
Innere Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb

Manfred Weber

Einleitung

Der Begriff Humanität (von lat. *humanitas*) bezeichnet diejenigen Normen und Ideale der Menschheit, die auf die Achtung vor der und die Wahrung der Menschenwürde eines jeden Individuums ausgerichtet sind. Im erweiterten Sinne beschreibt der Begriff Humanität die Gleichheit aller Menschen unabhängig von Rasse, Herkunft und Geschlecht, die Freiheit des Einzelnen sowie sittliches Handeln (Brüderlichkeit und Nächstenliebe), ganz im Sinne der Ideale der Französischen Revolution. Auch die christliche Religion fordert die Menschen auf, sich human zu verhalten und die Menschenwürde zu achten: Die Gerichtsrede Jesu in Matthäus 25,34–46 („Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan“) ist nur ein Beispiel für die zahlreichen einschlägigen Bibelstellen. Die Kirche hat durch die Einrichtung von Hospitälern, die Etablierung der Caritas (Fürsorge) bzw. der Diakonie u. a. m. dem Gebot der Humanität Rechnung getragen. Durch die Bismarck'schen Sozialgesetze, die 1883 die Krankenversicherung und seit 1884 auch die Unfallversicherung etablierten, bekannte sich auch der Staat zu seiner Verpflichtung, die soziale Not der Arbeiterschaft zu lindern und ihre damals inhumanen Lebensverhältnisse zu verbessern. Mit der Errichtung dieser Institutionen war Deutschland Vorreiter beim Aufbau eines humanen staatlichen So-

zialsystems. Nachfolgend wurde das Ideal der Humanität in den Verfassungen zahlreicher demokratischer Staaten verankert, auch im Artikel 1 des deutschen Grundgesetzes („Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“). Eine Konkretisierung von Art. 1 GG ist der § 323c des Strafgesetzbuches, welches die „unterlassene Hilfeleistung“ mit Freiheitsstrafen bedroht und somit humanes Verhalten einfordert („Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten ist ...“).

Vom Geist der Humanität ist auch die ärztliche Berufsethik geprägt. So heißt es in der Genfer Deklaration des Weltärztebundes, zuletzt revidiert 1994: „Ich gelobe, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde mich in meinen Pflichten ... nicht beeinflussen lassen durch Alter, Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung. Ich werde ... meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.“ Die ärztliche Berufsethik ist somit patientenbezogen und individuell. Ökonomische Überlegungen sind bei der Arzt-Patienten-Beziehung weitgehend ausgeklammert, gewissermaßen tabuisiert. Begründet wird dieses Ethos mit dem *Letztwert* von Leben und Gesundheit. Auch patienten-
seitig bestehen hohe Ansprüche an diese Arzt-Patienten-Beziehung und deren Finanzierung durch sozialstaatliche Regelungen. So trifft die Verweigerung ärztlicher Leistungen oder auch nur der Hinweis auf die Notwendigkeit des Sparens weitgehend auf Unverständnis und Ablehnung. Jeder Kranke definiert seine persönliche Gesundheit als höchstes Gut. Einschränkungen in Diagnostik oder Therapie kommen einem *Tabubruch* gleich.

Andererseits sind die finanziellen Ressourcen des Gesundheitssystems begrenzt und Priorisierungen unvermeidlich. Wir können nicht all die Gesundheit und all die medizinische Betreuung haben, die wir uns wünschen, weder als Nation noch als Individuum. Längere Lebenserwartung, prozentuale Zunahme der Älteren und medizinisch-wissenschaftlicher Fortschritt treffen auf stagnierende oder rückläufige Budgets. Viktor Fuchs, ein amerikanischer Gesundheitsökonom, brachte es bereits 1974 in seinem Buch *Who shall live? Health, economics and social choice* auf den Punkt. Die Verteilung knapper Ressourcen bedarf einer gesellschaftlichen Diskussion. Die Politik steht hierbei vor zwei Alternativen, die gleichermaßen unattraktiv sind: (a) dem Abbau von Leistungen und (b) der Erhöhung der Transferleistungen. Die erste Alternative stößt auf wenig Akzeptanz in der Bevölkerung. Die zweite Wahlmöglichkeit ist im Hinblick auf die damit steigenden Lohnnebenkosten und die abnehmende Konkurrenzfähigkeit der Unternehmen in gleicher Weise unattraktiv.

