

AUFSATZ

Silja Samerski

Professioneller Entscheidungsunterricht

Vom Klienten zum mündigen Entscheider

»Selbstbestimmte Entscheidung« ist ein Schlagwort, mit dem Politik gemacht wird. Ganz gleich, ob beim Kinderkriegen, beim Sterben, in der Schule oder in der Arztpraxis: In allen Lebenslagen werden Bürgerinnen und Bürger dazu aufgefordert, »selbstbestimmte Entscheidungen« zu treffen. Vorbei sind die Zeiten, in denen »Selbstbestimmung« vornehmlich die Parole der Frauenbewegung war, mit der sie sich gegen die staatliche Indienstnahme der weiblichen Fruchtbarkeit wehrte. Heute ist die »selbstbestimmte Entscheidung« kein Kampfbegriff mehr, sondern ein Dienstleistungsprodukt. Sie steht auf der Agenda von Schulen, Versicherungen, Pharmaunternehmen, Tagungshäusern und Beratungsinstitutionen.

Besonders augenscheinlich ist diese Emphase der eigenen Entscheidung im Gesundheitssystem. Schlagworte wie »mündiger Patient«, »Patientenautonomie«, »Eigenverantwortung«, »Partizipation« sowie »informierte« und »selbstbestimmte Entscheidung« dominieren politische, ethische und medizinische Debatten, »Patientensouveränität« wurde sogar zu einem von sechs nationalen Gesundheitszielen erhoben.¹ Allerdings bedeutet »Patientensouveränität« nicht, dass Patienten nun endlich selbst bestimmen können, ob sie gesund oder krank sind und wie sie ihr Wohlergehen verbessern könnten. Die Förderung von Autonomie läutet nicht, wie man hoffen könnte, das Zeitalter eines entmedikalisierten und entprofessionalisierten Gesundheitssystems ein, im Gegenteil: Sie geht Hand in Hand mit einer neuen Form professioneller Vereinnahmung. Die Begriffe »Selbstbestimmung«, »Partizipation« und »Entscheidung« bezeichnen nicht einfach neue Freiräume, sondern vor allem neue Erziehungsziele. Als selbstbestimmt und mündig gilt nur derjenige, der von Experten geschult worden ist. Patienten sollen nicht nach eigenem Gutdünken handeln, sondern lernen, sogenannte »informierte Entscheidungen« zu treffen. Mit dem Leitziel der selbstbestimmten und informierten Entscheidung ist daher eine neue Dienstleistungsbranche entstanden: professioneller Entscheidungsunterricht. Ein ganzes Heer an Beratern, von Verbraucherberatern über Krankenkassen und Ärzte bis hin zu Schwangerschaftsberaterinnen und Sterbebegleitern, hat es sich zur Aufgabe gemacht, Patienten in aufgeklärte, rationale Entscheider zu verwandeln.

Im 20. Jahrhundert mussten Wissen und Fähigkeiten unter der Aufsicht von Experten angeeignet und von deren wissenschaftlichen Standards bewertet werden, um als nützlich und wertvoll zu gelten. Im 21. Jahrhundert wird auch Überlegung und Entscheidung zum Objekt der Wissenschaft. »Selbstbestimmung« und »Ent-

1 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. 2003.

scheidung« werden so umgedeutet, dass sie wissenschaftlichen Input und professionelle Beratung voraussetzen, um angemessen ausgeübt zu werden. Dieses Phänomen des professionellen Entscheidungsunterrichts ist ein blinder Fleck der soziologischen Forschung. Das Paradox, dass Klienten zu selbstbestimmten Entscheidungen aufgerufen sind, die professionelle Instruktionen voraussetzen, hat bisher kaum jemand thematisiert. Weder der Beratungssoziologie noch der soziologischen Forschung zur »Entscheidungsgesellschaft«² hat es bisher zu denken gegeben, dass Menschen für Entscheidungen professionell geschult und präpariert werden. Was »Entscheidung« bedeutet, wenn sie von Experten definiert, vermittelt und »generiert«³ werden kann, und welche Form des Denkens und Handelns sie von Klienten verlangt, diese Frage hat bislang niemand gestellt.

Meine Analyse der professionellen Vereinnahmung des Entscheidens hat einen historischen und einen empirischen Teil. Zunächst werde ich den geschichtlichen Hintergrund für die Entstehung von Entscheidungsunterricht skizzieren: Vor einem guten halben Jahrhundert wird »Entscheidung« zum Schlüsselbegriff und zur Zielscheibe neuer Management- und Steuerungstechnologien, die auf der Formalisierung und Optimierung informationsgesteuerter Wahlakte beruhen. Die Gestalt des »Entscheiders« (*decisionmaker*) betritt die Bühne der Geschichte. Dieser »Entscheider« wird zum Ausführer eines berechneten Entscheidungsmechanismus; er trifft berechnete, zielgerichtete, risikobewusste und präferenzorientierte Entscheidungen zwischen vorgegebenen Optionen. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts steigt der *decisionmaker* zum Grundmodell der neoklassischen Ökonomie und zur neuen gesellschaftlichen Leitfigur auf. Am Beispiel einer medizinischen Beratungssitzung werde ich anschließend illustrieren, wie Patienten im Namen der »Selbstbestimmung« zu solchen Entscheidern gemacht werden.

1. Entscheidung als neues Wissens- und Interventionsfeld

1.1 *Der Patient als Entscheider*

Im Zentrum der Medizin steht heute nicht mehr der Leidende, sondern der Währende: der selbstbestimmte Patient, der informierte Entscheidungen für oder gegen einen Test und zwischen Behandlungsoptionen treffen soll. Als »mündiger«, »autonomer« oder »souveräner« Patient ist er zugleich gesundheitspolitisches Ziel wie Grundpfeiler von Medizinethik, Medizinrecht, Gesundheitsökonomie und Arzt-Patienten-Begegnung. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient hat sich geradezu umgestülpt: Bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts bestimmte die Regel *doctor knows best* das Aufeinandertreffen von Arzt und Patient. Heute dagegen gilt offenbar der Grundsatz *patient decides best*. Entscheidungsunterricht, der diesen selbst- oder mitentscheidenden Patienten herstellen soll, ist bereits allgegenwärtig: In jeder Lebenslage, vor der Zeugung genauso wie beim Sterben, werden Menschen heute von Entscheidungsberatern belagert, die sie zu Entscheidungskompetenz und

2 Schimank 2005.

3 Schützeichel 2004, S. 276.

Selbstbestimmung befähigen wollen. Krankenkassen bieten Patientenschulungen an und stellen interaktive Entscheidungshilfen ins Netz; der Pharmakonzern Roche möchte Bürger zu eigenverantwortlichen Gesundheitsmanagern erziehen;⁴ neue Beratungsformen – von der Kinderwunsch- und Schwangerschaftsberatung über die Ernährungs- und Körperberatung bis hin zur Trauer- und Sterbeberatung – sprühen wie Pilze aus dem Boden; und Entscheidungsforscher entwickeln Online-Tools und Programme für die autonome oder partizipative Entscheidungsfindung sowie Kriterien, um deren Qualität zu bewerten.⁵

Diese Emphase der selbstbestimmten Entscheidung und das Anwachsen entsprechenden Entscheidungsunterrichts werden fast ausnahmslos als emanzipatorische Errungenschaft gefeiert, als Befreiung von ärztlicher Bevormundung und als Bollwerk gegen staatlichen und professionellen Paternalismus.⁶ Endlich, so jubeln Bioethiker, Feministinnen, kritische Mediziner und Gesundheitspolitiker, sind Patienten der ärztlichen Bevormundung entkommen und können selbst bestimmen, was mit ihnen geschehen soll. Endlich scheint die Zeit der »entmündigenden Expertenherrschaft«⁷ vorbei und die Gefahr gebannt, dass Experten⁸ durch ihre Entscheidungsmacht die Demokratie unterminieren. Auch die Soziologie ist dem Phänomen des Entscheidungsunterrichts bislang noch nicht nachgegangen. Sie versteht die »Entscheidungsgesellschaft«⁹ bisher ebenfalls vornehmlich als Folge von Freisetzungsprozessen: Moderne Bürger müssen entscheiden, wo früher Tradition und soziale Verbindlichkeiten herrschten. Der »*homo optionis*«, der sich selbst als »Wahl seiner Möglichkeiten«¹⁰ gestaltet, erscheint also als befreiter Mensch – wenn diese neuen Freiheiten auch ambivalent sein können. »Entscheidung« erscheint weitgehend als eine quasi natürliche, transhistorische menschliche Tätigkeit und der nicht entscheidende Mensch als derjenige, der durch Autorität, Zwang oder Tradition von der Ausübung seiner natürlichen Fähigkeit abgehalten wird. Die Entscheidungsgesellschaft idealisiert jedoch nicht nur das Entscheiden an sich, sondern vor allem das rationale Entscheiden: Die »Inthronisierung rationalen Entscheidens«, so Uwe Schimank, ist ein »Wesensmerkmal der Moderne«.¹¹ Was hier jedoch »rational« bedeutet, welches historische Apriori dieses Ideal der rationalen Entscheidung

