, 29.

⁴⁸Siehe Abbildung 3.1.

⁴⁹Siehe Abbildung 4.1.

⁵⁰Vorstellbar wären etwa Dienste der postoperativen Versorgung, Selbsthilfvereine, Transportdienste, Sterbemotels, Entertainmentprogramme, Gesundheitsberatungen, Ranking-Dienste und vieles andere mehr (siehe

entstehen nun Schnittstellen für Sterbebegleitung, Gesundheitsberatung, psychologische Betreuung, esoterische oder auch konfessionell gestreute religiöse Betreuung als Dienstleistung.⁵¹ Diese werden dann auch nicht mehr im Krankensystem integriert und bezahlt, sondern entweder durch ehrenamtlich agierende Organisationen oder durch private Sanatorien als abrufbare Dienstleistungen verfügbar. Diese Dienste sind, dank der erfolgten Professionalisierung, nahezu beliebig in andere Dienstleistungen einbindbar. Das Problem der Integration der klassischen Religionen in das Spitalwesen kann so professionell gelöst werden.⁵²

3.4 Die Erosion des Lebenswillens

Eine weitere Veränderung, die gerade im Zusammenhang mit dem Lebenswillen erwähnt werden soll, ist die Veränderung der Sozialstruktur in der Gesellschaft selbst.⁵³

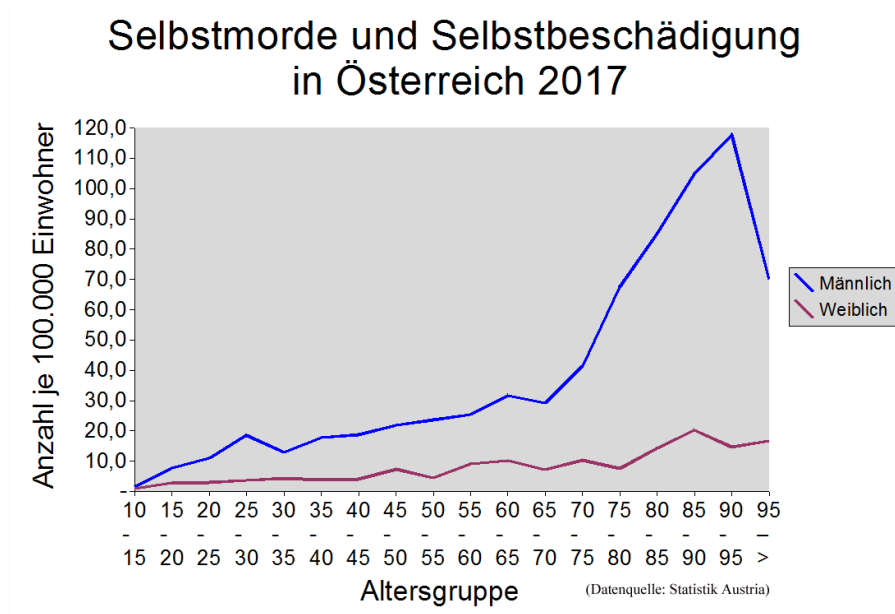


Abbildung 3.2: Suizidrate (Quelle: Statistik Austria)

Zur Zeit verändert sich die Lebenswelt durch die Globalisierung sehr stark.⁵⁴ Dies führt gerade bei alternden Menschen zu einer massiven relativen Deprivation. Menschen, die in Armut gedrängt werden, ihre Arbeit verlieren, einsam in ihrer Wohnung sitzen und medial als teure Schmarotzer, die der Jugend ihre Verdienstmöglichkeit rauben, dargestellt werden, können

Gronemeyer/Heller, 2014, 190.194), (siehe Auer, 2017, 28).

⁵¹So ist etwa das Angebot an Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich von ca. 70 im Jahr 2000 auf ca. 270 im Jahr 2013 gestiegen (siehe Munda, 2016, 17).

⁵²Siehe Gärtner, 2015, 206.

⁵³Siehe Friedhuber, 2016, 125-128.

