

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 15 · Heft 4 · 2008

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

# Imago Hominis

**Medizin, Ideologie  
und Markt**

IMABE

# Imago Hominis

## Herausgeber

Johannes Bonelli  
Friedrich Kummer  
Enrique Prat

## Schriftleitung

Susanne Kummer

## Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)  
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)  
Gabriele Eisenring (Privatrecht, Rom)  
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)  
Christoph Gisinger (Geriatric, Wien)  
Martin Glöckler (Chirurgie, Wien)  
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)  
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)  
Gunther Ladurner (Neurologie, Salzburg)  
Reinhard Lenzofer (Interne Medizin, Schwarzach)  
Wolfgang Markt (Physiologie, Wien)  
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)  
Heinrich Resch, (Innere Medizin, Wien)  
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

## IMABE

Das IMABE-Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 auf Initiative von Medizinern, Juristen und Geisteswissenschaftlern in Wien gegründet. Ziel des Instituts ist es, den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlichen Menschenbildes zu fördern. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz des Vereins. Die wichtigste Aufgabe des Institutes ist eine interdisziplinäre und unabhängige Forschung auf den Gebieten von Medizin und Ethik. Darüber hinaus sollen Werte und Normen in der Gesellschaft durch Entwicklungen in Medizin und Forschung kritisch beleuchtet werden.

Editorial	279	
20 Jahre IMABE	281	Christoph Kardinal Schönborn <b>20 Jahre IMABE</b>
	283	Michael Spindelegger <b>Notwendige Grenzen</b>
	285	Walter Dörner <b>Grußwort zur Veranstaltung</b>
	287	Johannes Bonelli <b>IMABE: Rückblick und Ausblick</b>
	290	Enrique H. Prat <b>Bioethik: Das Zünglein an der Waage</b>
Medizin, Ideologie und Markt		
	293	Giovanni Maio <b>Ist eine marktorientierte Medizin überhaupt noch Medizin?</b>
	303	Stephan Sahm <b>Der moderne Patient und seine Ansprüche an die Medizin</b>
	313	Hildegunde Piza <b>Der Arzt zwischen Heilauftrag und Geschäft</b>
	319	Josef Kandlhofer <b>Die Grenzen der Sozialmedizin</b>
Diskussionsbeitrag	328	Matthias Beck <b>Gesundheit als Sinnersatz? Kritische Anmerkungen zur WHO-Definition von Gesundheit</b>
	335	Reinhard Lenzhofer <b>Der instrumentalisierte Patient im Gesundheitswahn</b>
	339	Franz Harnoncourt <b>Das Selbstverständnis des modernen Krankenhauses</b>
	349	Michael Heinisch <b>Menschlichkeit in der Medizin: Eine Frage der Werte</b>

## Herausgeber:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,  
Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

## Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und  
Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,  
T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4  
eMail: [postbox@imabe.org](mailto:postbox@imabe.org) · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: Imago Hominis ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout: concept8, Schönbrunner Straße 55, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Robert Glowka

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH, Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Robert Glowka

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Robert Glowka

## Bankverbindung:

Bank Austria, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800,  
IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

## Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen Sachexperten begutachtet.

IMABE gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993, BGBl. Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

Redaktionsschluss: 5. November 2008

Diese Ausgabe wird unterstützt von:

**Raiffeisen in Wien**  
**Meine BeraterBank** 

**BM.W.F<sup>a</sup>**  
Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung

**VCP** CAPITAL PARTNERS  
VIENNA

**iv** INDUSTRIELLENVEREINIGUNG  
**WIEN**

 **UNIQA**

Der Sponsor hat keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

Seit zwei Jahrzehnten besteht das Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE) – eine Zeit, die für eine Institution relativ kurz ist, in der aber im Bereich der Bioethik vieles ins Rollen gekommen ist. Neue technische Errungenschaften und Methoden in der Medizin kamen auf den Markt, zugleich wuchs das Unbehagen, ob die moralische Stärke Schritt halten würde. Das spannungsreiche Feld der daraus entstandenen Bioethik war vor 20 Jahren noch ziemlich unbeackert. So gab es im Jahr 1988, als IMABE auf Initiative von Medizinern, Juristen und Geisteswissenschaftlern in Wien gegründet wurde, in Österreich noch keine Einrichtung dieses Formats: ein „Institut, das mit intellektueller Lebendigkeit und entsprechendem wissenschaftlichem Rüstzeug die brisanten Fragen im Bereich von Medizin und Ethik fachübergreifend bearbeitet.“ (C. Schönborn) Der interdisziplinäre Weg war und ist für die Arbeit von IMABE richtungweisend. Aus einer christlichen Werthaltung heraus setzen wir uns mit den „heißen Eisen“ der Bioethik auseinander: künstliche Befruchtung, Euthanasie, Stammzelltherapie und Klonen, Gentechnologie, ärztliche Tugend und auch (Eigen-)Verantwortung des Patienten, die Rolle der Pharmaindustrie, das Recht auf Gewissensvorbehalt, soziale Faktoren im Kontext von Gesundheit und Krankheit und vieles mehr.

Seit 15 Jahren wird dieser wissenschaftliche interdisziplinäre Diskurs in der Zeitschrift *Imago Hominis* festgehalten. Wir sind stolz darauf, Herausgeber der einzigen in Österreich erscheinenden medizin-ethischen Fachzeitschrift zu sein und damit zugleich eines von den insgesamt drei bioethischen Journals im deutschen Sprachraum zu editieren.

Das 20-Jahr-Jubliäum von IMABE ist für uns Anlass, um eine höchst aktuelle und weitreichende Entwicklung der Medizin in den Mittelpunkt zu rücken. „Medizin, Ideologie und Markt“ ist deshalb Thema des Festsymposiums, das am 21. November 2008 im Erzbischöflichen Palais in Wien unter dem Ehrenschatz von Christoph Kardinal Schönborn, des zweiten Nationalratspräsidenten, Michael Spindelegger, und des Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer, Walter Dorner, stattfand.

Die Medizin befindet sich in einer Phase des Umbruchs. Patienten werden immer anspruchsvoller. Der Arzt versteht seine Rolle zunehmend als Dienstleister. Zugleich wird im Gesundheitswesen die Kostenschraube angesetzt. Diese Entwicklung wirft Fragen in medizinischer, ethischer, sozialer und ökonomischer Hinsicht auf: Welcher Gesundheitsbegriff herrscht heute vor? Wo liegen seine Grenzen? Muss sich die Medizin der Zukunft allein an Kundenwünschen und ökonomischen Selbstgesetzlichkeiten orientieren? Wie kann die Medizin ihre zentrale Identität als Institution der Hilfe und Menschlichkeit in diesem Spannungsfeld aufrechterhalten?

S. Sahn untersucht in seinem Beitrag die Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin, die Wünsche nach neuen Zielsetzungen wecken, die mit den Schlagworten Enhancement und wunscherfüllender Medizin bezeichnet werden. Diese grenzenlose Ausweitung medizinischer Handlungen weist Merkmale einer Ideologie auf, der nur in einer Selbstbeschränkung der Medizin zu begegnen ist, sagt Sahn. G. Maio behandelt die zunehmende Implementierung ökonomischer Denk- und Wertmuster in die Medizin, die von verschiedenen Vorannahmen ausgeht. Zu diesen zählen die Vorstellung des Patienten als Kunden, die Definierung der ärztlichen Hilfe als Ware und die Subsumierung der medizinischen Abläufe am Paradigma der Wettbewerbsfähigkeit. Es zeigt sich, dass die wachsende Ausrichtung der Medizin an ökonomischen Denkmustern die Gefahr in sich birgt, dass die Medizin sich allein am Kriterium der Profitabilität orientieren könnte und dabei ihre ureigene Identität als Institution der Hilfe überlagert wird. Ob die Medizin ihre Identität als professioneller, wissenschaftlich fundierter humanitärer Dienst beibehalten wird, hängt letztlich davon ab, ob es gelingt, mit Überzeugung dem seit Hippokrates tradierten ärztlichen Ethos zu folgen. Was die Gesellschaft deshalb braucht, sind nicht Ethik-Spezialisten, sondern moralisch handelnde Ärzte. Dieses Umdenken und Umlenken wird wesentlich von den Ärzten selbst ausgehen müssen. Dazu nehmen prominente ÄrztInnen (H. Piza, F. Harnoncourt, R. Lenzhofer) und Wirtschaftsökonomen (J. Kandlhofer, M. Heinisch) Stellung sowie der Wiener Medizinethiker M. Beck.

Da diese Ausgabe als Dokumentation des Symposiums konzipiert wurde, wird ausnahmsweise auf die üblichen Rubriken wie Zeitschriftenspiegel, Buchrezension und Nachrichten verzichtet. Wir bitten um Verständnis und wünschen gute Lektüre!

**S. Kummer**

Christoph Kardinal Schönborn

## 20 Jahre IMABE

Sehr verehrte Damen und Herren!

Liebe Freunde des IMABE-Institutes!

Als vor nunmehr 20 Jahren das Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE) auf Initiative von Medizinerinnen, Juristen und Geisteswissenschaftlern in Wien gegründet wurde, gab es in Österreich noch keine Einrichtung dieses Formats: ein Institut, das mit intellektueller Lebendigkeit und entsprechendem wissenschaftlichem Rüstzeug die brisanten Fragen im Bereich von Medizin und Ethik fachübergreifend bearbeitet. Die Gründung dieses Instituts erwies sich angesichts der Entwicklungen in Medizin und Forschung als zukunftsweisend. Dank des Fortschritts auf diesen Gebieten hat sich die Lebenssituation des einzelnen Menschen in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert. Gleichzeitig sind aber auch die ethischen Herausforderungen gewachsen.

Lassen Sie mich kurz drei Themenbereiche ansprechen, die aus ethischer Sicht an Bedeutung und Aktualität gewonnen haben. Es sind Fragen rund um den Lebensbeginn und das Lebensende, Fragen, wo es um das Manipulieren von menschlichem Leben für Forschungszwecke geht und zuletzt um die kulturelle Deutung von Gesundheit und Krankheit sowie um menschliche und ökonomische Ressourcen, die man für Kranke und Pflegebedürftige aufzubringen bereit ist.

### 1. Lebensanfang und Lebensende

Die Fortpflanzungstechnologien, die Möglichkeit, Menschen zu machen, hat zu einem Anspruchsdenken geführt, aber auch zu ‚todsicheren‘ Kontrollen: Der Druck auf Mütter und auf Ärzte wächst, zur Sicherheit alle Qualitätskontrollen durchzuführen. Ungeborene Behinderte haben dabei kaum noch eine (Lebens-)Chance. Man diskriminiert sie als Schaden, der abwendbar scheint, in-

dem das Kind zeitgerecht abgetrieben wird. Welche Krankheiten werden in die Watch-Liste aufgenommen? Welche nicht? Genügt dafür auch schon ein Risiko-Gen für eine Krankheit, das vermutlich nie ausbrechen wird, wie dies zuletzt in den Niederlanden beschlossen wurde? Dies ist eine Mentalität, die das Leben verfügbar macht, es führt aber auch zu einem Anspruch, es in Ausübung eines vermeintlichen Selbstbestimmungsrechtes beenden zu können oder beenden zu lassen. Gott sei Dank herrscht in Österreich ein breiter Konsens darüber, dass menschenwürdige Sterbehilfe darin bestehen muss, den Sterbenden im Übergang zu seiner letzten Lebensphase zu begleiten. Sterbehilfe ist Hilfe beim Sterben, nicht Hilfe zum Sterben.

### 2. Manipulieren von menschlichem Leben für Forschungszwecke

Im Bereich der Forschung mit adulten Stammzellen gab es in den vergangenen Jahrzehnten enorme Fortschritte. Wie aber steht es mit dem Verbrauch von menschlichen Embryonen, um aus ihnen humane embryonale Stammzellen gewinnen zu können? Die ethische Problematik liegt darin, dass es hier um Jemanden geht und nicht um Etwas. Die Würde des Menschen liegt jeglichen menschlichen Zuerkennungen schon immer voraus, sie kommt ihm allein auf Grund seines Menschseins von Anfang an zu, und sie besteht unabhängig von seiner Entwicklungsphase, seiner Gesundheit und seinem Bewusstseinsstand. Sie gilt der ganzen leibseelischen Existenz des Menschen; es gibt keine Abstufungen in der Schutzwürdigkeit für ungeborene, kranke, behinderte und alte Menschen.

### 3. Wie leid-kompetent ist unsere Gesellschaft?

Wer an die Medizin nicht nur mit Heilungs-, sondern geradezu Heilserwartungen herangeht

und ihre Aufgabe darin sieht, ein leidfreies, gesundes Leben bis zuletzt zu ermöglichen, hat den Bogen überspannt. Zu einem guten Leben gehört auch die Annahme des Leidens und damit auch die Sorge um den Leidenden. Ethisch brisant sind auch die Fragen nach dem Ausschluss von Personengruppen von teuren medizinischen Verfahren, deren „Lebensqualität“ als sehr niedrig eingestuft wird und die für die Gesellschaft eine Belastung darstellen – beispielsweise alte, chronisch kranke, behinderte Menschen. Sie wird in Zeiten, wo die Grenzen der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens die Politik zusehends beschäftigen, immer lauter. Hier gilt es sozialetische, christliche Aspekte der Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen und die Diskussion über den „Lebenswert“ chronisch kranker und schwerstpflegebedürftiger Menschen in die Diskussion einzubringen.

#### 4. Die Rolle von Kirche und Staat

Die Bioethik antwortet auf die ethischen Herausforderungen, die sich durch die neuen Möglichkeiten, beispielsweise der Gentechnik und Biomedizin, den Wissenschaften und der Gesellschaft stellen. Dies betrifft sowohl die Grundlagenforschung als auch die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Heute stehen wir vor dem Problem, dass Bioethik zur Chefsache der Politik geworden ist. Ethik ist aber ein von der Politik unabhängige Instanz, oder besser: Der Staat lebt von Voraussetzungen, die er sich nicht selbst gegeben hat. Wäre Ethik nur eine Frage des Konsenses, würde sich die Politik nicht nach höchsten moralischen Normen richten, sondern maximal am kleinsten gemeinsamen Nenner. Und dieser wird meist vom Markt diktiert. Dagegen soll die Ethik für Politik und Menschen Grundsätze als Orientierungshilfe bieten, die wie Leuchttürme blinken, Grenzen, aber auch Wege für konkrete Entscheidungsfindungen aufzeigen: für Ärzte, Wissenschaftler, das Pflegepersonal, den Patienten, Gesundheitsökonomien, Apotheker usw.

Die Kirche hat eine anerkannte moralische Kompetenz und sieht daher hier ihre Orientierungsauf-

gabe. Sie ist aber keine Neinsagerin. Im Gegenteil: Durch ihre Wortmeldungen gibt sie immer wieder jene Impulse, die dazu beitragen und beigetragen haben, in all diesen, teils umstrittenen Fragen, die Bemühungen um ethisch saubere Alternativen zu den moralisch nicht vertretbaren Prozeduren zu stärken, so beispielsweise bei der Verstärkung der Forschung mit adulten Stammzellen oder in der Palliativmedizin. Dabei stützt sich die Kirche weltweit auf Institutionen wie das IMABE-Institut, die den interdisziplinären Dialog im medizinischen Bereich suchen.

Aus Anlass dieses Jubiläums danke ich den vielen Menschen, die sich bei IMABE bisher engagiert haben. Ganz besonders denke ich hier an die zahlreichen jungen Forscher, die sich an den Projekten von IMABE beteiligen, wobei ich ausdrücklich auf den von IMABE initiierten „Wiener Bioethik-Club“ hinweisen möchte, der ein wichtiges interdisziplinäres Diskussionsforum zu aktuellen ethischen Themen bietet. Sie haben engen Kontakt zu österreichischen und auch ausländischen Universitäten und Instituten. Wir brauchen Institute wie IMABE, die sich aus ihrer christlichen Werthaltung heraus den „heißen Eisen“ der Bioethik widmen und keine Scheu haben, klar und sachgerecht Stellung zu beziehen.

Ich wünsche IMABE viele gute Jahre, gute Freunde, viele aufmerksame Leser, Zuhörer und Mithelfer, und zu all dem und in allem den Segen Gottes.

Kardinal Univ.-Prof. Dr. Christoph Schönborn  
Erzbischof von Wien, Wollzeile 2, A-1010 Wien  
ebs@edw.or.at

Michael Spindelegger

## Notwendige Grenzen

Angesichts der rasanten Entwicklung der Biotechnologie in den letzten Jahrzehnten stellt die Gründung von IMABE im Jahr 1988 einen wichtigen und notwendigen Schritt dar. Denn kaum eine andere Technologie hat das traditionelle Verständnis der Möglichkeiten des Menschen derart in Frage gestellt: Vor 30 Jahren wurde das erste Retortenbaby geboren, 1981 wurden embryonale Stammzellen einer Maus isoliert, 1997 gelang das Klonen eines Säugetiers und Anfang des Jahrhunderts wurde das menschliche Genom entschlüsselt. Die Rechtsentwicklung hat Mühe, mit diesen neuen Herausforderungen Schritt zu halten, und die Politik muss adäquate Antworten im Spannungsfeld zwischen Freiheit der Wissenschaft einerseits und dem Schutz der Menschenwürde andererseits finden.

Dabei erscheinen ethische Grundsätze angesichts eines von Medien und gesellschaftlich einflussreichen Gruppen erzeugten „common sense“ oftmals wenig opportun. So wie die ersten Umweltschützer als dem Fortschritt entgegen stehend empfunden wurden, sehen sich heute jene, die im Wissenschaftsbereich Grenzen einfordern, der Kritik ausgesetzt. Tatsächlich ist Wissenschaft per se immer Grenzüberschreitung. Und dennoch muss es – wenn es um die Würde des Menschen geht – ethische Grenzen geben.

Ohne den enorm großen Bereich der Biomedizin und der Menschenwürde in seiner Gesamtheit abzudecken zu können, seien beispielhaft einige Aspekte und deren politische Dimension hervorgehoben.

Die aktive Sterbehilfe gehört nicht direkt in den Bereich wissenschaftlicher Forschung. Sie kann aber nicht ausgespart bleiben, gerade weil deren Befürworter zumeist auch Befürworter einer grenzenlosen biotechnologischen Forschung sind. In Österreich gehört die Ablehnung der Sterbehilfe zwar zum Grundkonsens, auf europäischer Ebene

gab und gibt es aber immer wieder Vorstöße in Richtung Legalisierung. Erwähnenswert erscheint in diesem Zusammenhang ein von der österreichischen Abgeordneten Edltraud Gatterer entworfen und im Europarat 1999 beschlossener Bericht, der sich klar gegen jede Form der Euthanasie wendet. Als Gegenstrategien erwähnt er den Ausbau des Hospizwesens und der Palliativmedizin, der in Österreich auch konsequent verfolgt wird. Hinzu kommt das Patientenverfügungsgesetz, mit dem hierzulande Strukturen geschaffen wurden, die die Autonomie des Einzelnen wahren und zugleich ein Sterben in Würde ermöglichen.

Ein weiteres Thema ist die Forschung an Embryonalen Stammzellen (ES), deren Befürworter nur allzu oft die Fakten beiseite schieben. So bleibt die Zerstörung von Embryonen im Zuge dieser Forschung ebenso unerwähnt wie die Tatsache, dass Therapiemöglichkeiten als Ausfluss dieser Forschung grundsätzlich nicht gesichert sind. Auch die gesundheitlichen Risiken – jede ES ist auch eine potenzielle Tumorzelle – werden zu wenig berücksichtigt. Die ethisch unbedenkliche Alternative zur Forschung an ES ist die Forschung an adulten Stammzellen, die dementsprechend von der Politik gefördert werden muss.

Als besonders heikler Punkt sei weiters die Frage von Schadenersatzklagen im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes erwähnt. In Urteilen wurde sie zum Schadensfall, obwohl der OGH betonte, dass nicht das Kind, sondern allein der aus der Unterhaltspflicht entstandene Vermögensnachteil den Schaden ausmacht. Die Konsequenzen derartiger Urteile stellen eine diskriminierende Ungleichbehandlung zwischen behindertem und nicht-behindertem Leben dar und sind daher vollinhaltlich abzulehnen. Daher muss das Schadenersatzrecht ehest möglich reformiert werden: Denn Leben – ob

behindert oder nicht – darf niemals einen Schadensfall begründen. Abschließend sei in diesem Zusammenhang auch die „eugenische Indikation“ erwähnt, derzufolge bei Verdacht auf Behinderung ein Embryo bis zum Einsetzen der Wehen abgetrieben werden kann. Es handelt sich um eine schwere Diskriminierung behinderten Lebens. Daher soll auch darüber jedenfalls diskutiert werden.

Wissen und der Umgang mit medizinischen Möglichkeiten bedeuten immer auch Verantwortung und zwar in zweierlei Hinsicht: Weder darf man sein Wissen als Waffe gegen andere benützen und sie auf diese Weise manipulieren, noch dürfen Forscher und Mediziner jemals frei von ethischen Grundsätzen handeln.

IMABE ist dafür zu danken, dass es in den vergangenen 20 Jahren alle diese und andere ethisch brisanten Themen interdisziplinär in den Institutspublikationen und durch öffentliches Engagement behandelt hat. Die Quartalschrift *Imago Hominis*, die Imabe-Infos wie auch der monatliche Newsletter bieten zahlreichen Menschen – Wissenschaftlern, Lehrenden, aber auch politischen Verantwortungsträgern –, eine wertvolle Orientierung durch die vielen Facetten und Hintergründe der biotechnologischen Entwicklungen und der damit verbundenen ethischen Fragen.

Zweiter NR-Präs. Dr. Michael Spindelegger  
Parlamentsklub der Österreichischen Volkspartei  
Dr.-Karl-Renner-Ring 1-3, A-1017 Wien  
Michael.Spindelegger@parlament.gv.at

Walter Dorner

## Grußwort zur Veranstaltung

Sehr geehrte Damen und Herren!  
 Liebe Teilnehmerinnen!  
 Liebe Teilnehmer!

In den letzten Jahren stand die Medizin ganz im Zeichen spektakulärer Entdeckungen und Entwicklungen. Technischer Fortschritt und wissenschaftliche Durchbrüche brachten große Vorteile für Patienten und Ärzte. Von besonderer Bedeutung waren beispielsweise Erkenntnisse in der Stammzellenforschung – zum Beispiel die Gewinnung und Vermehrung von menschlichen embryonalen Stammzellen im Jahr 1998 – oder die Entschlüsselung bzw. Erstellung einer physischen Karte des menschlichen Genoms (2000).

Neben diesen Erkenntnissen kam es aber auch zu einer immer stärkeren Ökonomisierung in der Medizin. Diese Entwicklungen beleben Erwartungen und Hoffnungen, wecken andererseits aber auch Warnungen und Hinweise auf Grenzen und Gefahren der Humanmedizin und Humanbiologie.

An die Medizin wird der Anspruch gestellt, den technischen Fortschritt bestmöglich zu nutzen. Die Patienten sollen so schnell und so effizient wie möglich behandelt werden, jedoch muss dabei stets Rücksicht auf die Kosten genommen werden. Eines steht dabei fest: Mit Zwängen durch die Ökonomie, die Politik und die Pharmaindustrie müssen sich Ärztinnen und Ärzte mehr und mehr auseinander setzen.

Und auch die Patienten werden anspruchsvoller. So versteht der Arzt seine Rolle zunehmend als Dienstleister. Dadurch geraten Ärztinnen und Ärzte immer mehr in das Spannungsfeld zwischen Ethik, Technik und ökonomischen Vorgaben.

Bei allem Fortschritt darf nie vergessen werden, dass es bei der Medizin um Menschen mit Bedürfnissen, Wünschen und Ängsten geht. Durch die rasanten Entwicklungen und Möglichkeiten

entstehen immer neue Fragen, ob medizinisch Machbares wünschenswert und letztendlich menschenwürdig ist.

Der Mensch darf nicht als Objekt von Machbarkeitsstreben gesehen werden, sondern muss in seiner Gesamtheit, in den Dimensionen von Körper, Geist und Seele verstanden werden. In diesem Sinne muss eine Rehumanisierung in der Medizin angestrebt werden. Die Bioethik in der Medizin leistet hierbei einen wesentlichen Beitrag, da sie die Diskussion wieder auf die Grundwerte der Menschlichkeit lenkt.

Das Hauptaugenmerk sollte dabei in den nächsten Jahren auf die Rückbesinnung der menschlichen Werte in der Medizin gelegt werden. Der Mensch steht im Mittelpunkt!

Ich möchte mich an dieser Stelle ausdrücklich für den langjährigen Einsatz des IMABE-Instituts und seiner Mitarbeiter – der Ärzte, aber auch Mitarbeiter anderer Fachbereiche – bedanken. Gerade in einer Zeit zunehmender Spezialisierung braucht es Institutionen wie IMABE, die durch Kongresse, Publikationen, Besprechen von Fallbeispielen in Kleingruppen und Informationsarbeit die ethischen Grundsätze für das ärztliche Handeln und die neuen Möglichkeiten durch Technik und Forschung in den Mittelpunkt stellen. Es freut mich, dass in den vergangenen Monaten eine intensivere Zusammenarbeit mit der Österreichischen Ärzteszeitung und dem Institut begonnen hat, und ich hoffe, auch in Zukunft mit Ihren regelmäßigen Gastkommentaren in unserer Zeitschrift zu aktuellen bioethischen Fragen rechnen zu dürfen.

Der vorliegende Tagungsband stellt eine Anregung in dieser spannenden Auseinandersetzung zwischen Medizin, Ideologie und Markt dar und liefert wichtige Beiträge und Gedankenansätze für diese und kommende Diskussionen.

Der Diskussion müssen wir uns stellen, denn die Fragen der Bioethik in der Medizin werden in Zukunft immer wichtiger. Wir als Mediziner stehen im Brennpunkt dieser Fragen – durch unsere Ausbildung, unsere Verantwortung und nicht zuletzt durch den Hippokratischen Eid, dem wir uns alle verpflichtet fühlen.

In diesem Sinne wünsche ich den Teilnehmern des Symposiums einen informativen und lehrreichen Tag.

MR Dr. Walter Dörner, Präsident der Wiener und der  
Österreichischen Ärztekammer  
Weihburggasse 10-12, A-1010 Wien

Johannes Bonelli

## IMABE: Rückblick und Ausblick

Anlässlich des 20-jährigen Jubiläums seit der Gründung des Instituts IMABE sei ein kurzer Rückblick auf die Tätigkeiten des Instituts in all diesen Jahren erlaubt.

Laut Eigendefinition versteht sich das Institut als Drehscheibe zur Förderung des interdisziplinären Dialogs von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Basis des christlichen Menschenbildes. Dementsprechend waren die Forschungsschwerpunkte auf die ethischen Implikationen der modernen Entwicklungen in der medizinischen Forschung ausgerichtet in dem Bewusstsein, dass es eine Wahrheit über den Menschen gibt, deren Respektierung unverzichtbar ist für den friedlichen und fruchtbaren Fortschritt der Menschheit. Diese Wahrheit über den Menschen gründet in der Menschenwürde und den Menschenrechten auf der Grundlage einer naturrechtlichen Werteordnung.

### Mensch von Anfang an

Es darf daher nicht verwundern, dass sich eine ganze Reihe von Symposien und Publikationen des IMABE-Instituts mit dem Lebensschutz am Anfang und am Ende des Lebens auseinandergesetzt hat. Demgemäß war gleichsam der Auftakt der Tätigkeit des Instituts ein viel beachtetes interdisziplinäres Symposium über den Status des Embryos, das zusammen mit der Schweizer Gesellschaft für Bioethik in Wien veranstaltet wurde. Dabei hat eine ganze Reihe von namhaften, international anerkannten Wissenschaftlern aus den verschiedensten Fachbereichen mitgewirkt. Die Ergebnisse wurden in einem Symposiumsband publiziert. Dabei konnte gezeigt werden, dass durch die Wissenschaft zwar keine Antwort auf Fragen nach dem Sinn des menschlichen Lebens gegeben werden kann. Was sie uns aber über den Menschen lehrt, ist, dass seine menschliche Natur schon ab dem

ersten Augenblick seiner Empfängnis existiert. Sie lehrt uns, dass der menschliche Embryo weder eine verderbliche Ware ist, die man beliebig einfrieren oder auftauen kann, noch ein Konsumgut, mit dem Handel getrieben werden kann, noch Material für wissenschaftliche Experimente im Namen des Fortschritts. Der menschliche Embryo ist mehr als nur eine biologische Masse, in der gewisse chemische und physikalische Prozesse mehr oder weniger geordnet ablaufen. Er ist ein Mensch und daher Person von Anfang an. Diese Erkenntnisse haben gravierende ethische Implikationen in Bezug auf die Stammzellenforschung, die Gentechnologie, die Reproduktionsmedizin, die Pränataldiagnostik usw., mit denen sich IMABE im Laufe der letzten 20 Jahre kontinuierlich und eingehend auseinandergesetzt und darüber publiziert hat.

### Würdevolles Leben bis zuletzt

In gleicher Weise hat sich IMABE schwerpunktmäßig auch mit den ethischen Problemen am Ende des Lebens auseinandergesetzt. Im Vordergrund stand natürlich hier die Euthanasiedebatte, in die IMABE durch mehrere Symposien und Publikationen eingegriffen hat. In unserer Gesellschaft herrscht eine gewisse Hilflosigkeit im Umgang mit schwerkranken Patienten und Sterbenden. Sterbende werden in Institutionen abgeschoben und oft in unmenschlicher Weise alleine gelassen. Der Tod ist gleichsam zum Tabu geworden. In gewisser Weise hat auch der Fortschritt in der Medizin zu dieser Problematik beigetragen, denn mit der Verlängerung der Lebenserwartung ist eine Multimorbidität der Schwachen und Alten einhergegangen, die viele Probleme aufwirft. Die Befürworter der Euthanasie reden viel von verletzter Menschenwürde und meinen damit den Zustand der Alten und Schwerkranken. Angesichts dieser Situation

scheint es notwendig, die Würde und den Wert, den kranke Menschen für eine Gesellschaft darstellen, wieder stärker in den Vordergrund zu stellen, damit unser Gesundheitssystem nicht zu einer Isolation unserer Kranken führt, abseits vom Alltagsleben und abseits von ihrer gewohnten Umgebung und ihren Angehörigen. Die Würde des Menschen besteht gerade darin, dass er um seiner selbst willen existiert. Sie hängt in keinsten Weise davon ab, ob er gesund ist oder krank. Wir können immer wieder mit Staunen feststellen, zu welcher Größe der Mensch gerade im Leid fähig ist. Es ist ein eigenartiges Paradox, wie in Krankheit und Leid die Gebrechlichkeit des Menschen, aber gleichzeitig auch seine Würde und Größe offenbar werden können. „Nie werde ich jemanden, auch auf Verlangen nicht, ein Tötungsmittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu geben“, heißt es im Artikel 4 des Hippokratischen Eides, dem sich die Ärzteschaft seit Jahrtausenden verpflichtet weiß und der auch heute noch Grundlage des ärztlichen Berufsethos ist. Unsere Aufgabe muss es sein, Leiden zu lindern, aber nicht, das Leiden zu bekämpfen, indem wir den Leidenden selbst eliminieren. Schmerz und Tod werden nur dann zum unerträglichen Leid, wenn der Leidende selbst von seinen Mitmenschen nicht angenommen wird. In diesem Sinne bekommt das Wort von Mitleid seine eigentliche Bedeutung. Wenn wir daher unsere Leidenden und Sterbenden, unsere alten und gebrechlichen Mitmenschen wirklich als integrierte und wertvolle Mitglieder in unsere Gesellschaft aufnehmen und sie nicht als Last, sondern als Bereicherung für uns alle anerkennen, dann kann ihnen erst wahrhaft menschenwürdig geholfen werden; die Frage nach der Euthanasie erübrigt sich dann von selbst.

### **Kriterien einer Sinnorientierten Medizin®**

Ein kritischer Punkt ist die Fähigkeit des Arztes, die trügerischen Klippen einer überzogenen kurativen Medizin rechtzeitig zu erkennen, um sich nicht dem Vorwurf auszusetzen, Leiden zu verlängern, statt es zu lindern. Im IMABE wurde mit

Unterstützung des Fonds „Gesundes Österreich“ dazu ein Konzept entwickelt, die so genannte Sinnorientierte Medizin® (S.O.M.®), die es möglich macht, sinnvolle von nutzlosen Therapieansätzen frühzeitig zu unterscheiden, um sich rechtzeitig der Palliativmedizin zuzuwenden und unnötige Kosten einzusparen, die dem Patienten mehr schaden als helfen. Deshalb war ja auch die Palliativmedizin in den letzten Jahren ein wichtiges Thema des Instituts, wo eine Reihe von Publikationen und Beiträgen auf internationalen Symposien und Kongressen erfolgt sind. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass ein weiterer Schwerpunkt die Auseinandersetzung mit der Problematik der Hirntoddefinition und der Transplantationsmedizin gewesen ist. Dabei ist es vor allem darum gegangen, Missverständnisse auszuräumen, die vor allem Nicht-Mediziner beunruhigt haben und noch immer beunruhigen. In einer Vielzahl von Publikationen konnte gezeigt werden, dass ein Mensch, dessen Hirn irreversibel und zur Gänze zerstört ist, zwar noch einzelne biologisch funktionstüchtige Organe aufweist, dass aber die Integration des Organismus als Ganzheit im Sinne eines Lebewesens nicht mehr gegeben ist. Voraussetzung für die Feststellung des Hirntodes ist selbstverständlich eine exakte Hirntoddiagnose, bei der sichergestellt ist, dass es zu einem irreversiblen Funktionsausfall des gesamten Hirns gekommen ist, damit nicht aufgrund von Fehldiagnosen im Einzelfall falsche Rückschlüsse gezogen werden. Sicher ist, dass die Ärzteschaft aus wissenschaftlicher Redlichkeit und nicht aus unlauteren Motiven (wie manchmal unterstellt wird) die irreversible Zerstörung des Gehirns als Tod des Menschen definiert hat. Weitere wichtige aktuelle Themen, die behandelt wurden, waren die künstliche Sondenernährung am Lebensende. Dabei ging es vor allem um die Unterscheidung zwischen dem berechtigten und sinnvollen Einsatz dieser Maßnahme und einer überzogenen Überbehandlung, bei der der natürliche Verlauf des Sterbeprozesses missachtet wird. Ein weiterer Schwerpunkt war die Beschäftigung

mit der Präventivmedizin und deren ethischen Implikationen, insbesondere des Tabakkonsums, wo auf die Verantwortung des Einzelnen für seine eigene Gesundheit und diejenige seiner Mitmenschen eingegangen wurde.

### **Das Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung**

Weiters haben sich viele Seminare und Publikationen mit der besonderen Stellung des Arztes in der Arzt-Patienten-Beziehung auseinandergesetzt. Dabei wurde versucht, auf Basis der allgemeinen Tugendethik einen Verhaltenskodex für Ärzte und Pflegepersonal zu erstellen. Ausgangspunkt dabei ist die unzweifelhafte vorgegebene Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Beziehung. Auf der einen Seite steht die Autonomie des Patienten, die respektiert werden muss, auf der anderen Seite hat der Arzt als Experte einen naturgegebenen Vorsprung gegenüber seinem Patienten. Daraus resultiert ein Spannungsverhältnis, das durch eine umfassende Aufklärung allein nicht überbrückt werden kann, sondern nur durch die Kultivierung eines echten Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Diese Erkenntnis ist deshalb wichtig, weil heute die Tendenz besteht, das Arzt-Patienten-Verhältnis wegen möglicher finanzieller Regressansprüche durch Misstrauen systematisch zu unterminieren. Dadurch werden Ärzte zunehmend zu einer Defensivmedizin gezwungen, bei der dann die rechtliche Absicherung über das Wohl des Patienten gestellt werden muss. Hier erwächst dem Arzt eine unaufhebbare ethische Verantwortung. Nur wenn der Arzt diese hohe ethische Verantwortung in vollem Maße wahrnimmt, kann wieder ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, das für eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung unverzichtbar ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in den letzten 20 Jahren fast alle wichtigen und aktuellen Themen der medizinischen Ethik im IMABE-Institut bearbeitet wurden. Dabei wurden die einschlägigen Themen zunächst in kleinen interdisziplinären Expertengremien aufgearbeitet, um sie dann in größeren Symposien und Tagungen

zu diskutieren. Letztlich hat sich die Arbeit immer in einer Publikation niedergeschlagen, sei dies nun in der von IMABE herausgegebenen Zeitschrift *Imago Hominis*, in der Reihe „Medizin und Ethik“ im Springer-Verlag oder in anderen einschlägigen Publikationen wie zum Beispiel in den kurz gefassten IMABE-Infos. Außerdem wird über Internet ein monatlicher Newsletter versendet, der für jedermann kostenlos abonnierbar ist. Es ist erfreulich zu sehen, dass wir in den vergangenen Jahren die Medienpräsenz des Institutes erheblich steigern konnten, nicht zuletzt durch eine ganze Reihe von Stellungnahmen von IMABE und Gastkommentaren zu aktuellen ethisch-medizinischen Themen.

