
Das Arzt-Patienten-Verhältnis aus der Sicht des Internisten

Manfred Weber

Das Arzt-Patienten-Verhältnis hat im vergangenen Jahrhundert eine Veränderung erfahren, wie dies in keinem der zurückliegenden Jahrhunderte der Fall war. Gerade die letzten Jahre sind von wissenschaftlichen Grenzverschiebungen, veränderten Erwartungen, politischen Einflussnahmen, Rationierungsaufgaben und Überforderungen auf beiden Seiten gekennzeichnet, denen ich mich nachfolgend widmen möchte. Erlauben Sie mir, das Spannungsfeld, unter dem diese Arzt-Patienten-Beziehung derzeit steht, in die folgenden Punkte zu gliedern.

- (1.) In den wissenschaftlichen Fortschritt.
- (2.) In die Patientenwünsche und Patientenerwartungen an den Arzt.
- (3.) In die begrenzte Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen und
- (4.) in die gesellschaftlichen, sozialetisch vertretbaren Vorgaben, unter denen Arzt-Patienten-Beziehungen zukünftig stattfinden könnten.

1. Wissenschaftlicher Fortschritt und sein Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung

Das letzte Jahrhundert hat der Medizin eine beispiellose Fülle wissenschaftlich-technischer Fortschritte beschert. So haben *technische Innovationen* wesentlich dazu bei-

getragen, die Morbidität der Kranken zu verbessern und ihre Mortalität zu senken. Die Einführung der Hämodialyse und die Entwicklung der Organtransplantation seien hier beispielhaft genannt. Parallel zu diesen technischen Fortschritten hat sich eine *molekularbiologische und gentechnische Wissensexplosion* ungeahnten Ausmaßes entwickelt. Diese begann mit der Beschreibung des doppelsträngigen Modells der DNA durch Watson und Crick 1953. Parallel hierzu verbesserte sich das Wissen um Wachstum, Interaktion und Entwicklung von Zellen und Geweben. Seinen bisherigen Höhepunkt fand dieses Wissen 1997 in der Klonierung des Schafes „Dolly“.

Was vor wenigen Jahren noch undenkbar schien, war gelungen. Nach der vollständigen Sequenzierung des menschlichen Genoms scheint nun alles machbar. Ein Neopositivismus prägt die weltweiten Laboratorien und auch die in Europa. Angesichts dieses immensen Fortschrittes stellt sich die Frage, an welchen rechtlichen und ethischen Prinzipien der Arzt sich heute orientieren kann. Hat die sog. *Gräfenecker Erklärung* von 1998 unverändert Gültigkeit, in der es hieß: „Bei Forschungen am Menschen dürfen die Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft niemals über Erwägungen des Wohlbefindens des Einzelnen gestellt werden“? Gilt nach wie vor die Unverletzlichkeit der Würde des Menschen und das, was im *Nürnberger Kodex* von 1947 als freiwillige Zustimmung der Versuchsperson, als *informed consent*, festgeschrieben wurde?

Oder gilt eine mehr utilitaristisch geprägte Betrachtungsweise, die die verfassungsrechtlich garantierte *Freiheit der Wissenschaft* beschwört und vor einer Benachteiligung der Molekular- und Zellbiologen in Ländern mit Forschungsverbot warnt? Verwiesen wird bei dieser Argumentation auf den zu erwartenden *Nutzen für die Gesellschaft*, übersehen, dass mit diesem Argument schon die Versuche an Menschen im frühen 20. Jahrhundert und im

III. Reich verteidigt wurden. Derartige ethisch heikle Fragen lassen sich zunehmend nicht mit unbestreitbaren Argumenten beantworten. Vielmehr sind verschiedene, häufig konträre Lösungsvorschläge denkbar, wie dies an der Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zum Thema „Klonen zu Fortpflanzungszwecken und Klonen zu biomedizinischen Forschungszwecken“ abzulesen ist.