4 Höhler 2009.

5 Siehe etwa Härter et al. 2011.

6 Vgl. unter anderem Faden, Beauchamps 1986; Eyal 2011.

7 Illich 1979.

8 Die Kritik an der »Expertenherrschaft« ist allgemein verbreitet. Sie gilt sowohl den Fachleuten für Atomkraft wie den Berufsständen der Mediziner, Juristen oder Pädagogen. Entscheidende Privilegien dieser letztgenannten Berufe sind die relative Standesautonomie und der gesetzlich geschützte ausschließliche Zugang zu entsprechenden gesellschaftlichen Tätigkeiten. Die Ausschließlichkeit geht so weit, dass sie alle anderen Berufe und Tätigkeiten aus ihrem Gebiet verbannen, bis es beispielsweise nur noch einen Weg zur Gesundheit gibt: denjenigen, der zum Mediziner führt.

9 Schimank 2005.

10 Beck, Beck-Gernsheim 1994, S. 16.

11 Schimank 2005, S. 114.

geprägt hat und welche sozialen und kulturellen Auswirkungen es hat, wird dabei nicht erörtert. Studien, die die rationale Entscheidung und den Entscheider zeitgeschichtlich einordnen und auf versteckte Grundannahmen und soziale Bedeutungen hin befragen, kommen vornehmlich aus der Wissenschafts- und Ökonomiegeschichte.¹² Sie machen deutlich, dass sich der Entscheidungsbegriff im 20. Jahrhundert drastisch gewandelt hat und der Idealmensch erst zur Mitte des 20. Jahrhunderts zum Ausführer berechenbarer Entscheidungsprogramme wurde, zum *managerial decisionmaker*. Um die heutige Emphase der eigenen, selbstbestimmten Entscheidung zu verstehen, ist ein kurzer historischer Rückblick auf die Entstehung des Wissens- und Interventionsfelds »Entscheidung« äußerst aufschlussreich.

1.2 Die Formalisierung von »Entscheidung« und die Geburt des Entscheiders

Das, was noch zur Zeit von Max Weber »Entscheidung« hieß, hat mit dem heutigen Leitbild der rationalen Entscheidung nicht mehr viel zu tun. Ursprünglich geht der umgangssprachliche Begriff »Entscheidung« auf die Tätigkeit des »Scheidens«, also Trennens zurück, was im Rechtsterminus der richterlichen »Entscheidung« dem Sinne nach enthalten ist. Das etymologische Wörterbuch von Friedrich Kluge beschreibt die Tätigkeit der richterlichen Entscheidung als »die Aussagen, Ansichten usw. voneinander trennen, um zur richtigen Einsicht zu kommen«.¹³ Weit ins 20. Jahrhundert hinein waren »entscheiden« und »urteilen«, »verfügen«, »bestimmen« oder »gewiss machen« sinnverwandte Wörter.¹⁴ Selbst jüngere Wörterbücher erklären die umgangssprachliche Bedeutung von »entscheiden« als Tätigkeit des Urteilen und des Verfügens: »ein maßgebendes Urteil fällen über, endgültig bestimmen«¹⁵, »Ausschlag geben über, bestimmen, verfügen«¹⁶ und »festlegen, bestimmen«¹⁷. Wird ein Streit entschieden, so ist er geschlichtet; bezieht »entscheiden« sich auf Sachen, so werden sie »gewisz«¹⁸, Ungewissheiten und Zweifel werden beseitigt. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat »entscheiden« jedoch einen tiefgreifenden Bedeutungswandel erfahren. Schlägt man »Entscheidung« in Enzyklopädien oder Lexika der 1970er Jahre nach, entdeckt man neben dem juristischen Fachterminus einen völlig neuen Entscheidungsbegriff. Die Nachschlagewerke listen zahlreiche Neologismen wie »Entscheidungslogik«, »Entscheidungsprozesse«, »Entscheidungsbildung«, »Entscheidungsziele«, »Entscheidungsregeln« und »Entscheidungsproblem« auf. Doch es hat sich nicht nur ein neues Wissensgebiet der »Entscheidung« mit neuen Wissensgegenständen und Fachtermini konstituiert, sondern auch die Bedeutung des umgangssprachlichen Wortes »entscheiden« wird neu definiert: »Entscheiden« wird hier ab den 1970er Jahren nicht mehr mit urteilen

12 Siehe unter anderem Davis 2002; Giocoli 2003; Mirowski 2002.

13 Kluge 1999.

14 Grimm, Grimm 1961; Kluge 1999.

15 Wahrig 1997.

16 Mackensen 1986.

17 Paul 1992.

18 Heyse, Heyse 1833.

oder bestimmen gleichgesetzt, sondern mit der operationalisierbaren »Wahl zwischen Möglichkeiten«.¹⁹

1.3 Entscheidung als neuer Wissensgegenstand: Die Entscheidungstheorie

Geprägt hat diesen neuen Entscheidungsbegriff sowie die dazugehörigen Neologismen die Entscheidungstheorie. Aus dem Behaviorismus, der ökonomischen Nutzentheorie sowie aus Probabilismus und Statistik ist Mitte des 20. Jahrhunderts ein interdisziplinäres Wissensfeld entstanden, das den heutigen sowohl deskriptiven als auch normativen Begriff der rationalen Entscheidung geprägt hat. In der Entscheidungstheorie werden Wahlakte empirisch und theoretisch analysiert und mathematisch-statistisch modelliert. Ziel ist es, sie berechenbar zu machen und zu optimieren. Bereits im 17. und 18. Jahrhundert hatten Gelehrte wie Jakob Bernoulli oder Pierre-Simon Laplace versucht, den Common Sense durch wahrscheinlichkeitstheoretische Berechnungen zu beschreiben. Sie suchten nach Antworten auf die Frage, was es bedeutet, in ungewissen Situationen wie beispielsweise beim Kauf eines Lotteriescheins oder der Investition in eine Lebensrente rational zu sein. Ihre Modelle waren jedoch immer deskriptiv; stimmten sie nicht mit dem Common Sense überein, so änderten die Gelehrten ihre Berechnungen.²⁰ Die moderne Entscheidungstheorie ist jedoch nicht nur deskriptiv, sondern auch präskriptiv. Sie hat nicht nur den Entscheidungsbegriff verändert, sondern ist Mitte des 20. Jahrhunderts zu einer »Metatheorie der Wissenschaften«²¹ aufgestiegen.

In der Entscheidungstheorie hat »Entscheidung« eine rein formale Bedeutung. Das Wort bezeichnet hier einen mechanischen Wahlakt, nämlich die Selektion einer Option als Folge eines Auswahlverfahrens beziehungsweise eines Rechenvorgangs. Grundannahme ist, dass Entscheidungen auf programmgemäße Informationsverarbeitung zurückgehen, gleichermaßen bei Menschen, Maschinen oder anderen Systemen. »Der programmierte Computer und der menschliche Problemlöser sind beide Spezies, die zur Gattung ‚informationsverarbeitender Systeme‘ gehören«, schreibt der mit dem Nobelpreis gekrönte Sozialwissenschaftler Herbert A. Simon im Jahre 1972.²² In der Entscheidungstheorie sowie durch ihre Programme und Techniken wird also persönliches Urteilen durch einen Mechanismus ersetzt. »Während die Wahrscheinlichkeitstheorie einst den Zweck hatte, das Urteilen zu beschreiben, zielt das statistische Schließen jetzt darauf, das Urteilen zu ersetzen – im Namen der Objektivität.«²³ Entscheiden bezeichnet folglich keine menschliche Fähigkeit mehr; jedes beobachtbare »Verhaltenssubjekt«, so erklärt Meyers Enzyklopädisches Lexikon 1973, ob »Mensch, Maschine, Tier oder soziales System«, »kann entschei-

19 Bibliographisches Institut 1971; siehe auch Brockhaus 1977.

20 Daston 1988.

21 Brockhaus 1975.

22 Allen Newell und Herbert A. Simon, zitiert nach Pias 2004, S. 25.

23 Gigerenzer et al. 1999, S. 312.

den«. Entscheidungsforscher sprechen heute ganz selbstverständlich von einer Entscheidungsmaschinerie (»decision machinery«²⁴) und verstehen den denkenden und handelnden Menschen als einen möglichen Ausführer dieser Entscheidungsmaschinerie.