An dieser Stelle möchte ich allen Förderern, Mitarbeitern und Weggefährten des Instituts danken. Ohne ihren jahrelangen Einsatz wäre unsere Arbeit im Dienste der Gesellschaft nicht möglich gewesen.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, IMABE  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien  
bonelli@imabe.org

Enrique H. Prat

## Bioethik: Das Zünglein an der Waage

20 Jahre Engagement von IMABE in der Biopolitik

Die Medizinethik hat in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung für das Handeln der Ärzte, die medizinische Forschung und die Gesundheitspolitik gewonnen. Dies hat sich bereits in den 1980er-Jahren angekündigt, als sich die Medizin im Umbruch befand und die Anzeichen einer rasanten Entwicklung in der Biotechnologie deutlich wurden. Schon damals war die Medizinethik nicht mehr nur innerhalb der vier Wände der Krankenhäuser gefragt. Sie wurde zu einem ganz wichtigen Teil eines neuen Faches der Ethik, nämlich der Bioethik, und erhielt eine über die traditionellen Grenzen des Gesundheitswesens hinaus geltende gesamtgesellschaftliche und sozialpolitische Tragweite. Westliche Staaten waren im Zuge der rasanten Entwicklung mit zahlreichen, folgenschweren Entscheidungen konfrontiert. Man denke nur an die Frage der In-vitro-Fertilisierung, Samenbanken, Leihmütter, tiefgefrorene Embryonen, Präimplantationsdiagnose, das therapeutische Klonen, Ersatzorgane, Patente, Genforschung, Gentherapie, Stammzellenforschung oder die Frage nach dem selbstbestimmten Lebensende, um nur einige wichtige zu nennen. Diese Herausforderungen an die politischen Entscheidungsträger sind es, die Biopolitik genannt werden.

### Gründungsgeschichte von IMABE

IMABE hat in den letzten 20 Jahren versucht, im Dienste der Zivilgesellschaft und der politischen Entscheidungsträger des Landes die Entwicklungen der Biotechnologie aufmerksam zu beobachten und gleichsam aus der Perspektive der Menschenwürde zu evaluieren. Unser Anliegen war es, die Verantwortlichen für die Forschung zu ermutigen, die vorhandenen Ressourcen ethisch einwandfreien Projekten zu widmen und sich nicht unkritisch von der Verlockung des Machbaren führen zu lassen.

Die Gründung des Instituts hängt unmittelbar mit der Debatte rund um eine der ersten wichtigen biopolitischen Weichenstellungen in Österreich zusammen. Mitte der 1980er-Jahre ging es dabei um die Zulässigkeit der künstlichen Befruchtung als Technik der menschlichen Fortpflanzung, die 1992 zur Verabschiedung des Fortpflanzungsmedizingesetzes führte. Johannes Bonellis und mein Engagement in dieser Debatte mündeten letztlich in die Gründung von IMABE im Jahre 1988. Der damals schon emeritierte Kardinal Franz König und der Sekretär der Bischofskonferenz, Alfred Kostelecky, haben uns zu dieser Gründung sehr ermutigt. Msgr. Kostelecky, der wenig später auch zum Militärbischof ernannt wurde, war der erste Vorsitzende des Kuratoriums des Institutes. Ihm gelang es, die Ordenserhalter zahlreicher katholischer Krankenhäuser davon zu überzeugen, dass man auf die bevorstehenden Debatten vorbereitet sein müsse und die Möglichkeit, bei IMABE als Mitglied des Förderbeirates beizutreten, ein Signal in die richtige Richtung sei.

### Ethik als Richtschnur des Fortschritts

Ein Großteil der biopolitischen Problemfelder, die uns heute beschäftigen, entspringt einer Medizin, in der die Machbarkeit zur obersten Instanz geworden ist. Alles, was möglich ist, soll auch Anwendung finden. Alles, was technisch gemacht werden kann, ist auf jeden Fall ein Fortschritt und wird ernsthaft erwogen. Was bedeutet aber „Fortschritt“ für die Menschheit, woran misst er sich, worin liegt er? Inwiefern kann von Fortschritt gesprochen werden, wenn etwa Embryonen verbraucht, biologisch grundlegende Familienbande gestört oder mit elternlosen Zygoten experimentiert wird? Was, wenn diese neue Technik den Menschen instrumentalisiert und dadurch seine Würde verletzt? Soll eine

Technik, die etwas Neues möglich macht, allein deshalb schon als Fortschritt gelten und zugelassen werden? Wäre es nicht fortschrittlicher, auf manche Techniken zu verzichten? Wer kümmert sich um Folgen und Spätfolgen einer neuen Entwicklung? Sind diese überhaupt absehbar? Brauchen wir wirklich alle neuen Techniken und müssen sie, wenn schon entwickelt, etabliert werden? Auf diese sehr schwierigen ethischen Fragen, die die Biotechnologie aufwirft, eine Antwort zu geben und dann eine ethisch konforme Entscheidung zu treffen, ist nicht nur eine Herausforderung, sie ist zuweilen auch eine Überforderung der Politik.

### **Das Verhältnis von Technik und Ethik**

Das Wesen jeder Technik ist die Mittel-Zweck-Relation, d. h., dass eine Technik ein Verfahren ist zur Erreichung eines Zweckes mit Einsatz von bestimmten Mitteln. Die Qualifizierung, ob eine Technik einen Fortschritt oder Rückschritt bedeutet, ist kein technisches, sondern ein ethisches Urteil. Und dieses Urteil lautet: Jede Technik, die mit ethisch unbedenklichen Mitteln einen für den Menschen guten Zweck ermöglicht, ist ein Fortschritt. Dass jede Technik missbraucht und Übles bewirken kann, liegt aber nicht in der Technik selbst, sondern in ihrem Missbrauch zum schlechten Zweck. Es wäre deshalb ein Unding, die Technik zu verteufeln und zu verbieten, nur weil sie missbraucht werden könnte. Die prinzipielle Offenheit für die technischen Erneuerungen ist eine kulturelle Errungenschaft der Renaissance, die nicht revidiert werden darf. Aber weil technische Entwicklungen auch als Werkzeug zur subtilen Instrumentalisierung von Menschen verwendet werden können, müssen sich politische Entscheidungsträger damit befassen: Dabei genügen nicht technische Bewertung, sie sind auf ethische Urteile angewiesen.

Gerade in der Biopolitik zeigt sich, wie wichtig die Rückbindung jedweder Argumentation an die Menschenwürde ist. Obwohl aus dem Begriff der unantastbaren Menschenwürde keine konkreten Handlungsanleitungen entstehen, werden den-

noch die notwendigen und unverrückbaren Grenzen des Konsensspielraums abgesteckt. Ohne diese Grenzen stürzt der Konsens in die Beliebigkeit des Werterelativismus ab. Nicht zufällig sind jene, die den Begriff der Menschenwürde als unbrauchbar erklären, auch dieselben, die die verantwortungslose Überschreitung einer biopolitischen Grenze nach der anderen fordern.

### **Bioethik: Das Zünglein an der biopolitischen Waage**

Bereits lange vor der Verabschiedung des Medizinfortpflanzungsgesetzes hatte IMABE zum Thema Reproduktionsmedizin verschiedene Symposien in Wien und in den Bundesländern veranstaltet, sowie das Buch „Status des Embryos“ (1990) herausgegeben. Dabei haben wir uns bemüht aufzuzeigen, warum die Verrechtlichung der Fortpflanzung in dieser Form die Menschenwürde mehrfach verletzt. Die Einschätzung, dass die Zulassung der In-vitro-Fertilisierung einen folgenschweren Dambruch darstellen wird, die wir mit vielen anderen teilten, hat sich leider bewahrheitet: Damals haben die Befürworter der In-vitro-Fertilisation (IVF) bestritten, dass die durch dieses Verfahren gewonnenen Embryonen jemals für Forschungszwecke benützt werden würden. Heute werden sie in vielen Ländern dazu verwendet, sogar in Österreich wird eine entsprechende Gesetzesänderung gefordert.

Die Folgen des Dambruches haben also nicht lang auf sich warten lassen. Embryonen wurden für Industrie und Forschung leicht verfügbar. Die Forschung mit Embryonen war dann kaum mehr zu stoppen. Darauf folgten die Gewinnung von embryonalen Stammzellen für Forschungszwecke, die Bestrebungen einer Lizenz zum Forschungsklonen und einer Technik des reproduktiven Klonens.

IMABE war in den 20 Jahren seines Wirkens stets darum bemüht, unter Fachleuten, aber auch in der Öffentlichkeit auf die jeweils ethisch korrekten Zielsetzung der Biopolitik hinzuweisen, z. B. für eine verstärkte Forschung zur Sterilitätsbekämpfung statt IVF oder für eine klares Ja zur For-

schung mit adulten oder ethisch sauberen induzierten pluripotenten Stammzellen (IPS) statt mit embryonalen Stammzellen, die die Vernichtung von Embryonen zur Voraussetzung hat.

### **IMABEs Einsatz und Informationsoffensive**

Frühzeitig haben wir Fehlentwicklungen in Österreich und im Ausland bezüglich der Biotechnologie und des medizinischen Ethos kritisch beleuchtet, wie in der Sterbehilfe-Debatte oder in der Frage der Erzeugung von Klonen für Forschungszwecke usw. Dies wurde in vielen Aufsätzen unserer Fachzeitschrift *Imago Hominis*, in den IMABE-Studien publiziert, aber auch laufend in unseren Newslettern, den kompakten Imabe-Infos und den zahlreichen einschlägigen Erklärungen und Stellungnahmen zu konkreten Fragestellungen (vgl. <http://www.imabe.org/index.php?id=erklaerungen>).

IMABE hat auch mehrere eigene Symposien zu den erwähnten Themen veranstaltet, in Kooperation mit Universitätskliniken, sich an Tagungen beteiligt und Vorträge gehalten. Zahlreiche Podiumsdiskussionen, Pressekonferenzen sowie auch Artikel und Kommentare von IMABE-Mitarbeitern in Zeitungen und Zeitschriften belegen unseren Einsatz in den öffentlichen bioethischen Diskussionen der jüngsten Zeit.

Natürlich wird uns die Frage gestellt: Und, was habt ihr erreicht? Sicherlich haben wir nicht alles, aber doch einiges erreicht bzw. dazu beigetragen, dass einiges erreicht werden konnte. So etwa vor wenigen Jahren das Verhindern einer Beinahe-Einführung der Präimplantationsdiagnostik oder einer rezeptfreien Abgabe der „Pille danach“. Der Maßstab, an dem sich unsere Wirksamkeit messen lässt, greift aber weiter als kurzatmige politische Entscheidung. Es geht uns langfristig um mehr: um die Durchsetzung eines Fortschrittsethos, das kompromisslos an der Menschenwürde als nicht diskutierbarer Grundlage jedes ethischen Handelns festhält.

### **Die Aufgabe der Moderne**

Die Frage, was den Menschen wahrer, also

menschlicher macht, muss jede Epoche von sich aus erneut erobern. Keiner kann sich auf dem Ruhkissen des Tradierten einfach ausruhen oder sich mit einem ethischen Minimalkonsens als erstrebenswertem Maßstab abfinden. Die Kultur der Moderne hat die Wahrheit als unerreichbar eingestuft und damit eine allgemeine Skepsis verbreitet, die in puren Pragmatismus mündet: Richtig ist dann nicht so sehr das, was wahr ist, sondern viel mehr das, was funktioniert und nützt. Für die Postmoderne, die „zu Ende gedachte Moderne“, sind diese Nützlichkeitskalküle verdächtig. Sie überwindet die Skepsis der Moderne, indem sie das Nichtwiderspruchsprinzip aufhebt: Eine Aussage und ihr Gegensatz können gleichzeitig wahr sein. Aufgrund der entsetzlichen Erfahrungen des 20. Jahrhunderts hat die Postmoderne scharfe Kritik am Vernunftkult der Aufklärung geübt. Als Gegengift nennt sie allerdings den Verzicht auf jegliche Wertung, auf Wahrheit und meinte damit, das Heilmittel friedlichen Zusammenlebens gefunden zu haben. Doch auch dieses Projekt ist offenkundig gescheitert.

Unsere Arbeit inspiriert sich an anderen Grundsätzen: Wir plädieren nicht dafür, aus der Moderne auszusteigen, sondern „Aufklärung, Emanzipation, Menschenrechte, Wissenschaft und Naturbeherrschung gegen sich selbst in Schutz zu nehmen“, wie es R. Spaemann einmal formulierte. Diese Errungenschaften sind zu hoch, als dass man sie Deutungen und Zwängen preisgeben dürfte, die sie entwerten oder als Mittel gegen den Menschen und seine unabdingbare Würde missbrauchen. Darin sehen wir auch in den kommenden Jahren unsere Aufgabe: fachkompetent unsere Stimme zu erheben in der Überzeugung, dass eine Kultur des Lebens differenziertere Stimmen braucht als eine Dynamik aus technischem Fortschritt und ökonomischen Interessen.

Prof. Dr. Enrique H. Prat, IMABE  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien  
[ehprat@imabe.org](mailto:ehprat@imabe.org)

Giovanni Maio

# Ist eine marktorientierte Medizin überhaupt noch Medizin?

## Zur inneren Aushöhlung des medizinischen Kerngedankens durch den Markt

### Zusammenfassung

Die zunehmende Implementierung ökonomischer Denk- und Wertmuster in die Medizin geht von verschiedenen Vorannahmen aus, die einer ethischen Bewertung unterzogen werden. Zu diesen Vorannahmen zählen die Vorstellung des Patienten als Kunden, die Definierung der ärztlichen Hilfe als Ware und die Subsumierung der medizinischen Abläufe am Paradigma der Wettbewerbsfähigkeit. Alle drei Voraussetzungen erweisen sich bei genauer Betrachtung als ungeeignet für eine unhinterfragte Anwendung auf die Medizin. Solange man die Medizin von ihrer Grundlage her vor allem als Dienst am Menschen betrachtet, kann das, was in der Medizin vollzogen wird, nicht vollkommen in Marktwerten ausgedrückt werden. Es zeigt sich, dass die zunehmende Ausrichtung der Medizin an ökonomischen Denkmustern die Gefahr in sich birgt, dass die Medizin sich allein an dem Kriterium der Profitabilität orientieren und hierbei ihre ureigene Identität als Institution der Hilfe dadurch überlagern lassen könnte. Es wird dafür plädiert, die Medizin auf ihre Kernziele zurückzuführen, woraus sich die nicht hintergehbare Verpflichtung der Medizin ableitet, die soziale und karitative Dimension ihres Tuns aufrechtzuerhalten und diese nicht dem Kriterium der Marktfähigkeit unterzuordnen.

**Schlüsselwörter: Ökonomisierung, Arzt-Patient-Beziehung, Selbstverständnis der Medizin, Ethik der Sorge**

### Abstract

The implementation of the market into medicine is only possible by presupposing at least three implications: a. the patient as consumer, b. medical care as commodity, c. competitiveness as criteria for good medicine. All three implications seem to be inadequate if the core identity of medicine is considered. If medicine is regarded as a human service for suffering people it becomes clear that what medicine has to offer must be more than mere commodity. It is suggested to see medicine as a social institution which is linked to the obligation of the whole society to give medicine the possibility and the economic independence in order to remain an institution of caritas which assures help for every man in need and which cannot be reduced to a mere enterprise.

**Key words: Medical ethics, commodification, physician-patient-relationship, identity of medicine, human service**

Prof. Dr. Giovanni Maio, Lehrstuhl für Bioethik  
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
Stefan-Meier-Straße 26, D-79104 Freiburg/Breisgau  
maio@ethik.uni-freiburg.de

## Einleitung

Medizin ohne ökonomisches Denken zu strukturieren ist nicht möglich. Zu sehr liefe man Gefahr, das Geld, das von Arbeitnehmern und Arbeitgebern in Form von Sozialausgaben zwangsmäßig abgezogen worden ist, zu verschwenden oder es nicht effizient genug einzusetzen. Jeder Bürger hat aus dieser Perspektive her ein Recht darauf, dass das quasi öffentliche Geld, das dem Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt wird, auch „vernünftig“ eingesetzt wird. Ökonomie und Ethik sind aus dieser Perspektive keine Gegenpole, sondern das ökonomische Denken ist durchaus Bestandteil, ja Bedingung für eine gute Medizin für alle. Wer also den Markt aus der Medizin ganz draußen haben möchte, wird nicht im Einklang mit der Ethik sein. Und doch ist das, was gegenwärtig in der modernen Medizin geschieht, nicht einfach eine Mitgewichtung ökonomischen Denkens, sondern eine „Institutionalisierung des Gewinnimpulses“, d. h. das Diktat der Gewinnmaximierung wird zunehmend zum identitätsstiftenden Moment der modernen Krankenhäuser. So ist die Ökonomie für die modernen Häuser nicht nur ein Begleitumstand, sondern wird immer mehr zum zentralen Leitgedanken. Die Umstellung eines ursprünglich karitativen Krankenhauses in ein modernes wirtschaftliches Unternehmen setzt viele Vorentscheidungen voraus, die einer kritischen Überprüfung bedürfen.

Mit einer solchen Umstellung wird erstens unweigerlich vorausgesetzt, dass das Verhältnis zwischen Patienten und Heilberufen als ein ökonomisches Tauschverhältnis und der Patient demnach als Kunde betrachtet werden kann. Zweitens setzt die Umstellung voraus, dass es sich bei medizinischen Behandlungen um Waren handelt. Drittens wird vorausgesetzt, dass die Klinika in einem Wettbewerbsverhältnis zueinander stehen und dass die Konkurrenzfähigkeit ein geeignetes Kriterium für die „Güte“ eines Krankenhauses ist. Diese Voraussetzungen möchte ich kritisch prüfen.

## 1. Das Arzt-Patient-Verhältnis als ökonomisches Tauschverhältnis?

Beziehungen zwischen Anbieter und Kunden haben sich in vielen Bereichen des Lebens als gegenseitig erwiesen, weil sie per se nicht unfair sind – im Gegenteil. Der Begründer der Nationalökonomie Adam Smith hat seinerzeit betont: „Nicht von der Wohltätigkeit des Fleischers, Brauers oder Bäckers erwarten wir unsere Mahlzeit, sondern von ihrer Rücksicht auf ihr eigenes Interesse. Wir appellieren nicht an ihre Humanität, sondern an ihre Eigenliebe; wir sprechen nie von unseren Bedürfnissen, sondern von ihren Vorteilen.“ Man könnte also sagen, dass reine Tauschbeziehungen eine Bedingung für Wohlstand darstellen können.

Aber solche Tauschbeziehungen sind nur dann nicht unfair, wenn gewährleistet ist, dass beide Parteien in einer gleich guten Position sind, wenn wir also von einer „Kundensouveränität“ sprechen können. Genau das ist der vulnerable Punkt einer ökonomisierten Medizin. Wenn sich die Medizin als Markt versteht, so geht sie implizit davon aus, dass der Kranke ein Mensch ist, der – dem Kunden gleich – frei nach Dienstleistungen sucht. Dies mag funktionieren für Patienten, die sich nicht in einer existentiellen Krise befinden. Patienten in Not hingegen sind Menschen in einer schwachen Position, Menschen, die sich gerade nicht auf die Suche nach Gesundheitsleistungen machen können, weil sie auf die Gesundheitsleistung, also auf die ärztliche Hilfe, gar nicht verzichten können. Krankgewordene Menschen sind existentiell bedürftige Menschen; schon deswegen sind sie vom Ansatz her kaum geeignet für rein kommerzielle Beziehungen. Sie sind nicht geeignet, als Kunden wahrgenommen zu werden, weil sie als kranke Menschen nicht – wie souveräne Kunden – die Möglichkeit und den inneren wie äußeren Freiraum haben, die einzelnen Produkte erst zu prüfen und miteinander zu vergleichen, bevor sie sie in Anspruch nehmen.<sup>1</sup> Patienten sind angewiesene Menschen; sie sind angewiesen auf jemanden, der ihnen hilft, sie sind aber auch oft auf medizinische Produkte existentiell

angewiesen, ohne die sie oft gar nicht weiterleben könnten. Von Kundensouveränität kann hier somit nicht die Rede sein. In einer solchen Beziehung mit einem angewiesenen Menschen hat der Anbieter der unverzichtbaren Dienstleistung grundsätzlich „alle Karten in der Hand“<sup>42</sup>. Während der Markt angesichts einer solchen Schwäche in der Regel mit Ausbeutung reagiert, kann eine ärztliche Antwort auf Schwäche nur der Schutz des Patienten sein. Die Marktbeziehung erweist sich somit gerade dort als für die Medizin ungeeignet, wo die Medizin es mit dem schwachen Patienten zu tun hat.

Das Angewiesensein auf ärztliche Hilfe macht deutlich, dass das Verhältnis zwischen Patient und Arzt nicht auf ein reines sachliches Vertragsverhältnis reduziert werden kann. In seiner Not ist der Kranke angewiesen auf den Arzt, und es bleibt ihm nichts anderes übrig, als seinem Arzt zu vertrauen. Ohne dieses Vertrauen würde sich der Kranke in eine ausweglose Situation bringen, denn dann müsste er erst einmal den Vertrag gründlich prüfen, bevor er sich helfen lässt. Da der Kranke aber auf die Hilfe des Arztes angewiesen ist, muss der Patient antizipierend vertrauen können. Daher kann das Verhältnis zwischen Arzt und Patient auch nicht ausschließlich in der Sprache der Patientenrechte gefasst werden. Die Respektierung der Autonomie als Teil eines Vertrages zu betrachten, hätte die schwerwiegende Konsequenz, dass in einem solchen versachlichten Verhältnis das Vertrauen ausgeklammert werden würde, auf das der Patient für seine Genesung zwangsläufig angewiesen wäre. Ein Vertrag ist ein Bündnis unter Einbeziehung eines Dritten, d. h. Verträge werden geschlossen, um das Vertragsgut einklagbar zu machen. Man nimmt den Juristen als dritte Person an Bord, um sich seiner Rechte zu versichern und um diese unter Umständen einklagen zu können. Vertrauen jedoch ist nicht etwas, das sich einklagen lässt oder auf das man einen rechtlichen Anspruch erheben kann. Daher würde in der Perspektive einer Arzt-Patient-Beziehung als reine Rechtsbeziehung ein Element verloren gehen, das für die Genesung des

Patienten und für die Zukunft der Medizin von zentraler Bedeutung ist.

Daher würde ich zu der Schlussfolgerung gelangen, dass die Beziehung zwischen den Heilberufen und dem Patienten keine sachliche und auf gegenseitigen Egoismus gründende Tauschbeziehung sein kann, sondern dass das Leitmotiv dieser Beziehung nur das Vertrauensverhältnis sein kann. Vertrauen würde ich hier verstehen wollen als akzeptierte Abhängigkeit, eine Abhängigkeit also, die man nicht verleugnet, sondern die man bewusst und willentlich akzeptiert, weil nur in dieser Atmosphäre des Vertrauens tatsächlich so etwas wie Genesung entstehen kann. Vertrauen setzt nicht nur die technische Kompetenz des Arztes voraus, sondern in gleicher Weise auch seine moralische Kompetenz, die sich in einem verantwortungsvollen Verhalten manifestiert.

Schon aus dieser Überlegung heraus würde die Implementierung des reinen Marktes in die Medizin hin zu einem reinen Wirtschaftsunternehmen von Grund auf eine Ignorierung der ethischen Grundlagen der Begegnung eines angewiesenen Patienten mit den Heilberufen als helfende Berufe bedeuten.

Dass die Beziehung zwischen Heilberufen und Patienten nicht in einer reinen Marktbeziehung aufgehen kann, liegt überdies an der Differenz zwischen der Identität des Patienten und der Identität des Kunden. Der Kunde wird lediglich als Kunde wahrgenommen; seine Identität wird auf seine Kaufkraft und sein Konsumverhalten reduziert. Eine darüber hinausgehende Identität ist dem wirtschaftlichen Blick auf den Kunden fern. Wer keine Kaufkraft besitzt, wird vom Markt komplett fallengelassen. Anders ist die Wahrnehmung der Identität des Patienten. Beim Patienten erschöpft sich seine Identität gerade nicht in seiner Kaufkraft und seinem Konsumverhalten, sondern idealerweise wird der Patient als Mensch wahrgenommen, in all seinen Facetten und seinen Bedürfnissen. Wenn nun die moderne Medizin im Zuge der Marktorientierung den ursprünglichen Patienten zunehmend zum Kunden macht, wird der Kunde zwar König

sein – was nichts anderes heißt, dass man seinen Narzissmus pflegen wird – aber um den Preis, dass er nur noch in der Funktion als Konsument und in seiner Kaufkraft ernst genommen werden wird. Die Umfunktionierung des Patienten zum Kunden bedeutet daher nicht weniger als die Ausblendung des Menschseins im Kunden und die Instrumentalisierung seiner Person zum Zwecke der Gewinnmaximierung. So lässt sich festhalten, dass eine humane Medizin die Regeln der Marktwirtschaft zwar mitbeachten, aber nicht zum zentralen Ausgangspunkt ihres Handelns nehmen kann.

## 2. Gesundheitsleistungen als Waren?

Mit dem Begriff der Ware wird vorausgesetzt, dass die ärztliche Behandlung einen rein instrumentellen Wert hat, einen austauschbaren und letztlich vom Anbieter dieser Ware unabhängigen Wert. Freilich gibt es viele Bereiche der Medizin, in denen in der Tat nicht mehr vollzogen wird als die Anwendung einer Technik, deren Wert unabhängig davon zu sein scheint, von welchem Anbieter sie angewendet wird. Allerdings sind diese rein instrumentellen Handlungen wiederum nicht losgelöst zu sehen, sondern sie sind eingebettet in einen gesamten Behandlungsplan, der gerade nicht von anonymen Technikern entwickelt wird, sondern im besten Falle doch nur von einem Menschen entwickelt werden kann, der diese Behandlung nicht als bloße Anwendung einer Technik versteht, sondern sie idealerweise als Dienst am Menschen begreift. Wenn die Behandlung eines kranken Menschen ein Dienst am Menschen sein soll, so kann dieser Dienst gerade nicht als reine instrumentelle Dienstleistung betrachtet werden, sondern dann hat dieser Dienst in der Art und Weise, wie er erfolgt, einen intrinsischen Wert.<sup>3</sup> Die Behandlung und das Sorgen für den Kranken ist in sich wertvoll; allein dadurch, dass diese Sorge vollzogen wird. Gerade weil der Wert dieses Dienstes im besten Falle im Sinne einer Caritas zu verstehen ist, gerade deswegen kann dieser Dienst nicht im Konzept einer marktfähigen Ware aufgehen. Genau das meinen wir, wenn

wir sagen, dass Hilfe unbezahlbar ist.

Betrachtet man die ärztlichen Behandlungen als Ware, läuft die Medizin Gefahr, auf eine reine Anwendung von Techniken reduziert zu werden. Da der wirklich kranke Mensch zu seiner Heilung zusätzlich zur Technik ein personales Gegenüber braucht, das Verständnis für seine Krisensituation aufbringt und das in ihm eine einzigartige Person erblickt, die eben nur in einer einzigartigen Form gesunden kann, ist der personale Aspekt des Heilens zentral für die Identität der Medizin. Die Heilberufe heilen gerade nicht allein über die Technik, die sie anwenden, sondern sie heilen auch und gerade dadurch, dass sie sich als Mitmenschen eines anderen Menschen annehmen und eine „heilende“ Beziehung zu ihm aufbauen. Innerhalb dieser Beziehung stellt die anzuwendende Technik ein Instrument dar, das gerade so viel Wirkung entfalten kann, wie die Form der Beziehung es überhaupt ermöglicht.<sup>4</sup> Eine reine Dienstleisterbeziehung wird somit auch bei der ausgefeiltesten Technik weniger wirksam sein, als eine auf Respekt und Fürsorge gegründete Mitmensch-Beziehung auch mit weniger Technik erreichen könnte.

Zentraler Gesichtspunkt im Behandlungs- und Heilungsprozess ist somit die Art der Beziehung, die im Umgang mit kranken Menschen keine Dienstleistungsbeziehung, sondern eher eine Beziehung der authentischen Sorge um das Gegenüber sein kann. Zentral ist nicht das Mittel, das zur Heilung angewendet wird, sondern die Grundhaltung, von der aus man sich um das Gegenüber sorgt. Weil zwar Mittel, aber keine Grundhaltungen gekauft werden können, kann demzufolge genauso wenig eine Beziehung zwischen Heilberufen und Patienten in einer marktfähigen Dienstleisterbeziehung aufgehen, wie der Dienst an einem kranken Menschen als reine Ware betrachtbar sein wird. Die Behandlung von Kranken ist eine im besten Falle heilsame, manchmal lebensrettende, oft eine Zuversicht spendende Begegnung von Menschen, und eine solche Begegnung lässt sich gerade nicht in Marktwert ausdrücken.

### 3. Der Leitgedanke Markt als Unterhöhnung des Kernauftrages der Medizin

Eine moderne wirtschaftlich ausgerichtete Medizin, die sich nicht in den genannten Hinsichten von den Marktkategorien freimacht, läuft Gefahr, sich von der Identität der Medizin als Dienst am Menschen, weit zu entfernen. Wenn in der Zukunft Kliniken in Hotelbetriebe umfunktioniert werden und die Behandlung von kranken Menschen nur noch von Managern und nicht mehr von Ärzten strukturell vorbereitet werden, wird sich damit auch ein neues ökonomisch orientiertes Selbstverständnis allmählich ausbreiten,<sup>5</sup> mit der Gefahr, dass die Heilberufe in einem Unternehmen Krankenhaus vergessen könnten, dass das, was sie als Heilberufe ausmacht, nicht darin besteht, perfekte Techniken nach den Wünschen ihrer Kunden anzuwenden. Wären die Heilberufe auf eine solche unparteiische Anwendung von Techniken reduzierbar, würden sich die modernen Kliniken damit zunehmend in Reparaturfabriken „ohne Seele“ verwandeln. Die Anwendung der Technik ohne die karitative Grundhaltung führt gerade dann zu einer solchen Fabrik der Entfremdung, wenn diese Anwendung allein auf Wunsch bzw. zum Zwecke der damit erzielbaren Gewinnoptimierung erfolgt und wenn keine andere als diese Motivation die treibende Kraft solcher Kliniken darstellt. Versteht man Medizin als Dienst am Menschen, so wird deutlich, dass eine solche Medizin eine grundlegend andere Motivation, eine andere Zielsetzung für all ihr Handeln benötigt.

Das Grundproblem einer marktorientierten Medizin ist die grundsätzliche Unvereinbarkeit der Ziele der Medizin mit den Zielen des Marktes. Platon hat in seiner *Politeia* die Heilkunst der Erwerbskunst gegenübergestellt und die Unterschiedlichkeit und Unvereinbarkeit der Zielsetzungen beider Künste unterstrichen. Angesichts der Unvereinbarkeit dieser Zielsetzungen sind in einem Gesundheitssystem, das sich beiden Zielsetzungen mit gleicher Priorität verschreibt, unweigerlich Ziel-Konflikte vorprogrammiert. Meine These lautet, dass nicht nur idealerweise, sondern vor allem vernünftigerweise das

Zusammenspiel zwischen Ökonomie und Medizin nur so aufgefasst werden kann, dass zuerst das Interesse des Kranken kommt und erst sekundär ökonomisch argumentiert werden kann. Diese lexikalische Ordnung ergibt sich schon aus der Unausweichlichkeit, mit der der Patient auf den sozialen Charakter der Medizin vertrauen können muss. Denn wenn die vorausgesetzte lexikalische Ordnung nicht eindeutig festgelegt und gelebt werden würde, dann müsste jeder Patient davon ausgehen, dass sein Wohlergehen genauso viel wert ist wie das Wohlergehen des Klinikums. Wenn er das annehmen müsste, so würde er bei jeder Entscheidung des Arztes argwöhnisch hinterfragen müssen, ob sie nun mehr dem Klinikum oder mehr ihm zu nutzen habe. Wenn der Patient für diesen Argwohn tatsächlichen Grund hätte, so wäre dies das Ende einer Medizin, der man sich als kranker Mensch in Vertrauen hingeben dürfte.

Medizin und Markt, so haben wir bereits eingangs festgehalten, sind keine Antipoden; der Markt kann für die Medizin sehr nützlich sein, wenn es um die Frage geht, wie sich ein medizinisches Ziel ohne Verschwendung, günstig und mit minimalem Einsatz erreichen lässt. Wer den Markt aus der Medizin draußen haben möchte, wird einer Verschwendung von Ressourcen Vorschub leisten, und auch die Verschwendung ist mit einer guten Medizin nicht vereinbar. Da medizinische Güter grundsätzlich knapp sind, ist das ökonomische Denken per se nicht zu beklagen. Mehr noch: Das ökonomische Denken ist notwendige Bedingung für eine gute Medizin, weil nur über das ökonomische Denken möglichst vielen geholfen werden kann. Ökonomisches Denken gehört zu einer guten Medizin unabdingbar dazu und ist alles andere als ein notwendiges Übel. Aber eine sinnvolle Rangfolge der Ziele von Medizin und Ökonomie kann nur so aussehen, dass die Ziele des Marktes in den Dienst der Ziele der Medizin gestellt werden müssen. Der Markt hätte demnach eine der Medizin dienende Funktion. Nur diese (lediglich) dienende Funktion des Marktes würde es der Medizin ermöglichen, ihre eigenen Ziele zu bewahren. In der

Realität aber ist es gerade umgekehrt. In der Realität dient der Markt nicht mehr der Medizin, sondern vielmehr dient die Medizin zunehmend dem Markt. Das heißt dann nichts anderes, als dass der Markt zunehmend zum Selbstzweck der Medizin deklariert wird; innerhalb der Medizin gelten somit nicht mehr die Ziele der Medizin selbst. Stattdessen werden Zug um Zug die Ziele des Marktes zum eigentlichen Ziel der Medizin gemacht.

Die gesamte moderne Medizin wird unter dem Diktat des Marktes ganz bewusst in existentiell bedrohliche finanzielle Engpässe getrieben; gerade dadurch wird die Medizin gezwungen, ihren Kernauftrag, ein Dienst am Menschen zu sein, komplett den ökonomischen Interessen unterzuordnen. Wenn die Medizin, ein Krankenhaus nur noch die Wahl hat, sich den Marktkategorien zu unterwerfen oder Insolvenz anmelden zu müssen, dann wäre es geradezu makaber, von dieser Medizin zu verlangen, dass sie der „bloßen Moral“ wegen ihrer Selbstauflösung zustimmen solle. Wenn das Ziel des Helfens und die Art des Helfens dem Markt in einer so grundlegenden Weise unterworfen wird, dann mag zwar eine Effizienzsteigerung erzielt werden, aber diese Effizienzsteigerung wird um den Preis erreicht, dass die Medizin nicht nur ihre Dienstleistungen, sondern damit gleichzeitig auch ihre ureigene Identität verkauft. In letzter Konsequenz heißt dies, dass das, was die Medizin von ihrem Ursprung her ausgemacht hat, nämlich von einer Motivation für das Wohl des Kranken geleitet zu sein, durch eine exzessive Marktorientierung zunehmend in Frage gestellt werden würde.

Eine Medizin, die nur noch Markt wäre, wäre allenfalls eine Medizin für Gesunde, aber die Medizin für Kranke, für hilfsbedürftige Menschen wäre damit am Ende in Frage gestellt. Daher kann die Lösung nur darin liegen, der Medizin den Freiraum zu geben, damit sie noch Medizin sein kann, anstatt ihr die Fesseln anzulegen, die es ihr ermöglichen, zwar weiterzuleben, aber um den Preis, ihre ureigene Identität als Medizin aufzugeben zu haben.

Die Brisanz der exzessiven Marktorientierung

der modernen Medizin kann nur erfasst werden, wenn sie in einem größeren Rahmen betrachtet wird, z. B. im Kontext einer „neuen“ Patientenschaft, die durch eine zunehmende Anspruchshaltung charakterisiert ist und Erwartungen in die Medizin hineinlegt, die die Medizin zu einer glücks-, ja heilsverheißenden Institution werden lässt. Betrachten wir die Marktorientierung ferner im Kontext einer Gesellschaft, die sich verabschieden möchte vom Schicksal, die alles für machbar hält, die keinen Sinn in der Endlichkeit des Menschen sieht und die in der Medizin eine Möglichkeit der Abstreifung anthropologischer Grundbedingungen zu erblicken meint. Bedenken wir, dass ein reines Marktsystem Medizin die Wünsche nach Selbstverwirklichung und Jugendlichkeit immer weiter steigert, und bedenken wir, dass ein Marktsystem immanent zur Expansion neigt, und bedenken wir weiter die sich breit machende Grundhaltung der Heilberufe, die sich moralisch heraushalten wollen und das Gute allein über den Wunsch der Patienten definiert wissen möchten und somit zu reinen Erfüllungsgehilfen degenerieren – betrachten wir all diese parallelen Entwicklungen, so werden wir erkennen, dass sie zusammengehören und dass sie sich gegenseitig verstärken. Nimmt man diese Charakteristika der modernen Medizin zusammen und konfrontiert sie mit einer Realität, in der ökonomische Engpässe ganz bewusst politisch herbeigeführt werden, um die „Konkurrenzfähigkeit“ der einzelnen Klinika zu testen, so wird deutlich, wie unheilvoll gerade dieses Zusammenspiel der Ausrichtungen ist. Unheilvoll insofern als dies zusammen genommen unweigerlich dazu führen wird, dass die Medizin, um ihre finanzielle Grundlage zu sichern, in Zukunft immer mehr darauf setzen wird, nur das zu stärken, was dem „Unternehmen Krankenhaus“ Profit bringt. Dies würde bedeuten, dass diejenigen, die entweder seltene Krankheiten haben oder diejenigen, die keine Ansprüche formulieren und anmelden können, am Ende weniger gut versorgt sein werden bzw. schon sind. So liegt es auf der Hand, dass es allein von der Quantität her mehr

Profit bringt, gesunden Menschen Dienstleistungen als behinderten und schwerstkranken Menschen eine ganzheitliche Versorgung anzubieten.