Offensichtlich werden die Widerstände gegen die Klon-technik ethisch durch die Verbindung zweier gleichgewichtiger Werte neutralisiert, dem Wunsch nach Fortpflanzung und dem Wunsch nach Gesundheit. Seit den erfolgreichen Klonierungsexperimenten sind diese beiden Techniken – die Reproduktionsmedizin und die Gentechnik – eine Verbindung eingegangen und haben die Voraussetzung für eine hochtechnisierte Eugenik geschaffen. In Zusammenhang mit der Sequenzierung des menschlichen Genoms sind dies die eigentlichen Sorgen, was technisch alles möglich sein mag. Niemand kann aber mit Sicherheit sagen, dass dieses Wissen zukünftig nur zur Vermeidung oder Korrektur von Erbkrankheiten eingesetzt wird! Der Appell an die Unantastbarkeit der menschlichen Natur als moralische Schranke wird hierbei nicht hilfreich sein. Derartige Grenzen gelten nach Ansicht des Soziologen van den Daele „nur so lange, wie sie zugleich auch die technischen Grenzen darstellen“. Unter dem Eindruck neuer Technik veralte die bestehende Moral. Umso mehr besteht die Gefahr, dass angesichts der unumkehrbaren Alterung der Bevölkerung und der damit verbundenen Krise der Sozialsysteme der Reiz von Selektion des Menschen und Manipulation am Erbgut wieder aufleben könnte.

Wie aber soll der einzelne Arzt bei dem rapiden Wissensfortschritt und den ethischen Grenzbereichen einen Überblick behalten, geschweige denn dies in seiner Wertigkeit und Bedeutung für den Patienten gewichten können? Gentherapie, In-vitro-Fertilisation, überzählige oder verwaiste

Embryonen, therapeutisches und reproduktives Klonen, passive Sterbehilfe, Stammzellen, Recht auf eigenen Tod, Pränataldiagnostik – wo befinden wir uns? Wo beginnt das Leben, wo die Menschenwürde?

Diese Fragen machen deutlich, dass sich ärztliches Handeln nicht allein in der Anwendung technisch-wissenschaftlicher Kenntnisse erschöpft. Vielmehr sind es diese moralisch-ethischen, humanitären und karitativen Elemente, die den Arztberuf prägen und fordern. Mit dem gesellschaftlichen Pluralismus und dem Bedeutungsverlust der christlichen Religion sind vielfach jedoch die Bezüge zur *Bewertung* menschlichen Handelns verloren gegangen. Gelegentlich wird bereits gefordert, eine flexible Konsequenzethik müsse die alten metaphysischen Normen ersetzen. Der Nutzen für das Ganze, für die Gesellschaft und schließlich für die Menschheit müsse Richtschnur für eine gesellschaftsorientierte, utilitaristische Konsequenzethik sein. Die ärztliche Berufsethik hat deshalb heute eine umso höhere Bedeutung als verbindliches Regelwerk ärztlichen Handelns. In ihr artikuliert sich der ethisch-moralische Charakter der Medizin. Diese unsere ärztliche Ethik verpflichtet den Arzt in erster Linie gegenüber der konkreten Person, die sich in seine Obhut begibt. Erst in zweiter Linie und nur soweit es seine Erstverpflichtung nicht konterkariert, gibt es Pflichten gegenüber Dritten oder der Allgemeinheit.

Darüber hinaus soll der Nationale Ethikrat in unserer pluralistischen Gesellschaft einen medizinisch-ethischen Konsens ermöglichen. Ob dies gelingt, ist fraglich. In modernen demokratischen Gesellschaften mit unterschiedlichen Welt- und Menschenbildern können ethische Entscheidungen meiner Meinung nach nicht erfolgreich einer kleinen Gruppe zur Lizenzierung übertragen werden. Ein Konsens der Gesellschaft in medizinischen Grenzfragen ist aber ebenso wichtig wie in technischen Grenzfragen, etwa

