

Wolfgang Huber

Was wirklich zählt
Barrierefreiheit aus ethischer Perspektive

Vortrag bei der Kooperationstagung der ärztlichen und
zahnärztlichen Spitzenorganisationen
am 9. September 2013 in Berlin

I.

Der 33jährige Raul Krauthausen leidet an der sogenannten Glasknochenkrankheit, der Osteogenesis imperfecta. Er beteiligte sich im August an einer Initiative der „Aktion Mensch“, bei der die Barrierefreiheit von Wahllokalen geprüft wurde. Menschen mit Behinderungen sollen einen barrierefreien Zugang zu Wahllokalen haben. Deshalb prüft Raul Krauthausen zusammen mit dem Blindenfußballer Michael Wahl und der Expertin für leichte Sprache Petra Groß ausgewählte Wahllokale. Der Verweis auf die Möglichkeit der Briefwahl reicht Raul Krauthausen nicht. Er wendet ein: „Wir wollen uns nicht vorschreiben lassen, auf welchem Weg wir wählen gehen.“ Ein Fahrstuhl allein löst auch nicht alle Probleme – zumal wenn es an einer klaren Beschilderung fehlt. Piktogramme werden zu selten eingesetzt; vielfach fehlt ein Leitsystem für Blinde. Maßlos sind die Prüfer nicht; sie wissen, dass sie behindertengerechte Bedingungen nicht auf jedem Dorf vorfinden können. Aber mobile Rampen für Rollstuhlfahrer, Piktogramme an den Wahlkabinen und Schablonen für Blinde sind nicht zu schwer zu organisieren. Im Grundsatz orientiert sich diese Initiative am Ziel

einer „selbstverständlichen und selbstbestimmten Teilhabe aller Menschen am politischen Leben“.

Nach Aussage der „Aktion Mensch“ sind zur Bundestagswahl in diesem Jahr ungefähr sieben Millionen Schwerbehinderte wahlberechtigt, hinzu kommen ungefähr einundzwanzig Millionen mit schlechter Lesefähigkeit. Nur wenige Wahlurnen sind barrierefrei zu erreichen; und Wahlprogramme in leichter Sprache sind noch keineswegs selbstverständlich (wobei leichte Sprache und populistische Slogans nicht dasselbe sind). Leichte Sprache erhöht die Verständlichkeit von Wahlprogrammen übrigens nicht nur für Menschen mit geistigen Einschränkungen; es gibt auch andere, die sich in der gegenwärtigen Politiksprache nur schwer zurechtfinden. Auch für das TV-Duell der Kanzlerin und des Kanzlerkandidaten wird „leichte Sprache“ kaum als treffende Bezeichnung durchgehen.

Barrierefreiheit ist zu einem gesellschaftlichen Elementartheme geworden. Sie ist nicht länger eine Spezialität für Spezialisten. Sie ist in den Rang eines Menschenrechts aufgerückt. In Deutschland hat bereits das Behindertengleichstellungsgesetz von 2002 Barrierefreiheit zum behindertenpolitischen Leitbegriff erklärt; im § 4 dieses Gesetzes findet sich folgende Definition: „Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.“ Mit der UN-Behindertenrechtskonvention wurde ein

neues Kapitel in der Diskussion über dieses Thema aufgeschlagen. Dieses „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“, das 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedet wurde und nach der nötigen Zahl von Ratifizierungen bereits 2008 in Kraft trat, ist heute von 156 Staaten unterzeichnet. Im Rahmen der weltweiten Bewegung zur Konkretisierung und Durchsetzung der Menschenrechte kann die UN-Behindertenrechtskonvention insofern als ein besonders erfolgreiches Dokument angesehen. Doch wirklich erfolgreich ist sie erst, wenn es im Alltag der Menschen Konsequenzen hat.