Die Allianz von marktorientierter Medizin und Gesundheitsüberhöhung in einer Anspruchsgesellschaft hätte somit die Folge, dass die gesamte Medizin sich umorientiert und mehr auf „Gesundheit“ für Gesunde setzt als darauf, sich um das Wohl der Schwächsten und Kränksten zu kümmern. Die Ökonomisierung der Medizin führt in der Allianz mit einem weit verbreiteten Gesundheitskult und einer unreflektierten wunscherfüllenden Ärzteschaft zwangsläufig dazu, dass die Medizin zunehmend in Bereiche investiert, die zwar lukrativ sind, die aber mit dem Grundauftrag der Medizin, eine umfassende Hilfe für krankheitsbedingte Krisensituationen anzubieten, nicht mehr viel zu tun haben.

Das Grundproblem, das der Markt aufwirft, besteht darin, dass der Markt sich prinzipiell allein nach der Kaufkraft und nach den Kundenwünschen richtet. Eine hinter diesen Kategorien stehende ethische Zielsetzung hat der Markt nicht. Der Markt reagiert auf private Individualinteressen, für die er meist eine bewusst kurzfristige Befriedigung bereitstellt. Weder die Ausrichtung auf das Gemeinwohl noch die langfristige Erfüllung des Patientenwohls sind spezifische Merkmale des Marktes. Eine definitive Befriedigung der Bedürfnisse wäre marktwirtschaftlich gesehen „unvernünftig“. Käufer wie Verkäufer sind in einem reinen Marktsystem allein auf ihren eigenen Vorteil aus. Das heißt, dass, wenn man sich allein auf den Markt verlässt, man keinerlei Gewähr dafür hat, dass dadurch das Gute erreicht wird.<sup>6</sup> Die Medizin hingegen ist eine soziale Einrichtung, die sich grundsätzlich einem „bonum commune“ verschreibt. Daher braucht sie eine eigene Vision, die sich nicht mit der Vision des Marktes je decken kann.

#### 4. Plädoyer für eine anthropologische Neubestimmung

Alle dargelegten Ausrichtungen der modernen Medizin setzen ein gemeinsames Menschenbild

voraus, und das ist das Leitbild des leistungsfähigen, souveränen und unabhängig-autonomen Menschen. Dieses Leitbild hat zur Folge gehabt, dass das Krankwerden, das Schwachwerden, das Gebrechlichwerden, das Hilfsbedürftigwerden allesamt nicht als Manifestationen des Menschseins gedeutet wurden, sondern lediglich als bedauerenswürdige Defiziterscheinungen und befremdliche Schwundstufen des „normalen“ gesunden Menschen.<sup>7</sup> Unter dieser Perspektive wird jeder kranke Mensch und jeder nicht mehr heilbare Mensch als „Störfall“ angesehen, dem es mit der Aufwartung aller Technik entgegenzuwirken gilt, ist doch der Störfall allein dadurch definiert, dass er nicht sein darf. Daraus wird deutlich, dass das Leitbild des leistungsfähigen Menschen eine problematische Ausgangslage für eine gute Medizin ist, kann doch für eine humane Medizin der kranke und angewiesene Mensch gerade nicht als Störfall betrachtet werden. Vielmehr wird der Arzt dem krank gewordenen Menschen nur dann wirklich helfen können, wenn das Krankgewordensein als das zum Menschen unweigerlich Dazugehörige<sup>8</sup> und als eine Existenzweise des Menschen verstanden wird. Nur von diesem Ausgangspunkt, dass das Krankwerden zum Menschsein dazu gehört und die Schwäche, das Angewiesensein konstitutive Merkmale menschlicher Existenz sind, nur von hier aus eröffnet sich die Möglichkeit, auf diese Existenzformen nicht mit blindem technischem Aktionismus, sondern mit einer verstehenden Grundhaltung zu reagieren, die das Sosein erst einmal als ein in sich wertvolles und von sich aus grundsätzlich zu bejahendes Sein stehen lässt. Erst in einer solchen Haltung des Stehenlassens (letztlich angelehnt an die antike Ataraxia) und in der Vermeidung eines stetigen Abgleichs der in sich wertvollen Wirklichkeit mit einem fiktiven Ideal, erst durch diese zu leistende Arbeit an sich gibt sich der Mensch die Chance, dem Sosein einen Sinn abzugewinnen, einen Sinn, der es ihm ermöglicht, das neue Krank-Sein in das eigene Leben zu integrieren. Diese Integration der körperlichen und seelischen und sozialen,

ja auch der geistigen Veränderung durch Krankheit in das eigene Leben schließt eine sinnvolle Behandlung der Veränderungen nicht aus, aber die Integration verhindert, dass die Behandlung und „Bekämpfung“ der Krankheit zu einer Obsession wird, in der und durch die der krank gewordene Mensch übersieht, dass er auch als schwacher und angewiesener Mensch ein erfülltes Leben führen kann. Dieses erfüllte Leben in Krankheit macht sich der moderne Mensch selbst zunichte, und zwar nicht durch die Krankheit selbst, sondern vor allem durch eine problematische Selbstdeutung, nach der auf Krankheit lediglich mit einer Haltung des „Bekämpfens“ begegnet wird.

Eine Medizin, die sich nicht den angewiesenen und vulnerablen und auf Krankheit und Sterben angelegten Menschen zum anthropologischen Ausgangspunkt macht, wird allen ihren Patienten die letzte Chance nehmen, dem menschlichen Sein in all seinen Facetten einen Sinn zu verleihen.

## 5. Medizin als ein bedingungsloses Hilfeversprechen

Von dieser Überlegung und dieser anthropologischen Vorannahme ausgehend wird die Kernaufgabe der Medizin nunmehr nicht als unparteiische Lieferin von Dienstleistungen auf Wunsch zu begreifen sein, sondern ihre Kernaufgabe bestünde dann darin, eine Antwort auf die Angewiesenheit des Menschen zu geben. Diese Antwort kann nur die absolute Zusicherung sein, das medizinische Wissen in den Dienst des notleidenden Menschen zu stellen. Demnach könnte der angewiesene Patient gerade nicht ein moralisch fremder „(Geschäfts-) Partner“ sein, sondern der Patient bliebe für die Heilberufe ein moralisch verwandtes Gegenüber, ein Wesen, das allein durch sein Sein, durch seine Not, durch sein Leiden einen Behandlungsimperativ auslöst. Im Sinne einer responsiven Ethik, wie sie von Levinas entworfen worden ist, ließe sich sagen, dass allein das Antlitz eines Kranken ausreichen muss, um in den Heilberufen die Motivation zur Hilfe auszulösen.

Medizin könnte in dieser Perspektive als ein bedingungsloses Versprechen verstanden werden, den Menschen in Not zur Seite zu stehen. Der Kern dessen, was Medizin ausmacht, liegt möglicherweise gerade in dieser Bedingungslosigkeit, mit der die Medizin dem Krankgewordenen – ohne sich seiner zu bemächtigen – eine Hilfsantwort gibt.<sup>9</sup> Da der Mensch in Not sich seinen Arzt nicht frei aussuchen kann, sondern darauf angewiesen ist, dass er, ganz gleich, wo er in Not gerät, einen Arzt findet, der ihm beisteht, kann das Hilfeversprechen nicht nur ein persönliches Versprechen eines einzelnen Arztes sein, sondern muss ein kollektives Versprechen sein, das jeder allein dadurch gibt, der sich als Arzt bezeichnet. Pellegrino spricht hier von einem „öffentlichen Bekenntnisakt“<sup>10</sup>, das vom Arztsein ausgeht. Das öffentliche Bekenntnis bezieht sich nicht darauf, den Kranken in jedem Fall zu heilen, oder auf die Zusicherung, dass die ärztliche Behandlung auch glückt. Es ist nicht der Effekt der ärztlichen Handlung, die durch ein solches Hilfeversprechen zugesichert wird, sondern die Zusicherung bezieht sich allein auf die der ärztlichen Handlung zugrundeliegende Motivation zur Hilfe. Daher lässt sich sagen, dass sich das Wesen der Medizin nicht in der Anwendung der Mittel realisieren lässt, sondern dass der eigentliche Kern der Medizin in ihrer ganz spezifischen Zielgerichtetheit liegt. Kern der Medizin wäre demnach nicht das angewandte Mittel, sondern die der Mittelanwendung zugrunde liegende Motivation und Grundhaltung. Ab dem Moment, da das medizinische Handeln nicht mehr primär von der Motivation zur Hilfe und von der Grundhaltung der Sorge um den Kranken getragen ist, sondern vielmehr von der Motivation zur Besserung der Krankenhausstatistik, ab diesem Moment hat sich die Medizin als Medizin aufgelöst, ganz gleich welche medizinischen Anwendungen dabei auch eingesetzt werden mögen.

## 6. Zum Schluss

So sehr sich die Strukturen moderner Kliniken verändert haben mögen, die *conditio humana*, dass

jeder Mensch grundsätzlich von Krankheit, Leiden und Sterben jederzeit bedroht ist, diese Grundbedingung menschlichen Seins hat sich nicht verändert. Daher ist auch die Hoffnung eines jeden Menschen geblieben, in Zeiten existentieller Krisen auch und gerade in der Medizin ein Gegenüber zu finden, dem man sich blind anvertrauen kann und das es ernst meint mit ihm. Die Medizin kann sich dieser absoluten Verpflichtung für das Wohl der Kranken nicht entziehen. Die moderne Medizin kann diese Ausrichtung der Medizin dem Diktat des Marktes gerade nicht unterordnen, nicht etwa weil die Heilberufe unfehlbar sein müssen, sondern aus dem Grund, dass schon aus den erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten der Medizin heraus die Verpflichtung resultiert, diese Kenntnisse für den Notleidenden einzusetzen. Eine Medizin, die – mit menschlicher Not konfrontiert – zwar die Mittel in der Hand hätte, diese Not zu lindern, diese Mittel aber nur für die eigenen Interessen oder für die Interessen von Zahlungskräftigeren oder von Menschen, die nicht in Not sind, nutzte, eine solche Medizin hätte sich als soziale Institution verabschiedet und würde damit den Weg frei machen müssen für eine neue Medizin, der es besser gelänge, das erworbene Wissen und Können zu einem kollektiven Gut zu machen. Die neuen Ausrichtungen der Medizin werden daher nur solange vertretbar sein, wie es der Medizin gelingt, den beschriebenen Kerngehalt der Medizin trotz der modernen Transformation nicht nur aufrechtzuerhalten, sondern ihn über alle anderen Zielsetzungen als übergeordnetes Anliegen (neu) zu verankern.

Theda Rehbock hat jüngst die Medizin als eine „Grundform der menschlichen Praxis“ beschrieben, weil gerade die Medizin eine „elementare Form der personalen Beziehung und Zuwendung zum Anderen“ darstellt.<sup>11</sup> Damit wird deutlich, dass es fatal wäre, wenn sich die Medizin nach Belieben verändern würde. Als Grundform der menschlichen Praxis bleibt die Zuwendung eines Helfers ein Bestandteil der gesamten Gesellschaft, auf den kein vernünftiger Mensch zu verzichten bereit sein

dürfte. Daher wäre die Ablösung einer solchen sittlichen Helfer-Person durch einen marktorientierten Dienstleister für die gesamte Gesellschaft ein nicht ersetzbarer Verlust.

## Referenzen

- 1 Siehe hierzu näher Deppe U., *Zur Kommerzialisierung des Menschenrechts*, in: Kolb S., Seithe H. (Hrsg.), *Medizin und Gewissen*, Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main (2002), S. 210-221
- 2 Welie J. V. M., *Is dentistry a profession? The hallmarks of professionalism*, J Can Dental Assoc (2004); 70(9): 599-602, S. 46
- 3 Siehe hierzu auch Kaveny C., *Commodifying the polyvalent good of health care*, J Med Phil (1993); 3: 207-223
- 4 Auf diesen Gesichtspunkt hat vor allem Klaus Dörner immer wieder hingewiesen. Siehe Dörner K., *Das Gesundheitsdilemma. Woran unsere Medizin krankt*, Ullstein, Berlin (2004)
- 5 Siehe Dörner K., siehe Ref. 4
- 6 Dies ist eine der Grundthesen von Daniel Callahan und Wasunna. Siehe Callahan D., Wasunna A. A., *Medicine and the market. Equity versus choice*, Johns Hopkins University Press, Baltimore (2006)
- 7 Am Beispiel der Demenz ist die Problematik einer solchen anthropologischen Ausgangslage von Verena Wetzstein überzeugend dargelegt worden. Siehe Wetzstein V., *Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz*, Campus, Frankfurt/Main (2005)
- 8 Romano Guardini hat dies treffend wie folgt beschrieben: „Hinter den üblichen Aussagen über Gesundheit und Krankheit steht die Voraussetzung, der Mensch sei ein ‚normales System‘; ein Gefüge von Kräften, Tendenzen, Regulativen, das ‚in Ordnung‘ ist; [...] Das ist aber nicht der Fall. Wie der Mensch ist, enthält er quasi-konstitutiv den Widerspruch. Er ist von vornherein nicht einfachhin ‚gesund‘. Die Störung, die Krankheit kommt nicht nur von außen, sondern auch von innen. Sie ist dem Menschen endogen.“; Guardini R., *Der Arzt und das Heilen*, In: Guardini R., *Ethik. Vorlesungen an der Universität München*, Matthias Grünewald, Mainz (1993), S. 957-975, S. 973
- 9 Maio G., *Medizin und Menschenbild. Eine Kritik anthropologischer Leitbilder der modernen Medizin*, in: Maio G., Clausen J., Müller O. (Hrsg.), *Medizin ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik*, Karl Alber, Freiburg (2008), S. 215-229
- 10 Pellegrino E. D., *Bekennnis zum Arztberuf – und was*

*moralisch daraus folgt*, in: Thomas H. (Hrsg.), *Ärztliche Freiheit und Berufsethos*, Röhl, Dettelbach (2005), S. 17-60, S. 39

- 11 Rehbock T., *Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns*, Mentis, Paderborn (2005), S. 325

#### **Weiterführende Literatur**

Kamlah W., *Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung und Ethik*, BI Wissenschaftsverlag, Mannheim (1973)

Pöltner G., *Was ist das – ein guter Arzt? Von der Unverzichtbarkeit der Philosophie für die Medizin*, Selbstorganisation. Jahrbuch für Komplexität in den Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften (1997), S. 119-130

Stephan Sahn

# Der moderne Patient und seine Ansprüche an die Medizin

## Zusammenfassung

Die Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin wecken die Wünsche nach neuen Zielsetzungen, die mit den Schlagworten Enhancement und wunscherfüllende Medizin bezeichnet werden. Beides fordert die Medizin heraus und erfordert eine Reflexion über grundlegende Konzepte wie Gesundheit, Krankheit und – davon abgeleitet – das der medizinischen Indikation. Wenngleich eine Definition dieser Begriffe nicht gelingt, so entwickeln sie eine Autorität, die man in Analogie zu der des Rechts beschreiben kann. Krankheit bezeichnet einen Zustand, der ein Sollen impliziert. Es gründet in der Erfahrung des anderen und seines Leidens. Dem Begriff wohnt ein subjektiv-evaluatives Element inne, das in jeder Diagnose an den Tag gebracht. Das Sollen verliert seine motivierende Kraft, wenn die Zielsetzung der Medizin ungebührlich erweitert wird. Die grenzenlose Ausweitung medizinischer Handlungen weist Merkmale einer Ideologie auf, der nur in einer Selbstbeschränkung der Medizin zu begegnen ist.

**Schlüsselwörter: wunscherfüllende Medizin, Krankheitsbegriff, medizinische Indikation, Ziele der Medizin, Ideologie**

## Abstract

The spectrum of modern medical technology is growing. The mere possibility arouses interest to widen the scope of goals of medicine as is the case with respect to enhancement technologies and wish-fulfilling medicine. Both are challenging basic concepts of medicine such as illness, disease, health and – derived from that – medical indication. Illness/disease escape definition, yet reveal a certain authority which may be described like that of justice analogically. Illness/disease denote a state which implies an ought. This is founded on the experience of the other and his/her suffering. The concept encompasses a subjective-evaluative element which is brought to light if a diagnosis is made. Yet, the ought will lose its motivating power if the goals of medicine are extended improperly. Such an expansion shows characteristics of an ideology, which is to counteract by confinement to the basic concepts of medicine.

**Keywords: wish-fulfilling medicine, concept of disease/illness, medical indication, goals of medicine, ideology**

Privatdozent Dr. med. habil. Stephan Sahn  
 Chefarzt Medizinische Klinik I, Ketteler-Krankenhaus,  
 Lichtenplattenweg 85, D-63071 Offenbach,  
 und Institut für Geschichte und Ethik der Medizin,  
 Goethe-Universität  
 Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt/Main  
 Stephan.Sahn@t-online.de

## I) Einleitung

Das Verhältnis des modernen Patienten zur Medizin ist prekär. Diese Aussage bedarf kaum einer Begründung. Wo immer sie vorgetragen wird, scheint sie unmittelbar einzuleuchten. Wobei diese Unmittelbarkeit durchaus staunen machen sollte, denn Untersuchungen bestätigen, dass die überwältigende Mehrheit der Patienten mit den sie betreuenden Ärzten höchst zufrieden ist. Ärzte zählen zu den Professionen, denen die höchste soziale Anerkennung zuteil wird.

Dennoch drängt sich angesichts der Ausweitung medizinischer Handlungsmöglichkeiten die Frage auf, welche Ansprüche Patienten haben sollen gegenüber dem System der medizinischen Sorge, wie es in entwickelten Ländern bereitgehalten wird. Bei dem Versuch einer Antwort verschwimmen das Rollenbild des Patienten und des Arztes. Nicht selten meint man eine revolutionäre Umwälzung der Leitbilder beobachten zu können. Da ist von Patienten als Kunden und von der Medizin als einem System der Dienstleistung die Rede. Die Medizin, das folgt daraus, solle ein Menü an Leistungen vorhalten, aus dem der Konsument lediglich auszuwählen habe.

Im Gefolge des biotechnologischen Fortschritts hat die Medizin den Inhalt ihres Portefeuilles längst vervielfacht. Nicht allein Linderung und Heilung von Zuständen, deren Krankheitswert gemeinhin unbestritten ist, strebt sie an, vielmehr rückt das Enhancement im Gewande einer wunscherfüllenden Medizin in den Brennpunkt des Interesses. Damit stehen nichts weniger als die Ziele der Medizin auf dem Prüfstand. Zeitgleich erhöht der Druck, der aufgrund allgegenwärtiger Begrenzungen der Ressourcen auch in reichen Ländern zu beobachten ist, die Dringlichkeit der Suche nach einer Antwort.

Es ist ein leichtes, diese Sachverhalte an Beispielen zu illustrieren. Man entdeckt sie mühelos auf dem Felde wunscherfüllender Medizin. Sie reichen von der Fertilisationstechnologie, die es Frauen jenseits der Menopause erlaubt, Kinder zu gebären, bis hin zu den Medikationen, die die

Hirnleistung zu steigern versprechen. Weitere Stichworte sind Anti-Aging, Life-Style-Drogen, Vaterschaftsteste, Babyfernsehen, Geschlechterwahl bei der In-vitro-Fertilisation.

Die Macht der Medizin geht ein Bündnis mit den wirkmächtigen Wünschen menschlicher Utopien ein, die Triebkräfte freisetzt, denen nur schwer beizukommen sein wird.<sup>1</sup> Noch einmal, im Gefolge dieser Entwicklung stehen die Ziele der Medizin auf dem Prüfstand. Und weiters geht es um die Frage, wer das Recht zur Entscheidung über die Ziele der Medizin haben soll. Dies ist auch eine Machtfrage.

## II) Was ist Krankheit?

Überlegungen zum Verhältnis des modernen Patienten zur Medizin machen eine Betrachtung wesentlicher Grundbegriffe der Medizin unausweichlich. Das gilt zuvörderst für die Begriffe Krankheit und Gesundheit. Die medizinische Wissenschaft und Praxis vermag sie nicht zu definieren. Gesundheit kann nur in der Abwesenheit von Krankheitszuständen begriffen werden. Mit gutem Grund. Die philosophischen Bemühungen, die die Medizin seit der Antike begleiten, haben keinen für alle Zeiten gültigen Begriff zutage gefördert. Was Krankheit ist, können wir nicht wissen. Noch weniger können wir definieren, was wir unter Gesundheit verstehen. Hans-Georg Gadamer sah sich genötigt, über die *Verborgenheit der Gesundheit* zu reflektieren.<sup>2</sup> Sie wird erst im Verlust erfahrbar.

Mit Krankheit verhält es sich nur wenig anders. Sie ist nur scheinbar leichter auf den Begriff zu bringen. Alle Versuche, den Krankheitsbegriff philosophisch, in einem analytischen Sinne dingfest zu machen, haben zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt. Zu nennen wären hier etwa die Arbeiten von Boorse, Fulford, Nordenfeldt u. a. m.<sup>3</sup> Eine maximale und exzessive Definition liefert die WHO, wobei sie alle Formen sozialer Missstände mit einschließt. Dies hat entsprechende Kritik hervorgerufen.<sup>4</sup>

Phänomenologische Beschreibungen, wie sie etwa von Fredrik Svenaeus vor wenigen Jahren vor-

gestellt wurden, können hilfreich sein, uns dem Wesen des Krankheitsbegriffs zu nähern.<sup>5</sup> Svenaeus verweist auf die Philosophie Martin Heideggers und dessen Begriff des *Unheimlichen*. Krankheit ist bezogen auf das Nicht-zu-Hause-sein. Das meint bei Heidegger eine grundlegende Erfahrung des in die Welt-geworfen-Seins. Doch im Falle von Krankheit ist es weniger diese a-priori bestehende Kondition menschlicher Existenz. In der Mehrzahl der Fälle ist die Erfahrung des Unheimlichen von Krankheit etwa durch einen körperlichen Defekt getriggert. Worauf es ankommt: Krankheit ist untrennbar mit der Erfahrung der Fremdheit verbunden. Svenaeus erinnert die Medizin an diese grundlegende Tatsache, die man als einen phänomenologischen Befund bezeichnen kann.

Für die Überlegungen hier ist es nicht notwendig, die vielfältigen und unterschiedlichen Entwürfe zu analysieren, die im Laufe der Geschichte zum Krankheitsbegriff präsentiert wurden. Gemeinsam ist ihnen, dass sich Krankheit einer definitiven Festlegung entzieht. Denn sie enthält neben wissenschaftlich definierten und definierbaren Größen stets ein normatives, ein subjektiv-evaluatives Element. Und dieses kann nicht analytisch hergeleitet werden.

Nun liegt es nahe, den normativen Mehrwert im Krankheitsbegriff sozial und kulturabhängig zu deuten, mithin sozialempririsch zu bestimmen. Doch in diesem Falle löste er sich in der Willkür, etwa von Mehrheitsentscheidungen, auf.

Es bleibt die Merkwürdigkeit: Vom Begriff der Krankheit geht eine von niemandem ernsthaft bestrittene normative Kraft aus. In Begleitung der endlosen Analyse des Krankheitsbegriffes scheint eine Autorität auf, die dem Krankheitsbegriff eignet. Was damit gemeint ist, lässt sich am ehesten in Analogie zur Philosophie des Rechts und der Politik erläutern. Diese Analogie hat Tradition, sind doch für Aristoteles der Politiker und der Arzt die Beispiele schlechthin, in deren Tun sich praktisches Handeln offenbart.

Ausgerechnet der philosophische Meister

der Dekonstruktion, Jacques Derrida, hat auf den *mystischen Grund der Autorität* des Rechts hingewiesen, die am Ende aller dekonstruktiven Anstrengungen aufleuchtet.<sup>6</sup> Recht kann überhaupt nur Autorität entfalten, weil es auf Gerechtigkeit verweist. Gerechtigkeit aber entzieht sich einer Definition – ebenso wie Gesundheit und ihre Negation: die Krankheit.<sup>7</sup> Bei dem Versuch, das, was man unter Krankheit versteht, auf den Begriff zu bringen, sieht man sich unausweichlich mit den gleichen Aporien konfrontiert wie bei der Ausübung des Rechts: etwa der Schwierigkeit, eine Entscheidung für ein Unentscheidbares treffen zu müssen, oder beim Horizont der Dringlichkeit, wie Derrida es nennt, der eine Entscheidung unausweichlich macht.<sup>8</sup> Auch die nach Derrida vielleicht auf den ersten Blick weniger einsichtige (erste) Aporie kennzeichnet die medizinische Praxis. Derrida bezeichnet sie als *Epoché* der Regel. Was damit gemeint ist, verdeutlicht ein Zitat: „Jeder Fall ist anders, jede Entscheidung ist verschieden und bedarf einer vollkommen einzigartigen Deutung, für die keine bestehende, eingetragene, codierte Regel vollkommen eintreten kann und darf. Wenn eine solche Regel ein ausreichend sicherer Garant für die Deutung ist, erweist sich der Richter als Rechenmaschine...“

Ebenso wie der Richter trifft der Arzt bei der Zuschreibung von Krankheit eine einzigartige Entscheidung. Auch hier gilt: Jeder Fall ist anders.<sup>9</sup> Wie die Richter sehen sich Ärzte vor die Aufgabe gestellt, eine Entscheidung im Stande unsicheren Wissens treffen zu müssen.

Satirische Übertreibung kann hilfreich sein, diesen Sachverhalt noch mehr zu verdeutlichen. In seiner Geschichte von Gargantua und Pantagruel parodiert Francois Rabelais den richterlichen Entscheidungsprozeß.<sup>10</sup> Der Zwang zur Entscheidung, das Wissen um die Einzigartigkeit jedes Falles und die zugehörige Dringlichkeit werden bis in das Absurde aufgehoben. Da gibt es den Richter Reitgans, der durch eine endlose Kette von Formalitäten jegliches Urteil aufschiebt und – schließlich die Wür-

fel entscheiden lässt. In der Absurdität dieser Episode leuchtet die Autorität, die dem Recht eignet, nur umso mehr auf.

Den Gedanken einer allein analytisch nicht zugänglichen Autorität des Rechts hat die große Rechtsgelehrte Marie Theres Fögen kürzlich verfeinert. Sie illustriert ihn anhand der Gegenüberstellung zweier zentraler Geistesgestalten aus dem vergangenen Jahrhundert, von Franz Kafka und dem Rechtswissenschaftler Hans Kelsen. Kelsen wollte alle Geltung des Rechts auf eine von ihm postulierte Grundnorm zurückführen, die selber nicht ableitbar sei. Bei Franz Kafka erscheint die Autorität auf in der Erzählung *Vor dem Gesetz*. Da wartet ein Mann Tage, Monate und Jahre vor dem Gesetz und bittet um Einlass. Ein Türhüter verweigert ihm den Zutritt. Erst als der Wartende alt ist und fast erblindet, erkennt er „im Dunkel einen Glanz, der unverlöschlich aus der Tür des Gesetzes bricht.“ Im Einzelnen kann dies hier nicht weiter ausgeführt werden. Aber ein Satz Fögens aus ihren Annäherungen an das Problem der Autorität des Rechtes und des Gesetzes, mag den Gedanken verdeutlichen helfen: „Ohne alle Metaphysik, ohne Gott, ohne Gerechtigkeit, ohne Glauben fehlt dem Gesetz die Musik.“<sup>11</sup>

Was für das Recht gilt, kann unmittelbar übertragen werden auf Konzepte und Begriffe, die der Medizin als praktischer Wissenschaft zugrunde liegen. Wie auf dem Felde der Rechtsphilosophie begegnen die gleichen Elemente, die notwendig jede Vorstellung von Gerechtigkeit begleiten, auch beim Versuch, Krankheit/Gesundheit auf einen Begriff zu bringen. Die Aporie entscheiden zu müssen, das Wissen um die Ungenügsamkeit jeglicher Regel wie auch der gehörige Zeitdruck, die Dringlichkeit, verweisen auf ein Charakteristikum ärztlichen Handelns, das *Diagnostizieren*. Der Anspruch der Wissenschaftlichkeit moderner Medizin und ihre Methodik scheinen nahezulegen, dass es sich beim Diagnostizieren lediglich um die Ableitung von Fakten und einen schlussfolgernden Kalkül handelt. Dies ist aber nicht der Fall. *Diagnosein*

(griechisch) heißt entscheiden. Wer eine Diagnose fällt, entschließt sich den diagnostischen Prozess abubrechen. Jetzt ist Schluss mit den Untersuchungen. Doch die empirische Wissenschaft kann diesen Punkt, an dem dies geschehen muss, nicht vorgeben. Er bestimmt sich aus der Unentrinnbarkeit und Dringlichkeit zur Entscheidung.

Die Notwendigkeit zur Diagnose und ihr Zeitpunkt gründen in der Erfahrung des Anderen und seines Leidens, das nur hermeneutisch, phänomenologisch zu ergründen ist. Emmanuel Levinas hat dies zum Ausgangspunkt seiner Philosophie gewählt. Sie ist für die Medizin fruchtbar zu machen.<sup>12</sup> Die Erfahrung des Anderen wird an den Tag gebracht in der Interaktion zwischen Patient und Arzt. Es kann daher auch nicht allein an die Gesellschaft delegiert werden.

Krankheit beschreibt mithin nicht alleine biologische oder seelische „Funktionen“, die neutral, d. h. ohne normativen Bezug zu katalogisieren wären. Die Autorität des Krankheitsbegriffs impliziert ein Sollen, sie gründet in der Selbstdeutung und in der vorerwähnten Wahrnehmung des anderen, dessen Leid danach verlangt zu handeln. Es schreit zum Himmel. Dabei ist eine Rückbindung an die Empirie und wissenschaftliche Beschreibung zugänglicher Elemente der zugrundeliegenden Störung selbstverständlich. Doch für die Einordnung eines Zustandes in die Kategorie Krankheit ist es zwingend, dass ein subjektiv-evaluatives Element hinzutritt. Der Ort, wo es zur Geltung kommt, ist die Beziehung zwischen Patient und Arzt. Man kann dies einen praktischen Krankheitsbegriff nennen.<sup>13</sup>

An dieser Stelle ist es angebracht, auf einen weiteren Zusammenhang aufmerksam zu machen, der nicht selten unter den Tisch gekehrt wird. Wenngleich es nicht möglich ist, ihn in seiner Breite auszuführen, so soll er doch kurz erwähnt werden. Das aus der Erfahrung und Deutung des Leides abgeleitete Sollen ist nicht vorstellbar ohne eine vernünftige Deutung der Natur. Es ist nämlich keinesfalls so, dass aus den Tatsachen - etwa hier

aus den Befunden medizinischer Untersuchungen - kein Sollen folgt. Es verhält sich umgekehrt. Der Natur, wie sie in der Erfahrung erscheint, kommt eine Autorität im Blick auf das Sollen zu. Die vorerwähnte Erfahrung des Leidens anderer und seiner Deutung als Grundlage eines Sollens ist ohne einen in der Vernunft gegründeten Begriff der Natur nicht sinnvoll denkbar. Dies widerspricht zwar der derzeitigen philosophischen *correctness*, wie es Robert Spaemann nennt.<sup>14</sup> Ihr begegnet man auch und gerade im Milieu der Bio- und Medizinethik. Setzt man das Natürliche und das Vernünftige aber in ein Verhältnis, dann ist es selbstredend möglich, einen Begriff des Natürlichen und des Normalen zu entwickeln.<sup>15</sup> Davon abgeleitet kann auch das Krankhafte benannt werden.

Man kann die bisherigen Ausführungen so zusammenfassen. Die Diagnose, die auf die Krankheit verweist und sie kenntlich macht, setzt sich zusammen aus den wissenschaftlich zugänglichen Befunden, deren normativen Gehalte und deren Bedeutung für den jeweiligen Lebenszusammenhang des Patienten (das Nicht-zu Hause-Sein, wie es Sveinaeus beschreibt). Beides erst konstituiert Krankheit, die in der Diagnose bezeichnet wird.

### III) Medizinische Indikation

Die besondere Erfahrung und – das Wort ist hier erlaubt – die Expertise der Ärzte im Blick auf die Befunde, die beim Patienten erhoben wurden, begründen das Recht und die Pflicht zur Indikationsstellung. Medizinische Indikation ist ein für die medizinische Praxis zentraler Begriff, dessen Bedeutung in jüngster Zeit in Vergessenheit geraten zu sein scheint. Sie bezeichnet eine *ärztliche Prärogative* in Analogie zum Begriff aus der politischen Philosophie.<sup>16</sup> Die Wortwahl nimmt hier bewusst eine polemische Konnotation in Kauf. Denn der Begriff der Indikation erweist sich als zentral im Blick auf die eingangs geschilderten Entwicklungen und Gefährdungen, denen die moderne Medizin ausgesetzt ist.

Indikation ist nicht deckungsgleich mit dem Krankheitsbegriff und dem zugehörigen Konzept

der Diagnose. Sie bezeichnet ein Vorrecht, ein Werturteil fällen zu dürfen und die davon abgeleitete Handlungsempfehlung zu rechtfertigen. Diese ärztliche Prärogative dokumentiert keineswegs nur eine ungebührliche Anmaßung der Ärzteschaft. Es gibt sachbezogene Gründe. Die Prärogative sichert die vorerwähnte Rückbindung an beschreibbare und empirisch zugängliche Bedingungen der Krankheitszuschreibung. Sie ist ein Schutz gegen die Gefahr der „Versubjektivierung“ des Krankheitsbegriffs. Andererseits ist die Indikation intrinsisch mit dem Konzept der Krankheit verbunden. Damit erstreckt sich das Vorrecht der Indikationsstellung nicht allein auf den empirisch-analytisch zugänglichen Bereich jeder Krankheitszuschreibung, vielmehr auch auf den evaluativen Anteil. Dies erkennt auch die Rechtsprechung und formuliert damit in einem Zug den Vorrang der Indikation vor dem Recht auf Selbstbestimmung. In einem Urteil des XII. Senats des Bundesgerichtshofes in Deutschland aus dem Jahre 2003 heißt es: „Die medizinische Indikation, verstanden als das fachliche Urteil über den Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall, begrenzt insoweit den Inhalt des ärztlichen Heilauftrages.“<sup>17</sup>

Beachtung verdient dabei die Formulierung *Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode*. Damit bringt der urteilende Senat zum Ausdruck, dass die medizinische Indikation stets mehr ist als bloß ein physiologisches Kalkül. Vielmehr enthält sie neben der medizinischen Expertise auch einen wertenden Anteil. Darin dokumentiert sich ein normativer Mehrwert jeder Indikationsstellung. Der verunreinigt nicht etwa dieses Urteil (d. h. die Indikationsstellung). Es ist umgekehrt. Erst die Prüfung, ob eine Maßnahme im konkreten Fall sinnvoll ist, dem Kranken in seiner Lage gerecht wird, macht aus physiologischem Wissen ein ärztliches Urteil.

Es wäre verfehlt, den normativen Gehalt aus der Indikationsstellung herauszuhalten zu wollen. Dies führte zu einer inhumanen Medizin, weil es

den Auftrag und die Verantwortung korrumpierte, die sich aus der Fürsorgeverpflichtung herleiten. Es wäre ebenso verfehlt, das Verhältnis von Fürsorgeverpflichtung und Recht auf Selbstbestimmung einzig auf die Frage der Machtverteilung zu reduzieren. Wer darf entscheiden? Wer hat das letzte Wort? Gleichwohl ist es in der Tradition liberaler Rechtsstaaten unbestritten, dass jede Person das Recht hat, Behandlungen abzulehnen. Dies gilt auch dann, wenn daraus ein lebensbedrohliches Risiko folgt.

Die auf das Wohl von Patienten gerichtete Fürsorge fragt nach dem für den einzelnen Angemessenen, d. h. nach dem auf den Fall bezogenen Guten. Daraus wird die Indikation abgeleitet. Sie ist ohne die Rückbindung an den Krankheitsbegriff, nicht rechtfertigbar. Der Krankheitsbegriff ist der Grund des Sollens, eines Handlungsauftrags, der durch die Indikation (d. h. ein Urteil) begründet ist. Und die verweist auf das auf den Fall bezogene Gute, die Therapie, oder ggf. das Unterlassen einer Behandlung. Und dieses Gute wird jedoch nicht nur als ein partikulares erkannt. Es ist vielmehr ein Gutes im Sinne Platons. „Das Gute, wenn es an den Tag kommt, ist allen gemeinsam“, heißt es im Dialog Gorgias.<sup>18</sup> Es bezeichnet damit eine regulative Idee medizinischen Handelns.