Wettbewerb um „Effizienz und Qualität“

Die Politik hat sich deshalb entschieden, mehr Druck auf das bestehende System auszuüben, um auf diese Weise Leistungssteigerungen zu erreichen. Nach Ansicht von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt soll das System eintreten in einen Wettbewerb um „mehr Effizienz und mehr Qualität“. Effizienzsteigerungen werden zunächst über ein *Preisdiktat* verfügt. So geht die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen einher mit einer Verminderung der sog. Basisfallwerte. Das System der Fallpauschalen oder DRG (Diagnosis Related Groups) sieht vor, dass die Krankenhäuser für einen Kranken eine bestimmte Behandlungspauschale erhalten. Alle Kosten wie

Essen, Pflege, Diagnostik und Therapie, aber auch Heizung, Strom und Wasser sind mit dieser Pauschale abgedeckt. Diese Pauschale (der Basisfallwert) wird nun innerhalb von wenigen Jahren bis 2009 auf länderspezifische Einheitswerte zurückgefahren. Für ein Krankenhaus der Maximalversorgung wie das in Köln bedeutet dies, dass der Basisfallwert von etwa 3400 € pro Fall (in 2002) bis 2009 auf 2646 € pro Fall zurückgefahren werden soll, was einer Ertragseinbuße von 22 % gleichkommt. Ein Krankenhaus mit einem Umsatz von 100 Mio. € erhält somit zukünftig bei gleichbleibender Patientenzahl nur noch 78 Mio. €. Im Rahmen dieser sog. Konvergenzphase sind Korrekturen durch die zwischenzeitlich erhöhte Umsatzsteuer, durch Lohnsteigerungen, Preiserhöhungen für Strom, Öl oder Grundnahrungsmittel sowie höhere Kosten für Infrastrukturmaßnahmen nicht vorgesehen. Zudem unterscheiden sich die Basisfallwerte der Länder erheblich. So erhält beispielsweise ein Krankenhaus in Berlin die Summe von 3122 € pro Fall, ein Krankenhaus in Thüringen die Summe von 2621 €. Nordrhein-Westfalen, das bevölkerungsreichste Bundesland, liegt mit am Ende dieser länderspezifischen Basisfallwerte: Die NRW-Krankenhäuser werden ab 2009, wie gesagt, nur noch 2646 € pro Fall erhalten.

Für die Krankenhäuser stellt sich also weniger die Wettbewerbsfrage sondern eher die des Überlebens. Die meisten konfessionellen, kommunalen oder Landeskrankenhäuser weisen Personalquoten von etwa 65 % auf. 35 % werden für patientenbezogene Kosten sowie für Facilitymanagement und Rückstellungen veranschlagt.

Wie können die Krankenhäuser auf diese rückläufige Finanzierung reagieren? Eine Möglichkeit besteht darin, den Umsatz pro Bett zu erhöhen. Der derzeitige Basisfallwert (Behandlungspauschale) in unserem Krankenhaus beläuft sich auf 2817 €. Das Krankenhaus muss also ein sehr hohes Interesse daran haben, den Patienten schnellstmöglich zu