⁵⁴Siehe a. a. O., 98-100.

rasch den Lebenswillen verlieren.⁵⁵ Alt ist man für Arbeitgeber schon mit 50 Jahren.⁵⁶ Die Lebenserwartung in Österreich lag 2017 für Männer bei 79,3 Jahren,⁵⁷ das früheste Pensionsalter für Männer des Jahrgangs 1954 liegt bei 62 Jahren, aber nur mit Pensionsabschlägen. Ohne Abschläge ist das Pensionsantrittsalter 65 Jahre. Wenn nun die Menschen praktisch ab dem 50. Lebensjahr Arbeitslosenempfänger werden, brauchen sie etwaige vorhandene Rücklagen zum Leben. Für Frauen und Menschen die nach 1954 geboren sind, ist die Lage noch unerfreulicher. Kommt dann noch ein Leiden dazu, stärkt dies den Sterbewillen.⁵⁸ Zudem erfolgt eine weitere Vereinzelung der Individuen.⁵⁹ Die Architektur der Städte wird unwohnlicher, die Versorgungsstruktur weiträumiger.⁶⁰

Die Welt wird für eine junge, mobile, zahlungskräftige Bevölkerung, für eine Event-Gesellschaft gestaltet. Vor allem alternden Menschen in prekären Verhältnissen können sich in diese Welt nicht mehr integrieren. Sie verlieren die Sozialkontakte, was wiederum zur Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten und zu Depressionen führen kann. Wenn diese Menschen dann Behandlungen ablehnen, diese Ablehnung als autonom gefällten Sterbewunsch zu deuten, ist nahezu als zynisch zu bezeichnen. Die Lebensmüdigkeit ist durch biologische und gesellschaftliche Vorgänge induziert.⁶¹

⁵⁵Die Pensionszahlungen tauchen im Diskurs vor allem von Jungunternehmer als Klage über zu hohe Steuerlasten durch das Umlagesystem immer wieder auf.(siehe Röser, 2018).

⁵⁶Im Bereich der Pädagogik wurde die Entwertung der Lebenserfahrung als Grund für das *Lebensbegleitende Lernen* angeführt (siehe Friedhuber, 2016, 131).

⁵⁷Quelle:de.statista.com.

⁵⁸Siehe Abbildung 3.2.

⁵⁹Der Soziologe Andreas Reckwitz spricht von einer „Gesellschaft der Singularitäten“. Gerade alte Menschen können aber ihre Wertaufladung in der Gesellschaft der Singularitäten kaum mehr vollziehen, dies vor allem dann, wenn diese Wertaufladung über Modeartikel oder Berufsleistungen erfolgen soll, von denen ältere Menschen aus finanziellen und ökonomischen Gründen ausgeschlossen sind.

⁶⁰Siehe Gronemeyer/Heller, 2014, 194-198.

⁶¹Die Statistiken der *Suizidprävention Austria* zeigen hier starke Auffälligkeiten zu Alter und Lebenssituation (siehe Rendi-Wagner/Arrouas, 2011). Auch die Finanzkrise 2008 zeigt Zusammenhänge von Lebenssituation und Selbstmordrate (siehe Kapusta, 2016).

4 Potentiale der geänderten Paradigmen

In der Zerschlagung der monolithischen Versorgungsstruktur,⁶² die im Krankheitsfall den Menschen zwar fürsorglich behandelt, aber praktisch entmündigt hat, liegen neue Potentiale auch der Humanität. So kann etwa auf weltanschauliche Anforderungen wesentlich besser eingegangen werden, als zuvor.⁶³ Zudem entspricht die dezentralisierte Dienststruktur besser den Autonomie-Paradigmen einer demokratischen, selbstbestimmten Bevölkerung. Allgemein könnte man sagen, der sich abzeichnende Ansatz der Professionalisierung der Versorgungsstruktur wird zwar amoralischer aber eventuell erträglicher für die meisten Betroffenen.⁶⁴ Der Ansatz entspricht mehr dem Ideal einer demokratischen Gesellschaft von selbstbestimmten Menschen.

Altes System der Kranken- und Altenversorgung
Hauptsächlich staatliche Aufgabe

Umbau der Institutionen:
Erhöhung der Service-Granularität
Erstellung von Service-Spezifikationen
Reduktion der staatliche Verantwortung auf Akutfälle
Marktfähigkeit möglichst aller Dienste

