

ÄRZTETAGUNG
DES ERZBISTUMS PADERBORN

„Was ist uns der Mensch wert?“
Probleme und Perspektiven
künftiger Gesundheitspolitik

23. Oktober 1999
in der Aula des Gymnasiums St. Michael, Paderborn

Inhaltsverzeichnis

Prof. Dr. theol. Josef Römelt

Zu den kulturellen Rahmenbedingungen
der gegenwärtigen Konflikte im Gesundheitswesen 2

Dr. Dr. med. Ulla Pruss-Kaddatz

Zwischen Ökonomie und medizinischer Lösung:
Welche Prioritäten verlangt ärztliches Handeln? 12

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Domplatz 3
33098 Paderborn

Josef Römelt

Zu den kulturellen Rahmenbedingungen der gegenwärtigen Konflikte im Gesundheitswesen

Jürgen Habermas hat in seinem berühmten Bild für die Gefahren der modernen differenzierten Gesellschaft von der Kolonisierung der Lebenswelten gesprochen. Gemeint ist damit das Problem, daß innerhalb der demokratischen Kultur und technologischen Zivilisation Werte des strategischen und instrumentellen Handelns, wie wir sie aus den Prozessen der Wirtschaft und der Technik kennen, die anderen Lebensbereiche vereinnahmen: die ästhetische Welt der Kunst, die normative Ebene der Sitte und Ethik usw. Es gibt einen "Prozeß der Deformation der normativen und symbolischen Strukturen der Lebenswelt. Die Institutionalisierung von Geld und Macht als Medien des sozialen Austausches innerhalb des Systems durchdringt die Lebenswelt kommunikativen Handelns", schreibt F. Schüssler Fiorenza in Auseinandersetzung mit der Diskursethik¹. "Die unter Druck geratene Lebenswelt vermag [dabei aber] nicht mehr, kulturelle Sinnggebung, soziale Integration und personale Sozialisation zu gewährleisten; Sinnverlust, Anomie und individualpsychologische Pathologien"² sind somit zu erwarten. Dort, wo das Technische, das Geld und ihre Rationalität den Umgang der Menschen beherrscht, führt das zum Zusammenbruch der individuellen und sozialen Gesundheit des Menschen.

Die Frage ist, ob mit der neuen Gesundheitsreform innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ein solcher Schub der Kolonisierung des Lebens durch instrumentelle Rationalität stattgefunden hat bzw. stattfinden wird - und zwar in einem Bereich, der das Innerste des Lebens betrifft, im Bereich der

¹ F. Schüssler Fiorenza, Die Kirche als Interpretationsgemeinschaft. Politische Theologie zwischen Diskursethik und hermeneutischer Rekonstruktion, in: E. Arens (Hg.), Habermas und die Theologie. Beiträge zur theologischen Rezeption, Diskussion und Kritik der Theorie kommunikativen Handelns. Düsseldorf 1989, 115-144; hier: 122f.

² Ch. Kissling, Gemeinwohl und Gerechtigkeit. Ein Vergleich von traditioneller Naturrechtsethik und kritischer Gesellschaftstheorie (Studien zur theologischen Ethik 48). Fribourg 1993, 505.

Medizin. Sicherlich: Seit die Medizin sich immer intensiver auf technische Hilfen gestützt hat, seit die vielfältigen medikamentösen, instrumentellen und verwaltungstechnischen Hilfen das Krankenhaus erobert haben, gibt es die Sorge um die rechte Balance zwischen ökonomischem und therapeutischem Aspekt des Gesundheitswesens. Aber vor allem im Bereich der Pflege hat sich mit der zunehmenden Ausgestaltung der Arbeitsverträge, der Regelung der Arbeitszeit und der Professionalisierung des Pflegeberufes schon seit langem ein großer Engpaß in der Frage der Finanzierbarkeit aufgetan. Dieser Engpaß scheint jetzt auch die medizinische Betreuung selbst erreicht zu haben. Die immer größeren Möglichkeiten künstlicher Hilfen für die menschliche Gesundheit, die enormen Erfindungen im Bereich der Medizintechnik haben das zum Standard gemacht, was früheren Generationen als Spitzen einer ärztlichen Betreuung galt. Spektakuläre chirurgische Erfolge von gestern gehören heute zur alltäglichen Pflichtübung und zur Normalversorgung. Die immer differenziertere diagnostische Technik, molekularbiologische, radiologische und analytische Einsicht des Menschen in die Prozesse seines Körpers eröffnen in immer weiterem Umfang Hilfestellungen, die mit technischem Aufwand verbunden sind.

Die neue Qualität des Zueinanders zwischen therapeutischem, technischem und ökonomischem Aspekt innerhalb des ärztlichen Handelns zeigt sich darin, daß der Arzt als zentrale Verteilungsstelle der *medizinischen* Güter immer mehr die Frage der Finanzierbarkeit im Auge behalten muß. Auch früher gab es Grenzen, bei denen eine vielleicht sinnvolle Therapie an den Möglichkeiten der Finanzen gescheitert ist. Und jeder kluge Arzt mußte abwägen, in welchem Stadium gerade finaler Erkrankungen welche Behandlungsweise noch verantwortbar war. Wer größere finanzielle Mittel zur Verfügung hatte, konnte sich vor allem im Bereich der Rehabilitation manches leisten, was anderen vorenthalten blieb. Heute beginnt die Frage nach dem Geld aber schon in sehr alltäglichen medizinischen Versorgungsprozessen, ja sie begleitet nun den Arzt in allen seinen Handlungsformen. Ein guter Arzt war, wer die neuesten Möglichkeiten therapeutischer Fürsorge für seine Patienten kannte, wer in Weiterbildung und Information diese Möglichkeiten mitverfolgte und sie in größtmöglichem Ausmaß seinen Klienten zur Verfügung stellte. Heute ist ein guter Arzt, wer das Augenmaß besitzt, welcher Patient mit welcher Therapie zu versorgen ist, wer die Paradoxien vermeidet, in die technische Versorgung des Menschen führen kann (technisch induzierte Schwebestände zwischen Leben und Tod), wer Menschen zu maßvollem Medikamentengebrauch anhält und Behandlungskosten überschaubar macht.