entlassen, um einen neuen Patienten ins gleiche Bett legen zu können (Umsatzsteigerung). Bei kurzen Liegezeiten erhält es den Basisfallwert, spart aber Therapie- und Hotelkosten. Theoretisch ist so eine Einnahmesteigerung möglich, da für jeden neuen „Fall“ eine neue Fallpauschale abgerechnet werden kann. Allerdings sind die Krankenhäuser nach wie vor Fallzahl-budgetiert (gedeckelt). Bei Überschreiten der mit den Kostenträgern ausgehandelten Fallzahl wird lediglich ein Bruchteil der Basisfallwerte – im Schnitt nur 15–35 % – vergütet, ein sehr schlechtes Geschäft. Dieser marktwirtschaftlichen Lösung durch Umsatzsteigerung sind somit enge Grenzen gesteckt. Umsatzsteigerungen werden zudem auch finanziell gedeckelt. So wurde im September 2007 seitens der Bundesregierung die für das Jahr 2008 mögliche Steigerungsrate der Krankenhausfinanzierung auf 0,64 % festgelegt.

Steigende Einnahmen sind jedoch nur dann für das Krankenhaus sinnvoll, wenn eine Behandlung auch gewinnbringend und nicht defizitär erbracht werden kann. Aus der Fallpauschale müssen neben den Hotelkosten noch die Kosten für Diagnostik und Therapie, z. B. für Röntgen, Endoskopie, OP, Labor, Medikamente, Pflege, ärztliche Tätigkeit usw. finanziert werden. So werden aus den Fallpauschalen Behandlungsbudgets abgeleitet, die der verantwortliche Chefarzt und seine ärztlichen Mitarbeiter einhalten sollen. Beispielsweise wird für den normalen und nicht auf der Intensivstation liegenden Patienten die Summe von 430 € für Medikamenten- und Sachkosten pro Fall als Budget vorgegeben (ca. 15 % eines Basisfallwertes). Bei dieser Summe stehen die behandelnden Ärzte regelmäßig vor der Frage, in welcher Form Rationierungen vorgenommen werden sollen. Dies möchte ich an eigenen Beispielen aus der Inneren Medizin erläutern.

Fall 1 und 2: Ein Dialysepatient hat eine Vielzahl von Medikamenten als Basismedikation. Dies sind Hochdruckmedikamente, Erythropoetin zur Blutbildung, Vitamin-D-Analoga, Eisenpräparate, Phosphatbinder. Alle diese Medikamente stehen in einem engen kausalen Zusammenhang zur Grunderkrankung. Die basalen Therapiekosten dieser Medikation belaufen sich auf etwa 20 € pro Tag. Bei einem Aufenthalt von zehn Tagen sind somit 200 € bereits verbraucht, bevor die Behandlung der Krankheit, die zur Aufnahme geführt hat, auch nur begonnen ist. Ähnliches gilt für die große Gruppe der Nikotin-assoziierten chronischen Lungenerkrankungen (chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung). Bronchospasmolytika, Cortison, Hochdruckmedikamente, Magenschutzpräparate u. a. m. addieren sich zu basalen Tagestherapiekosten von etwa 15 €. Für den Fall, dass diese Patienten eine eitrige Lungentzündung entwickeln, ist eine etwa zehntägige Antibiotikatherapie notwendig. 150–200 € der verfügbaren 430 € sind durch die Basismedikation bereits verausgabt. Welches Antibiotikum soll jetzt genommen werden? Ein preiswertes Standardantibiotikum (Kombination von Ampicillin und Sulbactam) kostet etwa 6 € pro Tag. Beide chronisch kranken Patientengruppen weisen aber sehr häufig Infekte mit antibiotika-resistenten Keimen auf, was auf die Behandlung früherer Infektepisoden zurückzuführen ist. Die medizinisch sinnvollere Kombination von Tazobactam und Piperacillin verursacht allerdings Tagestherapiekosten von 40 €, ein Reserveantibiotikum wie Imipenem oder Meropenem sogar Kosten von ca. 60 € pro Tag. In beiden Fällen wird das Budget überschritten, die medizinisch sinnvollere Verordnung macht den Fall defizitär. Für den behandelnden Arzt ist das ein ethisch inakzeptabler Konflikt.