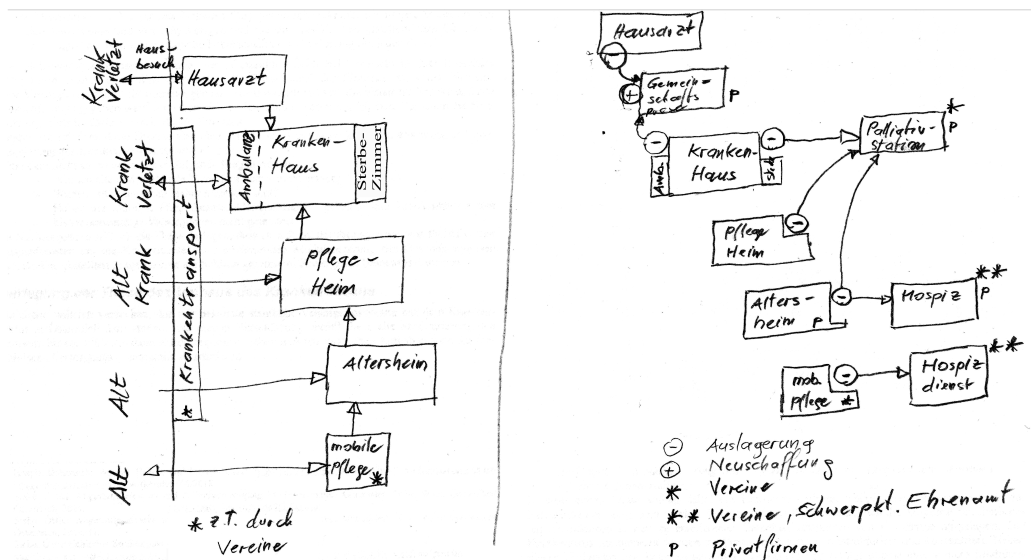


Abbildung 4.1: Versorgungsstruktur-Umbau (Quelle: Eigendarstellung)

⁶²Siehe Abbildung: 4.1.

⁶³Siehe Gärtner, 2015, 206f.

⁶⁴Lediglich für die Menschen, für die gewisse transzendentalen Bedingungen für ein Seelenheil gegeben ist, etwa die Zeugen Jehovas, könnte ein es sein, dass die Situation unbefriedigend bleibt. Aber selbst für diese Gruppen erscheint die professionalisierte Sichtweise günstiger.

4.1 Normensetzung durch Stakeholder-Konsens

In einer dienstleistungsorientierten Welt stellen sich nach der Dienstspezifikation nicht mehr die Fragen: Was ist moralisch? Oder was ist ethisch? Es stellt sich nur mehr die Frage: Was ist gesetzlich? Diese Art der Gestaltung sozialer Interaktionen wird zwar auch Vorgänge ermöglichen, wie sie aus dem *Dritten Reich* in Erinnerung sind, aber da wir heute von funktionierenden Demokratien ausgehen, können wir auch davon ausgehen, dass verwerfliche Praktiken von den Parlamenten und anderen Kontrollgremien wirksam verhindert werden.

Die Konformität der spezifizierten Dienste mit ethischen Normen, wird durch Fachgremien bei der Konstruktion und später durch kontinuierliches Monitoring sichergestellt.⁶⁵ Der aktuell zu beobachtende Diskurs mit der großen Anzahl an Publikationen ist ein Anzeichen für diesen Prozess.

Der Ethisch- Moralische Diskurs wird nach der Sichtweise der angewandten Ethik geführt. Dabei wird der Schwerpunkt auf eine möglichst kohärente Umsetzung der geltenden Ethik-Normen in Richtlinien und Berufsethiken geachtet. Als Ethiknorm wird die werte-relativierende Sicht des Utilitarismus herangezogen. Diese Sicht vermeidet kategorische Imperative. Andere Wertevorstellungen, wie etwa religiös begründete Moralnormen, werden über die Einbeziehung sogenannter *Stakeholder*⁶⁶ berücksichtigt.⁶⁷

4.2 Der Pluralismus der Ethischen Normen

Durch die Einbindung der Interessensgruppen in den Spezifikationsprozess der Diensterstellung und durch das spätere Monitoring der Durchführung erscheint, auch vom Aspekt der Humanität aus betrachtet, ein hochwertiges Dienstangebot möglich. Auch wenn die klassische deontologische Ethik in der Bewertung der Vorgänge im medizinischen Bereich kaum mehr eine Rolle spielen wird, ist die Verwirklichung von Moralvorstellung in der Dienstkonstruktion ausreichend eingebunden. Selbst wenn vieles der Mitsprache des einzelnen Subjekts entzogen ist,⁶⁸ werden durch die Konsensfindung mit den *Stakeholder* die Wertevorstellungen berücksichtigt.⁶⁹

⁶⁵Die aktuelle Kritik des Österreichischen Rechnungshofes an der mangelnden Qualitätskontrolle der Hausärzte ist in diesem Sinn zu interpretieren (siehe Rechnungshof, 2018). Bisher war eine Qualitätskontrolle für Ärzte nicht nötig. Die Ausbildung und die Promotion stellten die fachliche und moralische Befähigung sicher. Das neue System der flexiblen Dienstleistungsketten mittels kommerzialisierter Anbieterstrukturen benötigt aber ein permanentes Monitoring, da es ent-personalisiert ist. Auch dieser Vorgang verläuft wie zuvor schon im Bildungssektor (siehe Friedhuber, 2016, 134f).

⁶⁶Unter *Stakeholder* werden alle Personen verstanden, die an einem Vorgang berechnigte Interessen haben.

