

Self-criticism of physicians, patient participation and risk competence

Abstract

Self-criticism of physicians and patient participation are the pillars of modern medical ethics and medical programmes. Patients expect risk minimisation from physicians, mostly without realising how much they could actively do themselves in this respect. But what about the willingness of German people to take risks, how high is it really at present? Direct empirical data are not available, but results from general empirical research show that people's willingness to take risks is probably rather low. Post-heroic societies of welfare states are less likely to take risks than supposedly heroic ones. Therefore, the question whether it is responsible for medical experts to transfer even more responsibility to non-medical laypeople becomes increasingly important in a social context.

Keywords: self-criticism of physicians, patient participation, risk minimisation, social sciences, willingness to take risks, responsibility

Michael Wolffsohn¹

1 Munich, Germany

Contemporary practices in society

Nowadays, everybody expects self-criticism of physicians and patient participation and rightly so because these practices correspond with the spirit of the age, the *zeitgeist*. People who fight against the *zeitgeist* face a moral dilemma because they become isolated. People who are isolated can hardly stay competitive in the market – if at all. Physicians refusing to submit to self-criticism or denying or even just reducing patient participation are placing themselves into the danger of economic isolation. Such isolation may affect both physicians in general practices and in hospitals as well as hospitals per se. In the end, medical progress would pay the bill because of the lack of financing. Thinking and acting according to the *zeitgeist* does not automatically equal material-oriented, discouraging or unprincipled opportunistic behaviour but is required in an economic sense. Self-criticism by physicians as well as patient participation based on the contemporary notions of *zeitgeist* are morally indefensible and even necessary. The absence of these practices would be inhuman because, without self-criticism of physicians and patient participation, patients would experience no or only little feeling of security. Patients consult physicians regarding concerns, care, prevention and aftercare as well as because of fear of disease and ultimately of death. Most people would prefer to live forever. Although physicians are not able to offer eternal life, they will try to prolong life and improve the quality of life. Patients expect from physicians at least the minimisation of risks but ignore that they are not only able but have to minimise risk themselves if they really want to live a life with less risk. This way, the risk competence of patients becomes a focus of medical debate and of reflecting on the possibilities and limitation of medicine.

Self-criticism of physicians and patient participation

Consequently, current physician-patient-relations may be outlined as follows: Most patients no longer follow the instructions and prescriptions of physicians without question. Many, perhaps even most physicians grant their patients self-determination, co-determination and participation, not out of necessity but gladly and willingly. Furthermore, patient co-determination and co-decision are not only legal, that means required under and demanded by the prevailing law, but most physicians consider them legitimate, thus absolutely justified and necessary. These notions are not least documented in the texts provided in the context of this article. These texts also show the self-critical spirit despite claims to the contrary and in contrast to the 'good old days' (were these days really that good?).

Self-criticism of physicians and patient participation are the pillars of modern medical ethics and medical programmes. Physicians have long ceased to be the almighty omniscient 'demigods in white' who charge exorbitant fees. This development is more than welcome. To renounce these new virtues displayed by physicians would not only be anachronistic but would correspond to old times and thus contradict the current *zeitgeist*.

One question is often ignored in this context: Does self-criticism of physicians and patient participation include a higher risk for patients? Expert knowledge on the one hand, opinions on the other hand? The freedom of expression is not only always applicable but constitutionally protected. Yet, opinions and risk competence are not necessarily compatible. Does the medical-ethical twin

pillar ultimately result in passing, unloading or shifting medical responsibility and medical risk from physicians to patients, from experts to laypeople? Does patient participation not completely overwhelm laypeople? Answering this question requires a radical critique of the self-criticism of physicians.

Risk competence from different perspectives

Risk competence is the key word and the key issue of this multipart publication viewed from different perspectives. According to Ingrid Muehlhauser et al. [1], evidence-based health information must be science-based, independent, complete, true as well as understandable. But are these noble objectives not light years away from each other? Are experts generally able to explain their highly specialised knowledge to laypeople? Does this demand not have an element of squaring the circle?