Fall 3: Der Patient leidet an einem inoperablen Ösophaguskarzinom (Speiseröhrenkrebs). Diese bösartigen Tumore neigen dazu, die Speiseröhre zu verschließen. Essensaufnahme, Trinken, selbst Schlucken von Speichel ist dann nicht mehr möglich. Der Patient droht zu verhungern. Es gibt drei prinzipielle Behandlungsoptionen. Die preiswerteste stellt die Magensonde dar, über die Flüssigkeit und Nahrungsmittel verabreicht werden, sodass der Patient überleben kann. Die Kosten dafür betragen etwa 3 €. Der Nachteil der Magensonde ist, dass jeder sie erkennen kann, da das Ende aus Nase oder Mundwinkel heraushängt – eine Versorgungsform, die die Menschenwürde verletzt.

Eine elegante Umgehung dieser Problematik stellt eine PEG-Sonde dar (percutane endoskopische Gastrotomie). In diesem Fall wird die Sonde über die Bauchhaut in den Magen eingebracht; von außen ist nichts erkennbar. Der Patient wirkt im Alltagsleben unauffällig. Speichel wird er trotzdem nicht schlucken können, auch ist die normale Nahrungsaufnahme unverändert nicht möglich. Die Kosten für die PEG belaufen sich auf 60 €.

Das Vorgehen der Wahl ist schließlich das Einbringen eines sog. Stents in den Ösophagus. Dieses in die Speiseröhre eingebrachte Plastikröhrchen macht es möglich, dass die Patienten normal essen und trinken können und ihre lebensbedrohliche Erkrankung nicht erkennbar ist. Allein die Materialkosten für einen Stent belaufen sich jedoch auf ca. 650 €. Vor dem Hintergrund einer mittleren Überlebenszeit von ca. 6–12 Wochen stellt sich für den Arzt somit die Frage, welches Vorgehen er für adäquat hält. Berücksichtigt man humanitäre Gesichtspunkte und die Menschenwürde des Patienten, gibt es keine Alternative. Die Stentversorgung ist adäquat. Die Mehrkosten müssen dann jedoch an anderer Stelle (wo?) eingespart werden oder im Voraus mit den Krankenkassen verhandelt worden sein. Nur – welcher Arzt und Geschäftsführer weiß schon,

wie viele derartige Fälle er für das kommende Jahr veranschlagen muss?

Fall 4: Bei einem Patienten wird ein Kolonkarzinom mit einer Metastase in einem Leberlappen diagnostiziert. Als Therapie muss zunächst eine Hemikolektomie durchgeführt werden, weil die Gefahr des Darmverschlusses besteht. Die Schwere dieses Eingriffs, der sog. Case-Mix, beläuft sich auf 2,507, die Vergütung nach DRG auf 7062 € ($2,507 \times$ unser Basisfallwert von 2817 €). Nachfolgend ist eine Chemotherapie notwendig, deren Ziel es ist, die Lebermetastase zeitversetzt möglichst in toto zu entfernen. Für diese Chemotherapie lässt sich ein Case-Mix von 0,978 kodieren, was einer DRG-Vergütung von 2755 € entspricht ($0,978 \times 2817$ €). Die Tageskosten der Chemotherapie belaufen sich jedoch auf ca. 500 €. Ca. 100 € müssen für Ernährung, Antiemetika und andere Begleitmedikamente veranschlagt werden. Bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von fünf Tagen ist eine stationäre Behandlung unwirtschaftlich. Sie lässt sich lediglich ambulant und nicht mehr stationär durchführen. Bei Patienten, die alleine leben, stellt dies ein echtes Problem dar. Übelkeit, Durchfälle und andere Unverträglichkeitsreaktionen machen häufig die Hilfe Dritter notwendig, und selbst die Lebensmittelversorgung kann der Patient nicht immer selber sicherstellen.