⁶⁷„Obwohl das Leben der meisten Menschen heute in einem religiösen pluralistischen Rahmen verläuft, sind am aktuellen Euthanasie-Diskurs vorwiegend Christentum und Judentum beteiligt“ (Heller, 2012, 197).

⁶⁸Der Ethik-Ansatz von Immanuel Kant, dass jedes Subjekt autonom, Kraft rational gebildeter Imperative ethische Urteile fällen kann, kommt in der Institution nicht mehr zur Anwendung.

⁶⁹Dies scheint einer der paradoxen Vorgänge zu sein, dass in Folge der Individualisierung im institutionellen Rahmen die Bewertungen an Gremien, etwa Ethik-Kommissionen, ausgelagert werden. Im Weiteren führt dies zu einer weiteren Pluralisierung der Werthealtung innerhalb der Gesellschaft. Moralische Normen werden abhängig von der jeweiligen Ethik-Kommission.

4.3 Die Implikationen für die Patienten

Das Vorgehen des Aufbrechens der monolithischen Blöcke, ob dies die Institutionen betrifft oder die Normensysteme selbst, hat im Bereich der Altenbetreuung und vor allem für das Vorgehen am Lebensende Möglichkeiten, die sonst kaum gegeben wären. Der Zerfall der Familienverbände hat schon in jüngerer Vergangenheit dazu geführt, dass Menschen vermehrt in den Spitälern sterben. Die Institution *Spital* war aber in der Grundstruktur als Heilanstalt konzipiert. Dies gilt auch für Sonderheilanstalten wie Psychiatrie und Gerontologie. Selbst Pflegeheime waren verpflichtet, Heimbewohner bei Gesundheitsproblem in das Spital zu verbringen, wo diese Menschen dann starben. Der Tod kam dann für Angehörige doch überraschend. Die Betroffenen Patienten starben alleine in einem Sterbezimmer im Spital. Diese Versorgungsstruktur war eben nicht dazu konzipiert, Menschen sterben zu lassen.

Durch das Aufbrechen der Nachkriegs-Versorgungsstruktur in Deutschland und Österreich werden nun neue Möglichkeiten eröffnet. Es wird dadurch

- eine Spezialisierung der Versorgung möglich.
- die wissenschaftliche Aufarbeitung der Tätigkeitsfelder erleichtert.
- ein Markt für zukünftige Dienstangebote eröffnet.
- die Rechtsfortentwicklung unterstützt.

Die Einführung der utilitaristischen Sichtweise und der Patientenautonomie erlaubt zudem

- die Einbindung von weltbildspezifischen Dienstangebote in die bestehenden Institutionen.
- eine Reduktion von Intensivbetten.
- eine allgemeine Kostenreduktion im Krankenhaussektor.⁷⁰
- einen vereinfachten Rechtszugang im Falle von Problemlagen.⁷¹
- ein Einbinden des Sterbeprozesses als Lebensbestandteil.⁷²

Gerade die erleichterte Zugänglichkeit für Dienstanbieter bei einer geänderten Versorgungsgranularität ermöglicht es, Personen problemzentrierter zu versorgen. So ist die Anwendung von alternativen Betreuungsmethoden zur Sterbebegleitung oder Schmerztherapie im klassischen Krankenhausbetrieb schwer möglich.⁷³ Anhand der Musiktherapie ist zu sehen, dass die entstehende Palliativ-Betreuung eine wissenschaftliche Erarbeitung und Entwicklung von alternativen Therapien ermöglicht.⁷⁴

⁷⁰Der vermehrte Sterbewunsch könnte zu weiteren monetären Entlastungen führen. Neben dem Rückgang an Patienten könnte auch das Pensions- und das Versicherungssystem vom Sterbewunsch profitieren.

⁷¹Die feingranulare Dienstspezifikationen erlauben differenzierte Klagen.

⁷²Das Sterben wird nicht mehr als medizinisch zu behandelnder Krankheitsfall positioniert. Sterben soll wieder an traditionelle Abläufe anknüpfen können (siehe Gronemeyer/Heller, 2014, 39-41).

⁷³Siehe Munda, 2016, 112f.

⁷⁴Siehe a. a. O., 118-126.