Daraus ergeben sich mehrere Folgerungen für die Medizin.<sup>19</sup> Zunächst bedeutet dies, dass die Indikationsstellung ein dialogischer Prozess ist. Mit ihrer Kenntnis über die medizinischen Sachverhalte müssen Ärzte die Indikation im Gespräch mit Patienten oder deren Stellvertretern die Indikation „entwickeln“. Dazu gehört auch, Patienten überhaupt in die Lage zu versetzen, diesen Prozess mitgestalten zu können. Dabei müssen die intellektuellen Voraussetzungen, die emotionale und spirituelle Verfassung der Betroffenen, ihre soziale Situation und vieles andere mehr mitberücksichtigt werden. In dieser Hinsicht erweist sich die Selbstbestimmung der Betroffenen vielfach als heteronom, denn in der Mehrzahl der Fälle wird sie erst durch fürsorgendes Handeln „her- bzw. wieder hergestellt.“

Die Hilfestellung, Selbstbestimmung zu erhalten, ist selbst ein Ziel medizinischen Handelns. Allerdings ist es nicht selten nur schwer zu erfüllen, wie ein Beispiel aus der empirischen Psychologie lehrt. So ist die Wahrnehmung von Patienten durch viele Faktoren beeinflusst. Man spricht von „bounded cognition“. Daher unterscheidet sich die Rate der Zustimmung zu einer medizinischen Maßnahme in Abhängigkeit von der Weise der *Darstellung ihrer Effektivität* durch die Ärzte. Wird sie als Sterblichkeit angegeben, lehnen mehr Betroffene ab. Wird sie dagegen als Erfolgsrate positiv formuliert, steigt die Rate der Zustimmung. Es wurde daher schon vorgeschlagen, eine *formale* von einer *effektiven Selbstbestimmung* zu unterscheiden.<sup>20</sup>

Zweitens folgt daraus, dass Indikationsstellung nicht einfach ein Akt der Wahl ist. Ein Patient kann nicht verlangen, was nicht indiziert ist. Indikationsstellung ist kein Vorgang, der der Auswahl aus einem Menü zu vergleichen wäre, wie es schon vorgeschlagen wurde. Daher wird das Schlagwort vom *Patienten als Kunden* der Realität medizinischer Praxis nicht gerecht. Indikationsstellung ist ein auf fachlichem Wissen basierendes wertendes Urteil.<sup>21</sup> Ihr kommt, wie bereits erwähnt, ein handlungstheoretischer Vorrang zu.

Das Prinzip der medizinischen Indikation verlangt drittens, die darin enthaltenen normativen Anteile offenzulegen. Transparenz ist ein notwendiger Bestandteil der Indikationsstellung. Kriterien der Zuteilung oder Begrenzungen von Behandlungen müssen begründet dargelegt werden. Nur dann sind sie einer Kritik in einer offenen Gesellschaft zugänglich. Dieser Aufgabe muss sich ärztliche Profession stellen. Sie muss die normativen Inhalte jeder Indikationsstellung nach innen, innerhalb der Profession, aber auch nach außen gegenüber der Gesellschaft rechtfertigen.

Im Blick etwa auf die medizinische Behandlung am Lebensende, auf die Frage gerechter Verteilung von Organspenden etc. haben Ärzteorganisationen weltweit versucht, dieser Verpflichtung in geeigneter Weise Rechnung zu tragen. Im Falle der Ster-

bebegleitung hat in Deutschland die Ärzteschaft erstmalig ein besonderes Verfahren zur Sicherung der Transparenz gewählt. Im Jahr 1998 wurden die Grundsätze ärztlicher Sterbebegleitung veröffentlicht. Ein Jahr zuvor wurde ein Entwurf dieses Dokumentes der Öffentlichkeit vorgestellt und in einer Reihe von Veranstaltungen und in unterschiedlichen Medien zum Teil heftig diskutiert. Dieses Vorgehen war vorbildlich. Es sollte zu den vornehmsten Pflichten der Ärzteschaft zählen, die ethischen Grundsätze und normativen Inhalte medizinischer Handlungen, also der ärztlichen Kunst, zu rechtfertigen.

#### IV) Was ist modern am Patienten heute?

Als modern wird nicht selten ein Patient bezeichnet, der selbstbestimmt und informiert seine Geschicke im Umgang mit Personen und Institutionen des Gesundheitswesens steuert. Die Frage muss gestellt werden, ob es diesen Patienten in dieser Form gibt. Die empirische Wissenschaft bestätigt dies nicht ohne weiteres. An einem Beispiel aus einem Bereich der aktuellen Debatten der Medizinethik soll dies demonstriert werden. In vielen Ländern wird über die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestritten. Diese Dokumente sind gleichsam ein Lieblingskind nicht weniger Medizinethiker, denn sie sollen helfen, das Selbstbestimmungsrecht von Patienten zu sichern, wenn diese selbst nicht mehr entscheiden können. Im Streit um das Maß ihrer Verbindlichkeit wird stets vorausgesetzt, eine Mehrheit der Mitbürger wolle ein solches Dokument ausfüllen und wünsche eine hohe Verbindlichkeit.

In empirischen Untersuchungen findet man jedoch das Gegenteil. Konfrontiert mit der ethischen Wucht einer Konfliktsituation will eine Mehrheit den Niederlegungen in solchen Dokumenten nicht folgen. Bei der Frage nach der inhaltlichen Ausgestaltung ist eine Mehrzahl unsicher im Blick auf die Behandlungswünsche. Eine überwiegende Mehrheit möchte, dass andere für sie entscheiden.<sup>22</sup> Der ärgste Feind der Selbstbestimmung ist die Krankheit, schreibt Eric Casell.<sup>23</sup>

Wie kommt es, dass in der Debatte diese Befunde nur wenig beachtet werden? Die Sozialpsychologie hält dafür eine Erklärung bereit: das Phänomen der sozialen Erwünschtheit. Es erklärt auch die Diskrepanz zwischen der Millionenzahl kursierender Formulare von Patientenverfügungen und der geringen Zahl ausgefüllter Dokumente.<sup>24</sup>

Die Frage drängt sich daher auf, ob sich der moderne Patient wirklich von demjenigen früherer Zeiten wesentlich unterscheidet. Im Blick auf einen unbestritten Kernbestand dessen, was Krankheit ausmacht, scheint sich nicht sehr viel im Umgang von Patient Medizin geändert zu haben. Sicher, es gibt den aufgeklärten Patienten, der mehr über seine Krankheit wissen möchte, der mehr fragt. Aber dies berührt nicht die Fundamente der Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Anders verhält es sich aber in dem Bereich, der eingangs mit den Schlagworten Enhancement und wunscherfüllende Medizin gekennzeichnet wurde. Das Verhältnis von Krankheit, Gesundheit, Diagnose und Indikation ändert sich fundamental.

Während Gesundheit in der herkömmlichen auf die Heilung ausgerichteten Schulmedizin als nicht definierbar gilt und Krankheit als Zustand ihrer Negation verstanden wird, löst sich dieses Bestimmungsverhältnis zueinander auf. Gesundheit wird positiv verstanden. Nicht die (Grenz-)Erfahrung der Krankheit und ihre Deutung, vielmehr das allein subjektiv verstandene Missfallen an einer Situation wird zur handlungsleitenden Motivation. Mehr noch, Zustände höherer Gesundheit werden definiert und vorgegeben. Das Prinzip der Indikationsstellung ändert sich nicht nur, es wird eskamotiert.

Matthias Kettner hat die verschiedenen Gesichtspunkte systematisch gegenübergestellt, die die kurative Medizin von einer wunscherfüllenden unterscheiden.<sup>25</sup> Nicht der Krankheitsbegriff ist handlungsleitend, sondern ein Bedürfnis. Statt Indikation wird nur noch nach einer möglichen Kontraindikation im Falle der Anwendung eines Verfahrens gefragt. Die zuvor beschriebenen Aporien spielen keine Rolle, denn die Verpflichtung

zur Handlung löst sich auf angesichts der bloßen Möglichkeit (Optativ statt Imperativ). Gesundheit ist nicht länger das Verborgene, vielmehr werden willkürlich gewählte Vorlieben des Befindens an ihre Stelle gesetzt.

Die Rückbindung an eine intersubjektiv zugängliche normative Einordnung entfällt überhaupt. Wunscherfüllende Medizin, Anti-Aging und psychopharmakologisches Enhancement verabsolutieren einen Aspekt des Verhältnisses von Arzt und Patient, die subjektiv-evaluative Seite des Krankheitsbegriffes. Damit wird Selbstbestimmung auf Kosten der vorerwähnten Rückbindung an Indikationsstellung und Krankheitsbegriff zur Ideologie. Denn Loslösung eines Prinzips aus seinem Verhältnis zu anderen und Missachtung seiner inhärenten Grenzen ist charakteristisch für das, was man eine Ideologie nennt.

Im Falle der allein ideologisch begründeten Ausweitung medizinischen Handelns erschöpft sich ärztliche Kompetenz dann lediglich in einer Darstellung der Wahrscheinlichkeit einzelner Wenn-Dann-Ereignisse aufgrund fachwissenschaftlicher Expertise. Medizin degeneriert von einer praktischen Wissenschaft zu einer bloßen Anwendungswissenschaft. Denn das Wesen einer praktischen Wissenschaft erweist sich im Handeln an Personen. Für die Folgen trägt sie nicht nur im Falle von Kunstfehlern, sondern als Institution dem Grunde nach moralische Verantwortung. Dies gilt nicht für eine bloße Anwendungswissenschaft.

Die Medizin kann ihre Identität nur bewahren in der Selbstbeschränkung auf den Ausgleich der für sie konstitutiven Elemente. Dabei ist es nur zu verständlich, dass neue Erkenntnisse der Biomedizin diese Selbstbeschränkung immer auf das Neue herausfordern. Daher gehört die Auseinandersetzung über ihre Ziele selbst zum Merkmal der Medizin. Vor ideologischer Entartung kann dieses Gespräch aber bewahrt werden, wenn nicht einzelnen Aspekten, wie etwa dem Verweis auf Selbstbestimmung, von vornherein eine vorrangige Geltung zukommen. Selbstbestimmung gewinnt, wenn sie in

einen angemessenen Ausgleich mit anderen Prinzipien gebracht wird.

Die geforderte Selbstbeschränkung begrenzt den Einsatz neuer Technologien des Enhancements und der wunscherfüllenden Medizin. Sie rettet aber, was man die Identität und Selbstverständnis der Medizin nennen kann, auf die viele Patienten heute wie in allen Zeiten rechnen und hoffen.

## Referenzen

- 1 vgl. etwa Kettner M., *Wunscherfüllende Medizin – zwischen Kommerz und Patientendienlichkeit* (2005), <http://www.gen-ethisches-netzwerk.de/gid/6/kettner/quot-wunscherfuellende-mezizin-quot-zwischen-kommerz-und-patientendienlichkeit>; (28. September 2008). Er schreibt: „Der heutigen Medizin beginnt zu dämmern, dass wissenschaftliche Heilkunst sich in einem Ausmaße mit der Macht menschlicher Wünsche verquickt, wie es sich die rationale, auf Naturwissenschaft setzende Medizin noch vor wenigen Jahrzehnten nicht hätte träumen lassen.“
- 2 Gadamer H.-G., *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Suhrkamp, Frankfurt (1993), S. 133-148
- 3 Boorse C., *On the distinction between disease and illness*, *Phil Public Affairs* (1975); 5: 49-68  
Fulford K. W. M., *Moral theory and medical practice*, Oxford University Press, Cambridge (1989)  
Nordenfeldt L., *The concepts of health and illness revisited*, *Med Health Care Philos* (2007); 10(1): 5-10
- 4 Callahan D., *The WHO definition of „health“* (1973), in: Beauchamp T. L., Walters L., *Contemporary Issues in Bioethics*, Wadsworth Publishing, Belmont (1989)
- 5 Svenaeus F., *Das unheimliche – Towards a phenomenology of illness*, *Med Health Care Phil* (2000); 3: 3-16
- 6 Derrida J., *Gesetzeskraft: Der „mystische Grund der Autorität“*, Suhrkamp, Frankfurt (1991)
- 7 In Derridas Traktat geht es weniger um die Entfaltung einer Idee der Gerechtigkeit, vielmehr ist dem Autor an der Autorität gelegen, ohne die Recht nicht denkbar ist. Der Referenzbegriff ist jedoch die Gerechtigkeit. Sie ist nicht zu definieren. Darin besteht die Analogie.
- 8 Derrida J., siehe Ref. 6, S. 49 ff.
- 9 Was nicht bedeutet, es gäbe keine Regeln, die zu beachten wären. Die Evidence based medicine wird damit nicht ausgehebelt. Es folgt nur, dass sich medizinische Praxis nicht in der Befolgung der Regeln der Evidence based medicine bereits erschöpft.
- 10 Rabelais F. (1532, 1534, 1546, 1552) in: Rabelais F., *Gar-*

- gantua und Pantagruel*, Insel, Frankfurt (2003)
- 11 Fögen M. T., *Das Lied vom Gesetz*, Carl Friedrich von Siemens Stiftung (Band 87), München (2007), hier S. 93
  - 12 vgl. Dörner K., *Der gute Arzt*, Schattauer, Stuttgart (2001), hier S. 44 ff.
  - 13 vgl. hierzu Lanzerath D., *Was ist medizinische Indikation?*, in: Charbonnier R., Dörner K., Simon S., *Medizinische Indikation und Patientenwille*, Schattauer, Stuttgart (2008)
  - 14 Spaemann R., *Wenn ein schlimmer Zufall des Lebens uns das Glück raubt*, Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 26. November 2007
  - 15 vgl. hierzu Spaemann R., *Das Natürliche und das Vernünftige*, in: Spaemann R., *Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns*, Klett-Cotta, Stuttgart (2001) sowie Foot P., *Die Natur des Guten*, Suhrkamp, Frankfurt (2004)
  - 16 Sahn S. W., *Selbstbestimmung am Lebensende im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ethik und Recht. Eine medizinethische Analyse der jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung und ihrer akademischen Kritik*, *Ethik Med* (2004); 16: 133-147
  - 17 BGH, *AZ XII ZB 2/03*, NJur Woschr (2003) 56: 1588-1594
  - 18 Platon, *Gorgias*, in: Platon, *Sämtliche Werke*, Band I, Schneider Lambert, Heidelberg (1982)
  - 19 vgl. Sahn S., *Sterbebegleitung und Patientenverfügung*, Campus, Frankfurt (2006), hier S. 64 ff., hier S. 64 ff.
  - 20 siehe Schwab A. P., *Formal and effective autonomy*, *J Med Ethics* (2006); 32: 575-579. Diese Einsicht sollte nicht überraschen, ist sie doch Grundlage aller Werbung. Doch wird zweifelsohne diesem Phänomen im Bereich medizinischer Entscheidungsfindung bislang keine hinreichende Aufmerksamkeit geschenkt.
  - 21 Vgl. Sahn S., siehe Ref. 19 und Taupitz J., *Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?*, C. H. Beck, München (2000)
  - 22 siehe Sahn S. W., Will R., *Angehörige als natürliche Stellvertreter. Eine empirische Untersuchung zur Präferenz von Personen als Bevollmächtigte für die Gesundheitsvorsorge bei Patienten, Gesunden und medizinischem Personal*, *Ethik Med* (2005); 17: 7-20 und Sahn S., siehe Ref. 19. Eine Zusammenfassung findet sich in Sahn S., siehe Ref. 19.
  - 23 Casell E. J., *Consent or obedience? Power and authority in medicine*, *N Engl J Med* (2005); 352: 328-330
  - 24 siehe Sahn S., siehe Ref. 19, hier S. 162
  - 25 Kettner M., *„Wunscherfüllende Medizin“ – Assistenz zum besseren Leben?* (2006), [http://www-theol.kfunigraz.ac.at/cms/dokumente/10004575/2a85af7c/Wunscherf%C3%9Cllende+Medizin\\_Kettner.pdf](http://www-theol.kfunigraz.ac.at/cms/dokumente/10004575/2a85af7c/Wunscherf%C3%9Cllende+Medizin_Kettner.pdf) (9. Oktober 2008)



Hildegunde Piza

# Der Arzt zwischen Heil- auftrag und Geschäft

## Zusammenfassung

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist durch ein besonderes Vertrauen gekennzeichnet, das einen hohen Grad an Intimität besitzt. Der Kranke muss sich sicher sein können, dass der Arzt auf seiner Seite steht und ihn niemals als Mittel zum Zweck benutzen wird, seien es außertherapeutische Ziele wissenschaftlicher, klinischer oder ökonomischer Art. Wo die Gewinnmaximierung das Ziel der Tätigkeit wird, wo es ums Geschäftmachen geht, wird das medizinische Ethos verraten. Was die Gesellschaft deshalb braucht, sind nicht Ethik-Spezialisten, sondern moralisch handelnde Ärzte. Der antike Arzt Hippokrates hatte diesen Grundsatz klar vor Augen. Auch damals, 400 v. Chr., waren es die Ärzte selbst, die Flagge zeigten und ihr Berufsverständnis gegen den Mainstream lenkten. Ob die Medizin ihre Identität als professioneller, wissenschaftlich fundierter humanitärer Dienst behalten wird, hängt letztlich davon ab, ob es gelingt, mit Überzeugung dem seit Hippokrates tradierten ärztlichen Ethos zu folgen. Dieses Umdenken und Umlenken wird wesentlich von den Ärzten selbst ausgehen müssen.

**Schlüsselwörter:** Hippokratischer Eid, Arzt-Patienten-Verhältnis, Medizin-Ökonomie

## Abstract

Physician-patient relationship is characterized by a very special and intimate trust. The patient must be able to rely on his/her doctor's actions to be exclusively in the patient's interest, in the absence of any extratherapeutic scientific or economical targets. Maximizing business would be a traitor to medical ethics. Our society is in need of morally acting doctors, not of specialists in morals. The antique physician Hippocrates (400 BC) based his principles clearly on this fact. Even then, it was the doctors who bravely steered against the mainstream of their profession. Whether or not medicine can uphold her identity as a science-based humanitarian service will largely depend on the ability of the medical profession in convincingly handing down these ethical principles proposed by Hippocrates. A trend to change the self-image of the medical profession has to originate from the physicians themselves.

**Keywords:** hippocratic oath, physician-patient relationship, economy and medicine

Univ.-Prof. Dr. Hildegunde Piza  
Kalmanstraße 41, A-1130 Wien  
piza@aon.at

## Die Aufgabe des Arztes

Auf den ersten Blick scheint die Aufgabe des Arztes leicht bestimmbar zu sein: „Er hat dafür zu sorgen, dass die Kranken gesund werden und die Gesunden gesund bleiben.“<sup>41</sup> (R. Guardini) Dafür muss der Arzt Voraussetzungen mitbringen: zum einen die nötige wissenschaftliche Vor- und Ausbildung, zum anderen die Fähigkeit, sich auf Menschen einzulassen, Erfahrungen zu machen und zu verarbeiten. Er muss zuhören können, beobachten gelernt haben, erkennen, wo die Not und worin ihre Ursache liegt. Schließlich kommt es ihm aufgrund der erkannten Sachlage zu, besonnen und entschlossen nach entsprechender Aufklärung des Kranken und mit seinem Einverständnis jene Entscheidung zu treffen, die dem Wohl des Patienten am meisten dient.

So einfach sich die Aufgabe des Arztes hier skizzieren lässt, so klar ist, dass wir heute um dieses Selbstverständnis neu ringen müssen. Die Rahmenbedingungen haben sich geändert: die Gesellschaft mit ihren Anforderungen dem Arzt gegenüber, der mit immer mehr Administration überlastet wird und dadurch die Arzt-Patienten-Kontaktzeiten immer mehr schrumpfen; die Medizin mit ihren Spezialfächern, wo sich der einzelne Arzt nur noch mit einem Organ beschäftigt und den nächsten fragen muss, sobald er an die Grenzen seines eigenen Faches stößt, weil nur noch wenige den Überblick über den gesamten Menschen haben; wo es für jede Untersuchung einen neuen Facharzt braucht. Somit ist es verständlich, dass ein Arzt in diagnostische Straßen verweist, in denen Patienten Stunden durch das ganze Spital und alle Abteilungen geschoben werden oder tagelang sich in oft weit voneinander entfernten Ordinationen durchkämpfen müssen. Durch all die sogenannten technischen Errungenschaften sind aus schwierigsten chirurgischen Eingriffen Manöver wie Herzkatheter und Endoprothesen zum künstlichen Gelenkersatz zur Selbstverständlichkeit geworden. Hier handelt es sich aber immer noch um Kranke, und man muss sich die Frage stellen: Ist diese Medizin für alle noch leistbar?

Eine unglaublich große Anzahl an sogenannten Gesunden stellt plötzlich Anforderungen an die Medizin, weil sie ihren Körper verbessern wollen – und dazu brauchen sie einen Arzt. Das geht von Sportlern, die genau wissen, dass sie Knorpelschäden davontragen, wenn sie ihre Gelenke überbelasten und dann durch eingespritzte gezüchtete Knorpelzellen ihre Schmerzen los werden wollen, damit sie wieder Tennis oder Golf spielen können bis zu Menschen, die sonnengebräunt in Ägypten ihren 70. Geburtstag feiern, aber die durch regressive Veränderungen aufgetretenen Falten womöglich noch auf Krankenkassenkosten entfernt haben wollen. Diese Wünsche kann man bis zu einem gewissen Grad ja noch verstehen, weil es um das Schlagwort Lebensqualität geht. Aber wenn jetzt immer mehr Junge mit dem Wunsch an die Medizin, verbessert zu werden, fordernd an den Arzt heran treten, dann erhebt sich die Frage, was jetzt noch die Aufgabe des Arztes ist und ob der Heilbefehl wirklich erfüllt wird.

Was, wenn der Kranke mit der Gesinnung eines Kunden kommt, der zahlt und deshalb „anschafft“ und Ansprüche stellt? Nicht jeder, der mit Kopfschmerzen zum Arzt kommt, braucht eine Computertomographie. Aber wenn der Patient das fordert und man als Arzt den Wunsch nicht erfüllt, endet das im Konflikt. Der Arzt als Freund des Kranken – ein rührseliges Relikt? Welchen Platz nehmen Arzt bzw. Patient ein in einer Gesellschaft, wo Gesundheit als höchstes Gut zu gelten scheint, dem zu opfern man alles verpflichtet ist? In einer Gesellschaft, in der Gesundheit wie alles als machbar gilt, als herstellbares Produkt?

## Die Bedeutung des Vertrauens

Kein anderer Berufsstand hat sich mit seinem Ethos so beschäftigt wie der Arztberuf. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist durch eine Besonderheit gekennzeichnet: durch Vertrauen, das einen hohen Grad an Intimität besitzt. Der Patient vertraut nicht bloß seine Krankheit dem Therapeuten an, sein Hüftgelenk dem Chirurgen, sein Asthma dem In-

ternisten, so wie man etwa seine Steuerangelegenheiten dem Steuerberater oder seine Rechtsprobleme dem Anwalt anvertraut. Dort bleibt man Kunde, „behandelt“ werden das Vermögen oder die Rechte des Klienten bzw. Mandanten, nicht aber dieser selbst. Im Arzt-Patient-Verhältnis jedoch vertraut der Patient SICH dem Arzt an. Der Kranke ist damit sowohl Objekt als auch Subjekt Gegenstand ärztlichen Handelns. Diese Besonderheit der Beziehung hat ethische Folgen, die den Berufsstand des Arztes seit mehr als 2400 Jahren beschäftigen. Im Jahr 400 v. Chr. ließ Hippokrates seine Schüler einen Eid rechten ärztlichen Verhaltens schwören, dessen Inhalt feste Gewissensüberzeugung war. Schon damals war klar: Wer über Leben und die Gesundheit eines anderen Menschen Eingriffsgewalt erhält, muss vertrauenswürdig und verlässlich sein. Und er muss sein Gegenüber auf Augenhöhe behandeln, als Person, nicht nur als „Fall“, als Systemerhalter oder gar als den zahlenden Kunden. „Sobald das geschieht, wird das Verhältnis zwischen dem Arzt und dem Kranken zerstört.“ Der Kranke ist auf den Arzt angewiesen, er muss „ohne Zweifel sicher sein, dass letzterer auf seiner Seite steht“<sup>2</sup> und ihn niemals als Mittel zum Zweck benutzen wird, seien es außertherapeutische Ziele wissenschaftlicher, klinischer oder ökonomischer Art. Der antike Arzt Hippokrates hatte diesen Grundsatz klar vor Augen – und er könnte auch uns wieder die Augen öffnen, um aus dem Tunnel heraus wieder ein zukunftsweisendes Bild des Arzt-Patient-Verhältnisses zu schaffen.

### Der Eid des Hippokrates

Im hippokratischen Eid heißt es, dass der Arzt seine ärztliche Kunst ausschließlich zum Nutzen und niemals zum Schaden von Patienten einsetzen wird, inklusive der hochaktuellen Passage: „Nie werde ich jemandem, auch auf Verlangen nicht, ein tödlich wirkendes Gift geben und auch keinen Rat dazu erteilen; gleicherweise werde ich keiner Frau ein fruchtatreibendes Mittel geben: Heilig und fromm werde ich mein Leben bewahren und meine Kunst.“<sup>3</sup> Der Hippokratische Eid fasst das ärztliche

Berufsethos eindrucksvoll zusammen: der unantastbare Wert und die Würde jedes Menschen, der absolute Respekt vor dem Leben und der Person, der Schutz des Patienten vor dem Arzt, aber auch des Arztes vor unangemessenen Forderungen seines Patienten, etwa einer Tötung auf Verlangen. Halten wir aber vor allem eines fest: Es waren die Ärzte selbst, die Flagge zeigten und ihr Berufsverständnis gegen den Mainstream lenkten. Das ist ein wichtiger Ansatz, denn er macht deutlich, dass es nicht Ziel sein kann, im postmodernen Ruf nach Ethik jedem Arzt einen Moralspezialisten an die Seite zu stellen. Was die Gesellschaft und die Ärzteschaft braucht, das sind nicht Ethik-Spezialisten, sondern moralisch handelnde Ärzte!

### Wandel des Arzt-Patient-Verhältnisses in der Heilsindustrie

Nicht selten wird die Aktualität des Eids des Hippokrates aber auch kritisch hinterfragt: Hat er in der heutigen Medizin, die hoch technologisiert und enorme Fortschritte gemacht hat, noch Platz, noch Sinn?

Der Hippokratische Eid entstand im Rahmen eines paternalistischen medizinischen Paradigmas, von der sich das 20. Jh. weitgehend verabschiedet hat. Unsere Zeit ist geprägt vom Übergang zum partnerschaftlichen Modell in der Arzt-Patient-Beziehung. Die Medizin macht dazu eine zweite, tiefgreifende Metamorphose durch: Sie wandelt sich von einer auf einer sehr persönlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient beruhenden Heilkunst hin zu einer komplexen, überproportional wachsenden Industrie.<sup>4</sup> Beide Faktoren führen dazu, dass das alte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient mehr und mehr abgelöst wird von einem Vertragsverhältnis. Der Patient wird zum Kunden, der Arzt zum Dienstleister, der seine Produkte verkauft, die Praxis und das Krankenhaus zum „Profit-Center“.<sup>5</sup> Passt das Bild des Kunden tatsächlich zum Bild eines Kranken, eines *patients*?

Kunde zu sein, setzt Souveränität voraus, Autonomie. Schließlich kann man sein Geld für eine

Stereoanlage ausgeben oder für einen Flug nach Istanbul. Wie steht es mit der sogenannten Souveränität oder Mündigkeit eines Patienten? „Mit der Souveränität eines 40jährigen mit Herzinfarkt, eines 70jährigen mit Oberschenkelhalsbruch, eines juvenilen Diabetikers, eines Sportlers mit Meniskusabriss? Welche Souveränität hat denn ein Kind, das an den körperlichen und seelischen Wunden einer Misshandlung leidet? Welche ‚Kunden‘-Souveränität hat ein Suchtkranker?“, fragt der Generalsekretär des Weltärztebundes, Otmar Kloiber und kommt zu dem Schluss: „Der Patient ist nicht mündig, sondern der Patient ist krank.“ Diese Aussage sei zwar politisch völlig unkorrekt, dafür aber wahr und von daher darf sie zumindest Anlass zu weiteren Gedanken sein: „Der Patient ist also krank und günstigstenfalls wird er durch die Fürsorge, die Beratung und manchmal sogar erst durch die Therapie mündig und gerät dann in die Lage, über sich und seine Krankheit zu entscheiden. Diese Entscheidungen überlassen viele Patienten – auch wenn sie selber Ärzte sind – ihren behandelnden Ärzten – nicht weil sie an sich unmündig sind, sondern weil sie eben krank sind und auf die Professionalität und Fürsorge ihrer Ärztin oder Ihres Arztes vertrauen.“ Wo diese naturgemäße Asymmetrie der Beziehung ausgeblendet wird, kommt es zu dramatischen Konsequenzen. „Die Umfunktionierung des Patienten zum Kunden bedeutet daher nicht weniger als die Ausblendung des Menschenseins im Kunden und die Instrumentalisierung seiner Person zum Zwecke der Gewinnmaximierung.“<sup>6</sup>

Im medizinischen Betrieb ist also nicht mehr die Fürsorgerationalität ausschlaggebend, die von der asymmetrischen Stellung von Helfer und Hilfesuchenden in der Arzt-Patient-Beziehung ausging. Der Arzt soll nur noch als Berater und Vertragspartner des Patienten agieren. Die letzte Entscheidung soll beim Patienten liegen, der mehr und mehr zum Klient geworden ist: Der Klient ist König, auch in der Ordination (vor allem in den privaten). Das Verhältnis Arzt-Patient ist damit in erster Linie ein Geschäftsverhältnis. Das ist alles andere als wünschenswert.

Denn wenn die wirtschaftliche Rationalität in der medizinischen Versorgung überhandnimmt, wird dies der Arzt-Patient-Beziehung die Regel des Marktes aufzwingen, den Arzt zum einfachen Anwender von Heilstechniken degradieren und damit die Medizin ihre Identität als Dienst am Menschen verlieren. Zu Ende gedacht, bringt das noch andere Konsequenzen: „Eine Medizin, die nur noch Markt wäre, wäre allenfalls eine Medizin für Gesunde, aber die Medizin für Kranke, für hilfsbedürftige Menschen wäre damit am Ende abgeschafft.“<sup>7</sup> Das hat noch eine ganz andere, beklemmende Botschaft: Der eigentlich Kranke, Sterbende, behinderte, hilfsbedürftige Mensch ist ein Mensch zweiter Klasse. Er hat im System keinen Platz mehr.<sup>8</sup> Wollen Ärzte und Gesellschaft eine Medizin, die in erster Linie ein Geschäft ist und damit aufhört, Medizin im eigentlichen Sinn zu sein?

### Ausblicke und Rückbesinnung

Die Zahlen machen es deutlich: Immer weniger junge Mediziner sind bereit, „in der kurativen Patientenversorgung tätig zu werden“, berichtete die Deutsche Bundesärztekammer 2005. Schätzungen zufolge würden nur noch zwischen einem Drittel und der Hälfte aller Medizinstudenten im Anschluss an ihr Examen tatsächlich als Ärzte tätig werden.<sup>9</sup> Sie wählen eine Zukunft ohne weißen Kittel und arbeiten heute in der Unternehmensberatung oder in den Medien, in der Pharmabranche oder der Medizintechnologie. Das muss bedenklich stimmen. Bei zukünftigen Ärzten zeichnet sich eine vorausseilende Distanzierung zum Patienten ab. Die Vorstellung einer Heilsindustrie, in der ein Arzt vor allem seine ökonomische Rolle als Leistungserbringer erfüllen muss, ist für viele Jung-Mediziner alles andere als ein Ideal.<sup>10</sup> Viele scheuen auch die hohe Verantwortung und die immer größer werdende Last des „Rechtfertigens“. Könnte man aber die jungen Ärzte nicht bereits in der Ausbildung auf diese Anforderungen vorbereiten? Und zwar genau durch Rückbesinnung auf das Wesentliche – auf das Wohl des Patienten: Ethische Fragen zu

stellen, Diskussionen zu aktuellen Themen wie Sterbehilfe, Schulung des „Hausverstandes“, dass nicht jeder Patient die gesamte diagnostische Reise durch das Krankenhaus antreten muss, nur damit am Ende dabei nichts heraus kommt.

Die Entwicklung ist bedrohlich, es ist höchste Zeit, umzudenken. Es ist richtig, dass der Arzt auch verpflichtet ist, ökonomisch zu denken. Ökonomisch heißt aber in diesem Fall, die limitierten Ressourcen für das Gemeinwohl und individuellen Wohlstand zu optimieren.<sup>11</sup> Der Arzt muss jedoch vor allem Gewinndenken die menschliche Person in ihrer Ganzheit in die Mitte des ärztlichen Handelns stellen und mitunter monetär bewertbare Dimensionen außer Acht lassen, um ein guter Arzt zu sein. Wo die Gewinnmaximierung das Ziel der Tätigkeit wird, wo es ums Geschäftmachen geht, wird das medizinische Ethos verraten. Ob die Medizin ihre Identität als professioneller, wissenschaftlich fundierter humanitärer Dienst behalten wird, hängt letztlich davon ab, ob es gelingt, mit Überzeugung dem seit Hippokrates tradierten ärztlichen Ethos zu folgen. Dieses Umdenken und Umlenken wird wesentlich von den Ärzten selbst ausgehen müssen. So wie es Hippokrates getan hat: politisch ziemlich unkorrekt, dafür aber einem hohen Berufsethos verpflichtet und in seinem Verhalten menschlich.

## Referenzen

- 1 Guardini R., *Der Arzt und das Heilen*, in: *Ethik. Vorlesungen der Universität München (1950 – 1962)*, Band 2, Matthias Grünewald-Verlag, Mainz (1993), S. 958
- 2 Guardini R., siehe Ref. 1, S. 963
- 3 Zitiert nach Balkenohl M., *Der Eid des Hippokrates. Griechischer Urtext, Übersetzung, Interpretation, Wirkungsgeschichte, Heutige Problemlage und moderne Dokumente*, Derschneider Verlag, Abtsteinach (2007)
- 4 Wiesinger H., *Ökonomie und Chirurgie: Widerspruch oder Notwendigkeit?*, Allgemeinchirurgische Abteilung des LKH Villach, online-Publikationen, [http://www.kabeg.at/fileadmin/uploads/KABEG\\_Portal/LKH\\_Villach/Allgemeinchirurgie/4\\_OEkonomie\\_und\\_Chirurgie\\_\\_1997.pdf](http://www.kabeg.at/fileadmin/uploads/KABEG_Portal/LKH_Villach/Allgemeinchirurgie/4_OEkonomie_und_Chirurgie__1997.pdf)
- 5 Kloiber O., *Der Patient als Kunde – Der Arzt als Dienst-*

*leister*, Öffentliche Dialogveranstaltung „Das Arzt-Patient-Verhältnis in der modernen Medizin“, Aula der Friedrich-Schiller-Universität, Jena, 2. Juli 2001, [http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0718/ftp/pdf\\_arch/med\\_kloi.pdf](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2005/0718/ftp/pdf_arch/med_kloi.pdf)

- 6 Maio G., *Medizin im Umbruch: Ethisch-anthropologische Grundfragen zu den Paradigmen der modernen Medizin*, *Zschr med Ethik* (2007); 53(3): 241
- 7 Maio G., siehe Ref. 6, S. 244
- 8 Lütz M., *Gesund und gleichzeitig krank – ein Plädoyer gegen den Fitness- und Wellnesswahn*, Internet-Journal Kultur-Punkt, <http://www.kultur-punkt.ch/gesund-heit/gesundheit/swr2-luetz-wellnesswahn05-2.htm>
- 9 *Mediziner auf Abwegen, Immer weniger Mediziner haben Lust, Arzt zu sein*, in: UNICUM Beruf, Juli 2005, [http://www.unicum.de/evo/4646\\_1](http://www.unicum.de/evo/4646_1)
- 10 Die öffentlichen Universitäten entließen 2002 die Medizinischen Fakultäten in ihre Selbstständigkeit. Im Jahr 2003 wurde die erste private Medizinuniversität in Salzburg, die Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, gegründet. Der enorme Einsatz der für die Lehre zuständigen wird hoffentlich Früchte zeigen, da ja auch der Studienplan völlig neu erarbeitet wurde. Ob es aber gelingt, die enormen Schwierigkeiten der Autonomiewerdung der Medizinischen Universitäten und gleichzeitig eine komplette Umkrepelung des Studienplanes zum Wohle der 1500 jedes Jahr neu in die Medizinischen Universitäten aufzunehmenden langfristig gelingt, bleibt abzuwarten.
- 11 Prat E. H., *Ist der Arzt ethisch verpflichtet, auch ökonomisch zu denken?*, *Imago Hominis* (1997); 4: 203-212



Josef Kandlhofer

# Die Grenzen der Sozialmedizin

## Zusammenfassung

Versicherungen lösten im 19. Jh. die familiale Solidarität ab. Seit Beginn durchlaufen sie aber eine Krise, da die Versichertenmehrheit meint, sie erhalte weniger als sie einzahlt. Auch daher stoßt die Sozialmedizin an ihre Grenzen. Die Ökonomie im Gesundheitswesen zeigt, dass es im Unterschied zu anderen Märkten nie einen Überfluss an medizinischen Leistungen gibt. Da davon auszugehen ist, dass Verbesserungen nicht unbegrenzt zu finanzieren sind, wäre das Rationalisierungs- und nicht das Rationierungsgebot in der Medizin moralische Pflicht. In Westeuropa werden die Ressourcen knapper, wodurch Verantwortliche der medizinischen Verwaltung die Pflicht haben, alle zu Gebote stehenden Effizienzpotenziale zu heben. Aber es entstehen auch für Patienten moralische Verpflichtungen: Primär sei Eigenverantwortung und dann Solidarität genannt. Manche sprechen von der 2-Klassen-Medizin. Im ASVG wird die Krankenbehandlung für alle einheitlich geregelt: ... sie muss ausreichend und zweckmäßig sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Dies schließt die 2-Klassen-Medizin aus, da gleicher Standard für jährlich 80 Mio. Arztbesuche in Österreich festgelegt ist.