Fall 5: Der Patient leidet an einer Autoimmunerkrankung und Nierenversagen. Die Durchführung einer Immunsuppression alleine verursacht Therapiekosten von ca. 40 € pro Tag. Das Überleben ist damit in ca. 90 % der Fälle gesichert. Allerdings bleiben 80 % der so behandelten Patienten dialysepflichtig. Wird hingegen eine Plasmapherese durchgeführt (5–7-mal) bleiben nur 20 % dialysepflichtig. Eine Plasmapherese kostet ca. 1000 € und wird als Zusatzentgelt

nur dann bezahlt, wenn sie vorher vereinbart wurde. Eine vielleicht notwendige Immunglobulin-Gabe kostet etwa 4500 €. Die annähernde Einhaltung des Medikamentenbudgets gelingt also nur mit der Immunsuppression allein, und das auch nur dann, wenn keine weiteren Komplikationen auftreten. Allerdings hat der Patient dann ein hohes individuelles Risiko, auf die Dialyse angewiesen zu bleiben. Für die Versicherungsgemeinschaft bedeutet dies ca. 50.000 € ambulante Behandlungskosten pro Jahr!

Die Fälle demonstrieren sämtlich, dass bei der Wahl der Therapie heutzutage nicht nur die Frage nach dem medizinisch richtigen Vorgehen eine Rolle spielt, sondern auch, und zwar in jedem Einzelfall, finanzielle Überlegungen. Die Menschenwürde des Individuums und seine Genesungschancen drohen dabei zweitrangig zu werden.

Die Folge dieses politisch verordneten „Wettbewerbs“ ist ein erheblicher Druck auf alle Beschäftigten im System, d. h. Ärzte, Pfleger und Verwaltungsmitarbeiter. Ausdrücke wie *Leistungsverdichtung*, *Umsatzsteigerung*, *Personalabbau*, *Verkürzung der Liegezeit*, *Prozessoptimierung*, *Behandlungsstandardisierung*, *Therapieverschlankung* verdecken die eigentliche Konsequenz der neuen Regeln im Krankenhaus: Es geht in Wirklichkeit um medizinische Rationierung. Der Patient ist zudem primär kein hilfsbedürftiges, human zu behandelndes Individuum mehr, sondern er stellt einen Umsatz- und Kostenfaktor dar.

Die Wettbewerbstheoretiker übersehen zudem, dass ein freier Markt in der Medizin nicht existent ist. Die Entgelte werden festgelegt, Behandlungsmengen begrenzt (Budgets). Märkte gibt es nur auf regionaler Ebene, da kranke Patienten nur begrenzt reisefähig sind. Für den Einzelnen und das jeweilige Krankenhaus stellt sich die Frage, wie man mit einem derart regulierten Gesundheitsmarkt umzugehen hat. Prinzipiell gibt es zwei Wege, nämlich (a) strukturell

und (b) individuell. Bei Wahl der strukturellen Optimierung (a) kommt es zur Schließung ineffektiver Bereiche. Hier sind vor allem solche Bereiche zu erwähnen, die von kommunalen oder Landeskrankenhäusern vorgehalten werden müssen, also etwa die Notaufnahme oder die Unfallchirurgie, der es kaum gelingen wird, einen realistischen Operationsplan vorzulegen, oder auch die Innere Medizin, die angesichts unserer alternden Bevölkerung häufig eine nicht planbare Notfallmedizin darstellt. Zudem kann es hier unwirtschaftliche lange Liegezeiten geben, etwa dann, wenn nach einer akuten Komplikation das Verbleiben in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich ist und der Wechsel in ein Alten- oder Pflegeheim während des stationären Aufenthaltes organisiert und zudem akzeptiert werden muss. Individuell (b) stellt sich in jedem Behandlungsfall die Frage, ob die derzeitige Dichte diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen nicht reduziert werden kann. CT weglassen? Labor streichen? Kontrollen halbieren? Therapie begrenzen? Weitere Schritte in den ambulanten Bereich verlagern? Dies alles sind tagtägliche Überlegungen bei den Visiten und Falldiskussionen. Immer geht es dabei um einen Abbau der Leistungsbreite.