Most of the time, it is the media which promise comprehensibility and keep the promise, not least by hardly acceptable simplifications. Is science becoming ignored in this process? The ingredients of baby food may be easily explained but not highly specialized therapy packages. Are they? Harald Schweim and Marcela Ullmann show the influence of the media on risk competence in the case of self-medication and make suggestions for improvements in this respect [2].

Ralf Stahlmann und Aniko Horvath state that understanding the toxic effects of substances necessitates sound physiological and biochemical knowledge [3]. There is no room for doubt regarding the accuracy of this statement. However, what about the realisation of patient participation as another important issue? Is such participation fiction? The current problems need greater awareness. Indeed, but how? Should managers, teachers, secretaries or construction workers study biochemistry alongside their work commitments? Are self-criticism and patient participation nothing more than a sham? Wouldn't patients need two lives to be able to save one life by additional studies? Here, if not before, medicine has its limits. Michael Koller and Ulrich Hoffrage discuss social perspectives of risk perception and risk competence and claim that the paternalistic model is outdated and increasingly replaced by collaborative decision-making processes [4]. Isn't such collaboration almost life-threatening for patients? At any rate, such collaboration is risky.

Empirical data of social sciences

How compatible is collaborative decision-making with the risk averseness of 'the' Germans? What is the medical risk competence of 'the' Germans, and how high is their willingness to take risks? Historians with a social scientific background claim that 'the' Germans do not exist, similar to 'the' Americans, 'the' French, 'the' Jews and so forth.

Generalised standardisations and serious analysis are mutually exclusive.

Meanwhile, however, empirically representative data are available, derived from more or less serious surveys on almost any topic in nearly every corner of the world, hence also in Germany. However, I am not aware of any surveys directly related to our topic, but the indirect empirical findings of the Institute for Demoscopy Allensbach give a clear picture. One of its employees, Petersen, summarised that, in some respects, there is a striking contrast between the fear of the (German; MW) population of different major life risks and the real dangers ([5], p. 380). Next to its empirically representative status, historical science also involves other indicators, but not all of them meet the essential methodological requirements of empirical social sciences. We can only try to depict dominant social and cultural movements or zeitgeist trends. But how could such depictions become operationalised? This is the question. Often, the subjective factor, the subjective perception, the subjective wish of the analysing person is presented as a reality. However, such presentations are more illusion than reality, even when presented in a scholarly, educated and semi-referenced manner.

Supposed willingness to take risks

Here, I will make the attempt to outline the real or supposed willingness of 'the' Germans to take medical risks. As far as I am aware, such an attempt can only be made in a historical context, without the employment of demographics, by using general facts to draw conclusions on individual aspects, that means from general historical developments to the specific willingness to take risks in a certain era. However, such an attempt will only show, if at all, the assumed willingness to take risks, both in a general and in a medical context. Sound facts are missing, and soft data have to be viewed with caution.

In a historical context, Germans living between the early 19th century and 1945 appear to have been rather adventurous, even heroic, although the supposed heroic era of the Germans has been assumed to be the time before and particularly during the Anti-Napoleonic Wars of Liberation. However, these wars resulted in the liberation from Napoleon but not in freedom. But even in that time, first impressions did not correspond with impressions gained at a second glance. Most German men, particularly commoners, were not as enthusiastic about going to war as often proclaimed. If they went to war at all. Those who could shirked their military duties. It was mostly the poor who fought, thus little or not at all educated farmers and lower working class people (and their true enthusiasm may be questioned). But not everybody who was able to shirk his military duties refrained from expressing patriotic slogans and from sending others into the fight.

What do we conclude from this willingness to take risks? Germans living in those days were also people with a survival instinct that was much bigger than their death wish, people who – if they had the option – preferred to

not take a risk in the case of danger of death. This pattern cannot only be found in German history but in the history of mankind. If people went to war – thus accepting life-threatening risks – it was mostly because of financial profit or because the obvious alternative to non-risk or non-fight was death.