der Anwendung der Kernenergie. Moralisch-ethischer Konsens ist auch deshalb wichtig, weil die Medizin im Gegensatz zur wertfreien, exakten Physik weder wertfrei noch eine präzise Naturwissenschaft ist. Vielmehr ist sie eine auf Werte gegründete Disziplin. Gesundheit und Krankheit sind Wertbegriffe. Zweck ärztlicher Tätigkeit ist das Heilen von Krankheit, das Lindern von Leiden, Hilfe, Fürsorge. Ohne diese ethische Bindung würde die Medizin herabsinken zur bloßen Biotechnik. Wir Ärzte müssen uns deshalb aktiv an den Diskussionen um Möglichkeiten und Grenzen des Klonens und der Sterbebegleitung beteiligen. Wir müssen uns bemühen die Grenzen zwischen Krankheit und Gesundheit, zwischen wissenschaftlichen Zielen und gesellschaftlichen Sorgen einer neuen Übereinkunft zuzuführen. Nur mit einem gesellschaftlichen, moralisch-ethischen Konsens wird auch die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung in Zukunft stabil und vertrauensvoll bleiben.

2. Was aber sind die Wünsche des Patienten an den Arzt?

Lassen Sie uns zurückblicken. Bis Ende des 19. Jahrhunderts beruhte die gesundheitliche Betreuung auf einer Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten. Seit den Bismarck'schen Reformen ist die Krankenversicherung als Dritter hinzugetreten. Anfang des 20. Jahrhunderts ein Segen und beschränkt auf Notfälle, weitete sie das Leistungsspektrum in den Zeiten des Wirtschaftswunders extensiv aus. Im Gefolge vollzog sich auch im Patientenverhalten ein vielschichtiger Wandel. Wünsche wurden geweckt, die Ansprüche stiegen in Richtung Hebung eigener Lebensqualität. Eine Vollkasko mentalität entstand.

Darüber hinaus hat der wissenschaftliche Fortschritt die Patienten-Arzt-Beziehung verändert. „Alles ist machbar“ wurde suggeriert. Wir Ärzte und die Wissenschaftspresse

haben unseren Teil dazu beigetragen. Die medizinischen Laien, eben jene Erkrankten, glaubten bereitwillig und forderten die Einhaltung des Versprochenen. Gesundheit schien ein Recht geworden zu sein und Krankheit eine Ungerechtigkeit. Die Erwartungen der Patienten wurden zunehmend von der Korrektur des ursächlichen Defektes beherrscht, der Arzt als Techniker in Anspruch genommen. Die medizinische Maßnahme wurde in solchen Fällen zur Sachleistung. An die Stelle der Verantwortungsethik trat die Vertragsethik. Die Beziehung zwischen Arzt und Patienten gleicht hierbei einem Kaufvertrag. Der Arzt liefert ein Stück Gesundheit oder Therapie, der Patient wünscht, fordert, bezahlt und beschwert sich bei Nichteintreten des Therapieerfolges. Gesundheit und Therapie werden zur Ware, auf die man unter den heutigen Bedingungen der Sozialversicherung Anspruch hat. Patienten sind dann eben Kunden, die Praxis ein Profitcenter. Der mündige Patient soll souverän entscheiden – die Informationen holt man sich aus dem Internet.

Aber was ist mit der Kundenrolle eines 55-Jährigen mit Colonicarcinom? Was lässt sich reparieren an der Diagnose einer dialysepflichtigen Niereninsuffizienz oder eines juvenilen Diabetes? Wie ist es mit der Patientensouveränität bei immunologischer Systemerkrankung? Der sächsische Datenschutzbeauftragte Thomas Giessen formulierte griffig: *Der Patient ist nicht mündig, der Patient ist krank.* Oder, wie es Johannes Rau 2004 in Bremen festhielt: *Gesundheit ist keine Ware, Ärzte sind keine Anbieter und Patienten keine Kunden.*

Was also erwarten die Patienten heute vom Arzt? Nach einer Umfrage aus Tübingen zu diesem Thema lauteten die überraschend konservativen Antworten: „Der Arzt muss menschlich sein und Wärme ausstrahlen. Er muss zuhören können und sich Zeit nehmen. Er muss sorgfältig vorgehen, Diagnostik und Therapie erklären und über Befunde

aufklären.“ Über allem aber stand die Antwort: „*Ich muss dem Arzt vertrauen können.*“