5 Denkbare Alternativen

Medizin und Altenversorgung sind wie alle Lebensbereiche in den Zeitgeist eingebunden. Ein Ausscheren aus der herrschenden Weltsicht ist für diese Institutionen kaum möglich. Die Umsetzung des Utilitarismus und der ökonomischen Weltsicht wird durch die Politik rechtlich verankert. Die sonstigen Institutionen können dazu keine Alternativen bilden. Selbst eine Fortführung der in Deutschland und Österreich bestehenden kirchlichen Sonderstrukturen ist vermutlich nur in geänderter Form möglich.⁷⁵

Alternativen würden eine Stärkung der Achtung des Lebens bedingen. Erst auf dieser Basis wäre es möglich darüber zu forschen wie das Altern als Lebensprozess einbindbar und die Medizin so fortzuentwickeln wäre, dass ein leistungsfähiges Leben bis in das hohe Alter möglich wäre. Alterserscheinungen wie Demenz müssten dann als Reifeprozess erfasst werden.⁷⁶ Die Gesellschaft und ihre Wohnsiedlungen müsste so gestaltet werden, dass diese Menschen gefahrlos leben können und Hilfsstrukturen ambulant rasch verfügbar wären. Auch wenn mit der Allokation von Defibrillatoren und der behindertengerechten Gestaltung von Ämtern aktuell ein kleiner Schritt in diese Richtung gesetzt wurde, ist leicht zu sehen, dass die Verwirklichung solcher Infrastrukturen kaum leistbar ist.⁷⁷

Bezüglich der allgemeinen medizinischen Versorgungsstruktur stellt sich die Lage kaum weniger alternativlos dar. In der Vergangenheit war der Kulturraum von einer relativen Homogenität gekennzeichnet. Versorgungsstrukturen konnten daher kulturspezifische Eigenheiten, etwa Seelsorge, berücksichtigen. In einer multiethnischen Welt würden dieses Konzept von spezifischen Versorgungsstrukturen zu einer Vervielfachung der Institutionen führen. Dies ist nicht finanzierbar. Eine Rücknahme der kulturellen Vermischung ist aus verschiedenen Gründen ebenfalls nicht wünschbar. Damit erscheint die skizzierte Professionalisierung des Medizin- und Pflegesektor als alternativlos.

⁷⁵Siehe Gärtner, 2015, 205.

⁷⁶Siehe Moser, 2016, 2.

⁷⁷In Deutschland hat sich ein Verein gebildet, der sich die Gestaltung von *demenzfreundlichen Kommunen* zum Ziel gesetzt hat (siehe Gronemeyer/Heller, 2014, 201-205).

6 Zusammenfassung und Beantwortung der Fragen

6.1 Was sind die Merkmale der Veränderung?

Die Merkmale der Veränderung sind die Übernahme der utilitaristischen Ethiknormen als Wertebasis. Die gelebte Moral wird als Berufsethik unter Berücksichtigung aller *Stakeholder* in Kommissionen erstellt. Das Arzt-Patientenverhältnis ändert sich dabei zu einem Dienstanbieter-Kundenverhältnis. Die Fürsorgepflicht der Institution wird durch ein vertragliches Rechtsverhältnis abgelöst.

6.2 Was sind die Hauptaspekte der behaupteten Veränderung?

Das Dogma, dass Leben zu erhalten sei, wird aufgelassen. Für die Altenbetreuung bedeutet dies, dass, so ein Sterbewunsch vorhanden ist, keine Heilbehandlung mehr zu erfolgen braucht. Die Pflegeeinrichtung kann den Tod zulassen. Im Sterbeprozess können medizinische Behandlungen zugunsten einer *Wellness*-Betreuung unterlassen werden.

6.3 Was sind die Ursachen dieser Veränderung?

Die Veränderung ist von ökonomischen und hegemonialen Motiven getrieben. Die multiethnische, multikulturelle Gesellschaft ist nicht in der Lage, in zentralen Versorgungsstrukturen auf die Bedürfnisse der Menschen einzugehen. Die zu erwartenden Alterspyramide lässt befürchten, dass in den Industrieländern ein wesentlicher Teil der Produktionskraft zur Betreuung von alten und kranken Menschen herangezogen werden muss. Die hohe Krebsrate im Alter lässt, durch die medizinische Fähigkeit die Menschen am Leben zu erhalten, hohe Versorgungskosten erwarten. Die Hoffnung, dass die Medizin tatsächlich die in den 1960er Jahren erwarteten Fortschritte auf dem Gebiet der Krankenheilung machen würde, ist geschwunden. Für die Massen erscheint ein Lebenserhalt mit Krankheit im aktuellen Wirtschaftssystem als nicht finanzierbar. Ein Altern mit Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter kann nur finanzstarken Eliten offen bleiben.

6.4 Gäbe es Alternativen?

Für das zentrale Problem, menschenwürdiges Sterben zu gestalten, gibt es kaum Alternativen. Alternativen wären zwar denkbar, aber kaum verwirklichtbar. Dies vor allem deshalb nicht, da alternative Ansätze der neoliberalen Ideologie und der Idee der Globalisierung zuwiderlaufen würden.