Ein zentrales Thema der Entscheidungstheorie sind Entscheidungen unter Risiko. »Nichts auf der Welt ist sicher«, so der Ökonom Armin Falk, weshalb »wir gezwungen [sind], Risiken und Wahrscheinlichkeiten zu ermitteln und zu bewerten«.²⁵ Nur diejenigen treffen mündige Entscheidungen, die Risiken abwägen, meint auch der Kognitionspsychologe Gerd Gigerenzer: »Jede Alternative trägt ihre eigenen ungewissen Konsequenzen in sich, und diese gilt es zu vergleichen, will man eine begründete, auf Information beruhende Entscheidung treffen«.²⁶ Inbegriff von Rationalität ist es demnach also, Risiken zu bilanzieren. Ganz ausdrücklich propagiert Gigerenzer, Leiter des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung, das kritisch angewandte Wahrscheinlichkeitskalkül als Inbegriff aufgeklärten Denkens. Allerdings, so bedauern die Entscheidungsforscher, ist der menschliche Verstand den modernen Rationalitätsanforderungen nicht gewachsen; er braucht ein Update. Wer in einer technogenen Welt nicht verschaukelt werden will, meint Gigerenzer, dem bleibe nichts anderes übrig, als ihre Gesetzmäßigkeiten zu den eigenen zu machen. Daher ist er angetreten, Menschen im Wahrscheinlichkeitsdenken zu schulen. Er fordert Wahrscheinlichkeitsunterricht bereits im Kindergarten und hat das Berliner Harding Center für Risikokompetenz gegründet, um Experten wie Laien das risikoinformierte Entscheiden beizubringen.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts werden die Entscheider, die Ausführer eines Entscheidungsprogramms, zum Ausgangspunkt neuer sozialwissenschaftlicher Theorien. Bereits 1970 betont der Ökonom Werner Kirsch die revolutionäre Bedeutung der Entscheidungstheorie für die Betriebswirtschafts- und Managementlehre; beide, so Kirsch, hätten sich zu »angewandte[n] Entscheidungslehren« entwickelt.²⁷ Der Modellmensch, der diesen Entscheidungslehren zugrunde liegt, ist der oben erwähnte *decisionmaker*, der als Entscheidungsmaschinerie funktioniert. So wird auch der *homo oeconomicus* seiner Psyche beraubt, wie der Wirtschaftshistoriker John B. Davis beklagt, und wandelt sich zum Entscheider. Die Modelle und Theorien der neoklassischen Ökonomie fußen damit nicht auf einer Theorie des Individuums, sondern auf der Gleichsetzung von Individuen mit Entscheidungs-Mechanismen.²⁸ Doch nicht nur die Ökonomie, sondern auch die Psychologie, die Kognitionswissenschaften, der Operational Research, die Soziologie und die Pädagogik erforschen menschliches Tun und Handeln zunehmend als Treffen von Entscheidungen (*decisionmaking*) und bauen darauf ihre Theorien und Modelle. Als Gegenpol zum kommunistischen Totalitarismus, so die Politikwissenschaftlerin

24 Antunes, Coelho 2000.

25 Falk 2011.

26 Gigerenzer 2002, S. 142.

27 Kirsch 1970, S. 7.

28 Davis 2002, S. 147.

Sonja M. Amadae, avanciert der Entscheider als Inbegriff des freien, aufgeklärten Individuums zur sozialen und kulturellen Leitfigur des Westens. Entscheidungstheoretische Grundannahmen, Begrifflichkeiten, Techniken und Steuerungsstrategien wandern in angrenzende Wissensgebiete sowie in Politik und Verwaltung ein: »The self-interested, strategic rational actor became the central figure around which the reexamination of traditional enlightenment themes and problems of government was based«.²⁹

1.4 Entscheidung als neues politisches und professionelles Interventionsfeld

Michel Foucault ist die Erkenntnis zu verdanken, dass sich Macht und Wissen gegenseitig konstituieren. Moderne Formen der Machtausübung bringen neue Wissensgebiete hervor und stützen sich auf diese. Auch das Wissensgebiet der »Entscheidung« ist verknüpft mit neuen politischen Techniken und Managementstrategien. »Führung zur Selbstführung« ist das Schlagwort, das diese neue Form der Regierung beziehungsweise Machtausübung jenseits von Zwang und Repression charakterisieren soll.³⁰ Nicht mehr die Beschränkung von Entscheidungsfreiheit ist das Ziel politisch-ökonomischer Steuerung, sondern die Definition, Förderung und Regulation individueller Entscheidungen.³¹ Seit der Mitte des 20. Jahrhunderts werden die Unternehmer und Angestellte in der ökonomischen Literatur als Entscheider behandelt, und ihr Handeln wird als Entscheidungshandeln erforscht, problematisiert und gesteuert.³² Mitarbeiter in Unternehmen werden nicht mehr als Rädchen im Getriebe gesehen, die sich anpassen und funktionieren müssen, sondern als Träger von Entscheidungen. Um sie zu lenken, muss ihre Entscheidungsfreiheit überwacht, definiert und berechenbar gemacht werden.³³ Seit den 1970er und 1980er Jahren werden auch Experten und Dienstleistungsklienten zunehmend als Entscheider behandelt. Die neoliberalen Reformen des Wohlfahrtsstaates verknüpfte ökonomische und sozialpolitische Programme mit dem individuellen sowie kollektiven Streben nach Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit. Durch eine neue Konstellation aus Fachwissen, Dienstleistungen, Bedürfnissen und Vorstellungen werden Menschen nun über die Bereitstellung von Optionen und die Art ihrer Entscheidungsfindungen regiert: »Individuals can be governed through their freedom to choose«.³⁴ Professioneller Entscheidungsunterricht spielt bei diesem »government of the decisions«³⁵ eine zentrale Rolle. Nicht zufällig ist professionelle Beratung eine der wenigen Wachstumsbranchen: In Beratungssitzungen werden Entscheidungen

29 Amadae 2003, S. 3.

30 Siehe unter anderem Foucault 2000.

31 Siehe etwa Miller, O'Leary 1987; Rose, Miller 1992.

32 Simon 1960; Kirsch 1970.

33 Miller, O'Leary 1987.

34 Rose, Miller 1992, S. 201.

35 Koch, Svendsen 2005, S. 824.

»provoziert« und »generiert« und Klienten als »Entscheider« konstituiert.³⁶ Die Zunahme von Entscheidungsfreiheiten, stellt die französische Sozialwissenschaftlerin Dominique Memmi fest, geht mit einer wachsenden Verpflichtung zur professionellen Beratung einher.³⁷ Der Schwangerschaftsabbruch beispielsweise, lange Zeit streng verboten, ist heute weitgehend legalisiert – rechtliche Voraussetzung dafür ist jedoch eine verpflichtende Beratung, die eine aufgeklärte, bewusste Entscheidung garantieren soll.

Dieser historische Hintergrund, die Entwicklung einer wissenschaftlichen »Entscheidungsmechanik« sowie die Konstitution und Durchsetzung des rationalen Entscheiders als neue soziale Leitfigur, stellt die herkömmlichen Freisetzung- und Emanzipationsgeschichten in Frage. Der autonome Patient erscheint nicht mehr als aufgeklärtes, von Zwängen befreites Individuum, sondern als Subjekt neuer Wissensformen und Praktiken, die auf die Definition, Rationalisierung und Formalisierung von Entscheidungen abzielen. Als diejenige Institution, die solche Entscheidungen »generiert«, also Bürger in *decisionmaker* verwandelt, erscheint der professionelle Entscheidungsunterricht plötzlich befreindlich. Was lernen Klienten, wenn sie durch professionelle Aufklärung zu solchen »selbstbestimmten« Entscheidungen befähigt werden sollen? Welche Form von Rationalität sollen sie zu ihrer eigenen machen? Und: Welche sozialen und kulturellen Folgen hat diese professionelle Vereinnahmung des Entscheidens?

