



Impulsreferat auf dem Parteitag der CVP am 20. Juni 2009

Die moderne Medizin braucht eine Kultur des Maßvollen

Prof. Dr. Giovanni Maio

Professor für Bioethik an der Universität Freiburg i.Br.

Die moderne Medizin befindet sich in einer schwierigen Lage; immer mehr wird ihr eine Mittelknappheit verordnet, die es ihr zuweilen schwer macht, eine gute Medizin zu sein. Gleichzeitig hat es die Medizin mit Menschen zu tun, die immer mehr von ihr erwarten und mit sehr hohen Ansprüchen an die Medizin herantreten. Da sind Konflikte und Auseinandersetzungen vorprogrammiert.

These 1: Eine gute Medizin ist der Wirtschaftlichkeit verpflichtet

Nun könnten man denken, dass diese Problematik einfach dadurch gelöst werden könnte, dass man der Medizin einfach mehr Geld zur Verfügung stellt. Ich glaube aber nicht, dass damit irgendein Problem gelöst wäre. Wenn in der Öffentlichkeit in solchen Zusammenhängen von unmenschlicher Rationierung gesprochen wird, so wird verkannt, dass eine gute Medizin sich nicht dadurch charakterisiert, dass sie jedem ohne Rücksicht auf Kosten eine Luxusversion von Versorgung garantiert, sondern

dass sie, um human zu bleiben, dazu verpflichtet ist, die Verhältnismäßigkeit stets mit im Auge zu behalten.

Eine gute Medizin ist nicht eine Medizin, die grundsätzlich nur Maximalversorgung bietet. Eine solche Medizin wäre keine gute, sondern eine verschwenderische und damit verantwortungslose Medizin, weil sie die – gesetzlich festgeschriebenen – Aspekte von Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit außer Acht lassen würde. Gesundheitsleistungen sind grundsätzlich knappe Güter, die entsprechend sinnvoll verteilt werden müssen und nicht ohne Beachtung von Wirtschaftlichkeits- und Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten sozusagen im Überfluss verteilt werden dürfen, nicht zuletzt schon deswegen, weil das Geld, das da verteilt wird, das Geld der Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist, von denen es zwangsmäßig abgezogen wird. Und diese Menschen haben ein Recht darauf, dass dieses Geld vernünftig und nicht sinnlos ausgegeben wird.

Aus der Notwendigkeit einer Maßnahme folgt eben nicht, dass diese Maßnahme um jeden Preis vorgenommen werden muss. Daher spielt immer die Frage mit, welcher Aufwand für das Erreichen eines Notwendigen angemessen ist. Dies berührt die Frage der Effizienz, die Frage also, wie viel Aufwand für das Erreichen eines Zieles gerechtfertigt sein kann.

Ein Beispiel sind die Medikamente. Hier stellt sich die Frage: Um wie viel besser muss die Wirkungsweise eines neuen Arzneimittels gegenüber dem Standardmittel sein, um seinen möglicherweise um ein Vielfaches höheren Preis aufzuwiegen? Wieviele Fertilisationszyklen soll die Krankenkasse bezahlen, wenn man weiss, dass die Methode nur in 25% der Fälle überhaupt Erfolg hat? Und so weiter.

In einem System, in dem die Versicherungsbeiträge in erster Linie durch private Arbeitgeber finanziert werden, muss es Grenzen geben für die Leistungen, die die Solidargemeinschaft übernimmt. Diese Grenzen müssen

politisch gezogen werden, und sie müssen sich orientieren an den Kriterien der Zweckmäßigkeit, der Verhältnismäßigkeit und vor allem der Konsensfähigkeit unter den Bürgern einer Demokratie.

Bei all den Diskussionen gilt es aber zu bedenken, dass die ökonomische Krise der modernen Medizin letztlich keine Krise des Geldes ist, sondern sie ist eine Krise, die etwas mit dem Denken in der Medizin und etwas mit der Haltung des modernen Menschen zu tun hat. Diese Grundfragen gilt es in den politischen Debatten immer mit zu berücksichtigen.