6.5 Welche Potentiale liegen in dieser Veränderung?

Das wesentliche Potential liegt in der Möglichkeit, nun problemzentriert Versorgungsstrukturen aufbauen und anbieten zu können, ohne die medizinische Akutversorgung finanziell zu belasten. Die Aufsplitterung in eine offen Versorgungsstruktur erlaubt eine friktionsfreie Betreuung in einer multikulturellen Welt. Eine Verbesserung der subjektiven Betreuung und Versorgung erscheint damit für die Menschen in allen Lebensphasen möglich. Ebenso kann die Spezialisierung zukünftige Potentiale der Prozessoptimierung und der Automatisierung von Diensten ermöglichen.

7 Resümee

Der Wandel der Lebenswelt stellt gerade für ältere Menschen eine Belastung dar. Vor allem das vermittelte Gefühl unnütz und nur für andere Menschen eine Last zu sein, erodiert den Lebenswillen der alternden Menschen. Zusätzlich tritt eine Vereinsamung ein. Freunde, Bekannte und auch Verwandte werden weniger. Neue soziale Beziehungen können kaum hergestellt werden. Dieser Vorgang wird durch eine, immer mehr auf Effizienz, Jugend und Profit zentrierte Welt zusehends beschleunigt. Gleichzeitig ist die Hoffnung auf Bekämpfung der Krankheiten von der Medizin nicht eingelöst worden. Krebserkrankungen nehmen im Alter massiv zu und können kaum bekämpft werden. Was die Medizin leisten kann ist dann der bloße Erhalt der Lebensfunktionen. Dies führt vermehrt zu Siechtum und Leiden der Betroffenen. All diese Faktoren zusammengenommen lassen den Wunsch nach selbstbestimmten Sterben entstehen. Die aktuelle Bewegung der Palliativmedizin und der Sterbebegleitung eröffnen nun Zugänge, die für die Betroffenen zumindest leidmindernd wirken. Zudem ist durch den früheren Tod aufgrund von Behandlungsabbruch eine finanzielle Entlastung der Versorgungsstruktur zu erwarten. Es ist zwar traurig, dass die Medizin, die so stolz auf ihre Fortschritte ist, nur den guten Tod anbieten kann und dass die Gesellschaft insgesamt ihre alten Menschen ökonomischen Überlegungen opfert, jedoch für die Betroffenen ist es besser als das Aufrechterhalten der auf Lebenserhalt abzielenden Werte und Gesetze, wenn diese nur zu einem Siechtum unter Schmerz führen. Das auf utilitaristische Normen und ökonomischen Rahmenbedingungen aufgebaute System der Professionalisierung fördert zwar kein humaneres Leben, eröffnet aber den Weg zu einem humaneren Sterben.

Literaturverzeichnis

- Friedhuber, Wolfgang (2016):** Pädagogische Professionalisierung in säkularen Demokratien: Analyse der Ursachen für die Ausweitung der pädagogischen Betreuung hin zum lebensbegleitenden Lernen. Saarbrücken: Akademiker Verlag.
- Gärtner, Stefan (2015):** Seelsorge wird Spiritual Care vs. Spiritual Care und Seelsorge: Ein Ländervergleich der institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen. *Spiritual Care*, 4 Nr. 3, 202–213.
- Gronemeyer, Reimer/Heller, Andreas (2014):** In Ruhe sterben: Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann. München: Pattloch, ISBN 978-3-629-13011-2.
- Heller, Birgit (2012):** Das Leben ist wertvoll - das Leben ist relativ: Euthanasie in interreligiöser Perspektive. In **Heller, Birgit (Hrsg.):** Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Freiburg im Breisgau: Lambertus [⟨URL: https://www.lambertus.de/assets/adb/94/940a30a71cfe3372.pdf⟩](https://www.lambertus.de/assets/adb/94/940a30a71cfe3372.pdf) – Zugriff am 15.7.2018, 197–240.
- Hoppe, Jörg-Dietrich (2011):** Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt*, 108 Nr. 7, A346–A348 [⟨URL: http://www.ethikzentrum.de/downloads/baek-2011-grundsaeetze.pdf⟩](http://www.ethikzentrum.de/downloads/baek-2011-grundsaeetze.pdf) – Zugriff am 12.7.2018.
- Jung, Erich (1935):** Deutsche Rechtsphilosophie. München: Zentralverlag der NSDAP. Frz. Eher Nachf..
- Kluge, Friedrich/Seebold, Elmar (1995):** Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. 23. Auflage. Berlin.
- Kraker, Margit (2018):** Bericht des Rechnungshofes: Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte: III-168 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. GP. [⟨URL: http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2018/berichte/berichte/Qualitaetssicherung_AerztInnen.pdf⟩](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2018/berichte/berichte/Qualitaetssicherung_AerztInnen.pdf) – Zugriff am 23.7.2018.
- Munda, Anna-Maria (2016):** Autonomie, das Nonplusultra am Lebensende? Konstruktive Kritik und ein ethisch-musikalisch-menschenfreundliches "Plusultra" für eine neue Kultur des Sterbens. Dissertation, Karl-Franzens-Universität, Graz, [⟨URL: http://unipub.](http://unipub.)

uni-graz.at/obvugrhs/download/pdf/1255418?originalFilename=true) – Zugriff am 14.7.2018.

