

---

# Einleitung

**Bernhard Vogel, Volker Schumpelick**

Im Herzen wächst der Arzt, aus Gott geht er,  
des natürlichen Lichts ist er, und der höchste Grad  
der Arznei ist die Liebe.

Paracelsus

Als wir im Jahr 2002 die Cadenabbia-Gespräche „Medizin – Ethik – Recht“ ins Leben riefen, ließ sich nicht sagen, ob diese Reihe zu einem Erfolg werden würde. Ist doch „Medizin – Ethik – Recht“ eine Themenkombination, die in der Tagespolitik keine große Rolle spielt. Entweder geht es um konkrete Gesundheitspolitik, bei der vor allem die Sicherung der finanziellen Grundlagen im Vordergrund steht, oder es geht um Ethik im Zusammenhang mit dem biologisch-medizinischen Fortschritt, der z. B. beim Gentechnikgesetz, dem Transplantationsgesetz, dem Stammzellgesetz oder kontrovers diskutierten Fragen, wie der Sterbehilfe oder der Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen, politische Beachtung findet. Eine Kombination „Medizin – Ethik – Recht“ erschien daher zunächst ungewöhnlich, erwies sich jedoch im Nachhinein als überaus fruchtbar. Es hat sich gezeigt, dass gerade zu diesem Themenfeld vertraute und vertrauliche Gespräche notwendig und sinnvoll sind. Die Cadenabbia-Gespräche „Medizin – Ethik – Recht“ haben sich erfreulich gut etabliert. Auch die Herder-Taschenbücher, die die Tagungsergebnisse dokumentieren – „Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde“, „Grenzen der Gesundheit“ und „Alter als Last und Chance“ –, finden eine überaus positive Resonanz.

Gesundheit ist ein hohes Gut, ein Fundamentalwert, der ganz wesentlich die Lebensqualität des Menschen be-

stimmt. Heilung und Leidminderung sind daher ethisch hoch legitimierte Ziele der Medizin. Nicht ohne Grund nimmt die Gesundheitsreform einen hohen Stellenwert auf der politischen Agenda ein, geht es doch darum, die Rahmenbedingungen für die Medizin zu optimieren. Eine Politik, die sich an den christlich-abendländischen Werten orientiert, denen die Konrad-Adenauer-Stiftung verpflichtet ist, tut gut daran, die Gesundheitsreform nicht nur auf die Frage der Finanzierbarkeit zu reduzieren. Unbestritten ist es notwendig, durch Reformen auf der Einnahmen- wie auf der Ausgabenseite dafür zu sorgen, dass das Gesundheitswesen auch in Zukunft finanziell und wirtschaftlich tragbar ist. Aber dies reicht alleine nicht aus. Wir müssen vielmehr dafür Sorge tragen, dass das Humane nicht verloren geht.

Der Patient steht im Mittelpunkt. An seinen Bedürfnissen müssen sich Medizin und Gesundheitswesen ausrichten. Ihm dient auch der Arzt, der mit seinem Wissen und Können die Gesundheit des Patienten wiederherstellen und erhalten soll.

Die Arzt-Patient-Beziehung ist entscheidend für den Heilungserfolg. Es ist jedoch eine spannungsreiche Beziehung und eine, die dem gesellschaftlichen Wandel unterworfen ist. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient sollte ein Vertrauensverhältnis sein. Der Patient als leidendes Individuum vertraut sich dem Arzt als Therapeuten an und hofft auf Heilung und Leidminderung. Die Empathie, das Mitfühlen mit dem kranken Menschen, kennzeichnet den Arzt in dieser Rolle. Krankheit und Leid sind auch für ihn – und nicht nur für den Patienten – existenzielle Koordinaten des menschlichen Lebens. Der Patient seinerseits vertraut dem Therapeuten und gibt sich in seine Obhut. Somatische und psychische Faktoren als Krankheitsursache sind oft nicht klar getrennt und verbinden sich zum Positiven in der Therapie. Die Rituale der Untersuchung, der Be-

handlung und der Verordnung von Medikamenten sind selbst wesentliche Voraussetzung für die Heilung. Dies gelingt nur, wenn es Vertrauen gibt.