Das Problem ist, daß in einem solchen Wechsel der Handlungsrücksichten, Ziele und Verhaltensweisen die tiefste Motivation ärztlicher Kultur bedroht erscheint. Kolonisierung der Lebenswelt meint hier: Ärztliches Handeln kann zu einer 'Kolonie' ökonomischer Aktion werden, wenn es von den wirtschaftlichen Rücksichten vereinnahmt wird und seine eigene spontane Identität verliert. Der Hippokratische Eid verlangt vom Arzt, daß sein ganzes Denken und Tun darauf ausgerichtet sein soll, Leben zu erhalten und zu fördern. Diese Pflicht wird unbegrenzt, als nimmer müder Kampf gegen die destruktiven Mechanismen der natürlich-physiologischen Bedrohungen des Menschen gefordert. Kann der Arzt heute noch spontan dieser Forderung folgen?

Es ist nicht leicht, mit einer solchen Erfahrung im alltäglichen Kampf mit Krankheit und Sterben umzugehen. Eine Antwort auf die Frage, wie eine solche Situation überhaupt ethisch verantwortbar durchzuhalten ist, läßt sich letztlich nur auf dem Boden einer grundsätzlichen Analyse der modernen kulturellen Probleme finden. Das neue Arztbild, das Bild - um es einmal biblisch zu sagen - vom klugen Verwalter³, der sich genau überlegt, an wen er seine Güter verteilt und mit welchem Nutzen das verbunden ist, ist Ausdruck einer allgemeinen Erfahrung kultureller Grenzen. Nicht daß hier eine Art Kulturpessimismus ausgedrückt sein soll, sondern damit soll lediglich beschrieben sein, was den Alltag heute prägt: Die technische Macht und die Möglichkeiten einer emanzipierten Kultur des Menschen generiert neue Konflikte, neue Erfahrung von Ohnmacht. Das zeigt sich auf der Ebene der ökologischen Belastung der Natur, auf der Ebene der internationalen sozialen Solidarität und der globalen politischen Verantwortung. Diese Erfahrung gilt es sinnvoll und ethisch-realistisch zu bestehen. Das Verständnis von Krankheit und Gesundheit, von Therapie und Heilung, von ärztlichem Handeln und Mittun der Patienten ist in diesen Erfahrungen ein zentrales Element. An der Kultur der Medizin, die neben der Transport- und Kommunikationstechnik zum größten Symbol des Fortschritts geworden ist, zeigt sich paradigmatisch die ethische Aufgabe einer Gesellschaft, die mit den Grenzen ihrer Macht nicht deprimiert, sondern personal und menschlich umgehen muß.

2. Unzureichende Lösungen des Konflikts um den Umgang mit den Grenzen technischer Kultur

Solch personaler Umgang mit den Grenzen technologischer Zivilisation kann mißlingen. Es ist nicht selbstverständlich, daß wirklich eine menschliche Lö-

³ Vgl. Lk 16,1-8.

sung gefunden wird, um gerade im medizinischen Bereich mit den Konflikten gegenwärtiger Kultur zurechtzukommen.

a) Die mechanische ökonomische Rationalisierung

Es genügt nicht, die modernen Grenzerfahrungen im medizinischen Bereich durch eine reine ökonomische Rationalisierung lösen zu wollen. Diese Sachlichkeit ist nicht ausreichend, um dem Problem moderner zivilisatorischer Konflikte gerecht zu werden. Sachlich-ökonomisches Kalkül gelingt erst, wenn es ein Baustein innerhalb einer größeren menschlichen Kultur der Verarbeitung von Grenzen ist. Und wer alles nur auf ökonomische Rationalität reduziert, kann vielleicht bis zu einem gewissen Zeitpunkt vermeidbare Defizite reduzieren, Kosten eindämmen und so die medizinische Versorgung auch in ihrer Qualität steigern. Er nimmt aber - verabsolutiert er seinen Gesichtspunkt schließlich zur alles entscheidenden Perspektive - der Medizin ihren innersten Impetus der fortschreitenden Innovation, mit immer neuer fachmedizinischer, aber auch pflegerischer Qualität menschliches Leid zu lindern. Und dieses Leid beschränkt sich nicht nur auf ökonomisch-objektivier-

bare physiologische Beschwerden, sondern umfaßt den gesamten Bereich psychischer, sozialer und körperlicher Bedürfnisse menschlicher Gesundheit.

Wird der ökonomische Aspekt zur vorrangigen Perspektive des Gesundheitssystems, ist es schwer zu verhindern, daß angesichts des unterschiedlichen Versorgungsaufwandes und variierender finanzieller Belastungen sowie Risiken für die Bekämpfung der verschiedenen Krankheiten bei praktizierenden Ärzten und Krankenhausinstitutionen Vermeidungs- und Umgehungsstrategien die Oberhand gewinnen werden. Der Gedanke, wie komplizierte und schwierige finanzielle Belastungen vermieden werden können, wird zur Frage, wie man sich vor Patienten mit einer komplexen und kostengünstigen Diagnose schützen kann, dominiert schließlich leicht die Aufnahme von hilfesuschenden Patienten⁴. Damit aber würde der eigentlich originäre medizi-