Rechnungshof (2018): Presseinformation: Rechnungshof Österreich kritisiert Mängel und fehlende Transparenz bei der Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. [⟨URL: http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2018/Aktuelles/Presseinfo/Presseinfo_Niedergelassene_Aerzte.pdf⟩](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2018/Aktuelles/Presseinfo/Presseinfo_Niedergelassene_Aerzte.pdf).

Rendi-Wagner, Pamela/Arrouas, Magdalena (2011): SUPRA: Suizidprävention Austria. Wien [⟨URL: https://www.suizidpraevention.at/pdf/suizidpraeventionsplan.pdf⟩](https://www.suizidpraevention.at/pdf/suizidpraeventionsplan.pdf) – Zugriff am 14.7.2018.

Riecker, Joachim (2006): Das Geheimnis der Freiheit ist Mut: Antike Vorbilder in der amerikanischen Außenpolitik von Theodor Roosevelt bis Bill Clinton. Paderborn: Ferdinand Schöningh.

Schaber, Peter (2003): Menschenwürde als Recht, nicht erniedrigt zu werden. In **Stoecker, Ralf (Hrsg.):** Menschenwürde. Band vol. 32, Wien: Öbv & hpt, ISBN 3–209–04224–1, 119–131.

Sorgo, Gabriele (2016): Babylon wächst: Wissensindustrie verhindert globales Denken. In **Gmainer-Pranzl, Franz/Schottenhammer, Angela (Hrsg.):** Wissenschaft und globales Denken. Frankfurt am Main: Peter Lang Edition, 369–390.

Stronegger, Willibald Julius (2016): Die Legitimität von Tötungshandlungen im modernen Staat - Eine biopolitische Perspektive. *Imago Hominis*, Band 23 Nr. 1, 35–45.

Internetquellen

- Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft (2000):** Charta der Grundrechte der Europäischen Union. [⟨URL: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf⟩](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf) – Zugriff am 11.7.2018.
- APA (2018):** Sozialversicherungen wollen wieder investieren dürfen. [⟨URL: https://derstandard.at/2000083237592/Sozialversicherungen-wollen-wieder-investieren-duerfen⟩](https://derstandard.at/2000083237592/Sozialversicherungen-wollen-wieder-investieren-duerfen) – Zugriff am 13.7.2018.
- Auer, Clemens-Martin (2017):** Österreichischer Strukturplan Gesundheit: inklusive Großgeräteplan: gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30.Juni 2017. [⟨URL: http://www.burgef.at/fileadmin/daten/burgef/Berichte/oesg_2017_-_textband_stand_30.6.2017.pdf⟩](http://www.burgef.at/fileadmin/daten/burgef/Berichte/oesg_2017_-_textband_stand_30.6.2017.pdf) – Zugriff am 23.7.2018.
- Bioethikkommission (2011):** Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. [⟨URL: http://archiv.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=44491⟩](http://archiv.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=44491) – Zugriff am 25.7.2018.
- DGHS (2018):** Mein Weg. Mein Wille. [⟨URL: https://www.dghs.de/⟩](https://www.dghs.de/) – Zugriff am 14.7.2018.
- Ethikzentrum.de (2004):** Patientenautonomie am Lebensende: Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen. [⟨URL: http://www.ethikzentrum.de/downloads/bmj-bericht.pdf⟩](http://www.ethikzentrum.de/downloads/bmj-bericht.pdf).
- Europäische Kommission (2011):** Gesundheit ohne Grenzen: Entwurf. [⟨URL: http://ec.europa.eu/regional_policy/de/projects/austria/health-across-borders⟩](http://ec.europa.eu/regional_policy/de/projects/austria/health-across-borders) – Zugriff am 11.7.2018.
- Europäische Kommission (2018a):** Service Standards. [⟨URL: http://ec.europa.eu/growth/single-market/services/service-standards_de⟩](http://ec.europa.eu/growth/single-market/services/service-standards_de) – Zugriff am 11.7.2018.
- Europäische Kommission (2018b):** Single Market for Services. [⟨URL: http://ec.europa.eu/growth/single-market/services_de⟩](http://ec.europa.eu/growth/single-market/services_de) – Zugriff am 11.7.2018.