**Schlüsselwörter: Gesundheitsökonomie, Rationalisierung, Verantwortlichkeit, Solidarität**

## Abstract

Insurances have replaced familial solidarity in the 19th century. They are, however, afflicted by a continuing crisis, since the majority of insured people hold that they are gaining less than what they have paid – pushing social medicine towards its limits. Health economy can – compared with other markets – never deal with an abundance of (medical) output. Since amendments are financially limited, it appears to be a moral obligation to practice rationalization rather than rationing in medicine. In the light of resources becoming scanty in Western Europe, the potential of raising efficiency is an obligatory challenge for conscientious health managers, appealing primarily on individual responsibility, but also solidarity. Some people see a problem in the divergence between a so-called first and second class medicine. The Austrian legislation provides a uniform ruling: ... *(the practice of medicine) must be sufficient and practical and must not go beyond measures of necessity.* This excludes a “medicine of two classes”, a standardization, which applies to yearly 80 million visits with a physician in Austria.

**Keywords: Health economy, rationalization, personal responsibility, solidarity**

Prof. Dr. Josef Kandlhofer  
Generaldirektor des Hauptverbandes  
der österr. Sozialversicherungsträger  
Kundmannngasse 21, A-1030 Wien

Wir sind Zeugen und zugleich in Mitleidenschaft Geratende, wie jenes nicht exakt bestimmbare Etwas, das man in unseligen Zeiten „Volksgeundheit“, danach in der Phase des optimistischen Aufbruchs „Sozialmedizin“ und seit der Neuformierung staatlich-öffentlicher Aufgabenfelder „Public Health“ genannt wird, nun an seine Grenzen stößt.

### **Länger leben bei gleichem Verbrauch**

Freilich muss dabei konzediert werden, diese „Rezession“ erfolgt auf einem hohen Niveau. Die Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung bei der Geburt hat sich seit Ende des 19. Jahrhunderts verdoppelt; sie beträgt für neugeborene Mädchen heute 84, für neugeborene Buben 77 Jahre. Im Alter von 65 Jahren können Frauen heute noch 21 und Männer noch 17 Lebensjahre erwarten.<sup>2</sup> Die Zahl der in nicht guter oder gar in schlechter Gesundheit verbrachten Lebensjahre (Krankheitslast der Bevölkerung) ist seit 1980 praktisch unverändert geblieben, seit 1998 ist ihr Anteil leicht gestiegen. Zwischen 1970 und 2000 stiegen die Gesundheitsausgaben von 5,2 auf 9,9 Prozent des BIP<sup>3</sup>, obwohl der Anteil der über 60-Jährigen an der Wohnbevölkerung nur geringfügig zunahm und die Zahl der Sterbefälle um rund ein Viertel sank.<sup>4</sup>

Es drängt sich daher die Frage auf, warum die markante Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Krankenversorgung nicht zu einer nachhaltigen Verringerung der Krankheitslast der Bevölkerung geführt hat. Und ich fürchte, wir finden die Antwort nicht, wenn wir bei der Ursachenforschung unseren Blick auf das bestehende System der Krankenversorgung beschränken.

Zunächst scheint es mir zweckmäßig, den Begriff „Nachhaltigkeit“ und seine Bedeutung mit einer Bemerkung zu versehen, zumal die Sozialmedizin – ganz ähnlich wie die Ökologie – darin ihre Grundbestimmung zu finden trachtet. Der Begriff stammt ja ursprünglich aus der Forstwirtschaft der deutschen Fürstentümer im 18. Jahrhundert. Er bezeichnete die Bewirtschaftungsweise des Waldes, bei der nur so viel Holz entnommen wird, wie

nachwachsen kann.

### **Was ist Sozialmedizin?**

Dieser konservierende Aspekt steht auch im Zentrum des sozialmedizinischen Selbstverständnisses. Der Grazer Sozialmediziner und Epidemiologe, Horst Noack, versteht denn auch unter einer nachhaltigen öffentlichen Gesundheitspolitik eine solche, die eine dauerhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung bewirkt, ohne dass dabei der Ressourcenverbrauch steigt. Sie entzieht anderen öffentlichen Sektoren wie z. B. Ausbildung, Umwelt, Beschäftigung oder privaten Haushalten keine Ressourcen, um damit wachsende Finanzierungslücken im Gesundheitsetat zu schließen.<sup>5</sup>

Die Sozialmedizin beschäftigt sich mit der Interaktion von sozialen Bedingungen, Gesundheit und Krankheit. Sie wird auch als die Lehre von der Gesundheitspolitik bezeichnet. Die Sozialmedizin und ihre Anwendung (Public Health) bedienen sich denn auch der Epidemiologie<sup>6</sup> als Informationsquelle und setzen die Erkenntnisse der Epidemiologie in Public Health Programme um, um einen Beitrag zur Förderung der Volksgesundheit zu leisten. Im Rahmen des Gesundheitswesens war der Sozialmedizin stets eine „Stabsfunktion“ zugeordnet, die die „Linienfunktionen“ (Prävention, Früherkennung, Therapie und Nachsorge) durch Planung unterstützt und evaluiert.

Die Zusammenhänge von ökonomischen, sozialen und kulturellen Einflussfaktoren auf die Lebenserwartung der Menschen und die Verteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken sind ja inzwischen wissenschaftlich gut belegt. Dieses Wissen findet jedoch noch nicht in allen Ländern seinen institutionellen Ausdruck.

In Großbritannien wurde z. B. ein Ministerium für Public Health geschaffen, das unter anderem die Aufgabe hat, wirksame Strategien und Maßnahmen zu erarbeiten. Zur Vorbereitung einer neuen Gesundheitsstrategie für Europa hat die Europäische Kommission über 150 Konsultationen abgehalten. Diese neue Strategie sieht gesund-

heitspolitische Verbesserungen in allen nunmehr 27 Mitgliedsländern vor.

### **Gerechtigkeit als Problem der allgemeinen Gesundheit**

In diesem Zusammenhang ist zweifellos auch die Frage der gerechten Verteilung der nicht unbegrenzt vorhandenen Gesundheitsressourcen zu diskutieren. Hier ist zweierlei zu beachten: Zum einen ist der Gesundheitszustand eines Menschen nur zum Teil von der medizinischen Versorgung im engeren Sinn abhängig. Die erhebliche Zunahme der Lebenserwartung in den Industrienationen im letzten Jahrhundert ist unter anderem auf verbesserte sozioökonomische und hygienische Bedingungen zurückzuführen. Zum anderen bestehen auch bei einem unbeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung immer hohe Diskrepanzen im Gesundheitszustand der Menschen. Daher dürfen sich Gerechtigkeitsüberlegungen im Kontext von Gesundheit und Krankheit nicht auf den Zugang zur medizinischen Versorgung erschöpfen.

Dass die Gesundheit kein so einfach herstellbares Produkt ist, sondern allenfalls wiederhergestellt werden kann, ist mit ein Grund für die Ausbildung eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems, das auf einkommensabhängigen Beitragszahlungen basiert. Indem die Risikofolgen verteilt werden, hat es primär die Verteilungsgerechtigkeit und nicht die Tauschgerechtigkeit zur Maßgabe.

Die hohle und abstrakt-formale Bestimmung von Gerechtigkeit stammt aus der Spätantike und lautet: Jedem das Seine. Ich erlaube mir daher in einem kleinen Exkurs auf fundamentale Unterscheidungen in der antiken Ethik einzugehen.

### **Gerechtigkeitsformen bei Aristoteles**

Aristoteles unterscheidet zwischen distributiver und kommunikativer Gerechtigkeit. Bei ersterer ist es möglich, dass der eine das Gleiche wie der andere oder nicht das Gleiche zugeteilt erhält. Die andere Grundform sorgt dafür, dass die vertraglichen Beziehungen zwischen den Menschen rechtens sind.<sup>7</sup>

Die *iustitia distributiva* beruht auf der staatlichen Zuweisung von Gütern und Rechten nach dem Prinzip der Angemessenheit. Die *iustitia commutativa* verweist hingegen auf die ausgleichende Tauschgerechtigkeit, deren Grundlage der Vertrag ist. Es geht dabei um den gerechten Tausch zwischen einander gleichgestellten Partnern, unabhängig von ihrem Einkommen oder Vermögen.

Aristoteles bedachte dabei, dass die Regeln der Proportionalität nie exakt auf die einzelne Situation angewendet werden können und forderte daher zusätzlich eine Fallgerechtigkeit, die Epikie. Sie ist als *aequitas* oder Billigkeit in die weitere Diskussion eingegangen, aber lediglich als Korrektiv außerhalb der Regeln. Es steht also im Gerechtigkeitskonzept bei Aristoteles die angemessene Behandlung von Personen der Wertäquivalenz von Sachen gegenüber.

In späterer Folge lösten im Rahmen der Gerechtigkeitsdiskussion anthropologische Gesichtspunkte – etwa jene nach den Grundbedürfnissen – die alten Gesichtspunkte immer mehr ab, ein Umstand, der dem Auf- und Einstieg des Bürgertums in den weltweiten Handel zuzuordnen ist. Die Einheit des Ganzen konnte aber nur gewahrt werden, indem das spätantike „Jedem das Seine“ an Bedeutsamkeit zunahm.

### **Gerechtigkeitstheorie heute**

Erst in der Neuzeit haben sich wieder Theoretiker zwischen Ethik und Ökonomie mit der Gerechtigkeit befasst, etwa David Hume, Adam Smith und John Locke. Aber bei all diesen dominiert die Frage der Tauschgerechtigkeit, während die *iustitia distributiva* für lange Zeit in die Sphäre der privaten Tugenden verschoben wird.

Die aus dem römischen Recht stammende *obligatio in solidum* war anfangs eine besondere Haftungsart, nach der die Gemeinschaft für die Schulden des Einzelnen einstehen musste. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts wurde dieses Prinzip auch auf die Sozialpolitik und später auf das Krankenversicherungskonzept übertragen.

Üblicherweise rechnen rational handelnde Individuen denn auch nicht damit, unter Annahme einer Durchschnittswahrscheinlichkeit schwer zu erkranken. Wenn sie sich dann also dennoch als Beitragsleistende solidarisch verhalten, so nur in Bezug auf Krankheiten, die sehr wahrscheinlich sind. Versicherungstechnisch ergibt sich daraus tendenziell ein Nullsummenspiel.

Daher stellen Autoren verschiedener Denkrichtungen die Gleichheit als universalistisches Konzept grundsätzlich in Frage: So der Liberale Robert Nozick ebenso wie der als Kommunitarist bezeichnete Michael Walzer. In ihrer in den USA geführten Debatte („Why Equality“) verhandelten sie die Frage, inwiefern Gerechtigkeit überhaupt etwas mit Gleichheit zu tun haben soll.

Während für Walzer<sup>8</sup> sämtliche Zuteilungen gerecht bzw. ungerecht stets nur im Verhältnis zur gesellschaftlichen Bedeutung der zur Verteilung gelangenden Güter sind, sollen nach Nozick<sup>9</sup> lediglich die negativen Freiheiten geschützt werden: Er kritisiert das Gleichheitsideal über die so genannte „Leveling-Down-Objektion“, wonach in diesem Kontext die Schwerkraft der Angleichung nach unten wirksam wird und damit zu einer Schlechterstellung des zuvor relativ Bessergestellten führt.

Solange nämlich die Gerechtigkeit in der Art einer Grundversorgung im Sozialstaat existiert, könnte nach Nozick der Einzelne auf Grund seiner stärkeren Präferenz für Gesundheit im Gegensatz zu anderen, die ihr Einkommen anderweitig ausgeben, eine bessere Versorgung erhalten. Das Prinzip der Konsumentensouveränität sollte demnach auch am Gesundheitsmarkt einer sozialen Marktwirtschaft herrschen.

Der sicherlich bekannteste Gerechtigkeitstheoretiker des 20. Jahrhunderts war John Rawls. Er konzipierte eine andere Form der Gerechtigkeit, und diese wäre die erste Tugend sozialer Institutionen, ähnlich der Wahrheit bei den Gedankensystemen<sup>10</sup>. Sein bekannter Ausgangspunkt ist der „Schleier des Nichtwissens“, unter dem die Bürger einer Gesellschaft ihre Grundregeln definieren.

Nach Rawls gelangen zunächst die Grundgüter zur Verteilung, danach einigt man sich auf Gerechtigkeitsprinzipien. Zweierlei ist dabei zu beachten: Jeder soll gleiches Recht auf das umfangreichste System gleicher Grundfreiheiten haben, die darin mit allen anderen verträglich sind. Soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten seien dabei so zu gestalten, dass zum einen vernünftigerweise zu erwarten ist, dass sie zu jedermanns Vorteil dienen, und zum anderen sie mit Positionen und Ämtern verbunden sind, die jedem offen stehen.

### Das Gerechtigkeitsproblem in der Krankenversicherung

Versicherungen haben seit dem 19. Jahrhundert die alte familiale Solidarität abgelöst. Seit Anbeginn durchlaufen sie aber eine Krise, da heute wie vormals jeweils eine deutliche Mehrheit aller Versicherten der Meinung ist, dass sie z. B. im Falle der Krankenversicherung weniger erhält, als sie einzahlt. Dies deshalb, weil der Median der bezogenen Leistungen vom arithmetischen Mittel der Zahler weit entfernt ist.

Dazu gesellt sich der Umstand, dass die Aufwendungen für die beiden letzten Lebensjahre zunehmend legitimationsbedürftig werden, da diese Ausgaben zumeist auf Grund des technischen Fortschritts entstehen. Zudem betrogen die kontinuierlich steigenden Gesundheitsausgaben im Jahr 2005 in Österreich 25,08 Mrd. Euro, das sind 10,2 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Davon waren 18,99 Mrd. Euro öffentliche Ausgaben, das sind 7,7 Prozent des BIP.

Das ökonomische Grundproblem im Gesundheitswesen besteht nämlich darin, dass es – im Unterschied zum Markt der anderen Güter und Waren – niemals einen Überfluss an medizinischen Leistungen geben wird. Man könnte medizinisch so gut wie immer mehr tun, als man de facto unternimmt.<sup>11</sup> Wir stoßen in der Medizin damit unweigerlich auf das Problem der Opportunitätskosten bzw. den sogenannten „Schattenpreis“. Das heißt, dass jeder guten Tat wie ein Schatten eine andere

gute Tat folgt, die man um ihretwillen unterlassen muss. Die Kosten einer guten Tat bestehen also in einer unterlassenen anderen guten Tat, auf die man verzichten muss. So stellt sich das Knappheitsproblem in der Medizin.

Insoweit wäre das Rationalisierungsgebot in der Medizin als moralische Pflicht zu sehen. Gleichzeitig liegt es auf der Hand, dass die von Politikern angesprochenen Rationalisierungsreserven keineswegs so groß sind, um sämtliche Knappheiten in der gesundheitlichen Versorgung zum Verschwinden zu bringen. Denn einen Überfluss an medizinischen Leistungen wird es, wie schon gesagt, niemals geben.

Die Knappheit in der Medizin hat jedoch einen besonderen Charakter: Mit dem Anwachsen medizinischer Möglichkeiten wird nämlich der Zusatznutzen weiterer Leistungen keineswegs notwendig unter einen bestimmten Schwellenwert gedrückt. Ein Beispiel: Wer mit großem Hunger ein Büffet plündert, wird den ersten Gang genießen, den zweiten vielleicht auch noch, beim vierten wird er sich der Sättigungsgrenze nähern und beim fünften der Toilette. In der Medizin scheint das anders zu sein.

Der Nutzen nimmt nicht mit der Expansion des Konsums dieser Leistungen in gleicher Weise ab. Er wächst im Gegenteil mit steigender Zunahme des medizinisch-technischen Fortschritts. Gleichzeitig dringt es verstärkt ins allgemeine Bewusstsein, dass diese Leistungen nicht allen zur gleichen Zeit, und damit ist auch gemeint – während der Lebensspanne aller –, zugänglich gemacht werden können.

Bei Organallokationen wird es allgemein akzeptiert, dass eine rationierende Zuteilung stattfinden muss. In anderen Bereichen werden rationierende Zuteilungen tabuisiert und sind verpönt. „Rationalisierung ja, Rationierung nein“ lautet ein nicht unpopuläres Motto, das selbst das Wissen darüber verbirgt, dass die Zuteilung knapper Ressourcen keineswegs die Aufhebung der Knappheit selbst bedeutet.

Wir sitzen nämlich in der Fortschrittsfalle: Gerade, weil die Medizin so fortgeschritten ist,

wächst die Zahl der Kranken in der Gesellschaft. Je besser die Medizin, desto kränker die Gesellschaft. In einer Gesellschaft ohne gute Dialyseversorgung wird es kaum Nierenkranke geben, da diese bald versterben. Verfügt man über eine umfangreiche Dialyseversorgung, wächst die Anzahl chronisch nierenkranker Patienten.

Das führt zu der scheinbaren Paradoxie, dass die Versorgungsqualität erkrankter Patienten umso höher zu bewerten ist, je höher die Anzahl der Kranken ist. Und tatsächlich bewirken viele medizinische Maßnahmen nicht mehr die Heilung eines Patienten, sondern nur die zeitliche Ausdehnung der Behandlungsbedürftigkeit, die aber natürlich stets auch mit der Ausdehnung des Lebens verbunden ist.

Daraus kann man nicht die Vergeblichkeit medizinischer Maßnahmen ableiten, jedoch – ähnlich wie im antiken Mythos von Sisyphos – die Vergeblichkeit der Hoffnung, die Kostenspirale mit einer Rationalisierung der Mittel unterbrechen zu wollen.

Ein vortreffliches Beispiel für die Vergeblichkeit solcher Hoffnung bildet die präventive Medizin. Da die Todesrate in einer Gesellschaft immer 100 Prozent beträgt, bedeutet die Vermeidung der einen Todesart lediglich, dass mehr Menschen an einer anderen Krankheit versterben werden. Die sich aufdrängende Frage, inwieweit mit solcherart Kalkulationen etwa auch Einsparungseffekte erzielt werden können, sich also eine Verlagerung der Todesarten kostendämpfend auswirkt, sollte uns vor dem Zynismus hüten, anzunehmen, solche Überlegungen hätten Eingang in steuerungspolitische Planungsstäbe gefunden.

Vorsorgeuntersuchungen für Krebserkrankungen könnte man z. B. nicht nur jährlich, sondern theoretisch jeden Monat durchführen; ein Programm, das – abgesehen vom Problem seiner praktisch-realen Durchführbarkeit – immer noch einen gewissen Zusatzertrag an medizinischem Nutzen hätte. Daher sind Annahmen, die auf fast unbegrenzte Steigerungsfähigkeit von Überlebenserwartungen durch Gesundheitsausgaben hindeuten, keineswegs so absurd. Schätzungen so mancher Experten zufolge,

könnten wir bereits heute das gesamte Bruttosozialprodukt eines entwickelten Landes für Gesundheitsausgaben verwenden, die entweder die Lebensqualität oder die erwartete Lebensdauer von Patienten erhöhen können. Ob wir das wollen sollen?

Daher wird die Zukunft unseres Sozialsystems – so ist es heute absehbar – vermutlich keine Einschränkung des derzeitigen Versorgungssystems mit sich bringen. Aber man wird davon ausgehen müssen, dass weitere Verbesserungen nicht unbegrenzt finanziert werden können. Dies wird bedeuten, dass heute gewährte Leistungen nicht vorenthalten werden, sondern künftig mögliche Leistungsverbesserungen, die das derzeitige Niveau überschreiten, nicht jedem gleichermaßen zugänglich sein werden.

### **Das ASVG als Damm gegen die Zwei-Klassen-Medizin**

Im Zusammenhang mit der Gerechtigkeitsfrage in der Medizin wird immer wieder von der Zwei-Klassen-Medizin gesprochen. Eine – wie ich meine – unzulässige Zuschreibung für das österreichische Gesundheitssystem, in der die Krankenbehandlung umfassend geregelt und für alle Versicherten<sup>12</sup> einheitlich im ASVG § 133 Abs. 2 definiert ist. Demnach muss *die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.*

Dieser Kernsatz des allgemeinen Krankenversicherungsgesetzes schließt vieles ein und einiges aus. Ausgeschlossen ist die Festschreibung einer Zwei-Klassen-Medizin, da ja auch bei knapper werdenden Ressourcen, der gleiche Basisstandard des eingeschlossenen Notwendigen für alle gleichermaßen festgelegt ist. Und weiter heißt es im Gesetz: *Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. ... (3) Kosmetische Behandlungen gelten als Krankenbehandlung, wenn sie zur Beseitigung anatomischer oder funktioneller Krankheitszustände dienen.*

Die Frage der Gerechtigkeit stellt sich bei der Gesundheit in einer anderen, geradezu verschärften Weise im Gegensatz zu den sonstigen Gütern des Marktes. Denn wenn ich erkrankte, entfällt mir die Alternative der Entscheidung zur Konsumenthaltung, im Normalfall auch das Ausweichen auf einen anderen Anbieter. Der Gesundheitsmarkt erweist sich daher im eigentlichen Wortsinn als notwendig, da er hereinbrechende Nöte alternativlos abzuwenden hat und er in der Folge zum rein angebotsinduzierten Markt verkam.

Dazu gesellt sich auch in den reichsten Gesellschaften der westlichen Industrienationen, dass die Ressourcen knapper werden. Das kommt vor und ist noch nicht als Katastrophe zu werten. Aber bei zunehmender Ressourcenverknappung haben wir als Verantwortliche in der medizinischen Verwaltung die Pflicht, sämtliche zu Gebote stehenden Effizienzpotenziale zu heben.

Und es entstehen auch für die Versicherten und Patienten ethisch-moralische Verpflichtungen: Primär sei hier die Eigenverantwortung zu nennen. D. h. ein verantwortlicher Umgang mit der eigenen Gesundheit. Das bezieht sich auf das Ernährungs- und Risikospportverhalten ebenso wie auf die gebotenen Alltagsnormen, genügend körperliche Bewegung zu tätigen und die Besonnenheit im Automobilverkehr.

Erst im zweiten Schritt wäre bei einem moralisch-ethischen Stufenbau des sozialen Gesundheitsverhaltens die Solidarität zu nennen. Solidarität ist denn auch gleichwohl unabdingbare Voraussetzung für jedwede soziale Versicherungswirtschaft, aber ich kann und darf diese Solidarität nur dann erwarten, wenn ich selbst solidarisch bin.

### **Markt versus Regulierung**

Die Frage, inwieweit wir die Verteilung von Gesundheitsressourcen dem freien Markt überlassen sollen, scheidet schon lange die Geister. Wie bereits angedeutet, handelt es sich beim Gesundheitsmarkt um einen angebotsinduzierten Markt.

Wie bei jedem Argument für die Marktwirt-

schaft wird auch für diesen Sektor die Attraktivität einer Produktions- und Verteilungsweise ins Treffen geführt, wonach unter den Bedingungen des freien Wettbewerbes, die Güter effizient produziert und nach der Zahlungsbereitschaft der Konsumenten verteilt werden.

Es sprechen nicht nur klassische Wirtschaftstheorien dafür, sondern auch abschreckende Beispiele der empirischen Wirklichkeiten, so z. B. die öffentliche Gesundheitsversorgung in Tschechien, Rumänien oder Bulgarien. Studiert man diese Systeme, kann man keine sozialisierte oder überregulierte Medizin mehr wollen.

Wie aber in allen systemisch bezogenen Fragestellungen, kommt es auf das Maß und die Balance an. Jegliches Marktelement auszuschalten hieße, der Willkür und der Zwei-Klassen-Medizin auf schnellem Weg die Türen zu öffnen, wiewohl bekanntlich die sozialistisch gesonnenen Kräfte am lautesten davor warnen.

Aber es sprechen sowohl innerökonomische wie gerechtigkeitstheoretische Argumente gegen eine rein marktorientierte Verteilung von Gesundheitsgütern. Nach dem ökonomischen Argument weisen ganz spezifisch die Gesundheitsmärkte Elemente auf, die zu einem schnellen Marktversagen führen können. D. h. gerade im Bereich der Zuteilung sind für ein optimales Funktionieren Regulierungsschritte notwendig.

Der Grund für das Versagen des reinen Marktes für Gesundheitsleistungen liegt in der *eingeschränkten Patientensouveränität*. Patienten befinden sich im Krankheitsfall gewöhnlich in einer existenziellen Notlage, die es ihnen nicht ermöglicht, Angebote zu vergleichen und für den Fall des Falles Konsumverzicht zu üben.

Gewiss schwächt die soziale Krankenversicherung als Mittler zwischen Konsument und Leistungsanbieter den rauen Wind des Marktes etwas ab, aber ihr Radius und ihre Handlungsspielräume sind durch den Gesetzgeber und die politischen Rahmenbedingungen ganz generell außendeterminiert.

Das gerechtigkeitstheoretische Argument setzt bei der besonderen Eigenschaft des Gutes „Gesundheit“ an. Denn, was immer Menschen in ihrem Leben anstreben, sie benötigen für ihre Ziele die Gesundheit. Dieses Gut ist somit ein Ermöglichungsgut und dafür gilt – bedingt durch seinen konditionalen Charakter – jene allgemeine Formel, deren Urheberschaft schon dem alten Griesgram Arthur Schopenhauer zugeschrieben wird: „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“

Daher kann aus ethischer Sicht die theoretische Conclusio nur lauten: Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung und einen Basisanspruch für Gesundheitsleistungen in ausreichendem Ausmaß für alle. Aufgrund des sozialetisch begründeten Anspruchs auf Hilfe im Krankheitsfall, muss die medizinische Grundversorgung im Rahmen eines solidarisch finanzierten Gesundheitswesens einkommensneutral zur Verfügung stehen.

Darüber hinausgehende, individuelle Präferenzen sollen ihre Sättigung auf einem freien Markt und einem für private Zusatzversicherungen finden. Die österreichische Sozialversicherung ist dabei ständig darum bemüht, den Umfang der gebotenen medizinischen Grundversorgung zu bestimmen, auch wenn es hierfür kein allgemein gültiges Kriterium gibt. Als Strategie gegen die Mittel- und Ressourcenknappheit stehen grundsätzlich nur zwei Wege zur Verfügung:

1. Effizienzsteigerung (Rationalisierungen)
2. Leistungsbegrenzungen (Rationierungen)

Wofür die österreichische Sozialversicherung steht, dürfte aus dem bisher Gesagten unzweifelhaft hervorgehen.

### **Das Arzt-Patienten-Verhältnis und sein Wandel**

Lassen Sie mich zum Abschluss kurz auf das sich in den vergangenen Jahrzehnten veränderte Arzt-Patient-Verhältnis eingehen. Einigkeit herrscht unter den Medizinhistorikern heute darüber, dass eine Dominanz der Ärzte im Verhältnis zu ihren Patienten erst hervortrat, als zu Beginn

des 19. Jahrhunderts in großem Umfang Krankenhäuser entstanden und sich wenig später die erst auf Physiologie, dann auf Biochemie fußende laborzentrierte „wissenschaftliche“ Medizin entwickelte. Die dadurch zutage tretenden Ungleichheiten bezüglich des Expertenwissens zwischen Arzt und Patient wurden noch verstärkt, indem die westlichen Staaten der wissenschaftlichen Medizin dahingehend einen Autoritätszuwachs zubilligten, als sie deren Konzepte als für staatliche Gesundheitssysteme geeignet anerkannten.

Erst seit dem Ende des 20. Jahrhunderts beginnt die Ärzteschaft um diesen Komfort zu fürchten, was wiederum einen Wandel in der Arzt-Patient-Beziehung (APB) nach sich zog. Der Medizinhistoriker Edward Shorter<sup>13</sup> unterteilt etwas vereinfacht, aber plausibel drei Epochen im Umgang von Ärzten und Patienten zueinander: Die traditionelle Periode vom 2. bis zum 19. Jahrhundert, in der die orthodoxe Schulmedizin mit anderen Heilern um Patienten konkurrierte, die moderne, die vom 19. bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts dauernde Periode, in der sich das Verhältnis zugunsten der Ärzte verschob, und zuletzt die seit der Mitte des 20. Jahrhunderts währende Periode, in der informiertere, selbstbewusstere Patienten auf die Autorität der Ärzte zunehmend mit Rückzug oder Ärger reagieren.

Gleichzeitig mit der zunehmenden therapeutischen Aktivität im späten 19. Jahrhundert, die vor allem durch die Verbreitung operativer Techniken ermöglicht wurde, setzt ein Prozess der Verrechtlichung der Arzt-Patient-Beziehung ein.

Wie die Familie für den Staat, so bildet der Mikrokosmos der APB für die Struktur des Gesundheitssystems die konstitutive Basis. Vom Gelingen dieser Beziehung hängen nicht nur die Gesundheit der Patienten und die Zufriedenheit der Ärzte mit ihrem Beruf ab. Die in der APB getroffenen Einzelentscheidungen summieren sich auf der Makroebene des Gesundheitssystems und beeinflussen natürlich auch dessen weitere Entwicklung.

Heute haben verschiedene Modelle der APB Eingang gefunden, insbesondere die Modelle des

„shared decision making“ (partizipative Entscheidungsfindung) und des „evidence based patient choice“ (evidenzbasierte Patientenentscheidung). Diese an sich vielversprechenden Fortentwicklungen älterer Modelle der patientenzentrierten Interaktion werden vielfach erprobt und diskutiert, auch bei uns in Österreich.

Ob man diesen neuen partnerschaftlich-deliberativen Ansätzen nun ein Vertrags- oder Kundenmodell unterstellt, ist zweitrangig. Bedeutsam ist, dass jede Dynamisierung dieser sensiblen Beziehung äußerste Behutsamkeit verlangt. Und es wird auch weiterhin so sein, dass der Patient nicht seinen Körper als Rechtsgut in die ärztliche Ordination schleppt, sondern er als Leib-Seele-Einheit dortselbst erscheinen wird.

Der hippokratische Eid, der am Beginn jeder APB steht und vor fast 2.500 Jahren abgelegt worden sein soll, definiert dieses Verhältnis von Grund auf als ein Vertrauensverhältnis.<sup>14</sup> Nachdem der Eid vor Apollon und anderen Göttern der Antike abgelegt wurde, durfte der Leidende zu Recht erwarten, dass sein Gegenüber die Heilkunst nicht nur nach bestem Wissen und Gewissen ausübt, der Arzt gelobte auch ein moralisch-ethisches Verhalten, das Verschwiegenheit, Selbstbescheidung und Solidarität – auch im Sinne der Sozialversicherung – mit einschloss.

Dieses Verhältnis, wonach der Arzt mit hohem Verantwortungsgefühl für das Wohl des Patienten da ist und ihn nicht nur als Summe seiner Organfunktionen betrachtet, bestimmte den hoch angesehenen Stand der Ärzte über mehr als zwei Millenien. Der Arzt betrachtete den Patienten als seinen Schutzbefohlenen und hatte Verantwortung für sein Leben. Dieses oft als „paternalistisch“ abgetane Modell steht realiter aber sicher auch heute noch für über 90 Prozent aller Arzt-Patientenkontakte. Und diese betragen in Österreich alljährlich rund 80 Millionen.

Vom Standpunkt der österreichischen Sozialversicherung ist es dabei entscheidend, dass diesem Verhältnis auch ein klares Konzept von Krankheit zugrunde liegt, das eine objektive

Krankheitsebene („disease“) definiert. Und aus dieser Ebene ergibt sich für die APB eine daraus sinnvolle Konstellation der Einwilligung des Patienten und der ärztlichen Aufklärung.

Informierte Zustimmung umfasst im Rahmen von Diagnose und Therapie vor allem die Information des Patienten über seine medizinische Situation, aber auch die Erläuterung der Therapieoptionen durch den Arzt und die Sicherstellung, dass der Patient diese verstanden hat. Die Zusicherung der Entscheidungsfreiheit des Patienten unter Berücksichtigung des Patientenwillens gehört natürlich ebenfalls dazu.

*Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Wilhelm Donner, der die Hauptlast der Arbeit trug und mehr als nur seinen Erfahrungshintergrund eingebracht hat.*

#### Referenzen

- 1 Siehe die im Münchner J. F. Lehmanns Verlag publizierten Studien zur Rassenhygiene im Dritten Reich.
- 2 Vgl. Kytir J., *Altern gesamtpolitisch bewältigen. Politikbereich Public Health*, Statistik Austria, Wien (2007)
- 3 OECD-Gesundheitsdaten
- 4 Kytir J., *Gesünder älter, unbezahlbar?*, Österreichische Ärztezeitung (2001); 19: 30-31
- 5 Vgl. Noack H., *Gesundheit und Wohlstand: Investitionen in eine nachhaltige Gesundheitspolitik*, in: Meggeneder O., *Volkswirtschaft und Gesundheit*, Mabuse Verlag, Frankfurt/Main (2008), S. 345
- 6 Verstanden als Nachrichtendienst des Gesundheitswesens
- 7 Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1131a
- 8 Vgl. Walzer M., *Sphären der Gerechtigkeit*, Campus Verlag, Frankfurt/Main (1992)  
und Walzer M., *Komplexe Gleichheit*, in: Krebs A. (Hrsg.), *Gleichheit oder Gerechtigkeit*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main (2000), S. 172-214
- 9 Vgl. Nozick R., *Anarchy, State and Utopia*, Basil Blackwell, Oxford (1974)
- 10 Vgl. Rawls J., *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main (1975)
- 11 Vgl. Kliemt H., *Ethische Aspekte der Gesundheitsversorgung bei Ressourcenknappheit*, in: *Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*, Sozialpolitische Schriften, Heft 88, Duncker & Humblot Verlag, Berlin (2006), S. 45-59
- 12 Das sind 99 Prozent aller in Österreich lebenden Einwohner.
- 13 Shorter E., *Das Arzt-Patient-Verhältnis in der Geschichte und heute*, Picus Verlag, Wien (1991)
- 14 Historische Forschungen verorten den hippokratischen Eid um 400 v. Chr. auf die griechische Insel Kós.

Matthias Beck

## Gesundheit als Sinnersatz? Kritische Anmerkungen zur WHO-Definition von Gesundheit

### 1. Hinführung

„Hauptsache gesund“, das ist wohl eine der häufigsten Antworten auf die Frage, was ein Mensch sich für die Zukunft wünscht. Der Wunsch ist verständlich, denn Kranksein ist unangenehm, erzeugt Schmerzen, Unlust, Krankenhausaufenthalt, Herausgerissensein aus der Alltagsaktivität, es verursacht Kosten und womöglich Verdienstausschlag. Krank zu sein wünscht sich niemand (außer als Folge eines unbewussten Wunsches, einer Situation auszuweichen).

Kann aber ein Mensch überhaupt ein Leben lang gesund sein? Treten nicht Kinderkrankheiten auf, um das Immunsystem des jungen Menschen aufzubauen? Stellen sich nicht im Alter Krankheiten ein, weil die Abwehrkräfte des Menschen schwinden? Ist der Mensch nicht immer wieder mit Krankheiten konfrontiert, da er mit vielen äußeren und inneren Einflüssen zu kämpfen hat? Und gehören Krankheit, Leid und Tod nicht letztlich zum endlichen Leben dazu? Was aber ist Krankheit und Gesundheit? Darauf versucht der Artikel Antworten zu geben.

### 2. Physische Gesundheit

Gesundheit ist ein eigenartiges Phänomen, man spürt sie nicht, sie ist „schmerzlos“. Erst Krankheit oder Schmerz deuten darauf hin, dass etwas nicht in Ordnung ist. Gesundheit scheint selbstverständlich zu sein. Das vermeintlich Selbstverständliche übersieht man leicht. Man erfährt erst den Verlust an Gesundheit als schmerzhaft. Man merkt auf, wenn man sich krank fühlt, wenn man Schmerzen hat, wenn bestimmte Funktionen des Körpers nicht mehr adäquat ablaufen. Gesundheit scheint das Normale zu sein, Krankheit das Außergewöhnliche. Physiologisch gesehen ist es aber genau um-

gekehrt: Krankheit ist das Wahrscheinlichere, Gesundheit das Unwahrscheinliche.

Bei den Milliarden an Zellteilungen und Zelldifferenzierungen, die bereits in der Embryonalentwicklung und später im Erwachsenenalter in jeder Sekunde ablaufen oder angesichts der Milliarden Bakterien, Viren und Pilze, die den Körper täglich angreifen und abgewehrt werden müssen, ist die Wahrscheinlichkeit des Fehlers und der Krankheit viel größer als das perfekte Gelingen all dieser Interaktionen. Im Blick auf Krebserkrankungen (z. B. Malignome) wurde einmal umgekehrt formuliert: „Angesichts der täglich im Organismus notwendigen milliardenfachen Proliferationsabläufe wird weniger die epidemiologische Häufigkeit als die Seltenheit von Malignomkrankungen erstaunlich.“<sup>1</sup>

Ständig finden im Körper millionenfach Zellabbau-, Zellumbau-, Zellneubauprozesse statt. Dabei treten Fehler in Hülle und Fülle auf, z. B. beim fehlerhaften Abschreiben des genetischen Codes oder bei der Proteinsynthese im Zuge von Zellteilungen. Diese Fehler führen aber oft nicht zu Krankheiten, da der Körper eine große Zahl von Reparaturmechanismen zur Verfügung hat. Er kann die neu gebildeten Zellen „durchchecken“, sie reparieren und wenn sie zu stark geschädigt sind, aussondern.<sup>2</sup> Auch geschädigte Gene führen noch nicht zu einer Krankheit, weil Gene aktiviert und inaktiviert werden müssen. Ein geschädigtes Gen löst also erst eine Krankheit aus, wenn es aktiviert wird.<sup>3</sup> An dem Verstehen dieser Prozesse der Aktivierung und Inaktivierung von Genen, den sogenannten epigenetischen Faktoren, wird derzeit intensiv geforscht.