2. Professioneller Entscheidungsunterricht in der Praxis: das Beispiel genetische Beratung

Um zu untersuchen, was professioneller Entscheidungsunterricht sagt, suggeriert und tut, werde ich nun ein Beratungsbeispiel genauer unter die Lupe nehmen: die genetische Beratung. Genetische Beratung ist eine professionelle Dienstleistung mit dem Ziel, Klienten zu einer informierten und selbstbestimmten Entscheidung über genetische Tests zu befähigen. Zu diesem Zweck werden sie etwa ein bis zwei Stunden lang über Desoxyribonucleinsäure-Aufbau (DNS), Chromosomenstruktur, Vererbungsregeln, Krankheitsstatistiken, genetische Testmöglichkeiten und deren Chancen und Risiken aufgeklärt. Die genetischen Berater legen großen Wert darauf, dass die Klienten anschließend selbst entscheiden. Obwohl es Beratung heiße, erklärt ein genetischer Berater seiner schwangeren Klientin, werde er keinen Ratsschlag geben. Sie müsse selbst herausfinden, was sie tun wolle. Er könne ihr nur sagen, sie müsse »den Rat bei sich selbst suchen«.³⁸

Genetische Beratung ist ein ideales Beispiel, um die Erziehung von Menschen zu Entscheidern zu untersuchen. Erstens ist die genetische Beratung ein standardisiertes »Gespräch« zwischen Experten und Klienten. Eine solche Sitzung dauert mindestens

36 Schützeichel 2004, S. 276, 279.

37 Memmi 2003.

38 Samerski 2002, S. 230. Zur Entscheidungsberatung für Schwangere siehe auch Samerski 2009; Samerski 2010.

eine halbe Stunde, in der Regel jedoch deutlich länger. Berater sind in Deutschland voll ausgebildete Mediziner mit entsprechender Spezialisierung in Genetik.³⁹ Einmütig sehen sie es als ihre Hauptaufgabe, selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen und zu fördern.⁴⁰ Um sicherzustellen, dass Patienten selbstbestimmte Entscheidungen treffen, hat das Gendiagnostik-Gesetz die genetische Beratung sogar zur gesetzlichen Pflicht erhoben: Diejenigen, die sich einer prädiktiven oder pränatalen genetischen Untersuchung unterziehen wollen, müssen sowohl vor als auch nach dem Test eine Sitzung bei einem lizenzierten genetischen Berater absolvieren. Die genetische Beratung ist jedoch nicht nur verbreitet und verpflichtend, sondern auch paradigmatisch: Im Zeitalter von Prävention und Biomedizin kann der genetische Entscheidungsunterricht als Musterbeispiel für die heutige Arzt-Patienten-Begegnung gelten. Noch in den 1970er und 1980er Jahren war es die Spezialität der Humangenetik, Kranken wie Gesunden Risikoprofile zuzuweisen und sie entsprechend zu verwalten. Heute dagegen ist das Risikomanagement zur zentralen Aufgabe der gesamten Medizin geworden. Ein großer Teil der Begrifflichkeiten und Informationen, die genetische Berater vermitteln, sind statistischer Natur. Sie referieren beispielsweise über »Gendefekte«, die mit Erkrankungen korrelieren, und attestieren Gesundheitsrisiken, die für ganze Populationen kalkuliert wurden. Diese statistische Epistemologie ihrer Expertise ist typisch für alle Wissens- und Beratungsbereiche, die Prävention und Risikomanagement zum Ziel haben – ganz gleich, ob es um Krebs, Schulversagen, Fettleibigkeit, Alzheimer, ADHS, Kriminalität oder Kapitalverlust geht.

In der genetischen Beratung werden Frauen und Männer im risikobewussten Entscheiden instruiert. Meistens fehlt ihnen nichts, sie sind kerngesund. Ein positiver Schwangerschaftstest oder Krebserkrankungen in der Verwandtschaft haben ihnen jedoch ein erhöhtes Risiko beschert, und die Genetiker bieten an, dieses Risiko durch entsprechende pränatale oder prädiktive Tests »abzuklären«, wie es im Fachjargon heißt. Die Beratenen lernen, dass sich ihre Zukunft vorausberechnen lässt. Aufgrund bestimmter Merkmale, zum Beispiel Alter, Familiengeschichte und möglicher Testergebnisse, konstruieren Genetiker ein Risikoprofil und kalkulieren verschiedene Gesundheitsrisiken. Den Beratenen wird beigebracht, ihre Zukunft in Form kalkulierter Risiken vorwegzunehmen und auf diesen Berechnungen ihre Entscheidung zu gründen. Sie werden im risikobewussten Entscheiden geschult, so wie es die Entscheidungs-Experten als Ingegriff aufgeklärter Rationalität propagieren. Im genetischen Beratungsgespräch wird jedoch besonders deutlich, wie verwirrend und ent-

39 In Ländern wie Australien, Großbritannien oder den USA ist der genetische Berater ein eigenständiger Beruf. Eine zwei- bis dreijährige College-Ausbildung mit Masterabschluss qualifiziert zum genetischen Berater, eine Möglichkeit, die vor allem Frauen in Anspruch nehmen. In Deutschland dagegen sind genetische Berater Mediziner, die sich anschließend fünf Jahre lang zum Facharzt für Humangenetik ausbilden lassen oder in einer mehrjährigen Weiterbildung die Zusatzbezeichnung »Medizinische Genetik« erwerben. Das im Februar 2010 in Kraft getretene Gendiagnostik-Gesetz schreibt diesen Vorbehalt fest und erlaubt zudem die weniger aufwändige Weiterbildung zum »fachgebundenen genetischen Berater«.

40 Berufsverband medizinische Genetik e.V. 1996; Grießler et al. 2009.

fremdend solche risikobewussten Entscheidungen im Alltag sind. Im Unterschied zur Investmentberatung oder zur Beratung über Kriminalitätsvorbeugung beiflern hier die kalkulierten Risiken nicht Gewinnchancen finanzieller Transaktionen oder die Häufigkeit krimineller Übergriffe, sondern erheben den Anspruch, von persönlicher Bedeutung zu sein. Die Berateten sind aufgefordert, sich selbst als Risikoprofil zu verstehen. Von ihrer einzigartigen, konkreten Situation müssen sie dabei zwangsläufig absehen und sich – oder das kommende Kind – als Gespinst statistischer Daten sehen lernen. Wie und warum die Berater ihre Klienten in Risikoprofile verwandeln, welche Verwirrungen dies stiftet und wie irrational eine solche vermeintlich rationale, risikobewusste Entscheidung für eine besorgte Frau ist, möchte ich im Folgenden anhand des Beispiels von Frau H. anschaulich machen.⁴¹

2.1 *Die Verwandlung der Klientin in ein Risikoprofil*

Frau H., 56 Jahre alt, kommt wegen der Brustkrebskrankungen in ihrer Familie zur genetischen Beratungstelle eines Universitätsklinikums. Sie hat fünf Geschwister, und ihre jüngere Schwester erkrankte mit knapp 30 Jahren das erste Mal an Brustkrebs. Zehn Jahre später starb sie. Lebhaft erzählt Frau H. vom Schicksal ihrer Schwester, die nach der Krebstherapie ein zweites Kind bekam, bei der dann Metastasen entdeckt wurden und die schließlich an Weihnachten starb. Die medizinischen Fakten, wie sie selbst sagt, das »hat uns ja im Grund alles nicht interessiert, uns war nur wichtig, sie zu retten, wenn's irgendwie ginge, und alles zu tun«. Die Genetikerin interessiert sich jedoch nicht für die Erfahrungen von Frau H., sondern für eben diese medizinischen Fakten. Sie führt eine standardisierte Befragung durch: Sie fragt nach den weiteren Geschwistern, deren Kindern, ihren Eltern, Großeltern, Tanten und Onkel. Jedes Mal will sie das Alter und den Gesundheitszustand wissen, wobei »gesund« eine sehr spezielle Bedeutung hat, nämlich »kein Krebs«. Die Leidensgeschichten, die Frau H. erzählt, sind für die Genetikerin irrelevant. Sie ist ganz gezielt auf der Suche nach sogenannten Auffälligkeiten, die sie als Risikofaktoren deuten könnte. Aus den Antworten von Frau H. filtert sie das heraus, was sie in verwertbare Daten übersetzen kann. Nach Abschluss der Fragerunde kann die Genetikerin schließlich ein statistisches Profil von Frau H. konstruieren, ein Set aus Variablen. Sie hält fest: Klientin weiblich, 56 Jahre, Schwester, Tante und Groß-

41 Meine Untersuchung des genetischen Entscheidungsunterrichts beruht auf einem Korpus aus insgesamt 34 genetischen Beratungssitzungen, die ich zwischen 1997 und 2003 in vier verschiedenen Beratungsstellen beobachtet und mitgeschnitten habe (Samerski 2002; Samerski 2010). Drei der vier Beratungsstellen sind an universitären humangenetischen Instituten angesiedelt, eine Beratungsstelle gehört zu einem Universitätsklinikum. Trotz verschiedener Beratungsanlässe und Berater waren Ablauf und Ausrichtung der Sitzungen ähnlich; auch Inhalte, beispielsweise die Aufklärung über den DNS-Aufbau, über Schwangerschaftsrisiken oder über Erbgänge, glichen sich weitgehend. Selbst über Ländergrenzen hinweg ähneln sich in genetischen Beratungen die Beratungsinhalte bis hin zu einzelnen Bildern und Formulierungen (Rapp 1999; Wertz, Fletcher 2004). Für die vorliegende Analyse konzentriere ich mich auf die Beratungssitzung mit Frau H., die ich in meiner bisherigen Forschung noch nicht untersucht habe. Alle Gesprächszitate sind wörtlich dem Beratungstranskript entnommen.