- Grieser-Schmitz, Stefan (2015):** Lebensschutz in Rheinland-Pfalz: Sterbehilfe - Rechtslage in Österreich. [⟨URL: http://www.cdl-rlp.de/Unsere_Arbeit/Sterbehilfe/Sterbehilfe-in-Oesterreich.html⟩](http://www.cdl-rlp.de/Unsere_Arbeit/Sterbehilfe/Sterbehilfe-in-Oesterreich.html) – Zugriff am 13.7.2018.
- HELP.gv.at (2017):** Begriffslexikon: EU - Grundfreiheiten der Europäischen Union. [⟨URL: https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/99/Seite.991117.html⟩](https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/99/Seite.991117.html) – Zugriff am 11.7.2018.
- Kapusta, Nestor (2016):** Mehr Sensibilisierung in der Krise! Suizidprävention aus Innensicht: Kommentar - Nestor Kapusta. [⟨URL: http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2016/oeaez-22-25112016/kommentar-nestor-kapusta-suizid-suizidpraevention.html⟩](http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2016/oeaez-22-25112016/kommentar-nestor-kapusta-suizid-suizidpraevention.html) – Zugriff am 16.7.2018.
- Krimphove, Petra (2015):** Zum Sterben in die Schweiz. [⟨URL: https://www.swissinfo.ch/ger/wirtschaft/freitodbegleitung-in-deutschland_zum-sterben-in-die-schweiz/41780592⟩](https://www.swissinfo.ch/ger/wirtschaft/freitodbegleitung-in-deutschland_zum-sterben-in-die-schweiz/41780592) – Zugriff am 14.7.2018.
- Moser, Maria Katharina (2016):** Themen: Mit Demenz leben: Ethische Überlegungen. [⟨URL: https://diakonie.at/sites/default/files/diakonie_oesterreich/pdfs/diaargumentariumdemenz2016-web.pdf⟩](https://diakonie.at/sites/default/files/diakonie_oesterreich/pdfs/diaargumentariumdemenz2016-web.pdf) – Zugriff am 22.7.2018.
- Müller, Tobias (2018):** Sterbehilfe: Legal, doch längst nicht unumstritten. [⟨URL: https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/europa/europastaaten/946040_Legal-doch-laengst-nicht-unumstritten.html⟩](https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/europa/europastaaten/946040_Legal-doch-laengst-nicht-unumstritten.html) – Zugriff am 11.7.2018.
- ÖVP (2018):** Reform der Sozialversicherungen: Eine Milliarde Euro für den Kampf gegen die Zwei-Klassen-Medizin. [⟨URL: https://www.oevp.at/Reform-der-Sozialversicherungen⟩](https://www.oevp.at/Reform-der-Sozialversicherungen) – Zugriff am 13.7.2018.
- Röser, Sarna (2018):** Wir wollen bei der Rente mitreden: Leben im Alter: Wie geht's weiter mit der Rente? 12.7.2018 [⟨URL: https://www.xing.com/news/klartext/wir-wollen-bei-der-rente-mitreden-2653?ete=2001c11ad0376b14.eyJ0YXJnZXRFaWQiOiI2NTMsInRhcmdldF90eXB1Ijoia2xhcnRpY2xlIiwidGFyZ2V0X3VybiI6InVybjp&sc_o=news_externalorigin_IndustryNewsMail_LP_klartext_article\&cce=em5e0cbb4d.6Lje7ERa05FJIka_hYS1AC⟩](https://www.xing.com/news/klartext/wir-wollen-bei-der-rente-mitreden-2653?ete=2001c11ad0376b14.eyJ0YXJnZXRFaWQiOiI2NTMsInRhcmdldF90eXB1Ijoia2xhcnRpY2xlIiwidGFyZ2V0X3VybiI6InVybjp&sc_o=news_externalorigin_IndustryNewsMail_LP_klartext_article\&cce=em5e0cbb4d.6Lje7ERa05FJIka_hYS1AC) – Zugriff am 14.7.2018.
- Wils, Jean-Pierre/Baumann-Hölzle, Ruth (2015):** Patientenautonomie und ihre Fallstricke. [⟨URL: https://www.nzz.ch/meinung/debatte/patientenautonomie-und-ihre-fallstricke-1.18516941⟩](https://www.nzz.ch/meinung/debatte/patientenautonomie-und-ihre-fallstricke-1.18516941) – Zugriff am 13.7.2018.
- WMA (2006):** WMA Declaration of Geneva. [⟨URL: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/⟩](https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/) – Zugriff am 13.7.2018.