Wie aber lässt sich Vertrauen entwickeln in einer Arzt-Patienten-Beziehung, die als asymmetrisch bezeichnet wird? Aufklärung, Transparenz und Ehrlichkeit in Gesprächen ohne Zeitnot sind hierbei Voraussetzung. Auf gleicher *menschlicher, nicht fachlicher Ebene* soll man um das Vorgehen und die Gesundheit des Kranken ringen, wie es Horst Eberhard Richter fordert. So entsteht Vertrauen. Weil Vertrauen so wichtig ist, wird es auch in den ärztlichen Berufsordnungen thematisiert. Hier heißt es: „Der Arzt hat seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen!“ Der Theologe *Dietrich Rössler* hat treffend formuliert: „*Vertrauen ist akzeptierte Abhängigkeit.*“ Diese Form der Abhängigkeit steht nicht etwa im Gegensatz zur Patientenautonomie. Sie ist vielmehr ein Stadium auf dem Weg zur Wiedergewinnung der eigenen Souveränität.

Vertrauen und Kommunikation hängen aber auch von den institutionellen Rahmenbedingungen ab. Ob ambulant oder stationär, die Rahmenbedingungen lassen das ruhige Arzt-Patienten-Gespräch kaum mehr zu. So sollen im Krankenhaus möglichst viele Fälle mit möglichst wenigen Leuten möglichst schnell durch die Stationen geschleust werden – klar, was das bedeutet. In den Praxen niedergelassener Kollegen beträgt die mittlere Kontaktzeit zwischen Arzt und Patient nur wenige Minuten. Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hielt in seinem Bericht bereits 2003 hierzu fest: „*Dass eine patientenorientierte Gesprächsführung oft nicht oder unter zu hohem Zeitdruck erfolgt, liegt auch an den organisatorischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen medizinischer Versorgung in Deutschland.*“

Will man den Patienten- und Wählerwünschen entsprechen, muss nach Regelungen gesucht werden, in deren

Rahmen sich Arzt-Patienten-Beziehungen auch zukünftig vertrauensvoll entwickeln können.

3. Einfluss begrenzter finanzieller Ressourcen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis

Die Ressourcen im Gesundheitssystem *sind* begrenzt. Längere Lebenserwartung, prozentuale Zunahme der Älteren und medizinisch-wissenschaftlicher Fortschritt treffen auf stagnierende oder rückläufige Budgets. Und so behandelt der niedergelassene Arzt bei Erreichen des Budgetdeckels aus Nächstenliebe – oder schließt die Praxis am Quartalsende und verweist auf die Notdienste. Selbst Krankenhäuser erklären sich für nicht mehr zuständig, wie dies im letzten Jahr durch die Kölner Universitätsklinik geschehen ist. Droht eine intransparente Rationierung medizinischer Leistungen die Arzt-Patienten-Beziehung zu belasten?

Vor einer Rationierung stehen nach Meinung der Politik Effizienzsteigerung, Qualitätsverbesserung und mehr Wettbewerb. Kosten senken und Qualität erhöhen – ein erheblicher Zielkonflikt. Effizienter, d. h. ökonomischer Umgang mit Ressourcen bedeutet zunächst einmal Verschwendung vermeiden und auf Überflüssiges verzichten. Ambulant wie stationär soll deshalb der Leistungskatalog durchforstet und die ärztliche Vorgehensweise kritisch überprüft und standardisiert werden. Ohne Zweifel ein Schritt in Richtung Utilitarismus. Das sind einschneidende Veränderungen in einem bisher einzelfallbezogenen und individuell organisierten System.

Die Vielfalt der unter ökonomischen Vorgaben entwickelten neuen Versorgungsformen wird zudem für die Arzt-Patienten-Beziehung erhebliche Veränderungen mit sich bringen. Da gibt es jetzt die hausarztzentrierte Versorgung, die mit einem gewissen Verlust der freien Arztwahl

einhergeht. Es gibt integrierte Versorgungsformen und medizinische Versorgungszentren. Durch Spezialisierung und Leistungserbringung in Kooperation ist der Arzt hier nur noch für einen Teil der Betreuung zuständig. Die Arzt-Patienten-Beziehung verändert sich so zu einer Arztgruppen-Patienten-Beziehung. Wer aber trägt die Verantwortung, wer besitzt Regelkompetenz, wer ist Ansprechpartner und Bezugsperson für den Patienten? Wem soll er glauben, wenn er unterschiedliche Antworten auf seine Fragen erhält?