mutter mit Brustkrebs, darunter eine Erstdiagnose unter 50 Jahren. Dieses Profil gleicht die Genetikerin nun mit einem standardisierten Suchraster ab. Das deutsche Verbundprojekt »Familiärer Brust- und Eierstockkrebs« listet sechs Risikofaktoren auf, die eine Frau einzeln oder in Kombination als Risikoperson klassifizieren.⁴² Diese Risikofaktoren bilden das Suchraster im Kopf der Genetikerin, das sie ähnlich wie bei einer Rasterfahndung mit dem Datendoppel von Frau H. vergleicht. Entspricht das Datendoppel einem oder mehreren der Suchkriterien, so stuft sie Frau H. als Risikoperson ein. Eines der Kriterien lautet: »Mindestens zwei Frauen der Familie (z. B. Mutter, Schwester, Tochter oder selbst erkrankt) mit Brust- und/oder Eierstockkrebs, wobei mindestens eine Frau zum Zeitpunkt der Erkrankung unter 50 Jahre alt gewesen ist«.⁴³ Dieses Kriterium erfüllt Frau H. Nach der Fragerunde offenbart ihr die Genetikerin: »Ähm. Also von unserer Seite ist es so, dass Sie theoretisch aufgrund des Stammbaumes natürlich ja zu den Hochrisikopersonen gehören. Wenn man das so definiert. Da gibt's halt die Definition, das klingt immer so ein bisschen abgedroschen, aber es ist einfach nur, um die, wirklich die richtigen Leute auch rauszufiltrieren«.

Der Genetikerin ist offenbar bewusst, dass sie keine Diagnose stellt, sondern Frau H. lediglich klassifiziert. Sie nennt Frau H. eine »Hochrisikoperson«, was unvermeidlich bedrohlich klingt, und spielt diese Aussage anschließend herunter. »Wenn man das so definiert«, sagt sie, als wolle sie andeuten, dass man das auch anders sehen könnte. Sie erklärt, welches Ziel diese Risikoklassifizierung hat: Die »richtigen« Leute sollen herausgefiltert werden. Wie bei einer Rasterfahndung geht es also darum, aus der Gesamtbevölkerung Verdächtige, also potenzielle Test- und Krebskandidatinnen herauszusieben. Die Risikoklassifizierung ist daher äußerst folgenreich: Nicht etwa die leibhaftige Frau H., sondern dieses Risikoprofil ist Grundlage des weiteren Beratungsgesprächs. Das Risikoprofil bestimmt, ob die Genetikerin Frau H. für bedroht hält, welche Überwachungsmaßnahmen sie ihr empfiehlt und ob sie ihr den Gентest anbietet. Das Risikoprofil bestimmt, wie sie die Entscheidung definiert, zu der sie Frau H. befähigen will. Und sie fordert Frau H. dazu auf, es ihr gleichzutun: Frau H. soll ihre selbstbestimmte Entscheidung auf diesem Konstrukt gründen. Die Genetikerin wird ihre Klientin nur dann für mündig und entscheidungsfähig halten, wenn diese bereit ist, sich als Risikoprofil zu verstehen.

2.2 Das Regime des Risikos

Risiken beziehungsweise statistische Wahrscheinlichkeiten sind genau definiert. Sie beziffern die Häufigkeit von Ereignissen in Populationen, aber sagen nichts über den Einzelfall. Ein »persönliches Risiko« ist ein Oxymoron, ein Widerspruch in sich. Per definitionem beziehen sich Wahrscheinlichkeiten nicht auf eine konkrete Person, sondern auf einen »Kasus«, niemals auf das »Ich« oder »Du« in einer umgangssprachlichen Aussage, sondern immer nur auf einen »Fall« aus einer statistischen Population. Daher muss die Genetikerin ihre Klientin erst als Datendoppel rekon-

42 Deutsche Krebshilfe 2005.

43 Ebd.

struieren, bevor sie ihr Risiken zuschreiben kann. Sie muss von ihrem Gegenüber aus Fleisch und Blut absehen und sie als Gespinst aus Daten verstehen, als statistischen Fall. Alles, was Frau H. in personam ausmacht, alles Konkrete, Einmalige, Leibhaftige wird ausgeblendet. Übrig bleibt nur, was statistisch berechenbar ist: ein Gerüst aus Variablen.

Diese epistemische Verwandlung von Frau H. in ein Abstraktum ist nicht etwa ignorant, sondern, im Gegenteil, professionell. Die Genetikerin tut genau das, was ihr Berufsstand verlangt und ihr Fachwissen vorgibt. Unter dem Regime des Risikos hat sich der Rahmen ärztlichen Denkens und Handelns grundlegend verschoben: Im Unterschied zur herkömmlichen klinischen Medizin zielt die Risikomedizin nicht mehr auf Heilung, sondern auf populationsbezogene Prävention: auf risikobewusstes Verhalten in der Gegenwart, das eine statistisch berechnete Zukunft verändern soll. Die bisher zentralen Kategorien »gesund« und »krank« beziehungsweise »normal« und »pathologisch«, die bis dahin das ärztliche Denken bestimmt hatten, lösen sich weitgehend auf. Ausgangspunkt medizinischen Wissens ist nicht mehr der konkrete Körper des Patienten, sondern Risikoprofile, die von Populationen und Möglichkeitsräumen abgeleitet sind.⁴⁴ Eine der Hauptaufgaben der Medizin wird es, Patienten solche Risikoprofile zuzuweisen. Die Verwandlung von Frau H. in ein Risikoprofil ist also *de lege arte* und paradigmatisch für den gesamten Medizinbetrieb: Nicht nur in der genetischen Beratung, sondern auch bei der Mammographie, beim Ultraschall, in der Ernährungsberatung, bei der Krebsfrüherkennung oder nach einem Schwangerschaftstest werden Menschen in Risikoprofile verwandelt.

2.3 Epistemische Verwirrung als Entscheidungsvoraussetzung

Die Verwandlung von Patienten in ein Bündel von Risikofaktoren führt fast unvermeidlich zu einer epistemischen Verwirrung. Die Beratungssitzung ist als persönliches Gespräch konzipiert mit dem Ziel, Frau H. zu einer selbstbestimmten Entscheidung zu befähigen. Frau H. geht daher davon aus, dass die Ausführungen der Genetikerin für sie persönlich bedeutsam sind. Sie ahnt nicht, dass die Genetikerin lediglich über die probabilistischen Eigenschaften von statistischen Kohorten referiert, sondern glaubt, dass ihre Aussagen Hand und Fuß haben. Wenn sie zum Arzt gehen, erwarten Patienten Gewissheiten und keine Probabilitäten; sie wollen begründet handeln und nicht Roulette spielen.⁴⁵ Aber auch die Genetikerin selbst stellt ihre Expertise als Wissen dar, das für Frau H. und ihre Entscheidung relevant ist: »Ich versuch, darauf einzugehen, dass wir auf Ihre persönliche Situation sozusagen das Ganze natürlich abzielen, das ist das Entscheidende«, erklärt sie zu Beginn der Sitzung. Sie spricht ihre Klientin also persönlich an. Ihre Aussagen, die Risikoatteste, beziehen sich jedoch per definitionem auf statistische Konstrukte. Diese epistemische Verwirrung ist für professionellen Entscheidungsunterricht, der Klienten im risikobewussten, rationalen Entscheiden instruiert, paradigmatisch: Abstraktes und Konkretes, Statistik und Lebenswelt, Berechenbares und Persönli-

44 Siehe Armstrong 1995.

45 May, Holzinger 2003; Samerski 2010.

ches werden grundlegend vermischt. Die Genetikerin verwendet – wie viele Ärzte – beispielsweise die Formulierungen »Ihr Risiko« und »Sie haben ein Risiko«. Damit schreibt sie ihrer Klientin eine statistische Wahrscheinlichkeit als etwas vermeintlich Konkretes und Persönliches zu. Sowohl Possessivpronomen als auch das Verb »haben« suggerieren, das Risiko könnte einem Menschen in irgendeiner Weise anhaften oder teilhaftig sein. Es scheint, als »hätte« Frau H. ein Risiko auf die gleiche Weise wie einen empfindlichen Magen oder einen schmerzenden Zahn. Eine bloße Möglichkeit gerinnt dadurch zur latenten Gegenwart, zu einem körperlichen Noch-nicht.