⁴ Die moderne Gesellschaft ist nicht nur in der Frage ökonomischer Belastungen durch medizinische Versorgung oder in anderen sozialen und politischen Bereichen ohnehin von solchen Vermeidungsstrategien beherrscht, sondern diese Strategien reichen gegenwärtig schon bis in die letzten ethischen Haltungen ihrer Individuen hinein: Das, was viele heute als lebensdienlich betrachten, gerät immer mehr unter den Gesichtspunkt: Wie vermeide ich Belastungen meiner eigenen Lebenssituation? Ob man nun an behinderte Kinder oder was auch immer denkt, es ist der hedonistische Ansatz, der sich da vordrängt. Demgegenüber müssen wir nach Korrektiven suchen, und die müssten wir ausdrücklicher formulieren..." Subjektivität und Individualität. Hermann Ringeling im Gespräch mit den Herausgebern, in: H.U. Germann u.a. (Hg.), Das Ethos der Liberalität. Festschrift für Hermann Ringeling zum 65. Geburtstag (Studien zur theologischen Ethik 54). Freiburg 1.Ue. 1994, 9-25, hier: 24.

nische Impuls, Krankheit zu bekämpfen, durch die ökonomische Perspektive zu tief relativiert. Um die Differenzierung der Lebenswelten in ärztliches Ethos des Hellens und ökonomische Rücksicht der Wirtschaftlichkeit aufrecht zu erhalten - und die Aufrechterhaltung dieser Differenz mit all ihren komplexen Spannungen ist Voraussetzung einer strukturell humanen Gesellschaft -, darf der Arzt nicht zum Ökonom werden, wie auch der Ökonom nicht Arzt sein kann. Nur wenn das Ethos des Heilungsauftrags in unverfälschter Ernsthaftigkeit und Impulsivität die Gestaltung der medizinischen Kultur einer Gesellschaft prägt, wird auch die wirtschaftliche Seite dieser Kultur realistisch und fruchtbringend für die Gesellschaft gestaltet werden können.

b) Die Kategorisierung des medizinischen Engagements nach dem Gedanken von lebenswertem und lebensunwertem Leben

An der Frage nach der ökonomischen Qualifikation von Krankheitsverläufen sowie nach der Notwendigkeit eines unabhängigen humanen Ethos, spontan krisenhafte Erfahrungen von Krankheit und Hilflosigkeit solidarisch zu tragen - ohne Blick auf finanzielle Vorteile oder dergleichen -, wird das damit angesprochene Problem paradigmatisch deutlich. Wie soll denn die ökonomische Qualität bestimmter Krankheits- und Behinderungsformen eingestuft werden, die gegenüber rascheren und vollständigeren Heilungsprognosen typische Langzeiterkrankungen mit geringer Verbesserungsquote darstellen? Wie kann Lebensqualität, Heilungschance, Kostenaufwand und medizintechnischer sowie medizinorganisatorischer Einsatz angesichts der enormen quantitativen und qualitativen Differenzen zwischen verschiedenen Krankheitsbildern sinnvoll miteinander abgewogen werden? Was stellt bei solchen Abwägungen den letzten ökonomischen Zielpunkt dar: Arbeitsfähigkeit, Schutz der Gesellschaft vor Pflegebelastungen, individuelle Lebensqualität, Schmerzfreiheit? Darf ein Krankenhaus auch angesichts eines enormen finanziellen Risikos eine in einem Populationsgebiet unterrepräsentierte Therapieform anbieten, um Randgruppen der staatlichen Gesundheitsvorsorge einen Anlaufpunkt zu bieten? Wie kommt es, daß immer weniger Menschen sich dem Pflegeberuf widmen, weil die damit verbundenen menschlichen Belastungen, das Ansehen-Müssen von Leid und Sterben, nicht mehr ertragen wird, und weil viele sich denken, daß sie das gleiche Geld, das sie in der Pflege verdienen, auch in weniger seelisch belastenden Berufssparten erarbeiten können?

Der Auftrag zum Heilen, zum bedingungslosen Kampf um die Gesundheit des einzelnen menschlichen Individuums bleibt bestehen. Das ist gegen eine neue Form des medizinischen 'Rassismus' zu betonen - also gegen die Versuchung, in allgemeinen Einteilungen Kategorien von Erkrankungen und Krankheitsverläufen zu schaffen, die sozusagen ex genere als weniger versorgungsbedürftig und engagementswürdig innerhalb unseres Gesundheitsbetriebes eingestuft werden, weil sie weniger Heilungschancen haben und weil diese Ohnmacht ökonomisch belastender sowie menschlich schwerer auszuhalten ist. Gerade diese Form von Kosten-Nutzen-Rechnung, die letztlich auf der unmenschlichen Einteilung von lebenswert - lebensunwert beruht, ist keine verantwortliche Umsetzung der notwendigen Akzeptanz der Grenzen menschlicher Macht, schon gar nicht, wenn es um Ersparnisse von finanziellen Kosten geht⁵.

- c) Die gesinnungsethische Verabsolutierung ärztlichen Ethos gegenüber ökonomischen Notwendigkeiten

Dem Arzt ist es freilich angesichts der wachsenden Probleme einer realistischen Finanzierung des Gesundheitssystems zugemutet, jenseits solcher leichtfertigen Klassifizierungen konkret den Sinn und Unsinn eines therapeutischen Aufwandes zu reflektieren und einzuschätzen - aber nicht nur dem Arzt, sondern allen Teilen unserer Gesellschaft bis hin zum Patienten selbst. Diese Reflexion muß sich im Horizont einer Menschlichkeit bewegen, die die Möglichkeiten der Heilung jedem Individuum vorurteilslos mit aller Kraft zukommen lassen will, die dabei die nüchterne Berücksichtigung von Kosten und finanzieller Aufwendung sachlich wahrnimmt, die letztlich aber gerade um die letzte Grenze jedes Menschen ohne Angst weiß - nämlich daß wir sterben müssen. Von diesem Wissen aus müssen gelassen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten der Therapie nach den sie bedingenden Faktoren (medizinische Fakten, finanzielle Ressourcen, subjektive Bedürfnisse des Patienten) abgewogen werden. Eine saubere fachliche und qualifizierte Analyse der Kosten und Nutzungserfolge muß in diesem Sinne heute mögliche Ressourcenverschwendung, Organisationsfehler und strukturelle sowie gedankenlose Hypertrophien im Bereich der Medizintechnik und der Medikamentierung auf-