Bewusst verzichtet die Konvention auf eine Definition von Behinderung; ausdrücklich verweist sie darauf, dass das Verständnis von Behinderung sich weiterentwickelt. Der Umgang mit dem Begriff ist eher beispielhaft. So heißt es in Artikel 1 Satz 2: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ Die Behinderung an der wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft wird unter dem Gesichtspunkt der gleichen Würde jedes Menschen betrachtet; deshalb ist nicht die Forderung nach besserer Teilhabe, sondern das Faktum der Exklusion begründungspflichtig. Die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft schließt unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft (Artikel 19), Arbeit und Beschäftigung (Artikel 27), angemessenen Lebensstandard und sozialen Schutz (Artikel 28) sowie die Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport (Artikel

30) ein. Damit wird der Defizit-Ansatz der Behindertenpolitik verabschiedet, der sich an der Kompensation von Mängeln orientiert. An seine Stelle tritt ein Inklusions-Ansatz, der den Anspruch auf gleiche Partizipation zum Ausgangspunkt hat und dessen Schlüssel daher im Abbau von Partizipationshindernissen besteht. Verschiedenheit, Diversität wird nicht als ein problematisches Kennzeichen der Gesellschaft, sondern als Ausdruck ihres Reichtums angesehen. In diese Vorstellung von der „Würde der Verschiedenen“ wird die Lage von Menschen mit spezifischen Einschränkungen eingeordnet. Ihre Inklusion findet besondere Aufmerksamkeit.

An zwei Beispielen wird seitdem die Tragweite der neuen Sichtweise auf Behinderung besonders intensiv diskutiert: am Recht auf Bildung und am Zugang zum erreichbaren Höchstmaß an Gesundheit. Auch andere Bereiche – zum Beispiel die Beteiligungsgerechtigkeit am Arbeitsmarkt oder die kulturelle Partizipation – sind von vergleichbarer Bedeutung. Doch ohne Zweifel stellen Bildung und Gesundheit für das Ziel einer inklusiven Gesellschaft Schlüsselthemen dar.

Dabei kann ich das Thema einer inklusiven Bildung nur streifen. Nach Artikel 24 der Behindertenrechtskonvention erfordert das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen sowie lebenslanges Lernen. Ziel muss es sein, dass „Menschen mit Behinderungen ihre Persönlichkeit, ihre Begabungen und ihre Kreativität sowie ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten voll zur Entfaltung bringen“ können und „zur wirklichen Teilhabe an einer freien Gesellschaft“ befähigt werden. Behinderung darf kein Grund dafür sein, Menschen

vom allgemeinen Bildungssystem auszuschließen. Zugleich wird aber auch darauf hingewiesen, dass Menschen mit Behinderungen innerhalb des allgemeinen Bildungssystems die notwendige, individuell angepasste Unterstützung erfahren müssen. Das gilt insbesondere auch für die Aufgabe, ihnen den Zugang zu lebenspraktischen Fertigkeiten und sozialen Kompetenzen zu erleichtern, ohne die sie nicht an der Gesellschaft teilhaben können. Dafür sind die Brailleschrift und die Gebärdensprache die deutlichsten, in der Behindertenrechtskonvention auch ausdrücklich erwähnten Beispiele. Man sieht an ihnen, dass die Integration in das allgemeine Bildungswesen die Differenzierung der Bildungsangebote keineswegs überflüssig macht, sondern notwendigerweise voraussetzt. Deshalb führen bildungspolitische Initiativen zur Inklusion, die mit dem Anschein einer Verringerung von differenzierter Förderung verbunden sind, nicht weiter, sondern eher in die Irre. Auch wenn der Begriff der „Sonderpädagogik“ – wie schon vor einem halben Jahrhundert der Begriff der „Hilfsschule“ – aufgegeben wird, so vermindert sich dadurch nicht der Bedarf an differenzierten pädagogischen Konzepten und vor allem an differenzierter pädagogischer Unterstützung und Förderung.

Der Artikel der Behindertenrechtskonvention über das Thema „Gesundheit“ schließt sich an denjenigen zum Bereich der Bildung unmittelbar an. Artikel 25 der Behindertenrechtskonvention bekräftigt „das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“. Menschen mit Behinderungen haben Anspruch auf „eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben

Qualität und auf demselben Standard“ wie andere Menschen. Das schließt, gerade in ländlichen Gebieten, gemeindenahe Gesundheitsleistungen ein. Die Gesundheitsberufe werden dazu verpflichtet, „Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen“ – die freie Einwilligung nach vorheriger Aufklärung eingeschlossen – und durch Schulungen und ethische Normen die Fähigkeit wie die Bereitschaft dazu zu stärken. Die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in Kranken- und Lebensversicherung oder die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsleistungen werden ausdrücklich ausgeschlossen. Der Grundsatz des gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen verpflichtet vielmehr – ebenso wie wir das schon bei der Bildung beobachtet haben – zu Maßnahmen, „die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden“, unter Einschluss derjenigen Maßnahmen, „durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen.“ Auch in diesem Fall ist differenzierte Unterstützung eine direkte Konsequenz aus der Anerkennung der gleichen Würde der Verschiedenen. Die Inklusion von Behinderten in das Gesundheitswesen darf also nicht als Rechtfertigung dafür dienen, auf spezielle medizinische Zentren für Menschen mit Behinderungen zu verzichten; sie sollten vielmehr dort, wo das notwendig und machbar ist, eingerichtet werden. Und im Krankenhaus kann die Inklusion kein Grund dafür sein, dass Patienten mit Behinderungen und den damit verbundenen zusätzlichen Aufgaben einfach in die DRG-Finanzierung eingeordnet werden, womit, falls sie keinen

Pflegeassistenten haben, die für sie notwendige zusätzliche Pflege unfinanziert bleibt.

Wenn man die beiden exemplarisch ausgewählten, aber zugleich auch sachlich zentralen Felder gesellschaftlicher Integration – Bildung und Gesundheit – zu Grunde legt, dann erfordert das Leitbild einer inklusiven Gesellschaft eine Umkehrung der Frage nach Behinderung. Bundespräsident Joachim Gauck hat das unlängst präzise auf den Begriff gebracht, indem er sagte: „Die Frage heißt nicht mehr: Wer ist behindert? Sondern: Wer wird behindert – und wodurch? Politik, Wirtschaft und Gesellschaft müssen sicher noch mehr als bisher dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen ... selbstverständlich teilhaben können.“ Und Joachim Gauck fügte hinzu: „Menschen mit Behinderungen haben mich oft beeindruckt mit ihrer Energie und ihrer ansteckenden Lebensfreude, auch mit ihrem enormen Einsatz zum Beispiel im Sport! Und mich beeindruckt ihr Engagement in eigener Sache. Es ist ganz wichtig, dass Menschen mit Behinderungen und ihre Organisationen sich immer wieder zu Wort melden und für das Ziel einer ‚Miteinander-Gesellschaft‘ werben.“ (Bild am Sonntag, 25. August 2013, 13).

Nach dem Beitrag der Gesundheitsberufe, insbesondere von Medizin und Zahnmedizin, zu einer solchen „Miteinander-Gesellschaft“ fragen Sie mit der heutigen Tagung. Sie signalisieren damit die Bereitschaft, die Fragerichtung umzukehren. Nicht: Wer ist behindert? Sondern: Wer wird behindert – und wodurch?

II.

Leicht ist ein solcher Perspektivenwechsel nicht. Denn unser Menschenbild orientiert sich – dank der Fortschritte von Lebenswissenschaften und Gentechnik sogar in verstärktem Maß – an dem Leitbild des vollkommenen Menschen. Durch diese Tendenz wird es uns nicht leichter, sondern schwerer gemacht, die Überzeugung von der gleichen Würde der Verschiedenen in vollem Umfang in unser Denken und Handeln einzubeziehen – und bei Verschiedenheit dabei nicht nur Unterschiede der Herkunft, der Religion, des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung, sondern auch Unterschiede einzubeziehen, die sich aus gesundheitlichen Einschränkungen ergeben. Im Blick auf die Gesundheitsberufe kann man sich diese Schwierigkeit leicht an einer Überlegung über das Menschenbild verdeutlichen, von dem sich das Gesundheitswesen unserer Zeit leiten lässt.

Giovanni Maio hat in seinem 2012 erschienenen Lehrbuch der Medizinethik – mit dem Titel: „Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin“ – nach den Menschenbildern in der modernen Medizin gefragt und vier derartige Menschenbilder hervorgehoben. Der Mensch als Körper-Maschine, der Mensch als souveräner Kunde, der Mensch als atomistisches Einzelwesen und der Mensch als das Machbare. Die Liste ist bestimmt nicht vollständig; und die vier von Maio ausgewählten Bilder vom Menschen schließen sich keineswegs aus. Vielmehr weisen sie gerade in ihrer Zusammengehörigkeit auf Züge im modernen Menschenbild hin, die keineswegs auf die Medizin beschränkt sind, in ihr aber besonders deutlich hervortreten. Ich will den inneren Zusammenhang dieser vier Bilder folgendermaßen skizzieren.