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist aber auch ein Dienstleistungsverhältnis, in dem der Arzt als medizinischer Experte agiert und der Patient als ein Träger einer bestimmten Krankheit wahrgenommen wird, die es zu behandeln gilt. Die Ansätze einer evidenz-basierten Medizin und von Behandlungsleitlinien, die in neuerer Zeit zunehmend ausgebaut werden, legen dieses Dienstleistungsverhältnis zwischen Arzt und Patient zugrunde. Der Arzt fungiert – überspitzt formuliert – eher als Heil-Techniker denn als Therapeut. Nicht ohne Grund fühlen sich viele Patienten unwohl in Situationen, in denen das Dienstleistungsverhältnis stark in den Vordergrund tritt und das Vertrauensverhältnis zurückdrängt. Zum Glück ist in Wirklichkeit die Beziehung zwischen Arzt und Patient immer eine Mischung zwischen Vertrauens- und Dienstleistungsverhältnis. Für den Patienten steht die Leiderfahrung und Existenzgefährdung durch seine Krankheit im Vordergrund. Selbstverständlich will er den Arzt als Spezialisten und Experten, der auch – wenn es notwendig ist – mit modernster Medizin und High-Tech Krankheiten bekämpft. Er braucht aber in jedem Fall den Arzt als mitfühlenden Therapeuten, der ihm auf menschlicher Ebene beisteht. Immer seltener begleiten Ärzte den Patienten von Beginn bis zum Ende der Erkrankung. Immer öfter werden Patienten von einem Spezialisten zum anderen weiter gereicht. Apparate- und Labormedizin tendieren zur Anonymisierung. Der Patient wird leicht zum „medizinischen Fall“. Ein Vertrauensverhältnis kann sich da nur schwer aufbauen. Es fehlt die Zeit, um ausführlich mit Patienten zu sprechen. Die Einführung von Fallpauschalen und die Budget-Kürzungen lassen offensichtlich die empathische Hinwendung des Arztes zum kranken Menschen immer weniger zu.

Die Gefahren, die damit verbunden sind, müssen deutlich erkannt werden: Die Medizin darf ihr humanes Antlitz nicht verlieren.

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient war und ist asymmetrisch. Der Arzt hat gegenüber dem Patienten einen enormen Wissensvorsprung, der auch nicht durch die modernen Informationsmöglichkeiten, wie z. B. Fernsehen, Internet und Sachbücher, wettgemacht werden kann. Zahlreiche Fernsehsendungen und einschlägige Rubriken in Zeitungen und Zeitschriften, ebenso viele Sachbücher versuchen über medizinische Themen zu informieren. Und im World Wide Web droht man in der Informationsflut zu versinken. Abgesehen von vielen Fehlinformationen, die es in diesen Massenmedien sicherlich gibt, fehlt es dem Patienten in der Regel an Vorwissen, um die Fakten korrekt zu interpretieren, um aus Information Wissen zu generieren, so dass der Arzt in den meisten Fällen dem Patienten überlegen ist. Er hat die fundierteren Informationen und kann sie in der Regel besser interpretieren.

Dies war in der Vergangenheit so und wird auch künftig so bleiben. Wohl hat sich das Arztbild – und auch das Selbstverständnis des Arztes – geändert: Das paternalistische Arztbild tritt eher in den Hintergrund. Aber alle Bemühungen des Patienten, sich zu emanzipieren, finden ihre Grenzen. Ein moderater ärztlicher Paternalismus scheint oft durchaus angemessen und ist in der täglichen Praxis vielleicht auch die Regel. Und von vielen Patienten scheint dies auch so gewünscht.

Das Konzept des mündigen Bürgers – das Idealbild in Gesellschaft und Politik – färbt auf das Gesundheitswesen ab. Es ist heute selbstverständliche Regel, akzeptierter ethischer Standard und rechtliche Norm, dass kein Eingriff am Menschen vorgenommen werden darf ohne seine Zustimmung. Das Selbstbestimmungsrecht des Menschen, das unmittelbar mit dem grundgesetzlich verankerten

Prinzip der Menschenwürde verbunden ist, gilt selbstverständlich auch im Gesundheitswesen.