⁵ Es soll hier nicht behauptet werden, daß solche Quallifikationen bewußt - wie etwa in der Ethik des Philosophen Peter Singers - von Wirtschaftlichkeitskalkülen im Bereich des Gesundheitswesens an sich intendiert sind. Aber es muß die Gefahr gesehen werden, daß der Versuch der Lösung heutiger Finanzierbarkeit der medizinischen Versorgung mithilfe rein ökonomischer Überlegungen marktwirtschaftliche Mechanismen auslöst, die *faktisch* zu einer Ausgrenzung bestimmter Patientengruppen von optimaler medizinischer Betreuung führen können.

decken. Jeder Arzt muß es auch lernen, in nüchternen ökonomischen Kalkülen seine Praxis einmal untersuchen und kontrollieren zu lassen, selbst sachgemäßer zu handeln. Wird diese Berücksichtigung der ökonomischen Aspekte dabei möglicherweise die Anwendung vielfältiger medizinischer Angebote, vielleicht sogar die Schnelligkeit von Forschung und Entwicklung behindern, belasten und einschränken? Ist die Akzeptanz solcher Folgen - die Unterscheidung zwischen Basisversorgung und wählbaren Zusatzleistungen, das Entstehen von Ungleichheiten durch eine solche Aufgliederung, die Verzögerung des medizinischen Fortschritts und der Eröffnung eines breiten Zugangs zu ihm für alle usw. - Verrat an den ethischen Grundlagen der Medizin oder notwendige, auch ethisch zu übernehmende realistische Antwort auf die neuen Grenzerfahrungen moderner Gesellschaft?

3. Ein neues Verständnis von Gesundheit und Krankheit als Mitte der menschlichen Verantwortung in der medizinischen Versorgung

Um eine personal-verantwortliche Gestaltung moderner Medizinkultur jenseits der hier angedeuteten Irrwege für einen verantwortungsvollen Umgang mit den neuartigen finanziellen Konflikten und Verteilungsproblemen theologisch-ethisch zu reflektieren, ist letztlich der Blick auf das veränderte Verständnis von Gesundheit und Krankheit in diesem Kontext hilfreich.

a) Vom Verständnis der Krankheit als metaphysische Strafe zur aktiven Auseinandersetzung mit der Bedrohung des Lebens

In der Antike galt Krankheit als Strafe der Götter oder Gottes, als Ausdruck des Verlustes der Harmonie des Nomos, d.h. der Harmonie mit dem Gesetz des Kosmos oder mit dem Schöpferwillen Gottes⁶. Gegenüber der Antike hat das christliche Gebot der Nächstenliebe wohl einen intensiven Aufbau erster Institutionen zur Betreuung der Kranken und Sterbenden bewirkt. Aber erst mit dem Aufkommen der Naturwissenschaften wird bewußt, daß rein innerweltliche Ursachen Grund für Krankheit sind, daß sie mit metaphysischer Schuld in keiner Weise etwas zu tun haben. Was folgt ist eine wissenschaftliche Objektivierung von Krankheit, die aus der Einsicht in die Funktionen von Zellen, Viren, Enzymen, physiologischen und biochemischen Prozessen, anatomischen Fakten usw. den Menschen primär als eine biologische Mechanik verstehen lassen, die nach erkennbaren Regeln aufgebaut ist, 'gewartet' werden muß und auch repariert werden kann. Das szientistische Wirklichkeitsbild, nach dem sich die gesamte Wirklichkeit im Sinne der Naturwis-

⁶ Vgl. E. Schockenhoff, Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß (Welt der Theologie). Mainz 1993, 221-227.268-286.

senschaften erklären läßt, tritt in den Vordergrund⁷. Nach diesem Weltbild ist die "profitorientierte Kapitalverwertung den gleichen übergeordneten Naturgesetzen unterworfen ... wie die Produktivierung des menschlichen Körpers..." "Jeder einzelne" ist "deshalb verpflichtet, durch eine regelkonforme Lebensführung seine Leistungsfähigkeit aufrechtzuerhalten." "Dafür" wird "ihm im Sinne eines neuen «contract social» konzedierte, dass die Gesellschaft ihrerseits sein Recht auf Gesundheit schütze⁸."

Wenn sich heute die Einstellung noch einmal gewendet hat, dann bedeutet das, daß der Kostendruck in der staatlichen Gesundheitsvorsorge, die enorme Erweiterung der Technisierung der Medizin sich mittlerweile mit dem ernanzipatorischen Bewußtsein der Gesellschaft verbunden hat. Dieses Bewußtsein drängt von einem rein staatlich fürsorgenden Verständnis weg zu einer Auffassung der Krankheit, die um die möglichst lange Erhaltung der Autonomie und persönlichen Lebensqualität des Kranken kreist, dafür aber vom Kranken und seinen Angehörigen den vollen Einsatz und das bestmögliche Mittun für diese Sicherung unabhängiger Lebensführung verlangen. Eine Zeit lang hatte man gehofft, mit diesem Konzept auch die Kosten für die Gesundheit in Grenzen zu halten. Gepaart mit dem Versuch, auch finanziell die Eigenbeteiligung des Patienten flexibler einzubringen, steht solches Verständnis von Krankheit und Gesundheit irgendwie auch noch hinter der neuesten Gesundheitsreform.

b) Grenzen des medizinischen Fortschritts und menschlicher Macht

Aber mit dem 'mündigen' Verständnis von Heilung als persönlicher Initiative und Verantwortung sind - und das wird dann schließlich in der unmittelbaren Gegenwart bewußt - die Probleme noch immer nicht gelöst. Der Arzt als in die Verantwortung genommenes Glied der Gesellschaft, das über die Verteilung der knappen medizinischen Ressourcen heute in ausdrücklichen Entscheidungen und überlegt verfügen muß, ist in der Begegnung mit den nach Heilung und optimaler medizintechnischer Versorgung suchenden Patienten noch einmal mit einer tieferen Frage konfrontiert - mit den Patienten zusammen. Diese Frage ist eine alte Frage, im ärztlichen Handeln immer anwesend gewesen, steht nur angesichts der neuen Grenzerfahrungen im Kontrast zur in vielen Bereichen gegenwärtigen Lebens immer noch geschenkten Machterfahrung des Menschen mit neuer Radikalität vor Augen: Unsere Ge-

⁷ Vgl. B. Mesmer, Die Naturforscher sind die thätigsten Bearbeiter der socialen Frage, in: H.U. Germann u.a. (Hg.), Das Ethos der Liberalität, 29-42.