Of course, not every risk constitutes a danger to life. However, historic-empirical research has shown that most people (although not everybody) do not like to even take innocuous risks. Although tranquillity is not the citizen's first obligation, people obviously prefer to lead a quiet life. Unfortunately, due to the unavailability of individual proof, I have to derive such notions from the war and risk history of mankind including 'the' Germans. Obviously, we are faced with an anthropological constant, which may be applied to each case in a historical context throughout all epochs. Some people may disagree and refer to the legendary Prussian or German militarism: 1864 against Denmark, 1866 against Austria, 1870 to 1871 against France and the First and Second World Wars. Unfortunately (or thankfully), the German militarism of 1864 to 1918 has been debunked as a historical, empirical and economic legend by now. Without any doubt, the Second World War was caused by Hitler and his kind. However, from 1939 onwards, 'the' Germans went to war more anxiously than enthusiastically because many of them remembered the First World War and that war kills millions of people and is thus extremely dangerous. The death toll of the Second World War was 57 million lives. Both the voluntarily and the involuntarily heroic era came to an end in the German society as well as in other societies who had participated in the war. Ever since then, we live in a definitely post-heroic and anti-heroic era, that means, the willingness to take risks which, from an anthropological point of view, is rather low anyway is even lower than before the Second World War.

The decrease in the general willingness to take risks is also likely to include a decrease in the willingness to take medical risks. Taking a risk? Rather not, even a medical one, or only if there is no other alternative. I would like to mention one last contemporary counter-argument. In the context of the skiing accident of Michael Schumacher, the German newspaper 'Welt am Sonntag' printed the following headline on January 5th, 2014: 'The popular sport of taking risks'. This perception and the well-researched and correct articles were nevertheless utterly wrong. Why was that? The authors committed a common methodological original sin because they compared the special (the absolute increase in the number of people taking part in dangerous sports) with the general, thus they compared part or parts with the whole. In a methodological context, it would be the same as if in resistance research 'the' Germans would be put on the same level as the few resistance heroes.

Democracy in medicine

Of course, the risk of war is the highest of all possible risks of life and should be avoided at all costs, both for sensible and moral reasons. State – society – risk, this topic can be finally viewed from a different perspective: In the context of 'welfare state' or 'social democratism' within and outside of social democracy. Independent of the presence of social democrats in the government, the modern state is a welfare state, which reduces and minimises the daily risk of its citizens. In summary: Post-heroic societies of welfare states are even less keen on risk-taking in their daily life than assumedly heroic societies, who have often consisted of more braggarts than of true heroes. In post-heroic societies, hardly anybody wants to be a hero. I get the impression that this fact cannot be ignored, even in medical risk research.

From a contemporary point of view, self-criticism of physicians, patient participation, co-determination and self-determination are anything but new topics but belated reactions to and the acceptance of a process involving all sections of Western societies, thus also the society of (West) Germany, that started in the 1960s. For good or for bad, it is the victory of the 68-generation and the transfer of the request to 'dare more democracy' propagated by former Chancellor Willy Brandt in his first governmental declaration in October 1969. Democracy is transferred into medicine by politics and society at a late stage, maybe even too late? This is not original, but is it necessary? The articles published here shall help answering this question.

Is it responsible if medical experts transfer their responsibility to medical laypeople? This question cannot be simply rejected. This multipart publication can only be the starting point of further contemplation and discussion.

Notes

Competing interests

The author declares that he has no competing interests.

References

1. Mühlhauser I, Albrecht M, Steckelberg A. Evidence-based health information and risk competence. *GMS Ger Med Sci.* 2015;13:Doc11. DOI: 10.3205/000215
2. Schweim H, Ullmann M. Media influence on risk competence in self-medication and self-treatment. *GMS Ger Med Sci.* 2015;13:Doc10. DOI: 10.3205/000214
3. Stahlmann R, Horvath A. Risks, risk assessment and risk competence in toxicology. *GMS Ger Med Sci.* 2015;13:Doc09. DOI: 10.3205/000213
4. Koller M, Hoffrage U. Societal perspectives on risk awareness and risk competence. *GMS Ger Med Sci.* 2015;13:Doc08. DOI: 10.3205/000212

5. Petersen T. "Wer sagt Ihnen, dass die Journalisten nicht recht haben?" – Empirische Befunde über das Verhältnis von Wissenschaft und Medien sowie zur Risikowahrnehmung der Bevölkerung. *atw*. 2012;57(6):380-6.