Der Siegeszug der modernen Naturwissenschaft hat auch vom Menschen Besitz ergriffen. Der Mensch erkennt nicht nur die Natur und bemächtigt sich ihrer; er ist auch selbst Natur. Indem er die eigene Natur erforscht, will er auch über sie die Herrschaft erringen. Deshalb gehört es zu den großen Kränkungen neuzeitlichen Selbstbewusstseins, wenn dem Menschen nachgewiesen wird, dass er nicht Herr im eigenen Hause ist, wie dies durch Sigmund Freuds Psychoanalyse geschah. Doch selbst diese Kränkung hat den Siegeszug der naturwissenschaftlichen Denkweise in der Medizin nicht aufhalten können. Deren Grundsatz heißt: Der menschliche Körper ist nach den Gesetzen der Naturwissenschaften zu erforschen und nach Möglichkeit funktionsfähig zu halten. Die Aufgabe einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin besteht demnach darin, die Grenzen des Machbaren nach Möglichkeit immer weiter hinauszuschieben und Menschen dabei zu helfen, dass sie immer größere Teile ihrer Lebensspanne bei guter Gesundheit ausschöpfen können. Mit den Erfolgen medizinischer Forschung und Praxis verbindet sich weithin die Vorstellung von einer Perfektibilität des Menschen; die Aufgabe der Medizin wird nicht nur darin gesehen, Leben zu erhalten, sondern es zu vervollkommen. Die Orientierung an den Zielvorstellungen von Leistungsfähigkeit, Fitness und Attraktivität (Michael Seidel) drängt den Sinn für die Verletzlichkeit des Menschen in den Hintergrund. Zugleich werden Menschen vorrangig nach ihrer genetischen Ausstattung taxiert; Behinderung soll am besten, wie der Umgang mit der Trisomie 21, der Praena-Test oder die PID zeigen, vor der Geburt, ja vor der Schwangerschaft ausgeschlossen werden. Dabei schwindet die Aufmerksamkeit dafür, dass der größere Teil der für

das ganze künftige Leben folgenreichen Einschränkungen nicht genetisch bedingt ist, sondern durch lebensgeschichtliche Ereignisse eintritt.

Die naturwissenschaftlich-technisch begründete und ausgestaltete medizinische Tätigkeit ist angesichts der Staunen erregenden Fortschritte der Medizin auch ökonomisch so erfolgreich, dass der Gesundheitsmarkt sich zu einem Treiber der wirtschaftlichen Entwicklung insgesamt entwickelt hat. Der Patient wird zum Kunden, der selbstbestimmt – auf der Grundlage der von der Ökonomie schon lange verfochtenen Konsumentensouveränität – Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt, diese aber zugleich vom Solidarsystem finanzieren lässt. Soweit er sich lediglich als selbstbestimmtes Individuum versteht, wird er dazu neigen, die Vorteile dieses Systems für sich in Anspruch zu nehmen, ohne sich über dessen langfristige Nachhaltigkeit allzu viele Gedanken zu machen.

Naturwissenschaftliches Kausalitätsdenken, die Zuwendung zum Gedanken der Perfektibilität des Menschen und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens stehen in einem inneren Zusammenhang miteinander. Doch kann das durch diese Eckpunkte bestimmte Menschenbild das letzte Wort haben? Beim Notfalleinsatz nach einem Unfall, bei der Notaufnahme im Krankenhaus, beim Kampf um ein Menschenleben auf der Intensivstation, bei der Gebrechlichkeit im Alter und bei vielen anderen Vorgängen tritt gerade in den Gesundheitsberufen der Mensch in seiner Verletzlichkeit in den Blick. Er begegnet als ein Wesen, das auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger bemühen sich darum, das Leben

von Menschen zu erhalten, die in vielen Fällen nicht bei Bewusstsein sind, so dass sie sich zu den Therapiezielen, an denen sich das ärztliche Handeln orientiert, gar nicht äußern können. In vielen Fällen sind die Suche nach einer Patientenverfügung, das Gespräch mit Angehörigen oder andere Maßnahmen, um die fehlende Einwilligungsfähigkeit auszugleichen, erst in einem zweiten oder dritten Schritt möglich. Unmittelbare, unvertretbare Verantwortung der Ärztin und des Arztes ist gefragt.