Zudem kann sich der Patient in Disease-Management-Programme einschreiben. Diese werden vorhersehbar zu mehr Gleichheit der Behandlung führen, ob sie mehr Qualität bringen, ist ungewiss. Da die Ressourcen begrenzt sind, wird das medizinisch Notwendige den finanziellen Möglichkeiten angepasst werden müssen. Zudem entwickelt sich hier eine Behördenmedizin bisher nicht gekannten Ausmaßes. Neben dieser Standardmedizin wird eine individuelle Arzt-Patienten-Beziehung zur Ausnahme werden.

Ökonomisch sollen zukünftig auch die Krankenhäuser arbeiten, die in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts deutschlandweit gebaut wurden. Notfallhilfe für alle sollte sichergestellt werden. In kurzer Zeit soll nun ein absoluter Paradigmenwechsel erfolgen, weg von der Notfallhilfe hin zum Wirtschaftsunternehmen. Unter DRG-Bedingungen sollen die Krankenhäuser ihre Marktchancen wahrnehmen, heißt es. Geld soll der Leistung folgen. Was aber ist mit den strukturell unwirtschaftlichen Bereichen, die zur Versorgung von Krisenfällen vorgehalten werden? Den freigehaltenen Intensivbetten etwa für die akute gastrointestinale Blutung, den Dialyseplätzen für Nierenkranke mit Herzinfarkt oder den Transplantations-einheiten, bei denen jedes Organangebot den OP-Plan durcheinander wirbelt? Was ist mit Innovationen, die traditionell den Weg über das Krankenhaus nehmen? Fragen,

auf die bisher keine befriedigenden Antworten möglich sind. Weil dies aber so ist, wird das politische Ziel unerwartet klar erkennbar – Leistungsabbau.

Derweil raten Unternehmensberater innerklinisch zu Prozessabläufen wie in der Autoindustrie. Der Behandlungsablauf wird modular zerlegt, Verantwortlichkeiten zergliedert, Behandlungskontinuitäten zerstört. Auf Fachkompetenz wird im Zweifelsfall verzichtet, so wie dies bei der Übertragung von internistischen Intensivstationen an gebietsfremde Ärzte der Fall ist. Der Patient wird so zum Stückgut, die Arzt-Patienten-Beziehung systematisch und gezielt zerbrochen. Verzichtet wird dabei allerdings auch auf den Gewinn, den eine gute Arzt-Patienten-Beziehung für den Heilungsverlauf bedeuten kann. So weiß man aus großen klinischen Studien, dass etwa 20 Prozent Therapieerfolg auch im Kontrollzweig ohne Medikation zu beobachten sind. Placeboeffekt sagt man hierzu. Für mich ist dies der Einfluss, den eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung auf den Krankheitsverlauf hat.

Subtil wird sich durch diese ökonomischen Vorgaben allerdings auch das Selbstverständnis der Ärzte ändern. Ein Arzt, der weiß, dass die Überschreitung der ökonomischen Vorgaben seine Stelle gefährdet, wird anders handeln als ein kaufmännisch unbelasteter Kollege und teure Therapieentscheidungen meiden. Unter dem ökonomischen Druck erleben viele Ärzte ihre Arbeit jetzt schon als entwertet und die Beziehung zum Patienten als „schmerzlich zerbrochen“. Die Wochenzeitschrift *Die Zeit* berichtete jüngst, was Klinikärzte als den „guten Kern“ ihres Berufes ansehen. Typischerweise nannten diese „das abendliche Gespräch am Bett des Patienten, wenn nach Dienstschluss Ruhe eingeleitet ist“ – wohlgemerkt: nach Dienstschluss! Diese systematische Zerstörung des persönlichen Berufsbildes ist einer der Gründe für die hohe Abkehr vom Arztberuf nach Abschluss des Studiums.