Please cite as

Wolffsohn M. Self-criticism of physicians, patient participation and risk competence. *GMS Ger Med Sci*. 2015;13:Doc06.
DOI: 10.3205/000210, URN: urn:nbn:de:0183-0002100

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/gms/2015-13/000210.shtml>

Received: 2014-12-02

Revised: 2015-05-04

Published: 2015-07-09

Corresponding author:

Prof. Dr. Michael Wolffsohn
Munich, Germany
mw@wolffsohn.de

Copyright

©2015 Wolffsohn. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Mediziner-Selbstkritik, Patienten-Partizipation und Risikokompetenz

Zusammenfassung

Mediziner-Selbstkritik und Patienten-Mitbestimmung sind die Grundpfeiler moderner Medizin-Ethik und -Programmatis. Von Ärzten erwarten Patienten eine Risikominimierung ohne meist zu realisieren, wieviel sie selbst aktiv beitragen könnten. Wie hoch ist aber derzeit die Risikobereitschaft der Bundesbürger wirklich? Direkte empirische Daten gibt es dazu nicht. Abgeleitet aus der allgemeinen historischen Empirie kann man aber annehmen, dass sie grundsätzlich sehr gering ist. Die postheroische Gesellschaft des Wohlfahrtsstaates toleriert Risiken sicher weniger als die vermeintlich heroische. In diesem Zusammenhang bekommt die Frage, ob es zu verantworten ist, wenn die medizinisch Kompetenten noch stärker ihre Verantwortung auf die medizinisch Nicht-Kompetenten übertragen, eine gesellschaftliche Aktualität.

Schlüsselwörter: Mediziner-Selbstkritik, Patienten-Partizipation, Risikominimierung, Sozialwissenschaft, Risikobereitschaft, Verantwortung

Zeitgemäßes Handeln in der Gesellschaft

Mediziner-Selbstkritik und Patienten-Mitbestimmung – das erwartet heute jedermann. Zurecht, denn das entspricht dem Zeitgeist. Sich gegen den Zeitgeist zu stemmen, fällt moralisch schwer, denn man ist isoliert. Wer isoliert ist, kann sich auf dem Markt, wenn überhaupt, nur mühsam behaupten. Wenn Mediziner Selbstkritik und Patienten-Mitbestimmung verweigern oder auch nur verringern, besteht die Gefahr wirtschaftlichen Selbstmords.

Wirtschaftliche Selbstmordgefahr droht sowohl niedergelassenen als auch Krankenhaus-Ärzten, Krankenhäusern schlechthin. Am Ende bliebe der medizinische Fortschritt, mangels materieller Mittel, auf der Strecke. Dem Zeitgeist gemäße Denken und Handeln sind keineswegs automatisch materieller, mut- oder charakterloser Opportunismus. Sie sind wirtschaftlich notwendig. Zeitgemäße bzw. zeitgeistgemäße Mediziner-Selbstkritik und Patienten-Mitbestimmung sind auch moralisch absolut vertretbar, ja, auch notwendig. Ihr Fehlen wäre inhuman, denn ohne Selbstkritik der Mediziner und ohne Mitbestimmung der Patienten gäbe es keine oder kaum Geborgenheit für Patienten.

Der Sorge, Fürsorge, Vorsorge, Nachsorge wegen und schließlich aus Angst vor Krankheit und letztlich Tod kommen Patienten zu Ärzten. Das ewige Leben wäre den meisten sicher am liebsten. Kein Mediziner kann es ihnen bieten, wohl aber versuchen, es zu verlängern und gesundheitlich angenehmer zu gestalten. Wenigstens Risi-

kominderung erwarten Patienten von Ärzten. Freilich übersehen jene dabei, dass sie selbst und keineswegs nur die Ärzte das gesundheitliche Risiko mindern können oder gar müssen, wenn sie es wirklich mindern wollen. So rückt auch Risikokompetenz der Patienten in den Mittelpunkt der medizinischen Debatte, des Nachdenkens über die Möglichkeiten und Grenzen der Medizin.