Das ärztliche Handeln hat auch nach meinen persönlichen Erfahrungen den vulnerablen, beziehungsbedürftigen, auf Stellvertretung angewiesenen Menschen vor Augen. Im Alltag von Ärztinnen und Ärzten zeigt sich deshalb ein anderes Bild vom Menschen, als ich es zunächst geschildert habe. Nicht die perfekte Maschine, der souveräne Kunde, der isolierte Egoist, der das Machbare ausschöpfende *homo faber* tritt vor Augen. Zu erkennen ist vielmehr der Mensch in seiner Endlichkeit und Verletzlichkeit, in seiner Hilfsbedürftigkeit, in der er nur leben kann, wenn andere für ihn eintreten.

So zeigen sich in der Praxis der heutigen Medizin zwei Grundlinien des Menschenbildes in ihrem spannungsvollen Miteinander, die in unserem durch Antike und jüdisch-christliche Tradition geprägten Kulturkreis und seinem Ethos das Nachdenken über den Menschen immer wieder in Bewegung gesetzt und in Bewegung gehalten haben. Diese beiden Grundlinien manifestieren sich historisch besonders markant einerseits im griechischen, andererseits im biblischen Bild vom Menschen. Unser Menschenbild beruht auf der Spannung wie auf dem Zusammenklang dieser beiden Grundlinien.

Das griechische Bild eines Menschen, der durch die Vollkommenheit der Tugend, durch das Ideal der Schönheit und durch gelingendes Leben ausgezeichnet ist, orientiert sich an der gesunden, ja makellosen Person, wie sie in den Statuen von Phidias oder Praxiteles in einer uns auch heute unmittelbar anrührenden Weise dargestellt ist. Die Vorstellung von menschlicher Würde ist an der Person ausgerichtet, in der sich die Qualität der Leistung und die Anmut des Körpers miteinander verbinden, also an der unmittelbaren Verbindung des Guten und des Schönen. Der Sieger in den Wettkämpfen von Olympia ist der Prototyp dieser Vereinigung zwischen dem Guten und dem Schönen. Man kann insofern von einem olympischen Modell des Menschen sprechen. Diesem Modell entspricht die Hochschätzung der Autonomie, der Selbstbestimmung des Menschen.

Auch die biblische Tradition ist von einer bemerkenswerten Hochschätzung des Menschen geprägt. Sie zeigt sich in der Überzeugung, dass Gott den Menschen zu seinem Ebenbild geschaffen hat. Der Mensch ist deshalb nur „wenig niedriger“ als Gott (Psalm 8). Doch mit dieser Hochschätzung verbindet sich eine ausdrückliche Hinwendung zum Leidenden, Kranken, der Hilfe Bedürftigen. Dass der Mensch ein verletzliches, auf die Hilfe anderer angewiesenes Wesen ist, tritt in der biblischen Tradition markant hervor – ganz besonders im leidenden Hiob, der scheinbar alles Unglück dieser Welt auf sich zieht. In der Zuwendung Jesu zu den Kranken und dem Bild von Jesus als Arzt – das doch bei allen Ärztinnen und Ärzten das Herz höher schlagen lassen muss – , aber auch in der Gestalt des leidenden Christus tritt uns dieser Grundzug der biblischen Botschaft deutlich entgegen. Wir können deshalb von

einem jesuanischen Modell des Menschen sprechen. Diesem Modell entspricht die Hochschätzung der Nächstenliebe, der Fürsorge für den Mitmenschen.

Die Spannung zwischen den beiden geschilderten Menschenbildern ist tief in unserem kulturellen Bewusstsein verankert. Das olympische, leistungsorientierte Ideal ist ein kräftiger Anstoß für die Bereitschaft, sein Bestes zu geben und seine Gaben zu entfalten. Das jesuanische Ideal, das den leidenden Menschen würdigt, gibt unserem Menschenbild und unserem Wertesystem eine tiefe und echte Humanität. Es ist an der Zeit, dass wir die Spannung wie die Zusammengehörigkeit dieser Haltungen wieder entdecken und in unserer Gesellschaft zur Geltung bringen. Das bedeutet aber auch, dass Autonomie und Nächstenliebe, Selbstbestimmung und Fürsorge in der Balance gehalten werden. Bei aller Pflicht, sich am Patientenwillen sowie am medizinisch Machbaren auszurichten, hat das ärztliche Ethos nach meiner Auffassung seine Grundlage in dieser Balance von Autonomie und Nächstenliebe, von Selbstbestimmung und Fürsorge, von olympischem und jesuanischem Modell.