Obwohl die Risikomedizin bereits in den 1970er und 1980er Jahren ihren Siegeszug antrat, bleiben Ärzte dem klinischen Denken in den Kategorien von »normal« und »pathologisch« verhaftet. Wie die Studien von Gerd Gigerenzer eindrücklich zeigen, verstehen sie Risikokalkulationen und Testverfahren, die vor allem probabilistische Aussagen erlauben, daher meistens falsch.⁴⁶ Sie machen Ist-Aussagen, wo nur Wahrscheinlichkeitsaussagen möglich sind, und behandeln Risikofaktoren wie Symptome und Risikoatteste wie Diagnosen. In der medizinischen Praxis, so hält die Soziologin Lorna Weir daher fest, wird das statistische Risiko zum »klinischen Risiko« – zu einer Schimäre: Es vermischt heterogene Denkweisen, nämlich die statistische Berechnung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten einerseits und die klinisch-medizinische Diagnose von Normalität und Anormalität andererseits.⁴⁷

2.4 Die geforderte Entscheidung

Nachdem die Genetikerin anhand der Angaben von Frau H. ein Risikoprofil erstellt hat, leitet sie von diesem Abstraktum die Entscheidung ab, die Frau H. treffen soll. Aufgrund des »Hochrisikos« gilt Frau H. als potenzielle Kandidatin für einen genetischen Test und soll entscheiden, ob sie diesen in Anspruch nimmt oder nicht. Zunächst erläutert die Genetikerin das Testverfahren und mögliche Testergebnisse. Fiele der Test negativ aus, so würde Frau H. aus der Hochrisikogruppe in die Durchschnittsbevölkerung rutschen. Brustkrebs könnte sie immer noch bekommen, so wie jede andere Frau auch – er würde dann allerdings nicht als erblich eingestuft. Fiele der Test positiv aus, so würde Frau H. zur Population der risikoträchtigen Genträgerinnen gezählt. Die Wahrscheinlichkeit für Brustkrebs in dieser Population gilt als hoch.⁴⁸ »Sie haben's geerbt und passen Sie bitte auf«, würde ihr die Genetikerin dann sagen, wie sie ankündigt. Doch ob Frau H. jemals einen Knoten in der Brust entdecken würde oder nicht, stünde weiterhin in den Sternen. Über die tatsächliche Gesundheit von Frau H. könnte der Test nichts aussagen; der genetische Befund hätte lediglich ihr Risikoprofil modifiziert.

46 Gigerenzer 2002; Wegwarth, Gigerenzer 2011.

47 Weir 2006; siehe auch Gifford 1986.

48 Eine Zeitlang hantierten Genetiker mit der Zahl 80 Prozent, mussten diese inzwischen jedoch deutlich nach unten korrigieren. Verschiedene Studien ergeben verschiedene Risiken, so dass die Bundesärztekammer das Risiko inzwischen mit einer Spannbreite von 40 bis 80 Prozent angibt (Bundesärztekammer 2003, S. A 1298). In der Beratung mit Frau H. beziffert die Genetikerin das Risiko nicht.

Ob Frau H. den angebotenen Gentest macht oder nicht, ist für die Genetikerin nicht entscheidend. Sie nennt zwar ausschließlich Gründe, die für den Test sprechen, betont aber immer wieder, dass sie das Ja oder Nein zum Test ganz Frau H. überlässt. Immer wieder flieht sie Formulierungen ein wie »wenn Sie wollen« oder »wenn Sie Interesse haben«, um zu betonen, dass der Test nur auf ausdrücklichen Wunsch der Klientin durchgeführt würde. Wichtig ist der Genetikerin nicht, für was sich Frau H. entscheidet, sondern die Tatsache, dass sie sich entscheidet – und zwar zwischen den vorgegebenen Optionen und im richtigen Bewusstsein. Ausdrücklich verlangt sie von ihrer Klientin, das attestierte Risikoprofil zur Grundlage ihres Denkens und Handelns zu machen. Die Genetikerin verpflichtet Frau H. förmlich dazu, sich als Risikoträgerin zu verstehen und sich entsprechend zu verhalten: Sie soll sich, wie die Beraterin nachdrücklich empfiehlt, den halbjährlichen Früherkennungsuntersuchungen unterziehen. Wie wirksam diese sind, ist umstritten.⁴⁹ Nachweislich das Risiko reduzieren würde nur die prophylaktische Entfernung von Eierstöcken und Brüsten – eine Option des Risikomanagements, über die Frau H. im Falle eines positiven Gentests entscheiden müsste.⁵⁰ Doch unabhängig davon, wie effektiv die empfohlene Früherkennung ist:⁵¹ Die Tatsache, dass die genetische Beraterin Frau H. nachdrücklich dazu auffordert, zeigt, dass Risikobewusstsein und Risikomanagement Pflicht sind. Ob Frau H. den Gentest macht oder nicht, stellt sie ihr frei. Solange Frau H. den vorgegebenen Rahmen nicht verlässt, nämlich das System des Risikomanagements, kann sie zwischen den Optionen »Test« und »kein Test« wählen. Genauer: Sie muss wählen. Verweigern kann sie sich eigentlich nicht mehr. In der Beratung sind sowohl das »Ja« als auch das »Nein« zum Test zu vorgefertigten, quasi gleichwertigen Optionen geronnen, von denen Frau H. eine auswählen muss.

2.5 Wozu dient die Entscheidung?

Warum empfiehlt die Genetikerin Frau H. den Gentest nicht einfach, sondern fordert sie zur Entscheidung auf? Welche soziale Funktion hat der professionelle Entscheidungsunterricht? Erstens sprengt die Entscheidung, die Frau H. treffen soll, den Rahmen des ärztlichen Urteils. Ob eine gesunde Frau einen Test machen soll, der

- 49 Viel tun kann Frau H. nicht. Es ist fraglich, ob die empfohlenen Untersuchungen irgend etwas nutzen. Früherkennung kann nichts verhindern, sondern nur feststellen, und auch das nur als Momentaufnahme. Zudem: »Früher ist nicht immer besser« (Nationales Netzwerk Frauengesundheit 2007, S. 15). Es ist unklar, wie oft Früherkennung nur die Lebenszeit im Schatten der Diagnose verlängert, aber nicht die Lebenszeit an sich (ebd.; Mühlhauser 2000; Perl 2000; Rothman 1998).
- 50 Das Deutsche Konsortium für Familiären Brust- und Eierstockkrebs empfiehlt positiv getesteten Frauen daher ausdrücklich, Eierstöcke und Brust vorsorglich entfernen zu lassen (Steiner et al. 2009, S. 28).
- 51 Für meine Untersuchung der epistemischen Verwandlung von Beratungsklienten ist die statistische Morbidität und Mortalität nicht von Bedeutung. Ein nüchterner Blick auf die Statistiken trägt jedoch dazu bei, sich nicht von den Krankheitsdrohungen und Gesundheitsversprechen der Risikomedizin blenden zu lassen. Die Frage, welche soziale Funktion das Pochen auf Risikobewusstsein und eine selbstbestimmte Entscheidung hat, stellt sich dann besonders drängend.

ihr Leben mit statistischen Krankheitswahrscheinlichkeiten überschattet; ob eine Frau, der ein sogenanntes Brustkrebs-Gen attestiert wurde, eine Mammektomie vornehmen lassen sollte, um ihr statistisches Krebsrisiko zu reduzieren; oder ob eine gesunde Schwangere einen pränatalen Test machen soll, um das Risiko für ein Kind mit Down-Syndrom »abzuklären« – diese Fragen kann ein Arzt aufgrund seines ärztlichen Heilauftrags nicht beantworten. Sie gehören einem epistemologischen Raum an jenseits des bisherigen klinisch-medizinischen Wissens um Krankheit und Gesundheit, aus dem sich das herkömmliche ärztliche »Soll« ableitete. Überall dort, wo nicht mehr die Trias »Diagnose-Prognose-Therapie«, sondern die Trias »Befund-Risikoabschätzung-Risikomanagement« das medizinische Handeln bestimmt, pochen Mediziner auf die informierte Entscheidung ihrer Patienten. Was sie aus ärztlicher Sicht nicht »sollen« können, müssen sie nun selbst wollen. Zweitens ist die Aufforderung zur Entscheidung symbolisch folgenreich. Durch ihre Entscheidung, so bedeutungslos diese auch sein mag, partizipiert Frau H. an der Verwaltung ihres Risikoprofils. Sie wird nicht nur behandelt, sondern handelt selbst – auch wenn »handeln« hier auf die Selektion einer vorgegebenen Option reduziert ist. Dadurch, dass sie eine Entscheidung trifft, übernimmt sie – zumindest symbolisch – Verantwortung für das, was kommt. »Responsibilisierung« ist das Schlagwort für diese Strategie, Menschen durch das Aufbürden von Verantwortung zu mobilisieren. Durch Information, Risikovorhersagen und Entscheidungsoptionen wird ihnen das Gefühl eingeimpft, sie wären für ihre Gesundheit verantwortlich und folglich auch dafür, wenn sie erkranken. Ihr Schicksal scheint in ihren Händen zu liegen – eine äußerst effektive Mobilisierungsstrategie: Wie Interviews zeigen, fühlen sich Risikopatientinnen regelrecht verpflichtet, alles, was möglich ist, zu tun, um sich nicht dem Schicksal zu überlassen.⁵²