Mediziner-Selbstkritik und Patienten-Partizipation

Das Arzt-Patienten-Bild der Gegenwart lässt sich folglich so skizzieren: Die meisten Patienten lassen sich längst nicht mehr vom Arzt alles vor- oder verschreiben. (Der grammatikalische Singular umfasst Männliches ebenso wie Weibliches, so dass fortan auf tautologische genderpolitische Korrektheit verzichtet wird.) Viele, vielleicht sogar fast alle Ärzte gewähren ihren Patienten Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Partizipation längst nicht nur notgedrungen, sondern gerne und freiwillig. Patienten-Mitsprache und -Mitentscheidung sind außerdem nicht nur legal, also vom geltenden Recht gedeckt und gefordert, die meisten Mediziner halten sie für legitim, also absolut berechtigt und notwendig. Das dokumentieren nicht zuletzt die hier ge- und versammelten Texte. Sie belegen auch den selbstkritischen Geist, der, anders als in der „guten (wirklich?) alten Zeit“ in der Medizinerzunft – entgegen der gegenteiligen Legende – anzutreffen ist. Mediziner-Selbstkritik und Patienten-Partizipation sind die Grundpfeiler moderner Medizin-Ethik und -Programmatis. Längst sind Ärzte nicht mehr die allmächtigen, allwissenden und kassierenden (Halb-)„Götter in Weiß“.

Michael Wolffsohn¹

1 München, Deutschland

Diese Entwicklung ist höchst begrüßenswert. Der Verzicht auf die neuen Medizin-Tugenden wäre anachronistisch, entspräche alter Zeit, widerspräche dem Zeitgeist und wäre gegenteilig.

Eine Frage wird dabei vielleicht zu selten bedacht. Diese: Besteht und entsteht durch Mediziner-Selbstkritik und Partizipation durch Patienten ein höheres Risiko für Patienten? Hier Expertenwissen, dort Meinung. Meinungsfreiheit gilt. Sie ist grundgesetzlich geschützt. Doch Meinung und Risikokompetenz sind nicht unbedingt kompatibel. Führt der medizinethische Doppelpfeiler letztlich gar zum Überwälzen, Abladen, Abschieben medizinischer Verantwortung, des medizinischen Risikos vom Arzt auf den Patienten, vom Experten auf den Laien? Wird der laienhafte Patient durch Partizipation nicht vollkommen überfordert? Die Beantwortung dieser Frage bedarf einer radikalen (= zu der oder den Wurzeln führenden) Kritik der Mediziner-Selbstkritik, sozusagen einer Kritik der Kritik.

Risikokompetenz unter unterschiedlichen Perspektiven

Risikokompetenz ist dabei das Schlüsselwort, das Schlüsselthema, das Thema dieses Themenheftes aus jeweils verschiedenen Perspektiven.

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen „müssen wissenschaftsorientiert, unabhängig, vollständig, ehrlich und verständlich sein“, fordern Ingrid Mühlhauser et al. [1]. Liegen diese hehren Ziele aber nicht Lichtjahre voneinander entfernt? Können Experten ihr hochspezialisiertes Wissen überhaupt Laien verständlich erklären? Gleicht diese Forderung nicht der Quadratur des Kreises?

Verständlichkeit versprechen (und halten) eher die Medien – nicht zuletzt durch kaum vertretbare Vereinfachungen. Bleibt da die Wissenschaft auf der Strecke? Die Zusammensetzung von Babynahrung mag leicht zu erklären sein, aber doch nicht hochgradig spezialisierte Therapiepakete. Oder doch? Harald Schweim und Marcela Ullmann zeigen den Einfluss von Medien auf die Risikokompetenz bei Selbstmedikation und wo er verbesserungsfähig wäre [2].

„Das Verständnis der toxischen Wirkungen von Stoffen setzt ein gutes Verständnis der Physiologie bzw. Biochemie voraus“, stellen Ralf Stahlmann und Aniko Horvath fest [3]. An der Richtigkeit dieser Aussage dürfte nicht zu zweifeln sein. Wie gelangt man dann aber zur Verwirklichung einer anderen Wichtigkeit: der Patienten-Partizipation? Wird sie nicht zur Fiktion? Ein „stärkeres Bewusstsein“ für die vorhandenen Probleme sei zu schaffen. Gewiss. Aber wie? Sollen Manager, Lehrer, Sekretärinnen oder Bauarbeiter nebenbei Biochemie studieren? Sind Mediziner-Selbstkritik und Patienten-Partizipation, so gesehen, nicht eine regelrechte Mogelpackung? Bräuchten die Laienpatienten nicht zwei Leben, um das eine Leben durch Begleitstudien zu retten? Spätestens hier stößt die Medizin an ihre Grenzen.