These 2: Eine gute Medizin muss sich an der Solidarität orientieren

Eine gute Medizin wird versuchen müssen, stets das Ganze des Menschen aber auch das Ganze des Gesundheitswesens im Auge zu haben. Zentral für dieses Ganze ist die Ausrichtung am Grundgedanken der Solidarität. Solidarität bedeutet nichts anderes als das gemeinsame Einstehen für ein gemeinsames geteiltes Gut. Solidarität im Gesundheitssystem bedeutet, dass jeder Mensch sich im Interesse des Ganzen verbunden fühlen muss mit den Menschen, denen es schlecht geht und die der Hilfe bedürfen. Diejenigen, denen es besser geht, treten für die schlechtergestellten und in Not geratenen Menschen ein, weil dies einerseits ein Akt der Geschwisterlichkeit ist, aber auch weil dieses Einstehen für die anderen den Einstehenden zugleich die Garantie gibt, dass ihnen selbst – wenn sie ebenfalls in eine solche Notlage kommen sollten – ebenfalls bedingungslos geholfen werden wird. Gesundheitsleistungen innerhalb eines Solidarsystems sind eben keine Konsumgüter, sondern sie können somit nur als Leistungen betrachtet werden, die für hilfsbedürftige Menschen bereitgestellt werden, weil diese Menschen so angewiesen und in Not sind,

dass ihnen ein Nicht-Helfen nicht zugemutet werden kann. Auf diesem Grundgedanken der Solidarität beruhen große Teile unseres Sozialsystems. Wenn heute Gesundheitsleistungen als Konsumgüter, als Waren betrachtet werden, auf die jeder Mensch einen Anspruch erhebt, nur weil er Beitragszahlungen getätigt hat, dann führt das dazu, dass das Gesundheitssystem sich vom Solidarsystem weg hin zu einem durch Zwangsabgaben finanzierten Warenmarkt entwickelt, zu einem Warenmarkt, von dem jeder versucht, auf Kosten der anderen so viel Waren wie nur möglich zu ergattern, und am Ende fehlt das Geld eben genau dort, wo es am Dringendsten benötigt wird.

These 3: Die Krise des Gesundheitssystems ist eine Krise der Solidarität

Die Krise des Gesundheitssystems ist keine Krise der knappen Ressourcen, sondern sie ist eine Krise der fehlenden Solidarität vieler heutiger Konsumenten mit den Menschen, die durch Krankheit, oft durch chronische Krankheit, durch Behinderung und Notlagen sich gerade nicht mehr selbst helfen können und die gerade nicht für Ihre Rechte kämpfen können. Die Krise des Gesundheitssystems ist keine Krise des Geldes, sondern eine Krise der Moral. Daher gehört zur Lösung der Krise des modernen Gesundheitssystems nicht zuletzt eine neue Orientierung auf das Sinnvolle, auf das Maßvolle, auf das dem Menschen Zutragliche.

Solange wir auch weiterhin mit Recht von einem Solidarsystem sprechen wollen, müssen wir den Blick vor allen Dingen auf die Menschen lenken, die der Hilfe am meisten bedürfen, und das sind eben die schwerkranken Menschen, die nicht mehr heilbaren Menschen, die sterbenden Menschen. Diese Menschen müssen das Gefühl bekommen, dass die ganze Gesellschaft sich mit ihnen solidarisiert und sie nicht alleine lässt in ihrer

Not. Ich glaube daher, dass gerade die Schwerkranken ein schlechter Adressat für den Appell des Verzichtes sind, weil gerade sie keine Ressourcen haben und sie angewiesen sind auf helfende Menschen, die ihnen beistehen. Diesen Menschen unter Verweis auf die Ökonomie bestimmte Chancen zu versagen, wie sie ihre letzten Tage vielleicht besser bewältigen können, dies erscheint mir nicht human.