⁸ Ebd. 42.

sellschaft heute vermittelt in allen Bereichen alles andere als mutige Auseinandersetzung mit Grenzen, mit Ohnmacht und mit dem Leid. Sie drängt den einzelnen, die Familien und die Gruppen zur Rastlosigkeit, in der Meinung ein Ideal der Stärke und des Engagements für das Wohl des Menschen voranzutreiben. Aber man wird das Gefühl nicht los, daß manches daran eher Feigheit und Vermeidungsangst ist, bis hin zu schlichtem Egoismus des sogenannten "Stärkeren".

Sicher, medizinischer Fortschritt, Emanzipationsbewegung, psychologisches Wissen um die Ausbildung und Stabilisierung einer starken Individualität u.a. haben beim Umgang mit Krankheit den fruchtbaren Wandel des Therapiebildes und viel Hilfreiches bewirkt. Und dennoch darf in diesem Wandel der Einstellung zur Krankheit nicht vergessen werden, daß auch die andere Haltung wichtig und menschlich notwendig ist. Jede Therapie hat ihre Grenze. An den Paradoxien, die technische Übervorsorgung von Patienten in der Schwebelage zwischen Leben und Tod halten kann, wird das Problem ganz deutlich: Kann die Gesellschaft mit der Grenzerfahrung Krankheit etwas anfangen? Menschen haben eine nicht mehr integrierte Angst vor dem Kontakt mit Behinderung, Sterben, Leid. Sie sind nicht mehr fähig, die Belastung auszuhalten, die damit verbunden ist. Der Grund dafür liegt wohl in einem fehlenden Horizont, der es möglich macht, auch in solchen Erfahrungen von Leid wirkliche Werte zu erfahren - Werte, die nicht mehr mit den Stichworten: Leistung, Kampf gegen die Krankheit, Gewinnen, Stärke zu tun haben, sondern mit den Worten: Tragen, gelassener Geduld, menschlicher Größe in Akzeptanz von Lebensschicksal und zugemuteten Grenzen. Es geht bei diesen letzteren Werten gerade nicht um eine dunkle selbstmitleidige Passivität, Erfindungslosigkeit und Resignation. Es geht ganz im Gegenteil um eine ganz enorme menschliche Kreativität: Es geht um die geistige Stärke, unserer Begrenztheit als Menschen ins Auge zu sehen und realistisch und ruhig mit dieser Begrenztheit umzugehen.

c) Annahme der Endlichkeit

Die Entscheidungen des Arztes angesichts der Notwendigkeit bewußterer Verteilung medizinischer Ressourcen sind in diese kulturelle Aufgabe von nüchternen und menschlicher Gelassenheit vor den Grenzen unseres Daseins unmittelbar miteingelassen. Viele Menschen haben vor dem realistischen Umgang mit den Grenzen des Lebens Angst. Diese Angst ist nicht menschlich, denn sie treibt in Hektik, Depression, wenn das Gelingen ausbleibt. Selbstbewußtsein und Glück bleiben an den äußeren Erfolg gebun-

den, ohne eine Stütze zu haben, die tiefer geht. Erfolg ist etwas sehr Wertvolles. Therapieerfolge innerhalb der Behandlung von Krankheit sind etwas radikal Ermutigendes, Glückliches. Aber sie sind nicht alles. Erfolg kann erst dann wirklich gelassen und realistisch erkämpft, errungen und gelebt werden, wenn die bodenlose Angst vor der Grenze ein wenig integriert ist, die allen als Menschen zugemutet ist: daß wir endlich sind.

Das Paradox der gegenwärtigen Situation scheint zu sein: Diese Akzeptanz der Endlichkeit beginnt nunmehr schon vor den eigentlichen Stadien finaler Erkrankungen und gesundheitlicher Einbrüche. Die ökonomischen Schwierigkeiten bedeuten in vielen medizinischen Fragen heute, daß die Bewältigung der Grenze von Heilung und Nicht-Heilen-Können nicht mehr nur durch das fehlende Wissen, sondern schon durch die fehlenden Ressourcen verursacht sein können. Und das Paradox moderner, innovativer Medizinkultur ist: Gerade je mehr Möglichkeiten der Förderung des Lebens der Mensch hat, um so mehr wird er auch verantwortlich für bewußt und frei gesetzte Grenzen dieser Förderung. Die finanziellen Ressourcen setzen dabei ein von außen vorgegebenes Maß. Die Frage der Partizipation, die Frage also der Verteilung dieser Ressourcen muß von Menschen frei beantwortet werden und der Arzt steht mit seiner beruflichen Kompetenz in der Mitte dieser Entscheidung. Das schließt ein, daß auf Grund solcher Entscheidung Menschen mit geringerer medizinischer Versorgung auskommen müssen als theoretisch und technisch möglich, daß Leben dadurch gehemmt oder zumindest nicht so gefördert werden kann, wie es das spontane ärztliche Ethos verlangt. Natürlich dürfen solche Entscheidungen nicht willkürlich getroffen werden, dürfen sie nicht in eklatantem Gegensatz zu den Grundsätzen von Gleichheit, ärztlicher Sorgfaltspflicht und innovativer Forschung stehen. Dennoch: Auch die gelassene Bejahung unverrückbarer Grenzen und Einschränkungen gehören zu einem wirklich menschlichen Umgang mit der Krankheit. Für die Menschlichkeit des Lebens ist es wichtig, mit den Grenzen bejahend zu leben. In der realistischen Annahme aller Grenzen muß in einer ohne religiösen Bezug oft angsterfüllten Gesellschaft eine neue Ehrlichkeit in der Auseinandersetzung mit den Grenzen wachsen, die den Menschen äußerlich sehr ohnmächtig erscheinen lassen. Das ist die Voraussetzung dafür, um an diesen Grenzen ohne falsche Illusionen einen Sinn erfahren zu können, der die menschliche Würde auch in tiefen Konflikten von Krankheit und Einschränkung ausdrückt und der konkrete Entscheidungen - auch wenn sie z.B. das Geld betreffen - nicht zum bloß äußerlichen Nutzenkalkül, sondern zum verantwortlichen personalen Entschluß machen.