Bei alledem bleibt undefiniert, was das eigentliche Ziel des ärztlichen Behandlungsauftrages ist. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit? Gesundheit im Sinne der WHO-Definition? Langes Leben oder Behandlung allein der akuten Komplikation? Letzteres will die neue DRG-Finanzierung. Soll aber nicht mehr nach rechts und links geblickt werden? Soll die Ursache des Sturzes, der zur Fraktur führte, etwa eine Herzrhythmusstörung, nicht mehr abgeklärt werden? Ein derartiges Vorgehen trägt sicherlich zur wirtschaftlichen Gesundung des Krankenhauses bei. Nur sollte man dies auch deutlich sagen und sich nicht hinter den Vokabeln von mehr Wettbewerb und Effizienzsteigerung verstecken!

Was ist aus alledem zu folgern? Die engen ökonomischen Vorgaben werden die Begegnung des hilfeschuchenden Kranken mit dem Arzt erheblich verändern. Zweifel werden auftreten und das Vertrauen unterminieren – wurde auch alles getan? Transparenz ist deshalb nötig und mit Intensität zu fordern, sonst wird die Arzt-Patienten-Beziehung der Zukunft einer schlechten Geschäftsbeziehung vergleichbar. Damit komme ich zum letzten Punkt meiner Ausführungen:

4. Gesellschaftliche, sozialetisch vertretbare Vorgaben, unter denen Arzt-Patienten-Beziehungen zukünftig stattfinden könnten

Hierbei steht die Gesellschaft zunächst vor einer ganz grundsätzlichen Entscheidung: Will sie *in der Gesundheitsversorgung Gleichheit für alle* oder will sie *Gleichheit in den notwendigen Leistungen* mit der Möglichkeit des Zukaufs von weitergehenden Leistungen? Gesellschaftspolitisch ist die Frage beantwortet. Gleichheitsorientierte Systeme sind nicht konkurrenzfähig. Der Kollaps der sozia-

listischen und kommunistischen Systeme belegt dies hinreichend. Die Diskussionen der letzten Monate lassen allerdings vermuten, dass derzeit an der Einebnung medizinischer Leistungen mit dem Ziel einer einheitlichen Staatsmedizin sozialromantisch gearbeitet wird.

Lernen wir doch von unseren Nachbarn! Diesen Weg haben andere Gesellschaften bereits erfolglos versucht. Man denke nur an die alte DDR oder an England. In der Gesundheitspolitik führen derartige staatliche gleichheitsorientierte Systeme zu Wartelistenmedizin, mangelhaften Einheitsbehandlungen, zum Verlust der freien Arztwahl und zu Zugangsbeschränkungen. Die Idee des Utilitarismus derartiger Systeme ist, dass mit den vorhandenen Mitteln der Gesundheitszustand möglichst vieler Bürger finanziert werden soll. Eine Minderheit hat dabei allerdings das Nachsehen, teure Therapien haben keine Chance. Weil dies für viele nicht akzeptabel ist, verlässt ein Teil der Patienten das System und kauft die Leistung privat oder gar im Ausland ein – in England sind dies immerhin 15 Prozent der Bevölkerung. Dies ist mehr als der derzeitige Anteil privat Versicherter in Deutschland. Es entsteht somit Ungleichheit auf höherem Niveau – ein grauer Markt für medizinische Leistungen. Entscheidet man sich in Deutschland für diese Alternative, wird eine intransparente Rationierung die Regel werden.

Bei Wahl der Alternative, also Gleichstellung nur in der *notwendigen* medizinischen Versorgung, würde die Gesellschaft die Gesundheitsversorgung so organisieren, wie sie dies außerhalb des Gesundheitsbereiches traditionell tut – gesicherter Zugang zu Grundleistungen wie etwa Bildung und Recht mit akzeptierten finanziellen Ungleichheiten außerhalb dieser Bereiche. Diese Form der Organisation würde es möglich machen, dass der Wachstumsmarkt der Gesundheitsleistungen erhalten und entwickelt werden könnte mit positiven Effekten auf Gesundheitsindustrie,

Bruttoinlandsprodukt und Beschäftigte. Umgekehrt hieße dies im Klartext, die Zwei- oder Drei-Klassen-Medizin zu akzeptieren.