3. Programmierte Autonomie

Frau H. hat die Wahl zwischen risikobehafteten Optionen. Die Genetikerin hat sie zunächst in ein Risikoprofil verwandelt, davon ein »Entscheidungsproblem« abgeleitet, die entsprechenden Entscheidungsoptionen definiert und die jeweiligen Risiken kalkuliert. Damit hat sie festgelegt, auf welche Weise Frau H. über sich, ihre Gesundheit und ihre Zukunft nachdenken und entscheiden soll. Sie hat nicht festgelegt, welche Option Frau H. wählen soll, doch ihre Entscheidungsmöglichkeiten, deren potenzielle Folgen sowie die jeweiligen Eintrittswahrscheinlichkeiten hat sie programmiert. Guter Hoffnung sein, auf Gott vertrauen, sich dem Fatalismus hingeben, im Hier und Jetzt leben oder sich auf ihre Intuition verlassen, all das kann Frau H. nun nicht mehr. Die Genetikerin hat sie in einen epistemischen Raum überführt, der von ihrer sinnhaften, wahrnehmbaren Lebenswelt fundamental verschieden ist: Hier kann Frau H. nur Optionen vergleichen, Risiken abwägen und anhand persönlicher Präferenzen auswählen.

52 Hallowell 1999.

Für Risikomediziner und Entscheidungsforscher ist eine solche risikoabwägende Entscheidung, wie sie die Genetikerin definiert und vermittelt hat, informiert und rational. Mit der Entscheidungstheorie hat sich ein Entscheidungsbegriff durchgesetzt, der regelgeleitetes Auswählen zwischen risikobehafteten Optionen mit dem Ziel, den erwarteten Nutzen zu optimieren, zum Inbegriff von Rationalität macht. Sie hat »Menschen mit der Idee vertraut [gemacht], daß vernünftige Entscheidungen auf der Grundlage von formalisierten, mechanisierten Überlegungen in Verbindung mit Messungen gefällt werden können«.⁵³ Für ökonomische Strategien, bei denen es um die Minimierung von Verlusten und die Maximierung von Gewinnen geht, mag eine solche statistische Entscheidungsmechanik zweckdienlich sein. Wie der genetische Entscheidungsunterricht von Frau H. illustriert, ist sie jedoch hochgradig irrational, wenn sie zur Grundlage für lebensweltliche Entscheidungen leibhaftiger Personen werden soll. In Anlehnung an Schimank ließe sich hier von einer ganz neuen Form von »Rationalitätsfiktionen in der Entscheidungsgesellschaft«⁵⁴ sprechen: Im genetischen Entscheidungsunterricht wird Frau H. aufgefordert, sich eine Rationalität zu eigen zu machen, die per definitionem von leibhaftigen Personen und konkreten Lebensumständen absieht. Sie lernt, einen »statistischen Blick«⁵⁵ auf sich selbst einzunehmen und anhand von abstrakten Werten zwischen vorgegebenen Optionen zu wählen.

Professioneller Entscheidungsunterricht ist eine Sozialtechnologie, die das Leitbild des aufgeklärten, selbstbestimmten Individuums mit einer subtilen Steuerung des Denkens, Wollens und Handelns verknüpft. Indem sie entscheiden – Ausdruck ihrer Autonomie –, werden Klienten zu berechnenden und berechenbaren Entscheidern. Pointiert formuliert ließe sich sagen, dass der professionelle Entscheidungsunterricht ein Paradox produziert, das paradigmatisch ist in einer Gesellschaft, die die Förderung individueller Selbstbestimmung mit fortschreitender Technisierung und Algorithmisierung verknüpft: das Paradox der programmierten Autonomie.

Literatur

- Amadae, Sonja M. 2003. *Rationalizing capitalist democracy. The cold war origins of rational choice liberalism*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Antunes, Luis; Coelho, Helder 2000. »Redesigning the agent's decision machinery«, in *Affective interactions*, hrsg. v. Paiva, Ana, S. 121-137. New York: Springer.
- Armstrong, David 1995. »The rise of surveillance medicine«, in *Sociology of Health and Illness* 17, S. 393-404.
- Armstrong, David 2011. »The invention of patient centered medicine«, in *Social Theory & Health* 9, S. 410-418.
- Beck, Ulrich; Beck-Gernsheim, Elisabeth 1994. *Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Berufsverband Medizinische Genetik e.V. 1996. »Leitlinien zur Erbringung humangenetischer Leistungen: 1. Leitlinien zur Genetischen Beratung«, in *Medizinische Genetik* 8, S. 1-2.

53 Gigerenzer et al. 1999.

54 Schimank 2006.

55 Rieger 2010.

- Bibliographisches Institut. Hg. 1971. *Meyers Enzyklopädisches Lexikon in 25 Bänden*. 9. Auflage. Mannheim: Bibliographisches Institut.
- Brockhaus, Friedrich A. 1975. *Brockhaus Enzyklopädie. Ergänzungsband 1*. 17. Auflage. Wiesbaden: F.A. Brockhaus.
- Brockhaus, Friedrich A. Hg. 1977. *Der große Brockhaus*. 18. Auflage. Wiesbaden: F.A. Brockhaus.
- Bundesärztekammer 2003. »Richtlinien zur prädiktiven genetischen Diagnostik«, in *Deutsches Ärzteblatt* 100, S. A1297-A1305.
- Daston, Lorraine 1988. *Classical probability in the enlightenment*. Princeton: Princeton University Press.
- Davis, John B. 2002. »The emperor's clothes«, in: *Journal of the History of Economic Thought* 24, S. 141-154.
- Deutsche Krebshilfe 2005. *Familiärer Brust- und Eierstockkrebs. Verbundprojekt der Deutschen Krebshilfe. Ausführliche Informationen*. Bonn.
- Eyal, Nir 2011. »Informed consent«, in *The Stanford encyclopedia of philosophy* (Fall 2011 Edition), hrsg. v. Zalta, Edward N. <http://plato.stanford.edu/archives/fall2011/entries/informed-consent/> (Zugriff vom 22.11.2012).
- Faden, Ruth; Beauchamps, Tom L. 1986. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press.
- Falk, Armin 2011. *Wie risikobereit sind die Deutschen?* <http://www.daimler-benz-stiftung.de/cms/index.php?page=bk15-abendvortrag> (Zugriff vom 28.05.2011).
- Foucault, Michel 2000. »Die ›Gouvernementalität‹«, in *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, hrsg. von Bröckling, Ulrich; Krasmann, Susanne; Lemke, Thomas, S. 41-67. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. 2003. *gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht: Auszug der Ergebnisse von AG 8 Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken*. <http://www.gesundheitsziele.de/> (Zugriff vom 22.11.2012).
- Gifford, Sandra M. 1986. »The meaning of lumps: a case study of the ambiguities of risk«, in *Anthropology and epidemiology: interdisciplinary approaches to the study of health and disease*, hrsg. v. Janes, Craig R.; Stall, Ron; Gifford, Sandra M., S. 213-246. Dordrecht: Reidel.
- Gigerenzer, Gerd 2002. *Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken*. Berlin: Berlin Verlag.
- Gigerenzer, Gerd et al. 1999. *Im Reich des Zufalls. Wissen zwischen Wahrscheinlichkeiten, Häufigkeiten und Unschärfen*. Heidelberg: Spektrum – Akademischer Verlag.
- Giocoli, Nicola 2003. *Modeling rational agents: from interwar economics to early modern game theory*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Grießler, Erich; Littig, Beate; Pichelstorfer, Anna 2009. »Selbstbestimmung« in der genetischen Beratung: Argumentationsstruktur und Ergebnisse einer Serie neo-sokratischer Dialoge in Österreich und Deutschland«, in *Ethische Fragen genetischer Beratung*, hrsg. v. Hirschberg, Irene et al., S. 171-187. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Grimm, Jacob; Grimm, Wilhelm. Hg. 1961. *Deutsches Wörterbuch*. Leipzig: S. Hirzel.
- Hallowell, Nina 1999. »Doing the right thing: genetic risk and responsibility«, in *Sociology of Health and Illness* 21, S. 597-621.
- Härter, Martin et al. 2011. »Patient participation and shared decisionmaking in Germany – history, agents and current transfer to practice«, in *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105, S. 263-270.
- Heyse, Johann C. A.; Heyse, Karl W. L. 1833. *Handwörterbuch der deutschen Sprache: mit Hinsicht auf Rechtschreibung, Abstammung und Bildung, Biegung und Fügung der Wörter, so wie auf deren Sinnverwandtschaft*. Magdeburg: Heinrichshofen.
- Höhler, Gertrud 2009. 4. Berliner Roche Forum: *Verantwortung Gesundheit – vom Patienten zum Gesundheitsmanager* (Video). http://www.roche.de/presse/gallery/main.php?g2_itemId=5687 (Zugriff vom 07.05.2010).
- Illich, Ivan 1979. »Entmündigende Expertenherrschaft«, in *Entmündigung durch Experten. Zur Kritik der Dienstleistungsberufe*, hrsg. von Illich, Ivan et al., S. 7-33. Reimbek bei Hamburg: Rowohlt.