Dies hat damit zu tun, dass Effizienzgesichtspunkte nicht für alle Ziele ins Kalkül gezogen werden können. Wenn es beispielsweise um die Rettung eines bedrohten Lebens geht, wird man die Frage danach, ab wann „es sich lohnt“, ein Leben zu retten, keinem Menschen zumuten können, so dass man für solche Situationen mit dem Kriterium der Effizienz nicht weiterkommen wird. Die Frage der Effizienz darf sich hier nicht stellen, weil es hier andere ethische Gesichtspunkte gibt, die schwerer zu gewichten sind: das sind Grundwerte, wie die Unverfügbarkeit des Menschen, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, die Autonomie des Patienten, die Hilfspflicht des Arztes als Repräsentant einer Medizin als soziale Errungenschaft. Anders ausgedrückt: es gibt neben dem Aspekt der Effizienz der Verteilung von Gütern andere Güter, die zum Teil sogar unhintergebar sind und somit nicht mit Effizienzgesichtspunkten „verrechnet“ werden können.

Und doch ist es notwendig, gerade am Ende des Lebens über das Sinnvolle nachzudenken, dies nicht primär aus ökonomischen, sondern aus primär ethischen Gründen.

These 4: Die Medizin muss neu über die Grenzen des Machbaren nachdenken

Wir haben gesagt, dass sich die moderne Medizin sich von Grund auf neu besinnen muss, und ich denke, sie muss vor allem neu lernen, über den

Sinn von Behandlungen grundlegender nachdenkt. Die moderne Medizin ist sehr im mechanistischen Denken verankert, zu oft geht sie davon aus, dass allein die Veränderung eines Laborwertes bereits Sinn macht. Zu oft noch behandelt die Medizin Röntgenbilder oder Laborwerte und übersieht dabei, dass sie mit der Behandlung eines Röntgenbildes nicht zugleich auch dem Menschen etwas Gutes tut. Die moderne Medizin ist zuweilen von einem exzessiven Machbarkeitswahn befallen; sie glaubt, alles machen können und verkennt dabei, dass sie in bestimmten Situationen eher eine Hilfe wäre, wenn sie gerade nichts macht. Gerade im Angesicht des Sterbens ist eben nicht das Machen der adäquate Zugang zum Patienten. Im Umgang mit sterbenden Menschen wäre allzu oft das Geschehenlassen, die Haltung der Gelassenheit, das Lassen von den Dingen das Angemessene, damit ein Mensch in Ruhe sterben darf. Diese Kunst des Seinlassens muss die moderne Medizin neu erlernen.

These 5: Die Behandlung von Sterbenden braucht High-Touch statt High-Tech

Wie notwendig das Erlernen dieser Kunst ist, können Sie an den gegenwärtigen Diskussionen um Patientenverfügungen ablesen. Viele Menschen schreiben eine Patientenverfügung, weil sie Angst haben, ansonsten sinnlosen Behandlungen unterworfen zu werden, an Apparate angeschlossen zu werden, ohne Maß und ohne Ziel. Viele Menschen haben Angst vor einer Medizin, die nicht nach dem Sinn fragt, sondern alles Machbare macht, ohne den Blick auf das Ganze zu richten. Die moderne Medizin erliegt zuweilen einem Machbarkeitswahn und folgt nicht selten einem mechanistischen Menschenbild, was insgesamt zu einer Erschütterung des Vertrauens in die Humanität der modernen Medizin geführt hat. Daher muss die moderne Medizin wieder neu auch über die

Grenzen des Machbaren sprechen und sich gerade dem Sterben in einer Weise nähern, die die Sterbephase als eine entscheidende Lebensphase des Menschen ansieht. Das Sterben ist keine Krankheit, die man mit allen erdenklichen Mitteln bis zum bitteren Ende verhindern muss, sondern sie ist eine Lebensphase voller Sinn, ein wichtiger Teil des Lebens selbst. Das Sterben ist eine Phase, die das Leben erst abrundet, aber damit dieses Abrunden auch gelingen kann, bedarf das Sterben einen anderen Zugang als den technisch-apparativen erfordert. Das, was man Sterbenden an Trost und Zuversicht geben kann, ist mit Geld nicht zu bezahlen, und doch kann die Politik Signale setzen und z.B. die Palliativmedizin fördern und damit neben der High-Tech-Medizin auch eine High-Touch-Medizin befördern.