Die Medizin schuldet dem Menschen ein unverkürztes, ganzheitliches Menschenbild. Eine solche Erweiterung des Blicks auf den Menschen verbindet sich mit der Einsicht, dass die Medizin es nicht nur mit der Perfektibilität, sondern auch, ja vor allem mit der Vulnerabilität des Menschen zu tun hat. Diese Einsicht muss gerade angesichts der Möglichkeiten der modernen Medizin erneuert und vertieft werden. Daraus folgt die Bereitschaft, die Verletzlichkeit, Hinfälligkeit und Endlichkeit ebenso als Teil des Menschseins zu verstehen wie Leistungsfähigkeit und Lebenskraft. Der

menschenwürdige Umgang mit Behinderungen und Einschränkungen gehört in diesen Zusammenhang.

III.

Ich wollte Ihnen eine vergleichsweise grundsätzliche Überlegung nahe bringen, um Ihnen zu verdeutlichen: Was wirklich zählt, ist der verletzte genauso wie der leistungsfähige, der eingeschränkte genauso wie der mit vielen Kräften begabte Mensch. Der gleiche Zugang aller Menschen zu Gesundheitsleistungen gehört zu den elementaren Anforderungen eines Ethos, das von der Liebe zum Nächsten und von der gleichen Würde jedes Menschen bestimmt ist. Ein Handeln, das diesem Ethos entspricht, mit den Ressourcen der Gesellschaft und den wirtschaftlichen Erfordernissen der Gesundheitsberufe in Einklang zu bringen, ist eine der großen Herausforderungen unserer Zeit. Dabei kommt es wie in anderen Zusammenhängen so auch hier darauf an, ob man dem Handeln von Ärzten, Zahnärzten und anderen Gesundheitsberufen abspürt, dass keineswegs nur wirtschaftliche Überlegungen, sondern ebenso ethische Überzeugungen ein Handeln prägen, dessen Ziel darin besteht, allen Menschen einen gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen.

Barrieren, die diesen Zugang erschweren, sind abzubauen. „Wer wird behindert – und wodurch?“ Die Frage nach den Barrieren, die einem solchen gleichen Zugang im Wege stehen, ist keineswegs auf räumliche Entfernungen und bauliche Hindernisse beschränkt. Der Begriff der Barrierefreiheit ist heute jedoch weithin auf die Frage des behindertengerechten Bauens beschränkt. Die DIN 18040 hat diesen Begriff der Barrierefreiheit konkretisiert und sowohl für

öffentliche Gebäude als auch für Wohngebäude mit einer Fülle von Anschauungsmaterial versehen. Von der Arzt- und Zahnarztpraxis bis zum Wahllokal werden die Barrieren beschrieben, die behinderten Menschen den Zugang erschweren oder unmöglich machen. „Zehn Gebote der Barrierefreiheit“ wurden formuliert, die dort am anschaulichsten werden, wo sie die Anforderungen an Gebäude und Orientierungssysteme beschreiben, die als barrierefrei gelten können: die ergonomische Gestaltung, das Fuß- und Roll-Prinzip, das Zwei-Sinne-Prinzip, die Verwendung visueller, akustischer und taktiler Kontraste sowie die Anwendung leichter Sprache (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Die 10 Gebote der Barrierefreiheit, Frankfurt/Main 2012, 5. Gebot).

Die Bedeutung architektonischer Maßnahmen für die leichtere Zugänglichkeit von Arztpraxen, Gesundheitszentren und Kliniken soll keineswegs in Zweifel gezogen werden. Die Notwendigkeit einer räumlichen Planung, die einen ausreichenden Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen gewährleistet, lässt sich gerade an dünn besiedelten Gegenden wie der Uckermark und der Prignitz verdeutlichen, die direkt neben einem urbanen Ballungsgebiet liegen. Dennoch greift eine Vorstellung von Barrierefreiheit, die sich auf solche räumlichen und baulichen Gegebenheiten beschränkt, eindeutig zu kurz. Sie sieht von den Barrieren sozialer und kommunikativer Art ab, durch die Menschen von Gesundheitsleistungen fern gehalten werden. Sie vernachlässigt die Bedeutung von Gesundheitskommunikation und unterschätzt die Bedeutung von sozialen Barrieren.