- Kirsch, Werner 1970. *Entscheidungsprozesse. Band I: Verhaltenswissenschaftliche Ansätze der Entscheidungstheorie*. Wiesbaden: Gabler.
- Kluge, Friedrich 1999. *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. Berlin: de Gruyter.
- Koch, Lene; Svendsen, Mette N. 2005. »Providing solutions, defining problems. The imperative of disease prevention in cancer genetic counselling«, in *Social Science and Medicine* 60, S. 823-832.
- Mackensen, Lutz 1986. *Deutsches Wörterbuch. Rechtschreibung, Grammatik, Stil, Worterklärungen, Abkürzungen, Aussprache, Fremdwörterlexikon, Geschichte des deutschen Wortschatzes*. München: Südwest-Verlag.
- May, Stefan; Holzinger, Markus 2003. *Autonomiekonflikte der Humangenetik. Professionsssoziologische und professionsrechtliche Aspekte einer Theorie reflexiver Modernisierung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Memmi, Dominique 2003. »Governing through speech. The new state administration of bodies«, in *Social Research* 70, S. 645-658.
- Miller, Peter; O'Leary, Ted 1987. »Accounting and the construction of the governable person«, in *Accounting, Organizations and Society* 12, S. 235-265.
- Mirowski, Philip 2002. *Machine dreams. How economics became a cyborg science*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mühlhauser, Ingrid; Höldke, Birgitt 2000. *Mammographie. Brustkrebs-Früherkennungs-Untersuchung*. Mainz: Kirchheim.
- Nationales Netzwerk Frauengesundheit. Hg. 2007. *Brustkrebs Früherkennung. Informationen zur Mammografie – eine Entscheidungshilfe*. Hannover.
- Paul, Hermann 1992. *Deutsches Wörterbuch*. Tübingen: Niemeyer.
- Perl, Friederike M. 2000. »Risikofaktoren und Früherkennung für Brustkrebs auf dem Prüfstand«, in *Brust 2000 – Gesundheitspolitische Ein- und Aussichten. Dokumentation der 6. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) am 6.7.11.1999 Bad Pyrmont*, hrsg. v. AKF, S. 46-82. Bielefeld.
- Pias, Claus 2004. »Zeit der Kybernetik – eine Einstimmung«, in *Cybernetics/Kybernetik. The Macy-conferences 1946-1953. Volume II/Band II, Essays and documents/Essays und Dokumente*, hrsg. von Pias, Claus, S. 9-41. Zürich: diaphanes.
- Rapp, Rayna 1999. *Testing women, testing the fetus. The social impact of amniocentesis in America*. New York: Routledge.
- Rieger, Matthias 2010. »Lo 'sguardo statistico': l'adattamento dell'occhio umano alla società della sorveglianza«, in *Studi sulla questione criminale* 5, S. 101-112.
- Rose, Nikolas; Miller, Peter 1992. »Political power beyond the state: problematics of government«, in *The British Journal of Sociology* 43, S. 173-205.
- Rothman, Barbara K. 1998. *Genetic maps and human imaginations. The limits of science in understanding who we are*. New York: W. W. Norton & Co.
- Samerski, Silja 2002. *Die verrechnete Hoffnung. Von der selbstbestimmten Entscheidung durch genetische Beratung*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Samerski, Silja 2009. »Genetic counseling and the fiction of choice: taught self-determination as a new technique of social engineering«, in *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 34, S. 735-761.
- Samerski, Silja 2010. *Die Entscheidungsfalle. Wie genetische Aufklärung die Gesellschaft entmündigt*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Schimank, Uwe 2005. *Die Entscheidungsgesellschaft. Komplexität und Rationalität der Moderne*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schimank, Uwe 2006. »Rationalitätsfiktionen in der Entscheidungsgesellschaft«, in *Zur Kritik der Wissensgesellschaft*, hrsg. v. Tänzler, Dirk; Knoblauch, Hubert; Soeffner, Hans-Georg, S. 57-81. Konstanz: UVK.
- Schützeichel, Rainer 2004. »Skizzen zu einer Soziologie der Beratung«, in *Die beratene Gesellschaft. Zur gesellschaftlichen Bedeutung von Beratung*, hrsg. v. Schützeichel, Rainer; Brüsemeister, Thomas, S. 273-285. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Simon, Herbert A. 1960. *The new science of management decisions*. New York: Harper & Row.
- Steiner, Patricia; Gadzicki, Dorothea; Schlegelberger, Brigitte 2009. »Probleme bei der Weitergabe der genetischen Information innerhalb von Familien mit erblichem Brust- und Eier-

- stockkrebs – nur eine Familienangelegenheit?», in *Ethische Fragen genetischer Beratung. Klinische Erfahrung, Forschungsstudien und soziale Perspektiven*, hrsg. v. Hirschberg, Irene et al., S. 25-50. Frankfurt a. M: Peter Lang.
- Techniker Krankenkasse 2008. *Entscheidungshilfen*. <http://www.tk-online.de/tk/leistungen-und-services/beratungsangebote/entscheidungshilfen/33812> (Zugriff vom 30.05.2011).
- Wahrig, Gerhard. Hg. 1997. *Deutsches Wörterbuch*. 6., neu bearbeitete Auflage. Gütersloh: Bertelsmann-Lexikon-Verlag.
- Wegwarth, Odette; Gigerenzer, Gerd 2011. »Statistical illiteracy in doctors«, in *Better doctors, better patients, better decisions. Envisioning health care 2020*, hrsg. v. Gigerenzer, Gerd; Gray, J. A. Muir, S. 137-151. Cambridge: MIT Press.
- Weir, Lorna 2005. *Pregnancy, risk, and biopolitics: on the threshold of the living subject*. London: Routledge.
- Wertz, Dorothy C.; Fletcher, John C. 2004. *Genetics and ethics in global perspective*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Zusammenfassung: Insbesondere im Medizinbereich hat sich professioneller Entscheidungsunterricht etabliert, durch den Patienten in mündige Bürger verwandelt werden sollen, die informierte Entscheidungen treffen. Das Entscheiden wird dadurch jedoch professionell ver-einnahmt. Mitte des 20. Jahrhunderts deuteten neue Management- und Steuerungswissen-schaften »Entscheidung« in einen formalisierbaren Wahlakt um, der gelenkt und optimiert werden kann. Am Beispiel einer medizinischen Beratungssitzung wird gezeigt, wie Patienten zu solchen kalkulierten Wahlakten aufgefordert werden und wie professioneller Entschei-dungsunterricht als neue Sozialtechnologie funktioniert.

Stichworte: Beratung, genetische Beratung, professioneller Entscheidungsunterricht, Selbst-bestimmung, Patientenautonomie, Risiko, rationale Entscheidungstheorie

Professionals as choice trainers. The transformation of clients into decision makers

Summary: The goal of counselling is to enable clients to make autonomous decisions. Especially in medicine, training in decision making is fashionable. Patients are to be transformed into informed decision makers. This training in decision making is a new form of professional encroachment. In the middle of the 20th century »decision«, the key term of new management and control technologies, was redefined as a calculable choice which could be controlled and directed. How patients are asked to make such calculated choices and how professional training in decision making functions as a new technology of social control are explored with an exemplary medical counselling session.

Keywords: counselling, genetic counselling, professional choice training, autonomy, patient autonomy, risk, rational choice

Autorin

Dr. Silja Samerski
DFG-Graduiertenkolleg »Selbst-Bildungen – Praktiken der Subjektivierung«
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Fakultät IV
26111 Oldenburg

Leviathan, 41. Jg., 1/2013