Gesellschaftliche Perspektiven der Risikowahrnehmung und Risikokompetenz erörtern Michael Koller und Ulrich Hoffrage [4]. Das paternalistische Modell sei nicht mehr zeitgemäß „und wird zunehmend durch die gemeinschaftliche Entscheidungsfindung abgelöst“, befinden sie. Ist die Gemeinschaftlichkeit für den Patienten nicht geradezu lebensbedrohlich? Riskant ist sie allemal.

Empirische Daten der Sozialwissenschaft

Wie sind gemeinschaftliche Entscheidungsfindung und Risikoscheu „der“ Deutschen vereinbar? Was und wie hoch ist die medizinische Risikokompetenz und -bereitschaft „der“ Deutschen?

„Die“ Deutschen gibt es für sozialwissenschaftlich orientierte Historiker so wenig wie „die“ Amerikaner, Franzosen, Juden und so weiter. Pauschalisierende Verallgemeinerungen und seriöse Analyse schließen einander aus. Sehr wohl aber gibt es inzwischen empirisch-repräsentative Daten, also mehr oder weniger seriöse Umfragen, über fast alles und jedes in fast jedem Zipfel der Erde; auch in Deutschland. Allerdings sind mir Umfragen direkt zu unserem Thema nicht bekannt. Die indirekten empirischen Befunde des Instituts für Demoskopie Allensbach (IfD) ergeben jedoch ein klares Bild. Thomas Petersen vom IfD resümiert, „dass die Furcht der (deutschen; MW) Bevölkerung vor verschiedenen Lebensrisiken in manchen Punkten mit den tatsächlichen Gefahren in einem auffallenden Kontrast steht“ ([5], S. 380).

Jenseits der empirischen Repräsentativität muss sich die Geschichtswissenschaft (auch) diesbezüglich mit anderen Indikatoren begnügen. Sie alle entsprechen allerdings nicht den methodischen Grundanforderungen der empirischen Sozialwissenschaft.

Wir können versuchen, dominante gesellschaftlich-kulturelle Strömungen, Zeitgeistströmungen, darzustellen. Doch wie wäre diese Darstellung zu operationalisieren? Das ist hier die Frage. Nicht selten wird dabei der subjektive Faktor, die subjektive Wahrnehmung, der subjektive Wunsch des Analysierenden als Wirklichkeit präsentiert. Das ist oft jedoch mehr Schein als Sein, wenngleich gelehrt, gebildet und scheinbelegt vorgetragen.

Vermeintliche Risikobereitschaft

Hier sei der Versuch gewagt, die tatsächliche oder vermeintliche medizinische Risikobereitschaft „der“ Deutschen zu skizzieren. Das kann (soweit ich sehe) historisch ohne Demoskopie nur versucht werden, indem vom Allgemeinen aufs Besondere geschlossen wird, sprich: Vom allgemeinen Gang der Geschichte auf die spezifische Risikobereitschaft in einer bestimmten Epoche. Bestenfalls erkennbar wird dabei freilich nur die vermeintliche Risikobereitschaft, sowohl aufs Allgemeine als auch aufs Medizinische bezogen. Harte Fakten fehlen, Vorsicht ist also bei diesen weichen Aussagen geboten.

Historisch risikofreudig, geradezu heroisch, scheinen uns Heutigen „die“ Deutschen vom frühen 19. Jahrhundert bis 1945. Das scheinbar, das vermeintlich heroische Zeitalter der Deutschen begann angeblich und vor allem während der antinapoleonischen Befreiungskriege. Sie brachten zwar die Befreiung von Napoleon, doch nicht die Freiheit. Selbst in jener Zeit entspricht aber der zweite Blick nicht dem ersten. So begeistert, wie die Legende behauptet, zogen die meisten deutschen Männer, vor allem Bürgerliche, nicht in den Krieg. Wenn sie denn in den Krieg zogen. Wer konnte, drückte sich. Es kämpften (wie begeistert wirklich?) meist Ärmere, also weniger oder ungebildete Bauern und unterbürgerliche Schichten. Und nicht jeder, der sich drückte, verzichtete darauf, sich stramm-vaterländisch auszudrücken und andere in den Kampf zu schicken.