Manche Entwicklungen deuten heute darauf hin, dass Gesundheitsberufe verstärkt als naturwissenschaftlich-technische

Berufe verstanden werden. Ich gehe inzwischen lange genug zum Zahnarzt um zu wissen, dass die Zahnheilkunde sich innerhalb des letzten halben Jahrhunderts vollkommen revolutioniert hat. Wenn heutige Kinder die Bedingungen aushalten müssten, unter denen meine ersten Karies-Zähne behandelt wurden, würden sie schon im Vorhinein vor Angst schreien. Und wenn heutige Teenager den Schiefstand der Zähne in meinem Unterkiefer zu sehen bekämen, würden sie fragen, ob meinen Eltern denn die nächste Praxis eines Kieferorthopäden unbekannt war. Dass es weit und breit keinen Kieferorthopäden gab und dass seinerzeit kein Kind eine Spange trug, würde heutigen Jugendlichen kaum in den Sinn kommen. Sie können sich das genauso schwer vorstellen wie eine Welt ohne Handy und Internet.

Doch die Revolution zahnärztlicher und ärztlicher Möglichkeiten ändert nichts daran, dass die Gesundheitsberufe es nicht nur mit der Anwendung naturwissenschaftlicher Einsichten und dem Einsatz technischer Möglichkeiten zu tun haben. Die Gesundheitsberufe sind kommunikative Berufe. Patienten brauchen nach wie vor den „sprechenden Arzt“. Andernfalls kann von einem „informed consent“, der individuell verantworteten Entscheidung nach entsprechender Aufklärung, gar nicht die Rede sein.

Die ärztlichen Berufe sind im Entscheidenden nicht durch naturwissenschaftliche Expertise und technische Kompetenz, sondern durch die Weisheit der Kommunikation geprägt. Die entscheidende Barrierefreiheit ist die Freiheit partnerschaftlicher Kommunikation. Ob im Gesundheitswesen Barrierefreiheit herrscht, hängt daran, ob barrierefreie Kommunikation gelingt. Findet sie nicht statt, dann hängt das Prinzip des „informed consent“, der

Zustimmung auf der Grundlage angemessener Aufklärung, in der Luft.

Wer hier Abhilfe schaffen will, muss die Kommunikationsbedingungen im Gesundheitswesen verbessern. Der Schlüssel zur Barrierefreiheit liegt nicht allein im Bau von Rampen und in leicht verständlichen Piktogrammen, sondern in der Zeit zum Gespräch, dem wertschätzenden Umgang mit den Patienten, der professionellen Kompetenz in der Gesprächsführung.

Genauso wichtig ist ein anderer Gesichtspunkt. Der Zugang zu gesundheitsbewusstem Verhalten ist in hohem Maß von den jeweiligen sozialen Voraussetzungen abhängig. Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige gehören, so wird von zahnärztlicher Seite berichtet, zu den Hochrisikogruppen der Kariespatienten. Schon in der schulischen Prophylaxe zeigt sich eine hohe Korrelation zwischen sozialer Deprivation und mangelnder Zahnhygiene. Vergleichbares zeigt sich im Blick auf adipöse Neigungen von Kindern und Jugendlichen. In sozial unterprivilegierten Gruppen gibt es eine überproportional starke Neigung zur Adipositas. Wer hier Abhilfe schaffen will, muss das Gesundheitsbewusstsein bei sozial Schwachen und Marginalisierten stärken. Der Schlüssel zur Barrierefreiheit liegt hier im Abbau von sozialer Marginalisierung. Die Barrierefreiheit kann insoweit im Gesundheitswesen nicht stärker ausgeprägt sein als in der Gesellschaft im Ganzen.

Noch einmal: Initiativen, die auf die Erreichbarkeit von medizinischer Hilfe und auf den behindertenfreundlichen Zugang zu ihr gerichtet sind, darf man nicht unterschätzen. Die Barrierefreiheit nach DIN 18040 hat, auch ethisch betrachtet, große Bedeutung.

Doch noch wichtiger ist es, dass die Gesundheitsberufe zur Verletzlichkeit menschlichen Lebens ein neues Verhältnis gewinnen, dass für die ärztliche und zahnärztliche Kommunikation genug Zeit bleibt, und dass unsere Gesellschaft soziale Marginalisierung als entscheidende Barriere erkennt und überwindet. Insbesondere in diesen drei Hinsichten ist Klarheit über die Frage nötig, was wirklich zählt – nämlich jeder Mensch.