Ulla Pruss-Kaddatz

Zwischen Ökonomie und medizinischer Lösung: Welche Prioritäten verlangt ärztliches Handeln?

Das individuelle Wohl des Patienten steht und fällt mit den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die dieses Wohl garantieren. Das Für und Wider um die gesundheitspolitischen Reformen spiegelt den Konflikt der vorgestellten gesellschaftlichen Werte bzw. deren erzwungenen Wandel. Die gesundheitspolitische Rationalisierungswelle fordert das Gesundheitssystem heraus, zugleich bringt sie Gesundheit als soziales Gut in eine Legitimierungskrise.

In dieser Debatte spielt die ethische Frage der Verteilungsgerechtigkeit eine zentrale Rolle. Gesundheitspolitik ist also nicht nur ein Problem von Finanzen oder von Zielkonflikten, die aus der Mittelknappheit resultieren. Gefordert sind in dieser historischen Situation notwendige ethische Grundsatzentscheidungen, die das künftige Menschenbild und Gesellschaftsbild in Deutschland mit ausmachen werden.

Die GKV-Gesundheitsreform 2000 stellt die Strukturen des bisherigen deutschen Gesundheits-Systems elementar in Frage. Auf dem 102. Deutschen Ärztetag in Cottbus definierte Frau Gesundheitsministerin Fischer die Ziele der Gesundheitsreform wie folgt:

- Qualität verbessern
- Patientenrechte stärken
- Die Arbeit der Ärzte erleichtern
- Das Gesundheitswesen für die Zukunft fit machen.

Diese Ziele sind mit den Inhalten des Gesetzentwurfes nicht zu realisieren.

Wird das Gesetz beschlossen, hat dies gravierende Konsequenzen für das ambulante und stationäre Versorgungsniveau des deutschen Gesundheitswesens:

(1) Die Versorgungsqualität wird verschlechtert

- (2) Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird zerstört
- (3) Das Morbiditätsrisiko wird bei der Ärzteschaft belassen
- (4) Patientendaten werden offengelegt und damit das Arztgeheimnis ausgehöhlt
- (5) Es findet eine Risikoselektion und Entsolidarisierung der Versicherten statt
- (6) Die bisherige partnerschaftliche Selbstverwaltung wird aufgehoben
- (7) Die Bürokratie wird ausgeweitet
- (8) Der Wachstumssektor "Gesundheitswesen" wird massiven ökonomischen Beschränkungen ausgesetzt
- (9) Hunderttausende von Arbeitsplätzen werden vernichtet.

Der Kern dieser Politposse, die den Namen Reform nicht verdient, ist die geplante globale und sektorale Budgetierung der Leistungsausgaben und ihre administrative Umsetzung durch ein Kartell der Kassen. Die "Budgetierung" ist gegenüber früheren Kostendämpfungsgesetzen zum technischen Kern des Gesetzes avanciert. Die notwendige Reform auf der Einnahmeseite der Kassen wird von der Reform gänzlich ausgeklammert. Dies kann nur an einer maßlosen Überschätzung der sicherlich vorhandenen "Rationalisierungspotentiale des GKV-Systems" liegen sowie an einer ebenso fatalen Unterschätzung der Entwicklungsdynamik der Gesundheitsausgaben. Sind die Rationalisierungsreserven erst ausgeschöpft, kann "Beitragssatzstabilität" im gegenwärtigen System nur noch gewährleistet werden, wenn die Ausgabenentwicklung im Gleichschritt mit den wohl auch in Zukunft nur moderat steigenden Arbeitseinkünften bleibt.

Vieles spricht allerdings dafür, daß sich die Gesundheitsausgaben weiterhin progressiv erhöhen werden:

- der per saldo leistungsausweitende medizintechnische Fortschritt,
- die Vergreisung der Bevölkerung und die damit verbundene Zunahme ausgabentreibender Erkrankungen,
- eine zunehmende Präferenz der Bevölkerung für Gesundheitsgüter
- sowie nicht zuletzt das Gesundheitswesen selbst als ein arbeitsintensiver Dienstleistungssektor, der durch geringe Produktivitätssteigerungen geprägt ist -

all dies sind permanente „Ausgabenbeschleuniger“. Deshalb werden auch die Gesundheitsausgaben trotz aller Kostendämpfungsversuche schneller steigen als die beitragspflichtigen Einkünfte. Prognosen auf Basis des Status quo rechnen für 2030 mit Beitragssätzen von 25 Prozent und mehr.

Hieraus ergibt sich ein Problem, weil die Beiträge zur GKV proportional zum Einkommen erhoben werden und zur Hälfte von den Arbeitgebern gezahlt werden. Letzteres führt dazu, daß jede Beitragssatzerhöhung auf die Lohnzusatzkosten durchschlägt und die Standortbedingungen in Deutschland verschlechtert. Es ist deshalb verständlich, wenn auch die derzeitige Bundesregierung "Beitragssatzstabilität" als vorrangiges Ziel betrachtet. Nur manövriert sie sich in eine schier ausweglose Situation, wenn sie dabei nicht auch die Koppelung der Gesundheitsausgaben an das Arbeitseinkommen und die Heranziehung der Arbeitgeber auf die reformpolitische Agenda setzt.