Entscheidet man sich für diesen Weg, stellt sich als Nächstes die Frage: Was ist medizinisch notwendig und was Luxus? Bereits das Sozialgesetzbuch stattet den Begriff der medizinischen Notwendigkeit mit den Attributen „ausreichend, bedarfsgerecht, zweckmäßig, wirksam und human“ aus. Es verfügt somit bereits jetzt eine Begrenzung des Leistungskatalogs! Was soll also solidarisch und was nicht finanziert werden? *Victor Fuchs*, amerikanischer Gesundheitsökonom, brachte es bereits 1974 in seinem Buch „Who shall live“ auf den Punkt. Die Verteilung knapper Ressourcen bedarf einer gesellschaftlichen Diskussion. Diese Diskussion steht in Deutschland aus. Sie ist nicht einfach – sind doch Rechts- und Wertfragen miteinander zu verknüpfen. Theoretisch denkbar sind drei Formen der Leistungsbegrenzung: altersbezogen, mittelbezogen oder indikationsbezogen.

1. Bei einer altersbezogenen Allokation sollten jenseits einer bestimmten Lebensspanne nur noch leidensmindernde, nicht aber lebensverlängernde Maßnahmen von der Solidargemeinschaft finanziert werden. Wie schwer derartige Entscheidungen im Einzelfall sind, wurde in einer Spielshow des Südwestfunks und des britischen Fernsehens klar – dem *Spiel auf Leben und Tod*. Das Publikum sollte entscheiden, ob eine 30-jährige Mutter oder ein 77-jähriger Rentner eine Dialyse-Behandlung bekommen sollte. Die 30-Jährige gewann, was blieb, war Unbehagen auf allen Seiten. Noch weiter geht Carl-Henning Wijkmark in seinem Buch „Der moderne Tod“. In einer Art Klausurtagung diskutieren hier schwedische Politiker und Experten, ob es nicht als gesellschaftliche – nicht individuelle – Lösung der Überalterung ein gesetzlich festgelegtes „Recht auf Sicherheit gegen hohes Alter und seine Mühsal“ geben soll-

te, ein beklemmendes Szenario. Altersrationierung ist ethisch mit der Menschenwürde nicht vereinbar. In Deutschland wäre sie durch die Verfassung keinesfalls gedeckt. Schlussendlich sind die Vorstellungen über Tod und Menschenwürde ein sicherer Indikator für die Wegrichtung einer Gesellschaft. Der Begriff *lebensunwertes Leben* ist dann nicht mehr fern.

2. Bei einer mittelbezogenen Rationierung würden nur lebensverlängernde Maßnahmen finanziert, und das auch nur bis zu einer gewissen Kappungsgrenze. Bei dieser Form der Rationierung wird man zudem Konsens darüber erzielen müssen, was ein Jahr Leben kosten darf – etwa 50.000 € wie ein Jahr Dialysetherapie oder mehr? Im Fall eines solchen Vorgehens fielen eine Vielzahl von Leistungen aus dem Katalog heraus wie etwa Sport- und Haushaltsunfälle, Katarakt-Operationen, Endoprothesen, Schwangerschaft oder die meisten Hautkrankheiten. Sehr schnell würde sich dann aber die Feststellung des Sachverständigenrates von 2001 verbessern, der seinerzeit formulierte: *Die deutsche Medizin verbraucht die dritthöchsten Kosten auf der Welt, aber in der Lebenserwartung stehen wir nur an 19. Stelle.* Diese Form der Rationierung ist in meinen Augen die radikalste Form der Definition des Begriffes „medizinisch notwendig“.