So ist Gesundheit immer ein Gleichgewichtszustand zwischen gesund und krank. Gesundheit ist ständig angefochten und bedroht. Sie muss

immer wieder neu hergestellt werden. Man nannte diesen Zustand früher Homöostase, also das Aufrechterhalten dieses Gleichgewichtes, heute spricht man auch von Homöodynamik, da es sich bei der Gesunderhaltung um dynamische Prozesse handelt. Gesundheit ist eine schwebende Mitte zwischen Krankheit und Gesundheit, auch zwischen innerem Kranksein und Gesundsein, es geht um ein ständiges „Wechselspiel“ zwischen Angreifern und Abwehrkräften.

So ist das Leben und die Aufrechterhaltung von Gesundheit ein ständiger Kampf zwischen Außenwelt und Innenwelt, zwischen den pathologischen Prozessen und den Abwehrstrategien des Körpers. Was äußerlich ruhig aussieht, ist innerlich ein gewaltiges dynamisches Geschehen. Diese ständige Auseinandersetzung hält das Immunsystem und andere Abwehrmechanismen „auf Trapp“. Ohne diese ständigen Herausforderungen würden sie bald erschlaffen und erlahmen. Damit das Gleichgewicht zwischen Angriff und Abwehr, zwischen Zellabbau und Zellneubau aufrechterhalten bleiben kann und der Zellumbau richtig abläuft, bedarf es einer inneren Ordnung. Wird diese innere Ordnung gestört und kommt das Gleichgewicht durcheinander, entstehen Krankheiten.

Zwischen Infektionskeimen und Immunsystem sowie zwischen entstehenden Krebszellen und dem sie bekämpfenden Immunsystem (im Anfangsstadium gelingt diese Abwehr noch, später entziehen sich die Krebszellen dem Immunsystem) besteht also eine ständige Auseinandersetzung. Das Immunsystem ist geradezu die innere Mitte und die „Seele“ all dieser Prozesse. Es selbst ist wiederum sehr abhängig vom inneren Seelenzustand des Menschen. Inneres Unglücklichsein oder ständige innere Zerrissenheit können es schwächen und Infektionserkrankungen oder auch Krebserkrankungen leichter ausbrechen lassen.

Etymologisch betrachtet steht der Begriff „gesund“ dem Prozess des Gesundens<sup>4</sup> sehr nahe und beschreibt genau dieses je neue Herstellen von Gesundheit als dynamischen Prozess. Es gibt kein

statisches Gesundsein. In diesem ständigen Gesunderhaltungsprozess verhält es sich wohl ähnlich wie beim Unterschied zwischen Lebendigem und Totem: Totes Material strebt im Zuge der Entropie (der Tendenz von Teilchen zu größerer Unordnung) zu einem Energieminimum und zu größerer Unordnung, während im Lebendigen die innere Ordnung<sup>5</sup> durch ständige Energiezufuhr (physisch, psychisch, geistig) aufrechterhalten werden muss. Diese Ordnung gewährleistet letztlich auch die Gesundheit. Im Lebendigen gibt es also eine Art „negativer Entropie“. Um Leben und Gesundheit aufrecht zu erhalten, bedarf es einer je neuen Integration der auseinanderstrebenden Kräfte, um die innere Ordnung aufrecht zu erhalten.

### 3. Psychische Gesundheit

Es wurde schon gesagt, dass das Immunsystem sehr anfällig ist durch das innere Seelenleben des Menschen. Ständige innere Zerrissenheit oder dauerndes Unglücklichsein können das Immunsystem schwächen. Aufgrund eines solch geschwächten Immunsystems können Krankheiten leichter ausbrechen. Heute weiß man aber, dass auch die „hinter“ dem Immunsystem liegende genetische Ebene mit ihren Aktivierungs- und Inaktivierungsmechanismen vom Seelenzustand des Menschen mit beeinflusst wird. So führt Joachim Bauer aus, dass „der seelische Stress der Depression mehrere Gene des Immunsystems“ abstellen kann, „die für die Produktion von Immunbotenstoffen zuständig sind.“<sup>6</sup> Auch zwischenmenschliche Beziehungen können auf dieser genetischen Ebene Einfluss nehmen: „Dass zwischenmenschliche Beziehungen Einfluss auf die Aktivität von Genen und auf biologische Abläufe haben, hat sich auch für das Immunsystem als zutreffend erwiesen. Stress und Depression verändern die Genaktivität nicht nur bei zahlreichen Immunbotenstoffen (Zytokinen), sondern auch in Zellen des Immunsystems (...), sodass deren Abwehrkraft gegenüber Erregern und gegenüber Tumorzellen entscheidend vermindert ist.“<sup>7</sup>

So ist die Information für Gesundheit und Krankheit auf den ganzen Organismus verteilt und bezieht sogar die Umwelt mit ein. Gesundheit ist eine Interaktion zwischen den verschiedenen Ebenen der physischen, psychischen, sozialen und – wie sich noch zeigen wird – auch der geistigen Ebene. Es ist ein „dialogisches Geschehen“, das zwischen Genen und Immunsystem, zwischen Genen und ihrer näheren Umgebung sowie zwischen den Genen, dem Nervensystem, der Innenwelt und der Umwelt des Menschen abläuft.

Die Innenwelt des Menschen ragt über die see-lische Ebene hinaus in die geistige Welt hinein. Diese Welt ist jene des Denkens, der Vernunft und des Verstandes, aber auch jene des Religiösen, die über die Endlichkeit des Seins hinausweist. Der Geist des Menschen ist nach vorne hin offen (welt-offen) auf eine größere Welt hin. Auch diese Welt des Geistes, die zum Teil im Gehirn des Menschen ihre Repräsentanz findet, hat Einfluss auf die Materie des Organismus und die genetischen Verschaltungen: „Auch das Gehirn... nimmt direkten Einfluss darauf, welche Gene einer Zelle aktiviert und welche Funktionen von der Zelle infolgedessen ausgeführt werden.“<sup>48</sup>

Diese Welt des Denkens und der Vernunft ragt über diese endliche Welt hinaus in jene Dimension hinein, die den Menschen ausgerichtet sein lässt auf eine letzte Ebene seines Daseins. Diese letzte Dimension, die den Grund allen Seins darstellt, ist jene personale Größe, welche die Christen Gott nennen. Und auch diese Dimension findet ihren Widerhall in der leiblichen Verfasstheit des Menschen. Konkret: Auch die Beziehung zu Gott hat eine „emotionale“ Komponente, die Hans Urs von Balthasar im Gegensatz zur Ebene des Gefühls, die sich auf die Beziehung zwischen Menschen bezieht, die Ebene des Gespürs oder der inneren Gestimmtheit nennt. Es ist dies die Ebene der Beziehung des Menschen zu Gott, die als innere Stimmigkeit oder innere Unstimmigkeit erfahrbar wird: „Es ist [das] Gestimmtsein als Übereinstimmung mit dem Rhythmus Gottes selbst, deshalb Zustimmung

nicht nur zu seinem Sein, sondern zu seinem freien, je neu dem Menschen zuwehenden Wollen. Und erst durch diese Fügsamkeit ist es zuletzt auch das Stimmen im Menschen selbst.“<sup>49</sup>

Der Mensch kann sich hineinspüren in den göttlichen Bereich und in das göttliche Wollen. Die Kongruenz zwischen dem göttlichen Wollen und dem menschlichen Wollen erfährt der Mensch als innere Stimmigkeit und als inneren Frieden. Das Herausfallen aus dieser Einheit erfährt er hingegen als innere Unruhe, Getriebenheit, Unfrieden und Zerrissenheit. Wenn es aufgrund der Leib-See-Einheit des Menschen eine Verbindung zwischen dieser Innenwelt des Menschen und der körperlich-leiblichen Verfasstheit gibt, dann hat auch diese Ebene der Beziehung zwischen Gott und Mensch Einfluss auf Krankheit und Gesundheit.

#### 4. Die innere Stimme – das Gewissen

Wie kann nun der Mensch den Weg zu dieser inneren Stimmigkeit finden? Es geht offensichtlich – biographisch betrachtet – im Laufe des Lebens um einen Seinsüberstieg aus der Beziehung zu den Eltern in eine tiefere Gottesbeziehung hinein. Der Mensch muss seinen inneren Halt auf Dauer in einer Ebene finden, die unabhängig ist von endlichen Begrenztheiten. So wichtig die Zuwendung der Eltern und ihre Liebe zum Kind sind, so sehr bleibt sie doch letztlich immer begrenzt. Sie steht in der Gefahr, den jungen Menschen nicht frei zu lassen in seine eigene Welt hinein. Daher muss der Mensch herauswachsen aus dieser Elternbeziehung, nicht um sie abzubrechen, sondern um sie dauerhaft zu vertiefen. Dieser Ablösungsprozess beginnt spätestens in der Pubertät, in der z. B. die Absolutheit der Eltern in Frage gestellt wird und die Hormone des jungen Menschen durcheinander geraten. Aber dieser Ablösungsprozess setzt sich auch über den weiteren Lebensprozess hin fort bis in die Lebensmitte hinein. Hier ist womöglich eine letzte Ablösungsarbeit zu leisten von innerweltlichen Abhängigkeiten. Ganz frei wird der Mensch davon nie, aber er muss unterwegs bleiben auf dem

Weg zu seiner inneren Freiheit.

Diese innere Freiheit erlangt er nur, wenn er einen anderen Halt in sich findet als jenen der äußeren Absicherung. Äußere Absicherungen perpetuieren auf Dauer die Unfreiheit. Aber das Sich-Festmachen im Absoluten, also in Gott, der – wie Augustinus sagt – mir innerlicher ist als ich mir selbst sein kann, macht auf Dauer frei. Um diesen inneren Halt zu finden und seiner inneren Freiheit entgegenzureifen, muss der Mensch schrittweise sein Innenleben kennen lernen und sich diesem Inneren zuwenden.

Der Mensch hat in seinem Innersten einen Raum des Gewissens, das in jungen Jahren noch stark von den Stimmen der Eltern (im Freud'schen Sinne des Über-Ichs) geprägt ist. Schrittweise aber kann er in diesem Stimmengewirr auch seine eigene Stimme wahrnehmen und jene göttliche, die über das eigene Ich und das der Eltern (Über-Ich) hinausweist. Es ist die Stimme des Gewissens, die den Menschen immer wieder herausruft<sup>10</sup>, allerdings in der Weise des Schweigens. Im Gewissen „spricht“ niemand. *„Das Gewissen redet einzig und ständig im Modus des Schweigens.“*<sup>11</sup> Daher muss sich auch der Mensch immer wieder ins Schweigen begeben, um diese Stimme zu hören und sie von anderen Stimmen (jenen der Eltern, der Freunde, der Gesellschaft, des „man“) unterscheiden zu lernen. Er muss nicht, aber er sollte, wenn er sein Leben zur Erfüllung bringen will.

Das Gewissen ist keine Instanz, die nur auf Normen „dressiert“ ist (das wäre noch die Über-Ich-Ebene Freuds), sondern es ist der Ort eines persönlichen Beziehungsgeschehens zwischen dem Menschen und seinem Inneren, letztlich zwischen dem Menschen und Gott. Dieses Gewissen kann und sollte ein Leben lang gebildet und verfeinert werden, so dass der Klang der inneren „Stimme“ immer klarer hervortritt. Das Gewissen ist der Dialogpartner zwischen Innen und Außen, zwischen Gott und Mensch. Das Hören auf diese Stimme des Gewissens lässt den Menschen schrittweise seine innerste Stimmigkeit (Abgleich zwischen zwei Stim-

men, der göttlichen und der menschlichen), seine Wahrheit, Identität, Berufung und Freiheit finden.

Das Finden der inneren Stimmigkeit ist zwar kein Garant für dauernde Gesundheit, dazu ist der Mensch zu vielen äußeren Einflüssen ausgesetzt. Aber dieses Finden der Stimmigkeit bietet bessere Voraussetzungen für die Gesundheit als eine ständige innere Unruhe und Zerrissenheit. Andererseits kann man sagen, dass ohne die je neu herzustellende innere Stimmigkeit Gesundheit auf den drei dargestellten Ebenen des Körperlichen, des Seelischen und des Geistig-Spirituellen kaum zu erreichen ist.

Ignatius von Loyola, der Gründer des Jesuitenordens, hat zum Verstehen dieser inneren Stimmen und Stimmigkeiten eine nahezu umfassende Lehre entwickelt, wie der Mensch das innere Hin und Her zwischen Glückseligkeit und Unglückseligkeit, zwischen Frieden und Zerrissenheit, zwischen Integration und Desintegration besser verstehen lernen kann. Er zeigt einen Weg auf, die inneren Seelenregungen im Sinne von innerer Stimmigkeit oder Unstimmigkeit, innerem Frieden oder innerer Zerrissenheit, Glück und Unglück, innerer Freude oder Depressivität zu entschlüsseln.

Ignatius nennt zwei „Seelenqualitäten“: „Trost“ und „Mißtrost“.<sup>12</sup> „Trost“ meint so viel wie die angesprochene innere Stimmigkeit (sich einstimmen auf einen vorgegebenen Ton), inneren Frieden, Freude, Dynamik. Man kann auch von Inspiration oder Begeistigung sprechen. Die andere Empfindung nennt er „Mißtrost“ oder „Trostlosigkeit“, was soviel meint wie innere Unstimmigkeit, Unfriede, Angst, Depression, Freudlosigkeit, Niedergeschlagenheit.

Letztlich kommt Ignatius durch viele Ebenen der Analyse zu dem Resümee, dass der Mensch überall dort seinen inneren Frieden findet und sich eine tiefe Freude und Lebensdynamik einstellt, wo er mit dem göttlichen Willen übereinstimmt. Auf der anderen Seite erfährt sich der Mensch innerlich zerrissen, unglücklich, ängstlich und trostlos (depressiv), wenn er aus dem Willen Gottes heraus fällt.

Der Mensch findet diesen göttlichen Willen einerseits im Rahmen der (zehn) Gebote und bestimmter ethischer Regeln (der göttliche Wille kann nicht etwas Böses wie Mord oder Terroranschläge beinhalten, hier kommen Spiritualität und Ethik zusammen), andererseits aber findet er ihn in den Gegebenheiten des Alltags und der menschlichen Begegnungen sowie im Hinhören auf seine inneren Seelenregungen. Ob der Mensch mit dem Willen Gottes im Einklang ist oder nicht, zeigt sich in der Echowirkung seiner Seelenregungen.

## 5. Gesundheit als Sinnersatz

Wenn dem so ist, dann hat auch diese innere Ausrichtung des Menschen Einfluss auf Krankheit und Gesundheit. Dies scheint immer klarer zu werden, vor allem angesichts des Wissens um die Zusammenhänge zwischen dem Innenleben des Menschen und dem Immunsystem bzw. der Verschaltung von genetischer und epigenetischer Ebene. Diese Zusammenhänge sind aber nicht einlinig und linear darzustellen, dass derjenige, der immer mit dem Willen Gottes kongruent ist, auch immer gesund ist (viele Heilige waren oft sehr krank, wobei man die Hintergründe noch einmal genauer analysieren müsste, wie etwa Armut, schlechte hygienische Verhältnisse, übermäßiges Fasten und vieles mehr), oder dass derjenige, der an seinem Leben und Gottes Willen vorbei lebt, immer sofort krank wird.

So eindimensional sind die Zusammenhänge nicht und es geht auch nicht um die Frage der Schuld des Menschen. Sehr wohl aber geht es um den Bedeutungscharakter einer Krankheit, die dem Menschen zu denken geben könnte. Es wäre dies die Perspektive nach vorne, mit der Frage, was dem Menschen womöglich mit einer Erkrankung „gesagt“ werden soll und nicht die rückwärtsgewandte Frage nach der Schuld. Im Neuen Testament wird dieser Zusammenhang mit der Schuld klar zurückgewiesen (Joh 9, 1-12), aber dem Blindgeborenen, der geheilt wird, wird doch der Gottesbezug klar gemacht, indem gesagt wird, „damit die Herr-

lichkeit Gottes an ihm offenbar wird“. Dennoch kann auch der Blick zurück zum Verständnis einer Krankheit beitragen, indem man deren Entwicklungsgeschichte verstehen lernt. Aber dieser Blick zurück wäre im Sinne eines tieferen Verständnisses wiederum ein Blick nach vorn, hin zu der Erkenntnis, womöglich das ein oder andere im Leben ändern zu müssen.

Da nun sehr viele Menschen diese religiöse Dimension aus dem Auge verloren haben und Gesundheit in der Tat ein hohes Gut ist, wird nur diese Gesundheit verabsolutiert und damit vergötzt: Hauptsache gesund, Gesundheit ist alles, ohne Gesundheit ist alles nichts – das sind die Worte. Selbst in dieser falschen „Vergöttlichung“ steckt noch ein richtiger Kern: Nämlich die Erkenntnis, dass der Mensch etwas für seine Gesundheit tun kann und auch tun muss. Aber er kann diese Gesundheit letztlich nur aufrecht erhalten, wenn er sich auf allen drei Ebenen um seine Gesundheit kümmert: auf der naturwissenschaftlichen Seite durch eine gesunde Lebensweise mit richtiger Ernährung, Sport, Maßhalten bei Alkohol und Nahrung, auf psychischer Seite durch das Freiwerden von falschen Abhängigkeiten (viele Neurosen entstehen durch Reifungsstörungen und mangelnde Ablösung vom Elternhaus) und auf der geistig-geistlichen Seite durch ein tieferes Hineinwachsen in eine Gottesbeziehung, die letztlich allein Garant dafür sein kann, dass der Mensch seine tiefste Berufung, Identität, Wahrheit und Erfüllung im Leben finden kann (was wiederum Auswirkungen auf Krankheit und Gesundheit hat). Aus sich selbst heraus kann der Mensch das auf Dauer nicht.

Damit diese Reifungsschritte gelingen, bedarf es eines Gottesbildes, das genau die folgenden Attitüden verkörpert: Dieser Gott muss es gut meinen mit dem Menschen und das Glück des Menschen wollen, er muss den Menschen zur Fülle seines Lebens führen wollen („Ich bin gekommen, damit sie das Leben haben und es in Fülle haben“, Joh 10.10), ihm zu seiner Berufung, Identität und Wahrheit verhelfen, ihm zeigen, dass er auf dem richtigen

Weg ist (auch Krankheit und Schicksalsschläge, aber auch gute Begegnungen und Gespräche, Erfahrung in der Natur sowie die „Beachtung der inneren Seelenregungen sind gute Hinweisschilder“), dieser Gott darf nicht der Widersacher des Menschen sein, sondern sein Freund („Ich nenne euch nicht mehr Knechte, sondern Freunde“, Joh 15, 15). Der Mensch auf der anderen Seite soll ein hörendes Herz haben und sich diesem Gott ganz anvertrauen. Damit wird er noch immer nicht dauerhaft gesund sein (dazu gibt es zu viele Fremdeinwirkungen und der Mensch ist aufgrund seiner Leibverfasstheit auch diesen Fremdeinflüssen ausgesetzt und zum Teil in sie eng verstrickt), aber er wird die Widerfahrnisse seines Lebens in einem größeren Kontext interpretieren können.

Da viele Menschen nicht mehr primär diesen Weg suchen und gehen, konzentrieren sie sich auf ein endliches Gut und verabsolutieren es: die Gesundheit. Statt den Sinn des Lebens darin zu suchen, seine Berufung zu finden, seine tiefste Identität, seine Einmaligkeit und Erfüllung zu finden (aus der Neurophysiologie ist bekannt, dass bei Menschen, die - innerlich stimmig - auch im Alter noch aktiv sind, die Nachbildung von Nervenzellen im Gehirn besser funktioniert als bei inaktiven Personen und so bestimmte Abbauprozesse aufgehalten werden können), kümmert sich der Mensch ausschließlich um seine Gesundheit mit Wellness, Fitness, gesunder Ernährung und verliert dabei das Ganze seines Lebens und den Sinn der eigenen Existenz aus dem Auge. Er weiß letztlich gar nicht mehr, wozu er eigentlich gesund sein soll (um Schmerzen zu vermeiden). Es kann sein, dass er mit einer solchen Haltung eine gewisse Zeit gesund bleibt, auf Dauer kann aber eine derartige Fixierung auf die Gesundheit selbst krank machen. Es gibt sogar inzwischen eine neue Krankheit, die sogenannte *orthorexia nervosa*, das ist eine Krankheit, die diejenigen befallen kann, die sich besonders gesund ernähren wollen. Man kann endliche Güter nicht verabsolutieren, dann bekommen sie selbst eine krankmachende Dimension. Endliche

Güter müssen das bleiben, was sie sind, nämlich endlich. Das heißt aber nicht, dass man sich mit allem abfinden und es einfach hinnehmen muss, sondern dass man auf geeignete *mehrdimensionale* Weise an seiner Gesundheit mitwirken kann.

Der Mensch soll sich um seine Gesundheit und sein Gesundbleiben kümmern. Heilung ist ein zentrales Element im Neuen Testament. Krankheit soll eigentlich nicht sein. Das sagt schon der Begriff Krankheit, der eben auf Gesundheit verweist, und das sagen die vielen Wunderheilungen im Neuen Testament. Diese Heilungen finden auf den verschiedenen Ebenen menschlicher Existenz statt. Das Christentum hat, so scheint es, diesen Heilungsaspekt der eigenen Religion etwas aus dem Auge verloren und ihn nur noch auf Wunderheilungen oder Heilungen durch Gebet oder Gottesdienst begrenzt. Was fehlt, ist der Blick darauf, dass Heilung und Gesundung oft einen langen Prozess der Lebensumkehr beinhaltet. In den meisten Fällen (Wunder sind selten) ist es ein langer - auch mühsamer - Lebensprozess der inneren Heilung, der eine je neue Umkehr und eine je neue Ausrichtung auf den Willen Gottes im oben beschriebenen Sinn beinhaltet. Es ist der Weg zu einem erfüllten Leben, der Mensch hat geradezu eine Pflicht dazu.

Dieser Prozess der Umkehr ist der einzige, der zu einer wirklich tief greifenden Heilung führen kann. Es ist ein Prozess des Wiedergesundwerdens oder Gesundbleibens. Der Mensch soll und muss an diesem Prozess mitwirken und dieser Prozess muss über die naturwissenschaftliche Therapie und die psychosomatische Aufarbeitung hinaus in den spirituell-religiösen Bereich hineinreichen. Es gibt keine dauerhafte Heilung ohne eine immer wieder neu zu vollziehende innere Umkehr.

Von daher ist die Gesundheits-Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die da sagt, Gesundheit sei „ein Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich das Freisein von Krankheit und Schwäche“ unzureichend. Sie sagt etwas Positives und Richtiges aus, dass Gesundheit mehr ist als nur

das Freisein von Krankheit und Schwäche, und das ist eine gute und zutreffende Aussage. Aber darüber hinaus fehlt eine differenzierte Aussage über die verschiedenen Dimensionen menschlicher Existenz. Anstelle der Begriffe körperlich, geistig, sozial müsste man differenzierter die Begriffe: körperlich, seelisch, sozial, geistig-geistlich stellen. Dann hätte man die Vieldimensionalität des Menschen erfasst.

Auch der Begriff des „umfassenden Wohlbefindens“ ist nicht sehr glücklich, denn Gesundheit ist – wie gesagt – ein sich je neu einstellendes Gleichgewicht und insofern ist dieses Gleichgewicht Schwankungen unterworfen mit Phasen des Nicht-Wohlbefindens. Gesundheit ist nie umfassendes Wohlbefinden, denn man kann körperlich gesund sein und sich dennoch im Unwohlsein befinden. Die Definition greift also einerseits zu kurz, weil sie den Menschen nicht in seiner Komplexität und integrativen Ganzheit erfasst und sie setzt andererseits ein zu hohes Ideal des „umfassenden Wohlbefindens“, das so nie dauerhaft zu erreichen ist. Hier müsste man eher von der Gesundheit als einem immer wieder herzustellenden Gleichgewicht sprechen, das auch Phasen des Unwohlbefindens beinhaltet. Die dynamische und immer wieder angefochtene Komponente von Gesundheit kommt in dieser Definition zu kurz. Außerdem bleibt die Offenheit des Menschen nach vorne in eine andere Dimension des Seins unberücksichtigt. Diese aber ist die entscheidende.

#### Referenzen

- 1 Kappauf H., Gallmeier W. M., *Spontanremissionen*, in: Schmoll H.-J., Höffken K., Possinger K. (Hrsg.), *Kompendium Internistische Onkologie, Standards in Diagnostik und Therapie*, Band 1, Springer Verlag, Berlin u. a. (1999), S. 95-111, hier S. 95
- 2 Vgl. Beck M., *Der Krebs und die Seele, Gen - Geist - Gehirn - Gott*, Schöningh Verlag, Paderborn (2004), S. 43 ff. Diesen Vorgang des Aussonderns von Zellen, die abgetötet werden, nennt man Apoptose.
- 3 Vgl. Hengstschläger M., *Die Macht der Gene*, Ecowin Verlag, Salzburg (2006)
- 4 Vgl. Duden, *Etymologie. Herkunftswörterbuch der deut-*

- schen Sprache*, 2. Auflage, Brockhaus Verlag, Mannheim u. a. (1989), S. 238
- 5 „Ordnung“ meint eine dynamische Ordnung, nichts starr Vorgegebenes. Vgl. dazu auch das Kapitel: *Ordnung, Unordnung, Entropie*, in: Schrödinger E., *Was ist Leben? Die lebende Zelle mit den Augen des Physikers betrachtet*, 6. Auflage, Piper Verlag, München (2003), aus dem Englischen von L. Mazurcak, Cambridge (1944), S. 120 ff. Im Vorwort zu diesem Buch wird zusammengefasst, dass Erwin Schrödinger den Begriff der *Ordnung*, der in der Biologie nichts Starres meint wie in der klassischen Physik (nicht allerdings in der Quantenphysik), mit jenem der *Information* assoziiert – lange bevor die genetische Doppelhelix von Watson und Crick entdeckt wurde. Vgl. dazu Fischer E. P., „Was ist Leben?“ – mehr als vierzig Jahre später, in: Schrödinger E., *Was ist Leben*, S. 9-25, hier S. 22
  - 6 Bauer J., *Gedächtnis des Körpers, Wie zwischenmenschliche Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*, Eichborn Verlag, Berlin (2003), S. 136
  - 7 Bauer J., siehe Ref. 6, S. 143 f.
  - 8 Huether G., Doering S., Rüger U., Rütter E., Schüßler G., *Psychische Belastungen und neuronale Plastizität. Ein erweitertes Modell des Streßreaktionsprozesses für das Verhältnis zentralnervöser Anpassungsprozesse*, in: Kropiunigg U., Stacher A., *Ganzheitsmedizin und Psychoneuroimmunologie. Vierter Wiener Dialog*, Facultas Universitätsverlag, Wien (1997), S. 126-139, hier S. 126
  - 9 v. Balthasar H. U., *Herrlichkeit. Eine theologische Ästhetik, Band I: Schau der Gestalt*, Johannes Verlag, Einsiedeln (1961), S. 242
  - 10 Vgl. dazu Heidegger M., *Der Rufcharakter des Gewissens*, in: Heidegger M., *Sein und Zeit*, 10. Auflage, Niemeyer Verlag, Tübingen (1963), S. 272 ff.
  - 11 Heidegger M., siehe Ref. 10, S. 273
  - 12 Die Unterscheidung der Geister im Blick auf die Erfahrung von „Trost“ und „Trostlosigkeit“ ist Kernstück der ignatianischen Exerzitien: Ignatius von Loyola, *Die Exerzitien*, 6. Auflage, übertragen von Hans Urs von Balthasar, Johannes Verlag, Einsiedeln (1979), Exerzitienbuch (EB) S. 313-336. Ignatius unterscheidet als Kriterium für die Kongruenz bzw. Inkongruenz des menschlichen Willens mit dem göttlichen diese beiden Seelenregungen: vgl. Ignatius, EB S. 316 f.

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. theol. Matthias Beck  
 Institut für Moraltheologie der Universität Wien  
 Schenkenstraße 8-10, A-1010 Wien  
 Matthias.Beck@univie.ac.at

Reinhard Lenzhofer

## Der instrumentalisierte Patient im Gesundheitswahn

### Medizin und Machbarkeit

Als Bürger des 21. Jahrhunderts blicken wir mit Genugtuung, Dankbarkeit und Stolz auf die Errungenschaften des medizintechnischen Fortschritts der letzten hundert Jahre, der wesentliche Quelle einer phänomenalen Verlängerung der Lebenserwartung aller Menschen in unserer Gesellschaft geworden ist. Diese Erfolge und Fortschritte in der Medizin haben eine weitreichende, grundlegende Änderung im Bewusstsein vieler Menschen bewirkt und dazu geführt, dass an die Stelle der vormals nicht hinterfragten Akzeptanz schicksalhafter Verläufe von krankhaften Zustandsbildern heute sehr oft die Forderung nach menschlichen Machbarkeitsentscheidungen getreten ist. Es kann kein Zweifel bestehen, dass die mit der naturwissenschaftlichen Entwicklung der Medizin einhergehenden Erfolge höchste Anerkennung fordern dürfen. Ausgehend von der erfolgreichen Seuchenbekämpfung, wie von Pest, Cholera, Tuberkulose und Pocken im letzten Jahrhundert, bis hin zur Einführung lebensrettender Substitutionstherapien, wie Insulin und Schilddrüsenhormonen reichen die großartigen Leistungen der modernen Medizin, die kein Mensch in Abrede stellen kann. Diese Erfolge waren so überwältigend, dass in weiten Bereichen eine Zukunftsgläubigkeit um sich gegriffen hat, die letztlich dazu führte, dass viele Menschen zu glauben begonnen haben, dass „alles machbar“ ist.

### Medienrummel und Politikerversprechen

Echte und angebliche Erfolge und Fortschritte in der Medizin werden heute nicht selten von einer gewissen Wissenschaftshysterie begleitet, die von den Medien oft unkontrolliert in die Welt getragen wird. Es ist für unsere Zeit charakteristisch, dass sowohl der Patient als auch der Arzt in einem bis dato nicht gekannten Ausmaß der Einwirkung von

Medien ausgesetzt sind. Auf der einen Seite werden völlig ungefiltert angebliche Ergebnisse der Spitzenforschung, lange bevor sie praktisch anwendbar geworden sind, in die Öffentlichkeit getragen. Die Medienlandschaft greift diese Informationen gierig auf und wirft sie ungefiltert und häufig unseriös in die Zeitungen und auf die Bildschirme. Die Heilmeldungen finden sich auf den ersten Seiten der Tageszeitungen und Wochenblätter, meist geschmückt mit dem Bild des jeweiligen Arztes. Der nicht gerade seltene Fehlschlag steht meist Wochen später irgendwo zwischen dem Kleingedruckten, ganz hinten, wenn überhaupt. Diese oft falsch verstandenen Sensationsnachrichten rufen bei vielen Menschen ein falsches Anspruchsdenken hervor, das bei Nichterfüllung der eigenen, oft illusionären Wunschvorstellungen sogar zur gerichtlichen Klage führen kann.

Diese offensichtlich pseudoreligiös aufgeheizte Verklärung der Gesundheit in unserer Gesellschaft, die ein klarer Ausdruck eines sonst an allen Ecken und Enden festzustellenden Werteverlustes im Rahmen einer universellen Glaubenskrise ist, hat dazu geführt, dass Politiker in ihrer Funktion als verlängerter Arm des Volkswillens auf diesen Gesundheitsexpresszug kritiklos aufgesprungen sind und sich vor gesundheitspolitischen Fragen, die bei Nichtlösung hinter vorgehaltener Hand als potentiell staatsbedrohlich erkannt werden, drücken und zumeist aus opportunistischen Gründen die notwendigen politischen Entscheidungen verantwortungslos auf einen späteren Zeitpunkt hinausschieben.

### Hoffnung auf Heilung – Anspruch auf Gesundheit?

Gesundheit ist also ein Gut, von dem viele Menschen glauben, dass sie darauf eine Art berechtig-

ten Anspruch erheben können, insbesondere dann, wenn aus Fachkreisen Signale kommen, die Hoffnungen auf Heilung schüren. Gesundheit wird in weiten Kreisen der Bevölkerung als das höchste für einen Menschen erreichbare Gut betrachtet. Es ist deshalb auch nur verständlich, dass zur Aufrechterhaltung und Wiedergewinnung dieses Zustandes alles getan werden muss und keine Kompromisse akzeptabel erscheinen. Wenn wir uns aber die Definition der WHO vor Augen führen, bei der Gesundheit einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens darstellt, wird uns klar, dass es praktisch keinen Menschen gibt, der für sich diese Eigenschaft „gesund zu sein“ beanspruchen könnte. Selbst im extremen Ausnahmefall eines körperlich gesunden und sozial abgesicherten Millionärs wird die häufig zu beobachtende Depression ein Grund sein, dass man ihn als krank bezeichnen muss. Wenn man aber die These vertritt, wie dies heute geschieht, dass wirklich alles getan werden muss, um diese Art von Gesundheitszustand zu erreichen, dann wird auch die Diskussion über die Sinnhaftigkeit oder Sinnlosigkeit gewisser medizinischer Maßnahmen letztlich nicht gehaltvoll zu führen sein. Wir befinden uns deshalb in einer scheinbar unlösbaren Situation, weil wir Gesundheit zum allerhöchsten Gut erhoben haben und deshalb eben alles getan werden muss, um dieses, entsprechend der WHO Definition ohnehin theoretisch niemals erreichbare Ideal doch noch zu erreichen. Die heute immer wieder geführte Diskussion um die Ressourcenknappheit kann unmöglich einer Lösung zugeführt werden, wenn das Ziel, für das Ressourcen aufgebracht werden müssen, theoretisch nicht erreichbar ist und gleichzeitig ein gesellschaftlich akzeptierter Anspruch auf die Bereitstellung aller im Moment vorhandenen therapeutischen Methoden besteht.

Um dieses Dilemma aufzulösen, wird es notwendig sein, den Machbarkeitswahn unserer Tage etwas zu korrigieren und den Menschen die wahren Möglichkeiten der Medizin etwas näher zu bringen, damit sie selbst in den Entscheidungsprozess

verantwortungsvoll miteingebunden werden können. Nur wer selbst entscheidet, kann als mündiger Patient bezeichnet werden.

### **Ehrlichkeit am Krankenbett**

Es ist nicht unproblematisch, dass wir Ärzte Verbesserungen des Gesundheitszustandes oder auch der Lebensqualität unserer Patienten nur mit sogenannten objektiven Parametern messen und dabei die individuellen Wertvorstellungen der Betroffenen zu wenig berücksichtigen. Wir sind oft fälschlich der Meinung, dass Patienten nach einem durchgeführten Aufklärungsgespräch dieselbe Vorstellung vom zu erwartenden Nutzen einer bestimmten Therapie wie wir selber haben. Wenn wir in vielen Situationen genau wissen, dass der zu erwartende Nutzen einer bestimmten Therapie objektiv betrachtet bescheiden sein wird, erhoffen die betroffenen Patienten trotzdem die Wiedererlangung der vollen Gesundheit. Diese Diskrepanz lässt Enttäuschung aufkommen und führt oft zur Flucht des Patienten aus der wissenschaftlichen Medizin.

Um die Ehrlichkeit am Krankenbett leben zu können, die eine unabdingbare Voraussetzung für eine gute Arzt-Patienten Beziehung darstellt, wird es notwendig sein, neue Richtlinien zu schaffen, um sich nicht dem berechtigten Vorwurf der naturwissenschaftlichen Blindheit aussetzen zu müssen. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass wir mit verständlichen Worten den betroffenen Kranken und deren Angehörigen ehrlich mitteilen müssen, dass so manche Therapie zwar die einzig verfügbare wirksame Behandlung in einer bestimmten Situation ist, diese aber trotzdem nicht vermag, die Gesundheit in vollem Umfang wiederherzustellen, sondern nur eine kurze Verzögerung von wenigen Wochen oder vielleicht Monaten darstellt, bis der unausbleibliche Tod nach menschlichem Ermessen eintreten wird. Das Beziehen einer individuellen, ganz persönlichen Position in einem derartigen Moment wird so manchem Patienten erschwert, wenn nicht sogar unmöglich gemacht, wenn ihm

die Wertigkeit einer zwar statistisch signifikanten, aber fraglich relevanten Medizin als euphorisches Muss von uns Ärzten präsentiert wird.

Liegt hier nicht eine Manipulation und Instrumentalisierung des Patienten vor, wenn wir ihm von Verbesserungschancen seiner schweren Erkrankung nach Anwendung einer bestimmten Therapie berichten, von der wir zwar die statistische Signifikanz kennen, aber auch gleichzeitig wissen, dass nur wenige Wochen oder gar Tage Lebenszeitverlängerung zu erwarten sind?