Trotzdem ist die Frage erlaubt und notwendig, wie selbstbestimmt ein Patient tatsächlich entscheiden kann – besonders wenn er schwer krank ist, wenn er leidet, wenn er sich in einer Stress-Situation befindet und wenn er sich einer existenzbedrohenden Gefahr ausgesetzt sieht. Zu hinterfragen ist auch, inwieweit ein Patient einen medizinischen Sachverhalt, der meist sehr kompliziert ist, tatsächlich verstehen und beurteilen kann – trotz aller modernen Informationsmöglichkeiten. Die „wohlinformierte Zustimmung“ ist üblicher medizinethischer Standard. Damit er Realität wird, werden hohe Anforderungen an den mündigen Patienten gestellt. Damit er gelingen kann, bedarf es der besonderen Verantwortung des Arztes. Die Selbstbestimmung des Patienten zu stärken, ist ein sinnvolles Gebot, das unbestritten ist. Dennoch müssen ihre Grenzen erkannt werden. Der Arzt ist gefordert, den Patienten in seiner Entscheidung zu unterstützen. Dies erfordert besondere Kompetenzen und ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein.

Das Recht auf Selbstbestimmung gilt in allen Phasen des menschlichen Lebens. Es zu verwirklichen bedarf der besonderen Vorkehrungen, wenn der Patient in eine Situation gerät, in der er nicht mehr entscheidungsfähig ist. In akuten Notsituationen gilt der Grundsatz „in dubio pro vita“. Ärztliche Eingriffe zur Lebensrettung sind geboten und ethisch und rechtlich legitimiert auch ohne explizite Zustimmung des Patienten. Schwieriger wird es bei komatösen oder dementen Menschen oder Sterbenden. Welche Eingriffe sind erlaubt und geboten – auch wenn der Betroffene selbst nicht zustimmen kann? Patientenverfügungen sind eine wichtige Möglichkeit, Vorkehrungen zu treffen für den Fall, dass man eines Tages nicht mehr selbst entscheidungsfähig ist. Wie verbindlich sind solche Patienten-

verfügungen? Welche Reichweite sollen sie haben? Welche Bedingungen müssen sie erfüllen, damit sie wirksam sind? Wie sollen sie umgesetzt werden? – Das sind die zentralen Fragen, um die Juristen, Politiker und Ethiker gleichermaßen ringen, und die auch in Cadenabbia auf der Tagesordnung standen.

Das Arzt-Patient-Verhältnis ist noch anderen Gefährdungen ausgesetzt. Besonders hervorzuheben sind dabei die Sparzwänge im Gesundheitswesen, die aus der ohnehin labilen Arzt-Patient-Beziehung ein äußerst problematisches „Dreiecksverhältnis“ machen, in dem der Kostenträger eine dominierende Rolle einnimmt, die keinem der beiden anderen Partner so recht gefallen kann. Der Primat des Ökonomischen schränkt die Handlungsfreiheit des Arztes ein, indem durch Behandlungsrichtlinien, Fallpauschalen und Budgetierungen ökonomisch motivierte Vorgaben gemacht werden, die empfindliche Auswirkungen auf Diagnose und Therapie haben können. Der Patient muss unter dem Sparzwang des Gesundheitswesens befürchten, dass ihm eine Behandlung zuteil wird, die nicht mehr nur nach dem Kriterium der best möglichen Qualität, sondern dem des Preiswerten ausgewählt wurde. Droht die Gefahr der „Zwei-Klassen-Medizin“ oder ist sie vielleicht sogar schon Realität? Rationierungen knapper Güter im Gesundheitswesen gibt es bereits, wenn auch nur in impliziter Form. Die „Allokationsfragen in der Medizin“ beschäftigen Ärzte und Patienten gleichermaßen. Die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens zu sichern, ist ohne Zweifel ein wichtiges Anliegen der Gesundheitspolitik. Sie muss jedoch auch dafür sorgen, dass sich das ärztliche Handeln weiterhin am Wohl des Patienten orientieren kann. Dafür muss die Politik geeignete Rahmenbedingungen schaffen.

Im vorliegenden Tagungsband werden einige der wesentlichen Aspekte des Arzt-Patienten-Verhältnisses thematisiert. Er geht zurück auf ein Symposium „Arzt und

Patient – eine Beziehung im Wandel“, das in Cadenabbia am Comer See, dem Feriendomizil von Konrad Adenauer, stattfand. Den Tagungsteilnehmern und Autoren danken wir herzlich für das Engagement, ohne das weder das Symposium noch der vorliegende Sammelband möglich gewesen wäre. Unser Dank gilt auch den Sponsoren und Kooperationspartnern, dem Pharmaunternehmen Pfizer, der Allgemeinen Hospitalgesellschaft, dem AOK-Bundesverband und der Bank für Kirche und Caritas für ihre wertvolle Hilfe.