3. Bei einer indikationsbezogenen Rationierung muss man einen Leistungskatalog erstellen nach Wichtigkeit, Dringlichkeit und Wertigkeit, also durch Setzen von Prioritäten und nach alloktionsethischen Überlegungen. Dies hieße schwere chronische, lebensgefährdende und behindernde Erkrankungen zu finanzieren, leichtere Erkrankungen aber auszuschließen. Wenn es sich hier um die sog. Lifestyle-Medizin handelt, lässt sich schnell Konsens erreichen. Ob die neue Hüfte des älteren Patienten auch dazu gehört, darüber gehen die Meinungen schon auseinander. So vertrat der Vorstandsvorsitzende der Rhön AG, Eugen

Münch, anlässlich der letzten Jahrestagung des Nationalen Ethikrates die Meinung, dass nur ca. 15 Prozent des derzeitigen Leistungskataloges notwendige medizinische Leistungen seien. Der Rest falle unter die Rubrik „Steigerung der Lebensqualität“ oder „Konsum von Gesundheitsangeboten“. Für die meisten von uns wird es schwer sein, diese Form der Grenzziehung zu akzeptieren. Das Beispiel beleuchtet andererseits gut die Probleme einer indikationsbezogenen Rationierung. In der Schweiz und in Holland, wo man diese versuchte, umfasste der Pflichtleistungskatalog nicht 15 Prozent, sondern etwa 90 Prozent der möglichen Leistungen. Dennoch scheint diese Vorgehensweise derzeit der einzige Weg zu sein, der das Gerechtigkeitsgefühl der Bevölkerung in Fragen der Gesundheitsversorgung nicht verletzen würde.

Fragen ohne Ende. Es ist verwunderlich, dass in der gesundheitspolitischen Diskussion nur wenige dieser Fragen aufgegriffen werden. Politisch ist das Meiden derartiger „heißer Eisen“ taktisch zwar verständlich, im Grunde aber eher verantwortungslos. Wo aber ist die öffentliche Diskussion in kritischen Medien, wo sind die Talkshows, die sich mit diesen Themen auseinander setzen? Wird sich vielleicht die Patientenbeauftragte hiermit befassen? Die Kirchen diskutieren nur in engen Zirkeln, obwohl ihre Position wegen des akzeptierten moralischen Anspruchs wichtig wäre zur Meinungsbildung in unserer Gesellschaft. Der Schleier des Nicht-Wissen-Wollens ist letztendlich keine Lösung, sondern tradiert nur die Intransparenz.

Die Arzt-Patienten-Beziehung wird nur dann stabil und belastbar bleiben, wenn sie auch zukünftig durch Vertrauen gekennzeichnet ist. Vertrauen des Patienten zum Arzt entsteht durch dessen persönliche Aufrichtigkeit, Wahrhaftigkeit und Verlässlichkeit. Dies ist bei der derzeitigen Systemkrankheit der Medizin schwer möglich, ver-

langt sie doch vom Arzt Antworten und prinzipielle Entscheidungen, die Parteilichkeit, Ungerechtigkeit und politische Anpassung vorprogrammieren und ihn dazu chronisch überfordern.

Vertrauen in ein *verändertes* System wird andererseits nur entstehen, wenn eine hohe Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen vorliegt. Die zunehmende ökonomische Ausrichtung der Medizin lässt leicht vergessen, dass der kranke Mensch in den Mittelpunkt gehört. Er bedarf der Hilfe und des Schutzes und darf nicht zur kalkulatorischen wirtschaftlichen Fallgröße werden. Die gesundheitspolitische Debatte darf sich deshalb nicht auf rein Ökonomisches beschränken, sondern *muss* eine Debatte um Werte einschließen. Lassen Sie mich an dieser Stelle nochmals festhalten, dass unser Stand in erster Linie dem individuellen Patienten gegenüber verpflichtet ist. Die Treue zu dieser klassischen ärztlichen Ethik hat der Ärzteschaft Vertrauen und Ansehen verschafft. Eine Unterminierung dieser Ethik würde die Ärzteschaft der Fremdbestimmung unterwerfen, sei es staatlichen Eingriffen oder solchen der Krankenkassen, sei es den Forderungen des Marktes und der Ökonomie. Der Arzt würde so in die Rolle des Erfüllungsgehilfen fremden Willens gedrängt. Der Arzt als Anwalt des Staates verträgt sich nicht mit seiner Rolle als Anwalt des Patienten. Es ist unsere Aufgabe, dies in aller Klarheit deutlich zu machen.