Denn ohne Reformen auf der Einnahmenseite der GKV kann "Beitragssatzstabilität" nur heißen: Nachhaltige Deckelung der Gesundheitsausgaben mittels konsequenter Budgetierung auf allen Ebenen - mit allen negativen Folgen, die von einem Instrument der Planwirtschaft (also zentralistische Verwaltung und Lenkung) in einem marktwirtschaftlichen Umfeld zu erwarten sind.

Das wirft die Frage auf, wie es die Gesundheitspolitik mit den Präferenzen der Versicherten hält: Bedeutet politisch verordnete Beitragssatzstabilität in einer freien Gesellschaft nicht auch eine Bevormundung der Bevölkerung? Woher nimmt die Politik das Recht, uns vorzuschreiben, was wir für Gesundheitsleistungen auszugeben haben?

Betrachten wir ein anderes Beispiel: den Freizeitbereich. Bisher hat noch kein Politiker gefordert, den Anteil der Freizeitausgaben am Einkommen stabil zu halten. Dabei sind die Freizeitausgaben in Deutschland in den letzten 25 Jahren ähnlich stark gestiegen wie die Gesundheitsausgaben. Es sollte auch zu denken geben, daß in anderen Ländern wie den USA, Kanada und der Schweiz pro Kopf der Bevölkerung erheblich mehr für Gesundheitsleistungen ausgegeben wird als in Deutschland.

Daraus folgt: Der Spielraum für Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen ist bei uns noch längst nicht ausgeschöpft. Seine administrative Begrenzung mittels systemwidriger Budgetierung ist weder wirtschafts- noch gesundheitspolitisch geboten. Um diesen Spielraum nutzen zu können, wäre es freilich notwendig, daß die Beiträge vom Arbeitseinkommen abgekoppelt werden, daß die Arbeitgeberbeiträge abgeschafft oder fixiert werden, und daß zugleich Wahltarife eingeführt werden. Eine durch Wettbewerb gesteuerte GKV würde Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen, effiziente Strukturen der Versorgung hervorbringen und die Qualität der Gesundheitsleistungen im Einklang mit dem medizintechnischen Fortschritt verbessern. Eine entspre-

chende "solidarische Wettbewerbsordnung", wie sie mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 auf den Weg gebracht wurde, aber von der jetzigen Regierung teilweise wieder demontiert wurde, würde die GKV auch für künftige Herausforderungen rüsten: Freizügigkeit im europäischen Gesundheitsmarkt, die sich notwendigerweise aus der Angleichung der Sozialsysteme im europäischen Maßstab in den nächsten zehn Jahren ergeben wird, sei hier nur ein Stichwort.

Ein Global-Budget, das an die Grundlohnsumme gekoppelt ist, bedeutet zwangsläufig, daß man sich vom wissenschaftlichen Fortschritt abkoppelt und auch von dem neuen Bedarf, der sich unvermeidlich durch den demographischen Wandel ergibt. Denkt man freilich den Gedanken des Global-Budgets, das an die Grundlohnsumme gekoppelt ist, einmal zu Ende, dann ergäbe sich die absurde Konsequenz, daß eine sinkende Grundlohnsumme zu gesünderen Bürgern führen müßte, um das Budget einhalten zu können.

Wäre es ein gesundheitspolitisches Ziel, Versorgungsdefizite abzubauen (Beispiel: Diabetes mellitus, Herz-Kreislaufkrankungen, neuropsychiatrische Erkrankungen), wäre spätestens hier klar, daß ein auf dem Ist-Zustand der Versorgung aufgebautes Globalbudget hierzu ungeeignet ist. Der schlitzohrigen Politik ist das klar, und also überläßt sie den Ärzten das Morbiditätsrisiko: Soll sich die einzelne drangsalierte ärztliche Praxis oder Abteilung doch darum kümmern, wie sie mit dem künftig steigenden medizinischen Bedarf fertig wird: Der Eid des Hippokrates wird es schon richten.

Doch gibt die Politik zu erkennen, daß ihr der Appell an die ärztliche Ethik gar nicht ausreicht, um medizinökonomische Ressourcen zu beschaffen: Durch zahlreiche Instrumente zur Kontrolle von Qualität und Wirtschaftlichkeit sollen die angenommenen Rationalisierungsreserven staatlich erfaßt und verwaltet werden. Dies bedeutet eine außerordentliche Regelungsdichte mit allen Folgen der Bürokratisierung: Einerseits wird so der Arzt von seiner eigentlichen Aufgabe - der Patientenversorgung - abgehalten, und andererseits wird ein überbordender Verwaltungsapparat geschaffen, dessen Kosten dem Gesundheitswesen zusätzlich aufgebürdet werden. Für das freiberufliche ärztliche Handeln bedeutet dies, daß es nicht mehr stattfinden wird.

Um den Bestand seiner Praxis nicht zu gefährden, wird dem Arzt nichts anderes übrigbleiben, als veranlaßte Leistungen wie z. B. Arzneimittel restriktiv zu verordnen. Nach dem Gesetz werden die ärztlichen Verordnungen durch eine Positiv-Liste verordnungsfähiger Medikamente und ein Benchmarking

des Versorgungsverhaltens eingegrenzt. Das bedeutet, daß die drei "billigsten" Krankenversicherungen als Maßstab für die Verordnungshöhe genommen würden. Dies bringt strukturelle Probleme mit sich: Kann Benchmarking als ökonomisches Steuerungsinstrument des industriellen Bereiches ohne Korrekturen in den medizinischen Versorgungsbereich übernommen werden? Die unkritische Übernahme dieses betriebswirtschaftlichen Steuerungsinstrumentes führt in gravierende, ungelöste Probleme, die sich aus der Heterogenität der behandelten Patienten und der Komplexität medizinischer Bedingungen ergeben. Dies wiegt um so schwerer, als an die Fremdbestimmung ärztlichen Handelns Sanktionen geknüpft werden sollen.