Umso mehr wird klar, weshalb die Gesundheitsministerin einen Wettbewerb um Effizienz *und Qualität* befürwortet. Unstrittig ist, dass bei den skizzierten strukturellen Veränderungen ein Verlust an Behandlungsqualität zu erwarten ist. Zwischen Kostensenkung und Qualitätsverbesserung besteht ein erheblicher Zielkonflikt. Die Gefahr besteht zudem, dass der Patient und Wähler die Verschlechterung der gesundheitlichen Rahmenbedingungen bemerkt und dies bei der nächsten Wahl zum Ausdruck bringt. Wie aber misst man Qualität?

Hierzu ist eine Vielzahl von Vorschlägen erarbeitet worden. So wurden für einige Behandlungsindikationen Mindestmengen festgesetzt, wie dies beispielsweise für die Or-

gantransplantation der Fall ist. Es wurde vorgeschlagen, die Ergebnisqualität durch den Vergleich von Aufnahme- und Entlassdiagnose zu bewerten. Dieses Vorgehen wird sicherlich bei Elektiveingriffen zu einer hohen „Qualität“ führen, in einer klassischen Inneren Medizin, wo der Patient häufig nur mit den Diagnosen „Leistungsknick“, „Gewichtsabnahme“, „unklares Fieber“, „akuter Bauch“ eingewiesen wird, ist dieser Indikator nicht verlässlich. Auch die Krankenhausmortalität – ein Parameter, der zunächst sehr überzeugend scheint – hat sich in vergleichenden Untersuchungen nicht als belastbar erwiesen. Patienten- und Einweiserzufriedenheit sind subjektive Parameter, die nichts mit der Behandlungs- und Ergebnisqualität zu tun haben. Insgesamt hat sich keine der bisher vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren in prospektiven Studien als belastbar belegen lassen.

Folgen der Konflikte zwischen Humanität und Markt

Die Ausführungen zeigen, dass sich die medizinische Versorgung zukünftig am finanziell Machbaren orientieren wird. Das bringt den Ärztestand in einen erheblichen und völlig inakzeptablen Konflikt. Zivilrechtlich hat der Patient einen Anspruch auf eine Behandlung nach dem Stand der Wissenschaft. Sozialrechtlich sind jedoch die Budgets einzuhalten. Kein anderer Berufsstand ist einem derartigen Spannungsfeld ausgesetzt. Von der Politik alleingelassen, dem Patienten jedoch ethisch verpflichtet halten viele Kollegen diesen Konflikt nicht aus. So berichtete die FAZ am 13. September 2007: „Jeder zweite Arzt will nicht mehr in der Klinik arbeiten.“ Zudem werden den Beschäftigten im Krankenhaus im Falle einer drohenden Insolvenz erhebliche Gehaltseinbußen zugemutet, wie dies bei den Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden oder den Städtischen Klini-

ken in Dortmund der Fall war. Die Kommunen fühlen sich offensichtlich nicht mehr an den Artikel 20 des Grundgesetzes gebunden, in dem das Sozialstaatsprinzip als Basis der Verantwortung des Staates für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen festgeschrieben wurde. Sie muten vielmehr den im Krankenhaus Tätigen, die ohnehin durch ihr Engagement rund um die Uhr die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen, einen zusätzlichen individuellen Beitrag zur Sanierung des Krankenhauswesens zu. Dem Krankenhaus wird dabei offensichtlich ein weniger wichtiger Stellenwert zugewiesen als den städtischen Opernhäusern oder Schwimmbädern, die im Regelfall defizitär sind und durch Subventionen in ihrer Existenz gestützt werden müssen. Wenn die Gesellschaft nicht bereit ist, den Preis für ein funktionstüchtiges Gesundheitswesen zu zahlen, dann sollten die sich daraus ergebenden Konflikte jedenfalls nicht auf dem Rücken derer ausgefochten werden, die sich in diesem System engagieren.