Was schließen wir daraus für das Thema Risikobereitschaft? Dass auch die Deutschen jener Zeit Menschen waren, deren Überlebenstrieb weit stärker als ihr Todestrieb war, Menschen, die, wo Lebensgefahr drohte, lieber kein Risiko eingingen – wenn sie denn die Möglichkeit hatten. Das Muster kennen wir nicht nur aus der deutschen, sondern aus der Menschheitsgeschichte. Wenn überhaupt, zog man in den Krieg, nahm also lebensgefährliche Risiken in Kauf, wenn Belohnung winkte – oder wenn die eindeutige Alternative zum Nicht-Risiko bzw. zum Nicht-Kampf der sichere Tod war.

Gewiss, nicht jedes Risiko ist lebensgefährlich, aber auch ungefährliche Risiken nehmen die meisten Menschen (freilich nicht alle) historisch-empirisch lieber nicht in Kauf. Ruhe mag zwar nicht die erste Bürgerpflicht sein, doch ein ruhiges (Da-)Sein zieht „der“ Mensch offenbar vor. Auf Einzelbelege muss ich verzichten, ich kann es nur aus der Kriegs- bzw. Risikogeschichte der Menschheit und somit auch „der“ Deutschen ableiten. Wir haben es offenbar mit einer anthropologischen Konstante zu tun, die wir fallweise historisch, epochenübergreifend beschreiben können.

Kontern werden nun manche und auf den legendären preußischen und/oder deutschen Militarismus verweisen: 1864 gegen Dänemark, 1866 gegen Österreich, 1870/71 gegen Frankreich, den Ersten und den Zweiten Weltkrieg. Leider (oder Gott sei Dank) wurde jener legendäre deutsche Militarismus von 1864 bis 1918 historisch-empirisch-wissenschaftlich inzwischen als Legende erforscht bzw. entlarvt. Den Zweiten Weltkrieg hat zweifellos Deutschland, haben Hitler und Konsorten, verursacht, sprich: verbrochen. Doch „die“ Deutschen zogen 1939ff eher bang als begeistert in den Krieg. Sie wussten nämlich zum Teil aus eigener Anschauung bis 1918, dass er millionenmörderisch, also höchst riskant ist. 57 Millionen Menschen hat der Zweite Weltkrieg das Leben gekostet. Das freiwillig und/oder unfreiwillig heroische Zeitalter ging in Deutschland sowie in den anderen am Zweiten Weltkrieg beteiligten Gesellschaften zu Ende. Seitdem leben wir in einem eindeutig postheroischen, antiheroischen Zeitalter. Das bedeutet: die anthropologisch niedrige Risikobereitschaft ist noch niedriger als zuvor.

Abgeleitet aus der allgemein historischen Risikobereitschaft dürfte auch die medizinische gesunken sein. Risiko? Im Prinzip nein. Auch kein medizinisches. Ja, nur wenn es keine Alternative zum Risiko gibt. Ein letztes, zeithistorisches, tagesbezogenes Gegenargument sei erwähnt. Im Zusammenhang mit dem Skiunfall Michael Schumachers titelte die „Welt am Sonntag“ am 5. Januar 2014: „Volkssport Risiko“. Diese Wahrnehmung und die dazu gut recherchierten und an sich richtigen Artikel waren dennoch grundfalsch. Der Grund: Die Autoren begingen eine häufig anzutreffende, methodische Ursünde. Sie setzen das Besondere (die absolute Zunahme an Risikosportlern) mit dem Allgemeinen gleich, also den Teil oder die Teile mit dem Ganzen. Das wäre methodisch etwa so, als ob die Widerstandsforschung, weil auf den Widerstand gegen Hitler & Co bezogen, die wenigen Widerstandshelden mit „den“ Deutschen gleichsetzte.