Der behandelnde Arzt sieht sich demnächst einem Chaos von fremdbestimmten Handlungsanforderungen gegenüber:

- systematischen Zufälligkeitsprüfungen,
- einem umfassenden Qualitätsmanagement, Zertifizierung,
- Einhaltung von Leitlinien,
- einem datenbankgestützten Informationssystem für die Bewertung der Wirksamkeit und der Effektivität medizinischer Verfahren und Technologien (eingrichtet beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information),
- sowie einem neu zu schaffenden Ausschuß zur Definition notwendiger und qualitätsgesicherter medizinischer stationärer Krankenhausleistungen.

Ein weiteres Element der Bürokratisierung sind die geplanten Datenannahmestellen und Datenarbeitsgemeinschaften bei den Krankenkassen. Diese sollen durch die Erstellung von Datenverzeichnissen durch die Ärzte unterstützt werden. Dies führt zum Aufbau einer immensen Datenbürokratie. Damit verbunden ist eine erhebliche Datenmacht, bzw. ein Datenmonopol bei den Krankenkassen. Der gläserne Patient wird ins Bild gesetzt; dies wiederum bedeutet den Bruch, d. h. die Veröffentlichung des Arztgeheimnisses.

Die Ärzte selber werden zu unaufhörlich Kontrollierten. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen soll zum umfassenden Kontrollinstrument perfektioniert werden: ihm sind Jahresberichte abzuliefern. Der Ausbau des Medizinischen Dienstes kostet Versichertengelder. Diese Gelder werden der medizinischen Versorgung weggenommen.

Die Politik verschweigt bei ihrer Bürokratisierungswut den Bürgern, daß diese "Gesundheitsreform" nur um den Preis vermindelter medizinischer Leistungen zu haben sein wird. Man kann insoweit von einer "Gesundheitslüge"

sprechen, wie es Professor Zuck, Spezialist für Verfassungsrecht, in seiner Stellungnahme zur GKV-Reform 2000 getan hat.

Kehren wir zurück zur Prämisse der Gesundheitssystem-Reform: Gesundheit wird faktisch abhängig gemacht von der Beschäftigungssituation. Die Versicherten, die Bürger als potentielle Patienten, wir alle haben verstanden, daß die geplante Reform weder sozial noch demokratisch ist, sondern sie ist allein ökonomisch motiviert. Künftig soll sich das ärztliche Handeln nicht am medizinisch Notwendigen, sondern an der Lohnquote orientieren.

Reicht das Budget noch aus?, wird die ständige Frage sein. Womit wir bei der Rationierung von medizinischen Leistungen sind. Indem der Gesetzgeber sich freilich vor der Rationierungsdebatte drückt, indem er gegen besseres Wissen behauptet, es sei genug Geld im System, soll dem einzelnen Arzt die Entscheidung aufgebürdet werden, welcher Patient welche Leistung erhält bzw. wem sie verweigert wird. Die ökonomische Regressierung führt schon jetzt zur Abkoppelung vom wissenschaftlich-therapeutischen Fortschritt: So werden in Deutschland nur 9,2 % aller Neuroleptika-Verordnungen durch die neuen Antipsychotika eingenommen - in Spanien sind es immerhin 23,4 % und in den USA 56,6%.

Wird die ökonomische Verordnung zur obersten ärztlichen Handlungsmaxime, so werden zwei wesentliche Grundlagen zugleich zur Disposition gestellt:

- die Versorgungsqualität
- und das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt.

Der Prozeß der Entprofessionalisierung schreitet voran: Während die stetig wachsende Bürokratisierung und Gängelung durch Ökonomen, Juristen und Betriebswirte der Ärzteschaft als ‚Professionalisierung‘ ihrer Selbstverwaltungs-Körperschaft verkauft wird, so wird jetzt zusätzlich die "Demoralisierung" medizinischen Handelns salonfähig gemacht. Die ärztliche Profession wird damit in ihrer Basis zerstört.

Ich halte es deshalb für grundfalsch, nach der Politik zu schielen und abzuwarten, ob diese in den Diskurs über die gesellschaftlichen Werte und damit in den Diskurs über die medizinische Ethik einsteigt. In einer rapide sich wandelnden Welt, in der sich die Halbwertszeit des medizinischen Wissens zunehmend verkürzt, ist eine medizinische Ethik, der sich die Ärzteschaft verpflichtet fühlt, und die diese auch erarbeitet und reflektiert hat, notwendiger denn je. Hier sollte sich die Profession nicht entprofessionalisieren lassen.

Als pragmatische Orientierungspunkte ärztlichen Handelns, für die es in unserer Gesellschaft einen breiten, parteienübergreifenden Konsens gibt, lässt sich formulieren:

1. Der Arzt soll helfen.
2. Der Arzt soll nicht schaden.
3. Er soll die Selbstbestimmung des Patienten respektieren.
4. Der Arzt soll gerecht verfahren, ohne Ansehen des sozialen Standes.

Nun lässt sich trefflich darüber streiten, ob es zu einem Konflikt dieser Prinzipien untereinander kommen kann. Hätte man vor 50 Jahren wohl eher zugunsten der Maxime entschieden: Das Wohl des Patienten ist oberstes Gebot, so würde heute wohl eher nach dem Grundsatz entschieden: Der Wille des Patienten ist oberstes Gebot. Profaner wäre zu formulieren: Die deutsche Ärzteschaft ist gut beraten, für ein leistungsfähiges, bezahlbares Gesundheitssystem zu kämpfen, das für jeden Bürger frei zugänglich ist.

Wollen wir nicht wie die Eskimos jeden 60jährigen auf die Eisscholle schicken, um sein Leben zu beenden, oder wie in England jedem, der älter ist als 65, die Dialyse verweigern, oder wie in Kanada bei über 75jährigen einen Streck anlegen, anstatt ein künstliches Hüftgelenk zu implantieren, so wird sich die deutsche Ärzteschaft ethisch positionieren müssen gegen eine Ökonomisierung medizinischen Handelns.