### **Untersuchungskollektiv versus persönliche Behandlung**

Wenn ein Patient zum Arzt geht, erwartet er sich normalerweise eine individuelle Behandlung. Er möchte verständlicherweise die beste Therapie, die das geringste Risiko aufweist. Viele Patienten werden aber heute in Studien behandelt, die entsprechend unserem naturwissenschaftlichen Grundverständnis als randomisierte klinische Studien konzipiert sind. In diesen Studien wird jeder individuelle Patient zu einem Teil des gesamten Untersuchungskollektivs reduziert und damit zu einem Instrument, um diese Studie entsprechend den wissenschaftlichen Kriterien durchführen und eine wissenschaftliche Frage beantworten zu können. Obwohl die freiwillige Zustimmung zur Teilnahme an derartigen Studien eine grundsätzliche Voraussetzung darstellt, kann man im Fall einer Studienteilnahme nicht mehr von einer individuellen, maßgeschneiderten Therapie sprechen. Erst das Ergebnis einer derartigen Studie eröffnet die Möglichkeit, auch für zukünftige Patienten maßgeschneiderte Standards festzulegen.

Derartige Standards werden heute, einem modernen naturwissenschaftlichen Verständnis entsprechend, auf Basis der sogenannten „Evidence based Medicine“ gefunden. Evidence based bedeutet jedoch nur, dass sich das Ergebnis einer in Prüfung befindlichen Therapie vom Ergebnis einer randomisiert angewendeten Standardtherapie statistisch signifikant unterscheidet. Ob dieser

Unterschied auch, wenn er einer potentiell betroffenen Patientenschaft oder der Allgemeinbevölkerung zur Beurteilung vorgelegt wird, praktisch relevant ist, wird nicht beantwortet. Diese Frage ist eindeutig eine gesellschaftliche und kann auch nur von der Gesellschaft selbst oder von jedem Individuum persönlich beantwortet werden. Um diese Problematik verständlicher zu machen und klarer zu formulieren, möchte ich eine praktische Frage aufwerfen, die sich nach den euphorischen Publikationen nach dem diesjährigen ASCO Meeting, dem 2008 abgehaltenen Meeting der amerikanischen Krebsgesellschaft, in dem diese Nachricht als größte Errungenschaft des letzten Jahres bezeichnet wurde, förmlich aufdrängt: „Wie relevant ist ein statistisch signifikanter Überlebensvorteil von 1,4 Monaten bei Anwendung einer bestimmten Therapie bei Vorliegen eines Lungentumors?“

Wenn wir diese Frage an Ärzte richten, so wird die Antwort lauten, dass Patienten selbstverständlich ein Anrecht darauf haben, diese Therapie ohne jeglichen persönlichen Kostenaufwand bekommen zu können, hat doch jeder Mensch in unserem Staat das gesetzlich festgeschriebene Anrecht darauf, die allerbeste Therapie, die heute mittels der Krücke der statistisch signifikanten Evidence based Medicine definiert wird, zu erhalten, koste es, was es wolle. Patienten haben nicht nur ein Anrecht darauf, sondern könnten auch, im Fall, dass sie diese Therapie nicht bekommen sollten, mit guter Aussicht auf Erfolg den betreffenden Arzt klagen.

Wenn wir diese Frage an die das Präparat zur Verfügung stellende Industrie richten, so wird die Antwort möglicherweise noch etwas pointierter ausfallen, im großen und ganzen jedoch gleich beantwortet werden.

Wenn wir diese Frage jedoch den betroffenen Patienten selbst stellen, so wird höchstwahrscheinlich nicht jedes betroffene Individuum diesen 1,4 Monate Zeitabstand einer relativen Verbesserung gleich positiv beantworten. Es wird so manchen Patienten geben, der für sich selbst eine derartig minimale Verbesserung als irrelevant einstuft und die mit die-

ser Therapie einhergehenden Nebenwirkungen und Belastungen nicht in Kauf zu nehmen bereit sein wird. Wir werden aber auch vielleicht zur Kenntnis nehmen müssen, dass es keine allgemein gültige und regelmäßig reproduzierbare Antwort auf solch eine schwierige Frage geben kann und wird, da es auch hier Menschen geben wird, für die diese Pseudogesundheit das allerhöchste Gut ist, für das auch das Letzte eingesetzt werden muss.

### **Gesundheit: ein hohes, aber relatives Gut**

Obwohl die Gesellschaft als Ganzes letztlich selbst zu entscheiden hat, was das absolut höchste Gut im Leben sein sollte und was ein medizinischer Fortschritt überhaupt ist, der von einem Patienten auf Kosten der Allgemeinheit beansprucht werden darf, dürfen wir uns als Ärzte nicht nur hinter den heute üblichen statistischen Aussagen einer Evidence based Medicine verstecken, sondern müssen unsere Verantwortung einer individuellen Betreuung ernst nehmen und jeden Patienten als unser Alter Ego betrachten. Wir Ärzte haben eine fundamentale Verantwortung, die uns niemand abnehmen kann, und sind verpflichtet, darauf hinzuweisen, dass jeder Mensch letztlich die Begrenzung des Lebens annehmen muss, dass Krankheit und Sterben nicht nur ein absolutes Defizit, sondern auch manchmal eine Quelle bescheidenen Glücks sein kann.

Ärzte, die aus egozentrischen Gründen öffentlich dazu auffordern, dass die Gesellschaft beschließen muss, dass die Gesundheit des Individuums das allerhöchste Gut ist, das ein Mensch anstreben kann, und damit meinen, dass sich jegliche Fragen nach der Finanzierbarkeit z. B. aller grenzwertigen onkologischen Therapien automatisch erübrigen würden, verhindern eine verantwortungsvolle Diskussion der Ressourcenverteilung, von der anzunehmen ist, dass nur eine solche letztlich zu einer dem Menschen angepassten Handlungsweise führen kann. Wir müssen endlich begreifen, dass auch in unserer so fortgeschrittenen Zeit jedes Leben früher oder später in eine Situation führt,

die im naturwissenschaftlichen Sinne nicht mehr korrigierbar ist. Eigenartigerweise ist es in unserer sich sonst so fortschrittlich bezeichnenden Welt sogar notwendig, auf diese so banal klingende Tatsache hinzuweisen, dass es ein Leben ohne Tod nicht gibt und nicht geben wird, ja, dass diese Vorstellung ein unvorstellbares Horrorszenario darstellt, gäbe es tatsächlich das ewige Leben auf Erden, womit auch automatisch die Unwiederholbarkeit jedes einzelnen individuellen Menschenschicksals aufgehoben wäre.

Es wird auf Grund eines offensichtlichen Defizits notwendig sein, auch uns Ärzte auf die Situation der nicht mehr behandelbaren letzten Wegstrecke besser vorzubereiten und uns klar zu machen, dass das Sterben noch nicht den Tod bedeutet, sondern diese Zeit des Sterbens einen wichtigen Teil, vielleicht den wichtigsten Teil des Lebens darstellt.

Es genügt nicht, die Gesundheit mit einem pseudoreligiösen Mäntelchen zu umgeben und damit jegliche gesellschaftliche Frage nach einer Güterabwägung im Keim zu ersticken. In den Spitälern unseres Landes spüren wir diese Spannung fast täglich, da wir mit beschränkten finanziellen Mitteln auskommen müssen und nicht selten gleichzeitig mit Forderungen konfrontiert werden, deren medizinische Sinnhaftigkeit nicht unumstritten ist. Wir würden uns bisweilen eine echte Gesundheitspolitik wünschen, die in gerechter Weise den Menschen unseres Landes dient und auch Diskussionen zulässt, die letztlich, basierend auf nüchternen Betrachtungen, zu einer Kunst des Abwägens führt.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Lenzhofer  
Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus  
Kardinal-Schwarzenberg-Straße 2-6  
A-5620 Schwarzach im Pongau  
Reinhard.Lenzhofer@kh-schwarzach.at

Franz Harnoncourt

## Das Selbstverständnis des modernen Krankenhauses

### 1. Einleitung

Es gibt keinerlei Hinweise, dass jemals ein Krankenhaus existiert hat, in dem der Patient allein, ausschließlich, um seiner selbst Willen behandelt wurde. Immer ließen sich die Hospitalgründer von ihren eigenen Zielsetzungen leiten. Waren einst die römischen Latifundienbesitzer an der Arbeitskraft ihrer Sklaven interessiert, so sind es später der „Bien Commun“ und die Staatsraison gewesen. Heute steht dagegen die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Sozialversicherten im Vordergrund, sie ist als eine der tragenden Säulen des abendländischen Krankenhauswesens gesetzlich vorgegeben.

Die klerikalen Pflegegemeinschaften wirkten vielfach mit dem mehr oder weniger unbewussten Motiv, die Seelen ihrer Mitglieder, der Kranken und der Stifter zu retten, und natürlich sollten die Pflegenden diesbezüglich auch nicht zu kurz kommen. Gelehrten Ärzten ging und geht es um die Mehrung und Überprüfung medizinischen Wissens, Studenten benützen das Hospital vor allem zu ihrer fachlichen Ausbildung. So kann man die gültige Analyse des deutschen Historikers D. Jetter in seiner Antrittsvorlesung zur Geschichte des Hospitals 1967 zusammenfassen.<sup>1</sup>

Ist das Selbstverständnis des Krankenhauses also ein bunter Selbstbedienungsladen der verschiedenen Wünsche, Notwendigkeiten und Bedürfnisse seiner Gründer, Mitarbeiter und – wie wir heute neudeutsch sagen würden – share holder geworden?

Es scheint einer der wesentlichsten Irrtümer des nahezu bedingungslos wissenschafts- und vernunftgläubigen aufgeklärten Abendlandes, Methoden und ihre Kenntnisse losgelöst von ethischen Grundsätzen und philosophisch theologischen Grundsätzen im weitesten Sinne betrachten zu wollen. Dies betrifft das Prinzip der Wirtschaft

ebenso wie die Wissenschaft und als einen Teil davon auch das Gesundheitswesen, die Medizin sowie das Krankenhaus im Speziellen.<sup>2</sup>

Zu glauben, dass das reine Prinzip der Marktwirtschaft losgelöst von Fragen der Moral oder der sozialen Verantwortung bestehen kann, erscheint absurd. Der Markt regelt nur ökonomische, aber keine gesellschaftspolitischen Fragen – nicht zuletzt deshalb, weil allzu selten die Frage gestellt wird, ob soziale Verantwortung als Marktmechanismus überhaupt existiert oder nicht viel eher der Rest einer fundamental religiösen Grundeinstellung ist. Mit dieser Frage hat sich in besonderer Weise der verstorbene Papst Johannes Paul II beschäftigt.

Nicht anders sieht es in den Naturwissenschaften aus. Der Glaube, dass eine keinem Wertekanon sich verantwortende Wissenschaft möglich oder gar erstrebenswert ist, erscheint absurd und gefährlich, seine Folgen können fast täglich diskutiert werden. Das fängt bei simplen physikalischen Technologiefragen an (z. B. Atomtechnologie) und endet bei der gerade in der Medizin zu recht aus ethischer Sicht diskutierten Gentechnologie und Molekularbiologie. Bei genauerer Analyse erscheint hinter der Betonung der Wertfreiheit der Wissenschaft viel eher das Ausweichen vor einer Auseinandersetzung mit den durch die Globalisierung der Welt zunehmend diversifizierten Wertvorstellungen, mit den vielen unterschiedlichen religiösen, philosophischen oder auch esoterischen Moralvorstellungen. Dies macht es zugegebenermaßen schwieriger bis unmöglich, von einem einheitlichen Wertekanon zu sprechen. Deswegen aber Wertfreiheit als oberste Maxime zu postulieren, scheint zu simpel.<sup>3</sup>

Wozu diese langen Allgemeinplätze, zu einem Thema, das doch so einfach scheint und vordergründig: das Selbstverständnis des modernen Krankenhauses?

Das Selbstverständnis von Krankenanstalten ist nur aus dem gesellschaftlichen und kulturellen Kontext heraus zu verstehen. So ist ein kurzer Blick auf das allgemein Gültige ebenso notwendig wie die Präzisierung der Fragestellung: Gibt es ein aktuelles Selbstverständnis des modernen Krankenhauses, worauf beruht es, und welche Entwicklungen haben zu diesem Selbstverständnis geführt? Daraus leitet sich die Frage ab, wohin sich dieses Selbstverständnis entwickeln wird und soll.

## 2. Geschichte

Um das Selbstverständnis des modernen Krankenhauses zu analysieren und zu verstehen, ist ein Blick in die Geschichte notwendig. Sonst ist uns die Gegenwart nicht verständlich und die Zukunft nicht gewinnbar.

Die Aufgaben eines Krankenhauses haben sich im Laufe der Zeit gewandelt. Ursprünglich war die Medizin eng mit der Religion, eigentlich noch enger mit den Religionsausübenden, den Priestern, die fast immer zugleich auch Heiler waren, verbunden. Dies zieht sich vom alten Ägypten über Persien und Südamerika bis in die Neuzeit zu den Schamanen der Naturreligionen.<sup>4</sup> Schon die Tempel der alten Ägypter dienten, wie wir aus Bildern und Hieroglyphen wissen, der Behandlung von Kranken. In Indien und noch viel früher in Sri Lanka gibt es schon lange vor Christi Geburt die ersten Krankenhäuser. Das Selbstverständnis von Krankenanstalten als Orte der Ausbildung und der Lehre ist in Persien und dann über den ganzen arabischen Raum bereits früh nachweisbar und kulminiert in den Arbeiten des wohl bedeutendsten arabischen Arztes Ibn Sina (980 – 1037).<sup>5</sup>

In Europa waren es vor allem die Hospitäler, die von Mönchen oder Nonnen initiiert worden sind, wobei in diesen Kranke, Arme und Pilger fast als Synonym benutzt wurden. Kein Zufall, wenn man die etymologische Bedeutung des Wortes Hospital heranzieht, das sich ja vom lateinischen *hospes* (= Gast/Fremdling) ableitet.<sup>6</sup>

So ist z. B. das Hotel Dieu de Paris, das dem

Hl. Christopherus gewidmet ist und das im Jahr 651 n. Chr. vom Pariser Bischof Landericus gegründet wurde, nicht nur das älteste in der Stadt. Es blieb bis zur Renaissance auch das einzige Spital.

Das Hotel Dieu in Beaune, das im Jahr 1453 gegründet wurde, wurde bis in unsere Tage (1971) als Hospital benutzt. In Österreich war das erste Spital das im Jahr 1203 vom Deutschen Orden in Friesach gegründete Haus.

Eines der ersten modernen Krankenhäuser der wissenschaftlichen Medizin war wohl die 1710 von Friedrich I. in Berlin gegründete Charité, deren ursprüngliche Bedeutung in der Behandlung, vor allem aber in der Absonderung der Pestkranken lag. Mit dem Bau dieses Hauses war sozusagen die Geburtsstunde des modernen aufgeklärten Krankenhauswesens begründet.

Johann Georg Krünitz (1728 – 1796), ein universal gebildeter Arzt der Goethe-Zeit, verfasst in seiner ökonomischen Enzyklopädie eine für seine Zeit wohl symptomatische Definition zum Thema Krankenhaus: „Krankenhaus, das Haus worin jemand krank liegt, in engerer und gewöhnlicherer Bedeutung ein öffentliches Haus, ein besonderes Gebäude oder eine Anstalt, wo Kranke, insbesondere arme Kranke, gepflegt und kuriert werden. Ein Hospital oder Spital für Kranke, das Hospitalspital, das Krankenspital, das Lazarett, im Oberdeutschen das „Siechhaus“.<sup>7</sup>

Eine erstaunlich profane, sehr weltliche Definition des Krankenhauses, die praktisch nur das, was wir die Architektur bezeichnen, definiert. Hier äußert sich auch sprachlich, dass mit der beginnenden Aufklärung der Weg von den Hospizen und Hospitalern als Ausdruck „Der sieben Werke der Barmherzigkeit“ der Orden zu einem mechanistisch funktionalen Menschenbild und einer naturwissenschaftlich praktischen Entwicklung gegangen wurde. Diese Entwicklung hat sich sinnbildhaft in der Protoklinik des Michel Foucault umgesetzt, eine fundamentale Verräumlichung und Versprachlichung des Pathologischen – die Umsetzung des aufgeklärten Wissensdranges in ein archi-

tektonisches und funktionales Konzept,<sup>8</sup> wie ja die Architektur überhaupt das Selbstverständnis der Krankenhäuser versinnbildlicht als eine in Stein gegossene Idee: von den mittelalterlichen Hospizen, über den berühmten, oft zitierten Narrenturm Josef II. – ein meist missverständenes Sinnbild aufgeklärter Weiterentwicklung der Behandlungen von geisteskranken Patienten –, von den Pavillonbauten des beginnenden 20. Jahrhunderts bis zu den gigantomanischen Zentralbauten des 21. Jahrhunderts, die sich, wie Manfred Lütz meint, als die Kathedralen des 21. Jahrhundert in den Himmel schrauben.<sup>9</sup> Alle haben zwar Entwicklung und Organisation des Krankenhauses beeinflusst, sind aber primär Ausdruck des Selbstverständnisses der damaligen Krankenhausphilosophie, der Krankenhausorganisation gewesen.

So lassen sich in der historischen Betrachtung des Krankenhauswesens zwei Grundprinzipien darstellen, die ihren Niederschlag in der Ausrichtung der Spitäler gefunden haben.

Eines ist das Prinzip der Nützlichkeit: Gesundheitswesen, Medizin, Krankenhäuser als Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. des Eigentums.

Es gab im alten Rom eigene Krankenhäuser für Sklaven, die sozusagen eine Restaurationsstelle des persönlichen Eigentums dargestellt haben und natürlich auch den Erhalt der Rasse, des Staatsgebildes, der Kultur, gewährleisten sollten. Die Konsequenz daraus ist die Absonderung der Kranken, die Tötung der Unnützen. Die Spartaner haben, wie Plutarch beschreibt, Kranke und Behinderte in eine Schlucht geworfen, damit sie den Fortgang, die Wertfähigkeit der Kultur nicht stören. Selbst Platon empfahl bekanntlich, behinderte Kinder verhungern zu lassen.

Im europäischen Abendland ist mit dem Christentum der Grundsatz der Barmherzigkeit aufgetreten. Der Grundsatz also, Menschen um ihrer selbst Willen, darin sie Gott ebenbildlich sind, als Ziel und Mittelpunkt des Heilungsauftrages und damit auch des Heilungswerks zu sehen.<sup>10</sup>

Daher ist auch die abendländische, die euro-

päische Geschichte des Krankenhauswesens zu allererst und wesentlich eine Geschichte der Klosterspitäler, zumindest aber der klösterlichen, der geistlichen Stiftungen.

Eine Besonderheit – die auch auf uns heute noch ausstrahlt – ist, dass in diesen Krankenhäusern des Mittelalters (sie hießen zumeist Hospiz oder Hospitale) ein weit über den normalen Lebensstandard hinausgehender Luxus selbstverständlich und als Zeichen der besonderen Wertschätzung der Kranken üblich war – wohl in der Analogie, Christus im Kranken zu sehen, wie dies Elisabeth von Thüringen ja bildlich erlebt hatte.<sup>11</sup>

Einen eigenen Löffel zum Essen, eine eigene Schale, ein eigenes Leintuch, ein eigenes Bett, auch wenn es, wie im Hotel Dieu in Beaune zeitweise geteilt wurde, waren ein Luxus, den sich der normale Mensch des Mittelalters eigentlich nicht leisten konnte.

Mit dem Aufkommen des Staatswesens gab es parallel dazu schrittweise ein öffentliches Gesundheitswesen, das aber eigentlich erst mit den Reformen des aufgeklärten Absolutismus, in Österreich z. B. mit den Reformen Josef II. in ein öffentliches Krankenanstaltenwesen mündete. Auch dort war das christliche Selbstverständnis grundlegend, nämlich in jedem – besonders aber in den Armen und Kranken – das Ebenbild Gottes zu sehen.

Private Krankenanstalten gab es neben den Ordensspitälern bis weit in das 19. Jahrhundert nur als Betriebskrankenanstalten, Krankenanstalten der Versicherungen, Stiftungen privater Gönner oder von Trägervereinen zur Betreuung besonderer Personengruppen (Beamte, Offiziere etc.). Eine der ältesten Privatkliniken ist die 1729 gegründete Konfraternität. Gewinnerorientierte Krankenanstalten gibt es erst, als die Marktwirtschaft Mitte des 20. Jahrhunderts auch das Gesundheitswesen zu durchdringen beginnt.

### 3. Das heutige Selbstverständnis

Auf Basis dieser geschichtlichen Grundlage stellt sich nun die Frage, worin sich das Selbst-

verständnis einer modernen Klinik am Beginn des 21. Jahrhunderts zeigt.

Im Wesentlichen gibt es vier Modelle, auf denen unser heutiges Krankenhauswesen basiert. Das erste Modell ist das gewinnorientierte, private, privatwirtschaftlich organisierte Krankenhaus bzw. die Krankenkette. Österreich ist aufgrund der derzeitigen Finanzierungslage noch auf Anstalten beschränkt, die nicht der Grundversorgung, sondern der Versorgung einer speziellen Patientengruppe, den Privatversicherten oder Privatzahlern dient.

Das zweite Modell ist das unmittelbar und mittelbar im Eigentum öffentlicher Institutionen stehende Krankenhaus, das einen Versorgungsauftrag zu erfüllen hat – beginnend bei den Krankenhäusern der allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, bis hin zu den städtischen Gemeinde- und Landeskrankenhäusern, deren Auftrag die Erfüllung eines (regionalen) Versorgungsauftrages ist.

Das dritte Modell wird von den gemeinnützigen Krankenanstalten vertreten, die zum überwiegenden Teil im Eigentum bzw. in mittelbarer oder unmittelbarer Trägerschaft von Konventen, Klöstern und Ordensgemeinschaften stehen.

Und schließlich gibt es viertens jene Krankenhäuser, die der Forschung und Lehre dienen, im Wesentlichen die Universitätskliniken, deren Grundidee die Vermittlung, die Weiterentwicklung von Wissen und Forschung um seiner selbst willen ist.<sup>12</sup>

Da die Frage des Auftrages von grundsätzlicher Bedeutung ist und in letzter Konsequenz Entscheidungen auf diesen Grundauftrag zurückzuführen sind, lohnt es sich einen genauen Diskurs zu führen, einen kritischen Blick auf dieses Grundverständnis zu werfen.

### 3.1. Das gewinnorientierte Krankenhaus

Ziel dieses Modells ist der betriebswirtschaftliche Erfolg: die Vermehrung von quantifizierbaren Gütern, die in letzter Konsequenz einen materiellen Wert darzustellen haben. Dies bedeutet nicht, dass das ökonomische Prinzip ein ethisches Handeln, soziale Verantwortung, qualitätssichernde

Maßnahmen oder Risikomanagement ausschließt. In letzter Konsequenz bedeuten diese Faktoren und medizinische Höchstleistung jedoch einen Wettbewerbsvorteil, eine Marktchance, einen Mehrwert bringenden Produktionsfaktor.

Das ist nicht wertend gemeint, muss aber klar ausgesprochen werden, um sich aktiv und bewusst für oder auch gegen dieses Prinzip entscheiden zu können.

Das ökonomische Prinzip kann ja nicht „ein bisschen ethisch“ sein. Es ist in letzter Konsequenz als ökonomisches Prinzip an sich nur dem Ethos des Mehrwerts der Gewinnoptimierung und -maximierung gewidmet.

Langfristig denkende Ökonomen wissen, dass Maximierung nicht zu jeder Zeit den aktuellen maximalen Gewinn, sondern über eine lange Zeit den größtmöglichen Gewinn bedeutet. Sie werden daher Grenzen und das Prinzip Nachhaltigkeit einbeziehen. Doch auch diese sind in letzter Konsequenz betriebswirtschaftlich bedingt.<sup>13</sup>

### 3.2. Die in öffentlicher Hand stehende Krankenanstalt

Dem gegenüber steht die staatlich geführte, bzw. in mehr oder weniger direkter Eigentümerschaft einer Gebietskörperschaft stehende Klinik, Krankenhausverbund etc. Dabei handelt es sich um ein Krankenhaus mit dem Grundverständnis, den Versorgungsauftrag in letzter Konsequenz um jeden Preis, also auch um den Preis ökonomischer Verluste, zu erfüllen. Dies bedeutet nicht unvernünftiges Handeln. Es bedeutet nur, dass die Erfüllung des Versorgungsauftrages den Fragen einer betriebswirtschaftlichen Kosten-/Nutzenrechnung vorangeht. Dies ist durchaus vergleichbar mit dem Willen und der Notwendigkeit, Infrastrukturleistungen in Regionen aus Prinzipien der staatlichen Gleichbehandlung trotz ihrer betriebswirtschaftlichen Negativbilanz zu erhalten. Als staatliches Grundprinzip scheint das per se nicht nur nicht unvernünftig, sondern sogar staatstragend und selbstverständlich zu sein.

Auch hier ist es natürlich dem einzelnen unbenommen, ethische Grundwerte zu vertreten und sie in das Klinikbild einzubringen. Die Verpflichtung oder das Selbstverständnis liegt aber in der Erfüllung des Auftrages der Gebietskörperschaft, des Staates bzw. der öffentlichen Hand, die genau so viel Zuwendung, Ethos, Empathie als Grundprinzip einfordert, wie es die Staatsraison und oftmals die Staatskasse verlangt.

In einer ökonomisierten Gesellschaft, die zudem dem Laizismus als Grundprinzip huldigt, auch dies sei hier wertfrei gesagt, ebenfalls ein ethisch entleertes Gebilde, das aber der reinen ökonomischen Nutzenmaximierung das Prinzip, das Primat der Erfüllung des Versorgungsauftrages entgegen setzt.<sup>14</sup>

### 3.3. Gemeinnützige Krankenhäuser

So bleibt als drittes Selbstverständnis einer Klinik das Prinzip der Gemeinnützigkeit, das irrational anmutende, für viele auch deswegen unbegreifliche und ungläubliche Prinzip, einen Auftrag ganz einfach um seiner selbst willen zu tun – absichtslos, dem Auftrag der Idee verpflichtet, daher aber auch den Regelmechanismen des Marktes und des Staates nur bedingt unterworfen und unterwerfbar.

Das Grundprinzip der Gemeinnützigkeit entzieht sich allerdings aufgrund seiner Stifterschaft zuweilen auch dem gesellschaftlichen Konsens, da der Auftrag ja aus einem (meist religiösen) Grundverständnis entstanden ist. Diese Problematik ist in einer sich verändernden, demokratisierten und pluralistischen Gesellschaft nicht zu vernachlässigen.

Gemeinnützigkeit ist aber, zu Ende gedacht, eine Idee, die ausschließlich auf religiöser, transzendentaler Basis beruhen kann. Denn keine andere Macht als die religiöse – nicht „kirchlich“ wohlgehemmt –, kann die Verpflichtung zum Ethos, die Verpflichtung zur übergeordneten Ordnung vorgeben.

Das auf Gemeinnützigkeit aufgebaute Krankenhaus verbindet in logischer Konsequenz die Verpflichtung zum Ethos, die Verpflichtung zur Wahrnehmung des Menschen als Person und die Verpflichtung, die dafür benötigten Ressourcen

bestmöglich, weil dem Gemeinwohl, der Gemeinnützigkeit, der übergeordneten Idee verpflichtet, einzusetzen.

Es stellt sozusagen die ideologische Quadratur des Kreises des Gesundheitswesens dar. Es ist kein Zufall, dass gemeinnützige Krankenanstalten über die Jahrhunderte sowohl in der Zuwendung zum Patienten, als auch in ihren ökonomischen Grunddaten beispielgebend für die Entwicklung des gesamten Krankenhauswesens waren und sind – wie ja nicht zuletzt die kürzlich veröffentlichte IHS-Studie dies auch wissenschaftlich belegt.<sup>15</sup>

Es ist kein Zufall, dass im Auftrag der Gemeinnützigkeit – sowie manch andere Fehlentwicklung im Auftrag einer übergeordneten Idee – Menschen auch bis an den Rand des Erträglichen, diesen Ideen untergeordnet, ja auch ausgebeutet und benützt wurden. Aber, und das macht die Idee gleichzeitig so brillant wie gefährlich: Es geschah um der Idee willen und nicht um der reinen Gewinnmaximierung wegen.

Gemeinnützigkeit ist der Primat der Idee über die reine ökonomische materielle Vernunft. So ist es auch nicht verwunderlich, dass die Idee des gemeinnützigen Trägers, im überwiegenden Maß in kirchlichen Institutionen zu finden ist. In besonderer Weise in den monotheistischen Religionen und auch hier besonders in den christlichen. Denn hier war und ist die Barmherzigkeit als Befassen mit der Ebenbildlichkeit Gottes an sich ein Wert, weshalb die Behandlung von Alten, Kranken, Missgebildeten, Aussätzigen, Besessenen, wie im biblischen Beispiel des öfteren erwähnt, geradezu Grundprinzip ist.

Neben den vorhin erwähnten Unterscheidungsmerkmalen erscheint noch ein Punkt wesentlich:

Gewinnorientierte Unternehmen sind fast immer in der Trägerschaft einer Kapitalgesellschaft. In dieser Gesellschaft ist der einzig einigende Wert der ökonomischen Erfolg, das einzig messbare und gemeinsame Ziel die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse, in der auch ein Verantwortungsträger im wahrsten Sinn des Wortes, nämlich jemand der die Verantwortung erträgt, nicht mehr

zu personifizieren ist.<sup>16</sup>

Die öffentliche Hand als solche, aber auch ihre Gebietskörperschaften, sind ein anonymer, zudem veränderbarer, demokratischen regulativen und daher Wechsel unterworfenen Rechtsträger. So ist also die nicht greifbare öffentliche Hand der Verantwortungsträger – ein Eigentümer, der als Person in den seltensten Fällen zu fassen ist, wenn aber, fast immer politischer Argumentation und politischer Agitation ausgesetzt ist.

Die gemeinnützigen Träger bzw. Krankenanstalten hingegen sind fast alle in der Hand eines fassbaren konkreten Trägers, der eine Person an seiner Spitze hat, die in persönlicher Verantwortung für dieses Werk steht und in dem die einigende Idee in seiner Ordenstradition oder Trägertradition festgeschrieben ist.

Natürlich birgt diese persönliche Verantwortlichkeit auch große Gefahren, wie wir sie ja in der Wirtschaft immer wieder beobachten können. Die auf einen Patriarchen, auf einen Träger zugeschnittenen Firmen, die auch das Verantwortungspotential dieses Trägers überschreiten, haben nicht selten Schwierigkeiten in ihrer Organisation und Nachhaltigkeit bekommen. Die Spannung zwischen persönlicher nachvollziehbarer Verantwortung und organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Professionalität ist eine, in der sich die Träger gemeinnütziger Krankenanstalten aktuell und wohl auch in Zukunft stets befinden und für die stets neue Antworten in Verantwortung gegenüber dem Träger, den Mitarbeitern und den Patienten gefunden werden müssen.

### 3.4. Das Krankenhaus mit Forschung und Lehre

Neben den drei großen ideologischen Prinzipien, gewinnorientiert, öffentliche Aufgabe oder Gemeinnützigkeit, hat sich – insbesondere mit der Etablierung der Wissenschaft als zentraler Motor der Entwicklung des Abendlandes –, auch die Dimension einer Klinik als Anstalt der Forschung und Lehre, der Wissenschaft ergeben. Dies betrifft im wesentlichen die Universitätskliniken – aber so mancher Kli-

nikvorstand eines nicht universitären Krankenhauses würde natürlich gerne das Selbstverständnis der Forschung und Lehre als Grundlage seines Tuns in die Leitbilder seines Hauses eingeschrieben sehen, mit den daraus resultierenden Folgen für sein Haus, seine Organisation und seine Patienten.

Neben der unbestrittenen und unbestreitbaren Wichtigkeit dieses Themas für die Weiterentwicklung der Medizin (die der Lehre verschriebenen Krankenhäuser haben in gewisser Weise eine andere Form der Gemeinnützigkeit, nämlich die abstrakte Idee der Vermehrung des Wissens als Grundauftrag), besteht natürlich auch hier die große Gefahr der Verselbstständigung ihrer Aufgaben und Idee. Dann, wenn die Beachtung und Betrachtung von Patienten und ihrer Krankheiten ausschließlich nach dem Prinzip der Vermehrung und der Vertiefung des Wissens und des wissenschaftlichen Fortschrittes erfolgt, ist der Mensch nur noch Studien- und Forschungsobjekt.

Überall dort, wo dieses Selbstverständnis keinem Korrektiv unterworfen wird, hat es zu gefährlichen Auswüchsen und grundlegender Perversion dieses Systems geführt. Man denke hier nur an den Gipfelpunkt der nationalsozialistischen Medizin und deren erschütternde Weise in manchen Bereichen z. B. der Zwillingsforschung, aber auch der hyperbaren Medizin, die trotz ihrer moralischen Verwerflichkeit und Inakzeptabilität zu bis heute gültigen wissenschaftlichen Erkenntnissen geführt hat.<sup>17</sup>

### 3.5. Zusammenfassung

Es gibt also vier Grundprinzipien und Grundaufträge für ein Krankenhaus, die bis heute und wohl auch für die Zukunft gültig sind und sein werden.

- Privatwirtschaftliches gewinnorientiertes Krankenhaus, effizient, effektiv, aber auch mit einem klaren Bekenntnis, die Not der Menschen zum Nutzen des ökonomischen Vorteils zu behandeln.
- Die staatliche oder im Besitz einer öffentlichen Körperschaft stehende Klinik, mit dem Vorteil des gesicherten Versorgungsauftrages und der

staatlichen Lenkungsmöglichkeit und damit dem im Gemeinwesen definierten größtmöglichen Nutzen und zugleich dem Nachteil, dass die Erfüllung den politischen Variabilitäten ausgesetzt ist und keinem ökonomischen Korrektiv unterworfen ist.

- Die Klinik auf Basis einer gemeinnützigen Stiftung mit dem Auftrag, privatwirtschaftliches Vorgehen mit dem Stiftungszweck und moralischer Absicherung als Grundprinzip zu vereinen, aber mit der ebenfalls nicht zu leugnenden Gefahr, sich auf den Stiftungszweck bzw. die Personen zu beschränken, die mit dem Stiftungszweck übereinstimmen.
- Die Klinik als Stätte der modernen Wissenschaft und Forschung, mit dem Vorteil, der unabhängig von Ansehen verfügbaren bestmöglichen Medizin und der Gefahr, in der großen Aufgabe, Wissenschaft und menschliche Zuwendung zu vereinen, der Wissenschaft eine klare Vorrangstellung zuzugestehen.

## 5. Organisatorische Grundsätze

Das Selbstverständnis des modernen Krankenhauses lässt sich auf Basis der vorher gesagten grundsätzlichen Ausführung noch in einer weiteren Dimension darstellen.

So ist nach dem österreichischen Krankenanstaltengesetz das Krankenhaus in die Sektoren Medizin, Pflege und Verwaltung aufgegliedert, die sich im Prinzip „Kollegiale Führung“ wieder findet. Diese Trennung ist mit einer Professionalisierung der Berufsgruppen mit all ihren Vor- und Nachteilen, nämlich der damit unabdingbaren Abgrenzung und gleichzeitig selbstverständlichen Vertiefung des Wissens behaftet.

Neben diesem 3-Säulenmodell führt uns die Entwicklung des Krankenhauswesens vom Prinzip der klassischen Methodenklinik, also der Gliederung eines Krankenhauses nach medizinischen Fachgebieten, hin zur Zentrumsmedizin. Diese stellen in Organ-, Tumor- oder methodischen Zentren, wie Endoskopiezentren etc., interdisziplinä-

res und zunehmend interprofessionelles Handeln in den Vordergrund.

Zielpunkt wird wohl eine anhand von Behandlungsabläufen prozessual gegliederte Klinik sein, die Leitlinien und evidenzbasierte klinische Pfade organisatorisch darstellt und prozessual abbildet; eine Klinik, die den Gang des Patienten als Kernprozess und zentrale Steuerungsfunktion in den Mittelpunkt stellt und alle anderen Leistungen darum herum gruppiert.<sup>18</sup>

Diese Entwicklung ist einfach und leicht verständlich an der Entwicklung des Qualitätsmanagements nachzuvollziehen. Sie findet sich auch in den Vorgaben der österreichischen Krankenanstaltenplanung wieder: Der Weg geht von der Strukturqualität, d. h. also dem Festschreiben, wie viele Waschbecken und Desinfektionsspender in einem OP aufgehängt werden sollen, hin zu den Prozessqualitätskriterien – zum Beispiel der Art und Weise die chirurgische Händewaschung festzuschreiben und einzufordern – bis hin zur Ergebnisqualität, nämlich festzuhalten, wie viele nosokomiale Infektionen durch fehlerhafte Händedesinfektion oder eben wie hohe Erfolgsquoten durch gute hygienische Maßnahmen erzielt wurden – eine Entwicklung, die logisch nachvollziehbar, in vielem aber durch strukturelle Barrieren sehr schwer umzusetzen ist. Gerade die Festlegung der Ergebnis-, der Outcome-Qualität ist einer berechtigten Diskussion über die Interpretation dieser Ergebnisse unterworfen.<sup>19</sup>

Das Selbstverständnis des modernen Krankenhauses kann und muss es sein, diesen Prozess der Entwicklung von Qualitätsmessung grundsätzlich zu bejahen und nachvollziehbare gesicherte Behandlungsqualität in den Mittelpunkt zu stellen (wobei diese unverzichtbar die personale Dimension inkludieren muss).