Für die Ärzte kann dieses inakzeptable Spannungsfeld zwischen Humanität und Markt nur aufgelöst werden durch eine gesellschaftliche Festlegung der Ziele und der Grenzen ärztlicher Behandlung. Es ist vollkommen unverständlich, dass die Ziele des ärztlichen Handelns nicht von der Gesellschaft definiert worden sind. Handelt es sich um die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Gesundheit im Sinne der WHO-Definition, ein längeres Leben, Leidensminderung oder allein um die Behandlung der akuten Komplikationen? Auch die Grenzen des finanziell Machbaren muss die Gesellschaft definieren, und dies nicht nur am Lebensende. Hierbei handelt es sich im Kern um die Definition der Regeln des sog. geregelten Gesundheitsmarktes. Für den Fall, dass nicht alle Patienten mehr am medizinischen Fortschritt teilnehmen können, muss eine Transparenz der Allokationsentscheidungen herbeigeführt werden. Dies ist im Falle der Organtransplantation, bei der

ein Mangel an Spenderorganen bewältigt werden muss, weitgehend realisiert. Nur durch diese Festlegungen werden ärztliche Sparmaßnahmen gesellschaftlich legitimiert, und nur in dieser Richtung ist eine Lösung des Konflikts Humanität versus Markt in Sicht.

Zum Schluss möchte ich festhalten, dass der ärztliche Stand in erster Linie dem individuellen Patienten gegenüber verpflichtet ist. Ihm gilt im Mikrokosmos der Arzt-Patienten-Beziehung seine besondere Aufmerksamkeit. Die vom Geist der Humanität geprägte ärztliche Berufsethik hat der Ärzteschaft Vertrauen und Ansehen in der Gesellschaft verschafft. Nunmehr ist der Arzt der Fremdbestimmung durch staatliche Eingriffe, das Preisdiktat und sozialen Wettbewerb ausgesetzt. Er wird bedrängt, die Rolle des Erfüllungsgehilfen fremden Willens zu übernehmen. Der Arzt als Anwalt des Staates oder der Krankenkassen kann jedoch nicht gleichzeitig Anwalt des Patienten sein. Der Konflikt zwischen Humanität und Markt in der Arzt-Patienten-Beziehung ist nur auflösbar durch transparent definierte Regeln der Gesellschaft.

Bei der Grenzziehung ärztlicher Behandlung muss die Gesellschaft zudem aufpassen, dass die heutige *betriebswirtschaftlich orientierte Diskussion* nicht zu den gleichen Konsequenzen führt, wie dies nach der Katastrophe des Ersten Weltkrieges in Deutschland der Fall war. Mit *volkswirtschaftlichen Argumenten* stellten seinerzeit der Psychiater Alfred Hoche und der Jurist Karl Binding 1920 in ihrem Buch *Von der Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* das Lebensrecht von „Ballastexistenzen“ infrage. Die politischen Folgen im NS-Reich waren verheerend. Heute sind es betriebswirtschaftliche Zwänge, die dazu führen, dass der kostengünstigere Anbieter sich durchsetzen soll und muss. Wie vor etwa 100 Jahren werden bestimmte Patientengruppen, etwa der „teure“ Patient mit einer seltenen Erkrankung oder der Patient mit erheb-

licher Komorbidität und letztlich auch der Mensch am Lebensende, zu wirtschaftlich uninteressanten Größen und zu einer finanziellen Belastung. Betriebswirtschaftliche Zwänge führen heute dazu, dass Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte die Behandlung dieser „teuren“ Patienten durch Verlegungen oder Überweisungen zu „delegieren“ versuchen. Derartige „individuelle“ Lösungen unterscheiden sich nur begrenzt von den volkswirtschaftlich orientierten „Gruppenlösungen“ der Vergangenheit. Klaus Henning Wijkmarks nimmt dies für die Patienten am Lebensende in seinem bereits 1973 geschriebenen Buch *Der moderne Tod* vorweg und beschreibt dort das Ende der Humanität. Auch wir werden erkennen müssen, dass der jetzt eingeschlagene Weg bereits heute an humane Grenzen stößt.