Demokratie in der Medizin

Gewiss, das Kriegsrisiko ist das größte aller Lebensrisiken. Es zu vermeiden, ist in jeder Hinsicht geboten, sinnvoll und moralisch. Staat-Gesellschaft-Risiko, dieses Thema kann auch, ganz kurz und abschließend, anders betrachtet werden. Stichwort „Wohlfahrtsstaat“ bzw. „Sozialdemokratismus“ innerhalb und außerhalb der Sozialdemokratie. Der Moderne Staat ist, mit und ohne Sozialdemokraten in der Regierung, Wohlfahrtsstaat, und jeder Wohlfahrtsstaat reduziert und minimiert das Alltagsrisiko seiner Bürger. Wenn nicht, ist Abwahl programmiert. Fazit: Die postheroische Gesellschaft des Wohlfahrtsstaates mag Alltags-Risiken noch weniger als die vermeintlich heroische, in der man erfahrungsgemäß mehr Maulhelden als echte Heroen antraf. In der postheroischen will kaum jemand Held sein. Mir scheint, dass auch die medizinische Risikoforschung an diesem Befund nicht vorbeikommt.

Zeitgeschichtlich betrachtet ist der Mediziner-Geist von Selbstkritik, Partizipation, Mit- und Selbstbestimmung alles andere als neu. Es ist vielmehr die verspätete Reaktion auf und Akzeptanz der gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen in der westlichen Welt und eben auch in (West-) Deutschland seit den 1960er Jahren. Es ist – ob gut oder schlecht – der Sieg der 68er und der Transfer der von Bundeskanzler Willy Brandt in seiner ersten Regierungserklärung vom Oktober 1969 vorgetragenen (Auf-)Forderung, „mehr Demokratie (zu) wagen“.

Demokratie wird (spät, gar verspätet?) von Politik und Gesellschaft in die Medizin getragen. Originell ist das nicht. Ist es notwendig? Unter anderem diese Frage sollen die hier publizierten Artikel zu beantworten helfen.

Ist es zu verantworten, dass und wenn die medizinisch Kompetenten ihre Verantwortung auf die medizinisch Nicht-Kompetenten übertragen? Einfach abzuweisen ist diese Frage gewiss nicht. Hierüber sollte, ausgehend von den hier veröffentlichten Texten, weiter gedacht werden. Die vorliegende Publikation kann deshalb nur der Anfang neuerlichen Nachdenkens sein.

Anmerkungen

Interessenkonflikte

Der Autor erklärt, dass er keine Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel hat.

Literatur

1. Mühlhauser I, Albrecht M, Steckelberg A. Evidence-based health information and risk competence. *GMS Ger Med Sci.* 2015;13:Doc11. DOI: 10.3205/000215
2. Schweim H, Ullmann M. Media influence on risk competence in self-medication and self-treatment. *GMS Ger Med Sci.* 2015;13:Doc10. DOI: 10.3205/000214
3. Stahlmann R, Horvath A. Risks, risk assessment and risk competence in toxicology. *GMS Ger Med Sci.* 2015;13:Doc09. DOI: 10.3205/000213
4. Koller M, Hoffrage U. Societal perspectives on risk awareness and risk competence. *GMS Ger Med Sci.* 2015;13:Doc08. DOI: 10.3205/000212
5. Petersen T. "Wer sagt Ihnen, dass die Journalisten nicht recht haben?" – Empirische Befunde über das Verhältnis von Wissenschaft und Medien sowie zur Risikowahrnehmung der Bevölkerung. *atw.* 2012;57(6):380-6.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Michael Wolffsohn
mw@wolffsohn.de

Bitte zitieren als

Wolffsohn M. Self-criticism of physicians, patient participation and risk competence. *GMS Ger Med Sci.* 2015;13:Doc06.

DOI: 10.3205/000210, URN: urn:nbn:de:0183-0002100

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/gms/2015-13/000210.shtml>

Eingereicht: 02.12.2014

Überarbeitet: 04.05.2015

Veröffentlicht: 09.07.2015

Copyright

©2015 Wolffsohn. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.