Eine kritische Diskussion über die Ergebnismessung dient dabei nicht dem Schutz von Eigeninteressen, insbesondere der Ärzteschaft, sondern der nachhaltigen Sicherung eines reproduzierbaren und inhaltlich vertretbaren Aussagewertes dieser Ergebnisse.

Die Frage, wie, wo und warum die organisatorische Entwicklung und die damit verbundene Entwicklung des Qualitätsanspruches vorangetrieben werden, lässt sich letztlich von dem Grundauftrag des Trägers nicht trennen. So wird ihre Gewichtung und Bedeutung innerhalb des Systems nur durch den Bezug zu seiner Basis, zu seinen Grundwerten erhalten.

Neben der zunehmenden Wandlung der Methodenkliniken in eine Zentrumsambulanz und in eine ergebnisorientierte Ablaufambulanz entwickelt sich in Pflege und im therapeutisch-diagnostischen Bereich eine weitere grundsätzlich begrüßenswerte, (aber auch mit Gefahren verbundene) Differenzierung heraus. Das Grundprinzip der sogenannten abgestuften Versorgung, das in einer Art Modulsystem verschiedene Bereiche unterschiedlicher Betreuungsintensität unterscheidet und baulich, organisatorisch und personell umsetzt:

Die sogenannte „Low-Care-Station“ betreut nur geringfügig pflegebedürftige oder kurzzeitig stationär zu behandelnde, meist recht mobile Patienten: Low-Care also nicht im Sinne von wenig Pflege und Zuwendung, sondern als geringerer Pflegeaufwand!

Die Normalstation führt die uns allen geläufige, klassische Bettenstation in der Behandlung und Pflege von nicht intensivpflichtigen, bettlägerigen Patienten fort.

Die Überwachungsstation oder „Intermediate-Care“ hat ein erhöhtes Überwachungspotential, das nahe an eine Intensivmedizinische Abteilung geht, allerdings werden hier grundsätzlich keine beatmeten Patienten betreut.

Dies erfolgt auf der Intensivstation, der Intensive-Care, in der beatmungspflichtige Patienten einer voll technisierten und hochaufwendigen Betreuung bedürfen.<sup>20</sup>

Diese Gliederung hat sowohl betriebswirtschaftliche als auch patientenorientierte Qualitätsaspekte. Betriebswirtschaftlich ist es natürlich vernünftig und sinnvoll, Patienten, die einer geringen Pflegeintensität bedürfen, nicht mit dem gleichen

Personalstand und technischen Aufwand zu betreiben, wie dies für Patienten mit hohem Pflegeaufwand nötig wäre. Aber auch für die Patienten selbst ist das Nebeneinander von mobilen, selbständigen, vielleicht nur vor einem kleinen Eingriff stehenden Patienten mit schwerkranken, bettlägerigen und hoch pflegebedürftigen Patienten durchaus problematisch und belastend. Für die Pflege und Ärzte ist eine Spezialisierung auf die entsprechenden Bereiche selbstverständlich mit einem entsprechenden Qualitätsanspruch verbunden. Andererseits geht durch die Spezialisierung auch das Verständnis für eine gesamtheitliche Sicht des Pflegeaufwandes und der ärztlichen Betreuung verloren. Wer nur noch einen Teil des Ganzen sieht, hält vielleicht das Ganze für nicht so bedeutend.

Auch hier folgt das *ceterum censeo*: Nur, wer seine Basis kennt, kann diese neuen Organisationsformen mit dem entsprechenden Gewicht und der entsprechenden Wertigkeit in die Zukunft führen und wirklich patientengerecht arbeiten.

Beide Zugänge, das Abwenden von der Methodenambulanz und der Wechsel zur abgestuften Versorgung, können auf Basis eines ganzheitlichen Menschenbildes eine positive Entwicklung bedeuten. Sie führen weg von der sogenannten Grundpflege hin zu den Prinzipien der Gruppenpflege und der individuellen Betreuung. Dies ist umso interessanter, als im medikamentösen Bereich und in Zukunft wohl auch in den interventionellen Bereichen, parallel dazu die Entwicklung zu einer zunehmend individualisierten Medizin erfolgt.

Die molekularbiologische Diagnostik, z. B. ebenfalls von onkologischen Erkrankungen, aber auch von der Verstoffwechslung von Medikamenten, führt zu einer zunehmend präziseren Auswahl an therapeutischen Mitteln, sodass wir neben der individuellen Betreuung durch Arzt und Pflege auch eine individuelle Therapie in der Medizin erwarten können. Dem gegenüber steht – und das ist die paradoxe Entwicklung, wie wir sie in der Gesellschaft ganz oft erleben –, die Tendenz, fast industriell standardisierte Abläufe zu produzieren, die zwar

Qualität garantieren, möglicherweise aber Individualität gefährden. Schlagworte wie klinische Pfade, evidenzbasierte Medizin müssen dafür genügen.

Parallel zu den Entwicklungen im Bereich der organisatorischen Struktur entwickelt sich auf Personalebene das Selbstverständnis, Medizin und medizinische Behandlung im Sinne einer gemeinsamen Aufgabe zu sehen. Teamwork als Grundprinzip im interdisziplinären, interprofessionellen und interhierarchischen Sinn. Das bedeutet nicht nur das Zusammenwirken der Ärzte verschiedener Abteilungen, sondern das zunehmend selbstverständliche Miteinander zwischen Ärzten und Pflege, aber genauso Physiotherapie, klinischer Psychologie, Diätologie etc.

Der moderne Zentrumsgedanke ohne eine Betreuung durch ein multiprofessionelles Team ist heute und vor allem in der Zukunft nicht vorstellbar. Dazu kommt das zunehmende Selbstverständnis, nicht hierarchische Grenzen, sondern Kompetenzniveaus als entscheidenden Faktor in der Zusammenarbeit und der Struktur zu sehen.

Die Entwicklung der Krankenhäuser der letzten Jahre hat außerdem die Frage nach der Spezialisierung gestellt. Das Prinzip erscheint aufgrund organisatorischer und medizinischer Erfordernisse durchaus logisch, dennoch steht ihm aber ein möglicherweise ganzheitliches Menschenbild entgegen. Auch hier gibt es keine einheitliche Meinungsbildung, da letztlich beide Prinzipien ihre Berechtigung haben und Abbild einer pluralistischen Weltsicht sind. Die Spezialklinik, die hoch frequent mit höchster Expertise, aber eben eingengt auf ihr Fachgebiet Leistungen erbringt, steht dem – vor allem vom Patienten oft geäußerten – Wunsch nach einem ganzheitlichen, umfassenden Behandlungskonzept zuweilen entgegen. Dies ist sicher in so mechanistischen Fächern wie der Chirurgie, aus der ich übrigens selber komme, weniger von Bedeutung. In fachübergreifenden Bereichen ist dies aber sehr wohl eine Herausforderung. Und so zeigt sich auch hier, dass einfache Rezepte letztlich nicht die Grundfrage nach der Ausrichtung einer Klinik

beantworten können. Der Mythos der großen Zahl, wohl gepusht durch das ökonomische Prinzip der „Ökonomie of scale“, lässt sich jedenfalls in der Medizin nicht bedingungslos nachweisen.

Wenn auch unwidersprochen Mindestfrequenzen als das Allheilmittel der Qualität gesehen werden dürfen, so gibt es doch eine erstaunlich große Zahl von Studien (IQWiG etc.), die zeigen, dass Qualität selbst<sup>21</sup> bei standardisierten Operationen ab einer bestimmten Zahl auch wieder sinkt, weil Industrieprozesse für Akteur und Patient unmenschlich sind.<sup>22</sup> Auch dies ist eine Entwicklung, die letztlich aus dem Grundverständnis einer Klinik heraus entwickelt und gelebt werden muss und deren Bedeutung nur durch Bezug auf dieses Grundverständnis verständlich ist.

Daneben hat sich noch zusätzlich die Aufgliederung in den Kernbereich, also Patientenbehandlung und Pflege, und die sogenannten Supportleistungen wie Facilitymanagement, Verwaltung, Infrastruktur etc. etabliert. Es ist weitgehender Konsens, dass in diesen Bereichen, „Neben- oder Hilfsbereichen“, die größtmögliche wirtschaftliche Professionalität Einzug halten muss, um für die einen den unmittelbaren Gewinn zu mehren, für die anderen, ihren Grundauftrag (öffentliche Versorgung, Forschung, Lehre oder Gemeinnützigkeit) noch effizienter umsetzen zu können. Aber auch hier muss die Fragestellung des Grundauftrages im Blick behalten werden:

Wie also fassen wir die Fragestellung zusammen?

Im organisatorischen Bereich ist ein einheitliches Selbstverständnis weder für das Heute festzuhalten noch für die Zukunft zu postulieren.

Die Vielfalt der Zugänge, die teils mythologische Diskussion über angeblich gesicherte Entwicklungen, lässt eigentlich nur einen Auftrag offen: die permanente Auseinandersetzung mit der bestmöglichen Erfüllung des Patientenwohls – der selbstverständliche Auftrag, all die organisatorischen Mittel, die sich bieten, zum Nutzen des Patienten einzusetzen.

## Fazit

Basis für das Selbstverständnis einer modernen Klinik ist die eindeutige Definition des Auftrages, ist die Klarstellung, auf welcher ideologischen Basis wir Medizin betreiben wollen: als zu erfüllender Versorgungsauftrag des Staates, als betriebswirtschaftliche Herausforderung eines Gesundheitsunternehmens, um Forschung, Lehre und Wissenschaft zu betreiben oder als Erfüllung eines idealistischen Auftrages einer gemeinnützigen Vereinigung. Auf Basis dieser Grundsatzentscheidung ist der Umgang und die Akzeptanz moderner Entwicklungen wie Zentrumsmedizin, abgestufte Versorgung, individualisierte Medizin auf der einen Seite und vernetzte, dokumentierte, standardisierte, qualitätsgesicherte Medizin, in Spezial- oder allgemeinen Krankenhäusern zu erbringen.

Die Grundfrage der menschlichen Betreuung, der persönlichen Zuwendung wird ohne die Klärung des ideologischen Auftrages nicht möglich sein und mündet in die einzig wirkliche wichtige Frage: Wie und warum wollen wir unseren Patienten – also notleidenden, hilfeschuchenden Menschen – begegnen.

## Referenzen

- 1 Jetter D., *Geschichte des Hospitals. Band 1: Westdeutschland von den Anfängen bis 1850*. Sudhoffs Archiv, Franz Steiner Verlag, Wiesbaden (1966)
- 2 Barth P., *Philosophie der Geschichte der Soziologie. 1. Teil: Grundlegungen und kritische Übersicht*, Georg Olms Verlag (1971)
- 3 Fischer E. P., *Die andere Bildung*, Ullstein Verlag, München (2001)
- 4 Eckart W. U., Jütte R., *Medizingeschichte. Eine Einführung*, UTB Verlag, Stuttgart (2007)
- 5 Strohmaier G., *Avicenna*, Beck Verlag, München (1999)
- 6 Schipperges H., *Die Kranken im Mittelalter*, C. H. Beck Verlag, München (1990)
- 7 Krünitz J. G., Floerken F. J., Flörke H. G., Korth J. W. D., Hoffmann C. O., Kossarski L., *Ökonomische Encyclopädie*, veröffentlicht von J. Pauli 1791
- 8 Labisch A., Spree R., Koppitz U., „*Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett*“. *Zur Sozialgeschichte des allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*, Campus Verlag, Frankfurt/Main (1996)
- 9 Lütz M., *Lebenslust*, Pattloch Verlag, München (2002)

- 10 Zulehner P. M., *Gott ist größer als unser Herz*, Schwabenverlag, Ostfildern (2006)
- 11 Renner M. (Hrsg.), *Die Vita der Hl. Elisabeth des Dietrich von Apolda*, Historische Kommission Hessen, Marburg (1993)
- 12 Rümmele M., *Kranke Geschäfte mit unserer Gesundheit*, V: NP-Buch Symptome, Diagnosen und Nebenwirkungen der Gesundheitsreform, NP Buchverlag, St. Pölten (2005)
- 13 Kotler P., *Marketing Management*, Prentice-Hall, New Jersey (1988)
- 14 Merz F., *Wachstumsmotor Gesundheit*, Hauser Wirtschaft, Berlin (2007)
- 15 Czypionka T., Röhring G., Kraus M., Schnabl A., Eichwalder S., *Fondspitäler in Österreich: ein Leistungs- und Finanzierungsvergleich*, Juni 2008
- 16 Sprengseis G., Lang G., *Vom Wissen zum Können - Forschung für NPO's im Gesundheits- und Sozialbereich*, facultas.wuv, Wien (2006)
- 17 Klophe C., *Medizin und Verbrechen*, Klemm & Oelschläger, Münster/Ulm (2001)
- 18 Salfeld R., Hehner S., Wickels R., *Modernes Krankenhausmanagement*, Springer Verlag, Berlin (2007)
- 19 Zollanz H.-D., *Grundlagen Qualitätsmanagement*, Oldenburg München (2006)
- 20 Mischöhellig M., Schütz-Pazzini P., *Primäre Pflege in Theorie und Praxis*, Huber Verlag, Bern (2007)
- 21 Schäder P., *Mindestmengen in der Knieendoprothetik*, Orthopädie (2005); 34: 198-209
- 22 IQWiG (Hrsg), *Erstellung von Evidenzberichten zum Verhältnis von Menge und erbrachter Leistung der Qualität bei PTCA*, IQWiG, Köln (2006)

## Weiterführende Literatur

- Schlegel H., *Spiritual Coaching - Führen und Begleiten auf der Basis geistlicher Grundwerte*, Echter Verlag, Würzburg (2007)
- Malik F., *Führen Leisten Leben, Wirksames Management für eine neue Zeit*, Heyne Verlag, München (2000)
- Jäger R., *Kompetenz führen in Zeiten des Wandels - Führungsinstrumente für die tägliche Praxis*, Beltz Verlag, Weinheim (2004)
- Welch J., Welch S., *Winning. Das ist Management. Wissen was zu tun ist*, Campus Verlag, Frankfurt (2005)

Dr. Franz Harnoncourt, Ärztlicher Direktor  
A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen Linz  
Fadingerstraße 1, A-4010 Linz  
Franz.Harnoncourt@elisabethinen.or.at

Michael Heinisch

## Menschlichkeit in der Medizin: Eine Frage der Werte

Christliche Werte haben in Europa eine lange Tradition. Leider müssen wir heute zur Kenntnis nehmen, dass sich immer mehr Menschen in Österreich von der katholischen Kirche bzw. von ihren Werten abwenden. Deshalb kommt lebendigen Räumen, in welchen christliche Werte für die Menschen im Alltag wahrnehmbar und erlebbar sind, eine immer größere Bedeutung zu. Christliche Krankenhäuser sind besonders aufgerufen, derartige Räume zu bilden, da Menschen in der Phase der Abhängigkeit einer Krankheit menschliches Verhalten brauchen, welches sich an christlichen Werten orientiert.

Konfessionelle Gesundheits- und Sozialeinrichtungen haben gerade in dieser Zeit eine große Verantwortung, Werte in der Gesundheitsversorgung hochzuhalten. Immer dominanter wird die Forderung nach wirtschaftlichen Zielsetzungen, und zunehmend wird der Focus auf die rein fachliche Professionalität gelenkt. Es sei hier ausdrücklich klargestellt, dass die eigentliche Aufgabe im Gesundheitswesen ausschließlich darin liegt, den besten Dienst am Menschen zu leisten. Wirtschaftliche Führung bzw. fachliche Professionalität sind dabei selbstverständliche Voraussetzungen, aber das Maß für das rechte Handeln sind einzig und allein die Menschen, für die der Dienst in den Krankenhäusern und Sozialeinrichtungen geleistet wird.

So kann es in Gesundheitseinrichtungen nicht um industrielle Dienstleistungen gehen. Vielmehr geht es hier um einen übergeordneten Wert, nämlich um das Leben jener Menschen, die sich diesen Einrichtungen anvertraut haben. Das Leben ist einzigartig und einmalig. Das beste Zeichen dafür, dass diese Einzigartigkeit anerkannt wird, ist die Zuwendung, welche Patienten in diesen Einrichtungen erleben. Zuwendung ist die Sprache der liebevollen Fürsorge und des Respekts gegenüber

dem Menschen und seinem Leben.

Die in den Gesundheitseinrichtungen betreuten Menschen sind auch keine Kunden. Dazu fehlt ihnen in der Ausnahmesituation ihrer Krankheit oft die Autonomie, um über Behandlungsalternativen oder die Art der Einrichtung, der sie sich anvertrauen wollen, zu entscheiden. Die Menschen, die wir behandeln, sind Patienten. Menschen behandeln wir dann als Patienten, wenn wir uns ihrer Ängste annehmen, sie respektieren und damit behutsam umgehen und wenn wir ihnen die Gewissheit geben, dass wir bei medizinischen Fragestellungen ethisch fundiert und verantwortungsvoll vorgehen.

Aber auch unsere Mitarbeiter sind ganz besondere Mitarbeiter. Menschen, die im Alltag ihres Berufs mit Tod und Krankheit laufend zu tun haben, brauchen eine besondere Form der Führung und brauchen Werte, an denen sie Sinn in ihrem Alltag erleben.

All das führt zu der wesentlichen Aussage, dass es in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens neben der reinen Professionalität auch und besonders um Werte gehen muss. Wirtschaftlichkeit und fachliche Professionalität bilden die notwendigen Rahmenbedingungen für den besten Dienst am Menschen. Wer den besten Dienst am Menschen leisten will, muss sich notwendigerweise auch mit jenen Werten beschäftigen, die einem derartigen Dienst zugrunde liegen müssen. Wie gesagt haben gerade die konfessionellen Einrichtungen eine ganz besondere Verantwortung in einer Zeit, in der Einsparungen und Gewinnorientierung zunehmend zu Maximen des Gesundheitswesens werden.

Menschlichkeit in der Medizin ist daher eine der zentralen Herausforderungen – auch in der

Zukunft. Es gilt zu betonen, dass es sich bei dem Begriff der Medizin nicht nur um die ärztliche Tätigkeit handeln kann. Vielmehr sind die Leistungen und das tägliche Engagement sämtlicher Gesundheitsberufe damit umfasst. „Der Mensch ist die beste Medizin für den Menschen“, so lautet der berühmte Ausspruch des heiligen Benedikt. Es sind die Menschen, die diagnostizieren, therapieren, pflegen und betreuen. In ihrem Verhalten kommen die Werte zum Ausdruck, die der kranke Mensch in seinem körperlichen und seelischen Leid braucht.

Um welche Werte könnte es im Gesundheitswesen konkret gehen? Zum einen ist es die BARMHERZIGE LIEBE. Barmherzige Liebe wendet sich allen Menschen ohne Unterschied zu. Sie begegnet ihnen aufmerksam und mitfühlend. Aus der Sensibilität für die Bedürfnisse des anderen erwächst der Dienst an Leib und Seele. Barmherzige Liebe öffnet die Herzen und beschenkt gleichermaßen den Empfangenden und auch den Gebenden. *Darum lernt, was es heißt: Barmherzigkeit will ich, nicht Opfer. (Mt 9, 13)*

Es geht um HOCHACHTUNG UND HERZLICHKEIT. Barmherzige Liebe wäre ohne Hochachtung und Herzlichkeit dem Einzelnen gegenüber nicht denkbar. Die Einzigartigkeit und Würde des Menschen verlangen Wohlwollen, Respekt und Anteilnahme. Persönliche Zuwendung, höflicher, liebevoller Umgang und aufmerksames Zuhören sind Ausdruck dieser Gesinnung. *Nur einer ist euer Meister – ihr alle aber seid Brüder. (Mt 23, 8)*

WAHRHAFTIGKEIT. Aufrichtigkeit in Wort und Tat ist die Grundlage für gute Zusammenarbeit. Dies erfordert Treue zu sich selbst und zur anvertrauten Aufgabe. Kommunikation und Kritik sind getragen von Wertschätzung und Verantwortungsbewusstsein. Ehrlichkeit und Verbindlichkeit fördern gegenseitiges Vertrauen und helfen, mit Stärken und Schwächen in rechter Weise umzugehen. *Die Wahrheit wird euch befreien (Jo 8, 32)*

Und es geht um SOZIALE UND ÖKONOMISCHE VERANTWORTUNG. Dem Menschen sind Talente und Ressourcen anvertraut. Es ist ihm aufgegeben, mit ihnen verantwortungsbewusst und

sorgsam umzugehen. Die Achtung und Förderung der Mitarbeiter, optimaler, zweckdienlicher Einsatz der Güter und guter Umgang mit der Zeit sind wesentliche Elemente der sozialen und ökonomischen Verantwortung. Dazu gehören auch die Wertschätzung des Gewachsenen und die Bereitschaft für zeitgemäße Erneuerung. *Wenn ihr im Umgang mit dem ungerechten Reichtum nicht zuverlässig gewesen seid, wer wird euch das wahre Gut anvertrauen? (Lk 16, 11)*

Diese Werte ruhen auf einem starken Fundament – dem CHRISTLICHEN GLAUBEN. Das Vorbild Jesu Christi in der Liebe zu den Menschen bestimmt Leben und Handeln. In jedem Menschen ist die Gegenwart Gottes zu sehen. Diese Haltung ist für Menschen, die in den Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig sind, richtungsweisend. *... es kommt darauf an, ... den Glauben zu haben, der in der Liebe wirksam ist (Gal 5, 6).*

Werte im Gesundheitswesen sind nichts Statisches, sondern etwas zutiefst Lebendiges. Kranke Menschen sollen diese Werte im tagtäglichen Tun spüren und wahrnehmen. Es gilt konkrete Anker zu setzen, welche den Patienten einen innerlichen Halt in der Ausnahmesituation ihrer Krankheit geben. In diesen Vertrauensankern werden die Werte der Menschlichkeit im Erleben der Menschen Realität. Für christliche Krankenhäuser sehe ich im Wesentlichen 4 Bereiche, in denen christliche Werte im klinischen Alltag spürbar und berührbar werden – in denen die Menschlichkeit in der Medizin ihren Ausdruck findet.

Die unmittelbarste und intensivste Ausdrucksform der Werte in einer menschlichen Medizin ist die ZUWENDUNG VON MENSCH ZU MENSCH.

- Durch die Zuwendung der Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen erhalten die Patienten Orientierung und Halt – in einer Situation, in der sie diese Sicherheit besonders brauchen. In der Zuwendung kommt der Respekt vor der Abhängigkeit des Patienten besonders deutlich zu Tage. Durch liebevolle Zuwendung treten Menschen auf Augenhöhe zueinander in Beziehung. Zuwendung kennt keine Hierarchie,

keine Macht und keine Eitelkeit.

- In der Grenzsituation des Krankseins stellt Zuwendung sicher, dass sich die Patienten in ihrer Einmaligkeit erleben und in Unsicherheit und im Leid bestehen können. Menschliche Würde wird so erlebbar.

Konkret ist darauf zu achten, dass im Tagesablauf eines Patienten jene neuralgischen Punkte mit besonders viel Sensibilität bedacht werden, in der Angst und Verunsicherung des kranken Menschen am größten sind. Dies ist sicherlich zum einen die Aufnahme – das Heimat nehmen – im Krankenhaus. Ein weiterer einschneidender Moment ist das Überbringen schwieriger Diagnosen. Hier ist eine ganz besondere Kompetenz des Wahrnehmens, Hinhörens und natürlich des Führens dieser heiklen Gespräche gefordert. Es ist der Wert der Wahrhaftigkeit, der uns hier leiten muss. Jede Patientin und jeder Patient muss die für sie relevanten Informationen erhalten, ohne ihnen die Hoffnung und die Lebensperspektive zu nehmen.

Ein weiterer neuralgischer Moment voller Angst und Unsicherheit ist auch eine bevorstehende Operation. Um wie viel leichter erträgt der Mensch die sterile und angsterfüllte Zeit in der Vorbereitung auf einen Eingriff, wenn es Menschen gibt, die auch in dieser von Technik und Standards geprägten Umgebung ein Gespräch der Hoffnung und des Verständnisses für die besondere Situation anbieten. Das braucht Ressourcen. Doch diese Investition in die Menschlichkeit rechnet sich allemal.

Menschlichkeit in der Medizin findet ihre Ausdrucksform auch in der EINBEZIEHUNG DER PSYCHISCHEN UND GEISTIG-SEELISCHEN VERFASSUNG des Patienten in den Behandlungsprozess.

- Heilung von körperlichen Leiden braucht außer der organischen Behandlung auch die Einbeziehung der psychischen und geistig-seelischen Verfassung der Patienten. Deshalb sind Klinische Psychologie, Psychotherapie und Seelsorge wichtige Ergänzungen zur organischen Behandlung und notwendige Unterstützungen im Heilungsprozess.

- Es soll den Patienten dabei geholfen werden, in ihrer Krankheit, in ihrer Grenzsituation und im Leid zu bestehen und zu reifen. Es soll den kranken Menschen vermittelt werden, dass sinnvolles Menschsein auch möglich ist, wenn die Funktionalität nicht mehr voll gegeben ist. Damit erfährt der Kranke die Kostbarkeit seiner Person und seines Lebens.
- Der Glaube kann zusätzliche Perspektiven eröffnen – über den eigenen Horizont, über die eigenen Grenzen, über den Tod hinaus. Damit kann der Krankenhausaufenthalt den Patienten die Chance bieten, ihren Lebensstil neu zu überdenken und ihren ureigensten Sinn zu finden. Die Hilfestellungen der klinischen Psychologie und der Seelsorge können ihn dabei sehr gut unterstützen.

Krankenhäuser sollten die Klinische Psychologie und Psychotherapie wie auch die Seelsorge in ihrer Organisation klar verankert haben. Ärzte und Pflegepersonen sollten über ein solides Basiswissen über die Bedeutung von psychologischer, psychotherapeutischer und seelsorglicher Arbeit verfügen und sensibel für den Sinn von psychologischer, psychotherapeutischer und seelsorglicher Arbeit sein.

Der Beginn und das Ende des Lebens verlangen nach ganz besonderer Aufmerksamkeit von den Menschen, die in Gesundheitseinrichtungen tätig sind. Doch gerade der Tod ist in vielen Krankenhäusern immer noch tabuisiert, gilt doch die zentrale Aufmerksamkeit der Gesundwerdung von Menschen. Menschlichkeit in der Medizin nimmt jedoch den Tod als Bestandteil des Lebens wahr und schafft eine KULTUR IM UMGANG MIT STERBENDEN UND MIT DEM TOD.

- Es geht darum die Grenzen des Machbaren zu erkennen und anzunehmen. Dies stellt auch für Ärzte und Pflegenden eine immer wiederkehrende große Herausforderung dar.
- Angesichts des Sterbens bzw. des Todes wird Menschlichkeit sichtbar, indem einfühlsam geeignete Rahmenbedingungen geschaffen

werden und Patienten wie Angehörige in ihrer schwierigen Situation Unterstützung erfahren und diese Zeit in Würde bewältigen können. Palliativeinrichtungen und Hospize sind Strukturen, die dieser wesentlichen Lebensphase gerecht werden.

- Es braucht von den Betreuenden Sensibilität für die Bedürfnisse der Betroffenen. Diese Sensibilität gilt es aufzubringen. Der Begleitung von Kindern als Angehörige von Sterbenden muss ganz besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Es gilt immer wieder zu betonen, dass Sterbeprozesse der Patienten auch für die Mitarbeiter eine ungeheure Belastung und psychische Herausforderung darstellen. Daher ist es unbedingt erforderlich, Mitarbeitern eine wirkungsvolle Unterstützung zu geben, damit sie Entlastung und Stärkung erfahren.

Patienten erleben in der Phase ihrer Erkrankung eine tiefe Abhängigkeit gegenüber den Menschen, die sie behandeln und betreuen. Sie sind darauf angewiesen, dass Ärzte und Pflegende ethisch handeln und dadurch den Respekt vor dem Leben zum Ausdruck bringen. Es geht darum, ENTSCHEIDUNGEN AUF BASIS ETHISCHER GRUNDLAGEN zu treffen.

- Um medizinische Fragestellungen ethisch fundiert und verantwortungsvoll treffen zu können, müssen sich die zuständigen Entscheider bewusst sein, dass beratende Unterstützung in ethischen Fragen in manchen Situationen notwendig ist. Sich beraten zu lassen und gemeinsam zu reflektieren sind nicht Zeichen von fachlicher Schwäche, sondern von ethischer Stärke.

Ethik ist nicht nur eine Sache des Gefühls und der Intuition, sondern auch der Kompetenz und der fachlichen Expertise. Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen brauchen hier Unterstützung. Für ethische Entscheidungen im Alltag sollte ein Ethik-Kodex eine praktische Grundlage für medizinisch-ethische Entscheidungen darstellen.

Darüber hinaus soll ethische Beratung im klinischen Alltag angeboten werden. Zum einen bietet dies eine wichtige Unterstützung bei ethisch schwie-

rigen Entscheidungen für die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zusätzlich werden alle betroffenen Berufsgruppen für ethische Probleme sensibilisiert und eine ethisch verantwortungsbewusste Organisationskultur daraus entwickelt.

Menschlichkeit in der Medizin ist tief verwurzelt in einer christlichen Werteorientierung. Der christliche Glaube mit seinem Auftrag, die Liebe Gottes und sein heilendes Wirken erfahrbar zu machen, war und ist Motivation, christliche Krankenhäuser zu gründen. Diese Krankenhäuser sind ein lebendiger Ort christlicher Nächstenliebe. Sie sind damit ein wesentlicher Bestandteil eines menschengerechten Gesundheits- und Sozialwesens.

Menschlichkeit in der Medizin sieht das Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele bei der Gesundung von Menschen. Menschlichkeit in der Medizin weiß, dass Glaube, Vertrauen und Halt in Gott heilsam wirkt. Aber auch für die Mitarbeiter ist der Glaube eine Quelle, um in Auseinandersetzung mit Krankheit und Leid zu reifen.

Gerade die konfessionellen Krankenhäuser dienen seit Jahrhunderten diesen Prinzipien und bieten eine menschliche Medizin für ihre Patienten. Diese Menschlichkeit in der Medizin zu erhalten, stellt eine fortwährende Herausforderung dar. Die Besinnung auf und die lebendige Beschäftigung mit den grundlegenden christlichen Werten im Gesundheitswesen stellt eine Voraussetzung zum Gelingen dar. Die Verankerung im alltäglichen Tun durch geeignete Instrumente und Strukturen macht das konkrete Erleben für die Patienten möglich.

#### Quellenhinweis

*Werte der St. Vinzenz Holding, Wien 2003*  
*7 Eckpfeiler des christlichen Profils der Krankenhäuser der Vinzenz Gruppe, Wien 2007*

Dr. Michael Heinisch  
Geschäftsführer der Vinzenz Gruppe Krankenhaus-  
beteiligungs- und Management GmbH  
Gumpendorfer Straße 108, A-1060 Wien  
Michael.Heinisch@vinzenzgruppe.at



### 1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen. Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten. Das Manuskript sollte den Umfang von 15 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten.

### 2. Gestalten der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Name aller Autoren
3. Kontaktadresse
4. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (max. 1200 Zeichen mit Leerzeichen) sowie 3–5 Schlüsselwörter
5. Englische Übersetzung von Zusammenfassung und Schlüsselwörtern

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Datenformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen.

Grafiken werden in Druckqualität und mit klar lesbarer Schrift (2mm Schriftgröße) erbeten. Nach Drucklegung werden dem Autor 3 Belegexemplare zugesandt. Weitere kostenpflichtige Sonderdrucke können bei der Redaktion bestellt werden.

### 3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtliche Autorennamen oder erster Autorennamen und „et.al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit

Beispiel: MacKenzie T. D. et al., *Tobacco Industry Strategies for Influencing European Community Tobacco Advertising Legislation*, *Lancet* (2002); 359: 1323–1330

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsort
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl

Beispiel: MacKenzie T., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 59–79

## 1. General Remarks

Submission of an article for publication implies the transfer of the comprehensive copyright from the author to IMABE as publisher, including the right of translation into any language. Accepted papers become the permanent property of the publisher.

By establishing manuscripts, the following guidelines should be respected:

The contribution should be provided by the authors in electronic format (MS Word or RTF). The manuscript may not exceed 15 pages when printed (reference list included).

## 2. Formation of Manuscripts

First page:

1. Title
2. Names of all authors
3. Contact address
4. Abstract in English (max. 1000 characters including whitespace characters) and max. 3 – 5 keywords
5. Zusammenfassung in German translation of the abstract (can be provided by the editor).

Pages should carry consecutive numbers, including those of the reference list. Acknowledgements should be placed between end of text and references. For citation of references the automated footnotes of the file format

should be used. Tables and figures should be placed adjacent to the corresponding text. All illustrations need to be in print quality with a minimum font size of 2 mm. The author will receive 3 copies of the published issue. Other reprints can be ordered at the expense of the author.

## 3. References

Articles from journals are cited in the following manner:

1. All Authors, or first author plus “et al.”, followed by initials of first name in capital letters.
2. Title
3. Journal in standardized abbreviation (Index Medicus)
4. Year in parentheses followed by semicolon
5. Volume followed by colon
6. Initial and final page

Example: MacKenzie T. D. et al, *Tobacco Industry Strategies for Influencing European Community Tobacco Advertising Legislation*, Lancet (2002); 359: 1323-1330

Citation of monographs and books:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Publishing company
4. Locations of publishing company
5. Year in parentheses
6. Indication of pages (from – until)

Example: MacKenzie T., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 59-79



## Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens, Fassbaender Verlag, Wien (1989), ISBN 978-3-900538-17-0

## Aus der Reihe Medizin und Ethik

Bonelli J., Prat E. H. (Hrsg.), Leben – Sterben – Euthanasie?, Springer Verlag, Wien (2000), ISBN 978-3-211-83525-8

Mayer-Maly T., Prat E. H. (Hrsg.), Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung, Springer Verlag, Wien (1998), ISBN 978-3-211-83230-1

Schwarz M., Bonelli J. (Hrsg.), Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens, Springer Verlag, Wien (1995), ISBN 978-3-211-82688-1

Bonelli J. (Hrsg.), Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin, Springer Verlag, Wien (1992), ISBN 978-3-211-82410-8

## Studienreihe

Nr. 6: Moritz B., Moritz H., Über Naturgesetze und Evolution. Ein Beitrag zu einem interdisziplinären Dialog (2007), ISBN 978-3-85297-004-2

Nr. 5: Sexualaufklärung von Hauptschülern in Abtreibungskliniken (2005), ISBN 978-3-85297-003-5

Nr. 4: Rhonheimer M., Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkularen

Staat“ (1996), ISBN 978-3-85297-002-8

Nr. 3: Rhonheimer M., Sexualität und Verantwortung (1995), ISBN 978-3-85297-001-1

Nr. 2: Schwarz C., Transplantationschirurgie (1994), ISBN 978-3-85297-000-4

Nr. 1: Rella W., Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts (1994), ISBN 978-3-900538-48-4

## IMABE-Info (Download: [www.imabe.org](http://www.imabe.org))

2008: Nr. 1: Ethik in der Schönheitsmedizin, Nr. 2: Der ethische Ruf der Pharmaindustrie, Nr. 3: Stammzellen, Nr. 4: Gender

2007: Nr. 1: Reduktion von Therapie und Ernährung bei Terminalpatienten, Nr. 2: Placebo, Nr. 3: Präimplantationsdiagnostik

2006: Nr. 1: Klonen, Nr. 2: IVF

2005: Nr. 1: Sinnorientierte Medizin, Nr. 2: Risiken der späten Schwangerschaft, Nr. 3: AIDS

2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Tabakrauchen, Nr. 3: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

2003: Nr. 1: Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht, Nr. 2: Palliativmedizin

2002: Nr. 1: Therapieabbruch beim neonatologischen Patienten, Nr. 2: Klonierung von Menschen, Nr. 3: Kardinaltugenden und ärztliche Praxis

## Vorschau

Imago Hominis · Band 16 · Heft 1/2009  
Schwerpunkt: Work-Life-Balance

Editorial	279	
20 Jahre IMABE	281	Christoph Kardinal Schönborn <b>20 Jahre IMABE</b>
	283	Michael Spindelegger <b>Notwendige Grenzen</b>
	285	Walter Dörner <b>Grußwort zur Veranstaltung</b>
	287	Johannes Bonelli <b>IMABE: Rückblick und Ausblick</b>
	290	Enrique H. Prat <b>Bioethik: Das Zünglein an der Waage</b>
Medizin, Ideologie und Markt		
	293	Giovanni Maio <b>Ist eine marktorientierte Medizin überhaupt noch Medizin?</b>
	303	Stephan Sahn <b>Der moderne Patient und seine Ansprüche an die Medizin</b>
	313	Hildegunde Piza <b>Der Arzt zwischen Heil Auftrag und Geschäft</b>
	319	Josef Kandlhofer <b>Die Grenzen der Sozialmedizin</b>
Diskussionsbeitrag	328	Matthias Beck <b>Gesundheit als Sinnersatz? Kritische Anmerkungen zur WHO-Definition von Gesundheit</b>
	335	Reinhard Lenzhofer <b>Der instrumentalisierte Patient im Gesundheitswahn</b>
	339	Franz Harnoncourt <b>Das Selbstverständnis des modernen Krankenhauses</b>
	349	Michael Heinisch <b>Menschlichkeit in der Medizin: Eine Frage der Werte</b>