These 6: Der Verzicht auf sinnlose Behandlungen ist nicht ökonomisch, sondern ethisch geboten

Eine solche Blickrichtung auf das Sterben würde viele unnötige Behandlungen vermeiden, Behandlungen, die deswegen unnötig sind, weil sie keinen Sinn machen, wenn sie ein Leben sinnlos in die Länge zieht, obwohl der Mensch in Ruhe sterben dürfte. Solche Behandlungen wären unnötig, nicht weil man Geld sparen will, sondern sie sind unnötig, weil sie dem Menschen die Chance nehmen, in Ruhe zu sterben. Es ist daher nicht die Ökonomie, die einfordert, keine maßlosen Behandlungen am Lebensende vorzunehmen, sondern es ist das Interesse des Patienten, der in der Regel nicht zum Objekt technischer Apparaturen werden möchte.

Daher ist es doch wichtig, dass die Medizin nicht eigenmächtig über Sparmaßnahmen entscheidet, sondern früh genug mit dem Patienten in ein Gespräch kommt, um ihm die Chance zu geben, diese letzte Phase mitzugestalten, mit vorzubereiten. Wenn man dieses Gespräch mit dem

Patienten sucht, wird man umso eher zu einer Kultur des Maßvollen gelangen.

These 7: Der moderne Mensch muss Verantwortung für seine Gesundheit übernehmen

So weit für die schwerkranken und sterbenden Patienten. Für die weniger ernsthaft kranken Patienten gilt es – so denke ich - mehr Bewusstsein dafür zu schaffen, dass Gesundheit nicht etwas ist, was die Medizin uns schuldet, sondern dass sie etwas ist, wofür man selbst etwas tun muss; Autonomie des Patienten bedeutet eben auch Verantwortung übernehmen für die eigene Gesundheit. Der moderne Mensch darf nicht das Gefühl haben, dass er Schindluder mit seinem Körper betreiben darf und wenn dieser kaputt ist, ihn der Medizin überantworten, damit diese ihn wieder repariere. Vielmehr muss die Politik positive Anreize schaffen, dass sich der Mensch verantwortungsbewusst auch gegenüber seinem Körper verhält. Die Politik muss das Gefühl vermitteln, dass es sich in vielerlei Hinsicht lohnt, gesundheitsbewusst zu leben; sie kann hier viele positive Anreize schaffen, aber sie wäre gut beraten, hierbei auch die Fallstricke frühzeitig zu sehen.

These 8: Eine gute Medizin ist eine Disziplin der Hilfe, nicht des Richtens

So darf die Stärkung des Verantwortungsbewusstseins nicht dazu führen, dass ein Mensch, durch Krankheit in die Krise gestürzt zugleich verantwortlich gemacht wird für seine Krankheit. Kranke Menschen sind schwache Menschen, Menschen in Not, die Hilfe brauchen, und diese Hilfe muss ihnen uneingeschränkt gewährt werden, ohne zu fragen, ob man möglicherweise selbst Schuld an der Entstehung von Krankheit trägt. Wenn sich die Medizin von diesem Grundsatz der bedingungslosen Hilfe

verabschiedet, löst sie sich als Dienst am Menschen auf. Eine humane Medizin wird immer eine Disziplin der Hilfe sein, niemals aber eine Disziplin des Richtens. Daher ist die Politik aufgefordert, einerseits Eigenverantwortung und Gesundheitsbewusstsein zu stärken, positive Anreize hierfür zu geben, aber gleichzeitig zu signalisieren, dass ab dem Moment des Krankseins der kranke Mensch sich der Solidarität der Nicht-Kranken sicher sein kann und er nicht im Stich gelassen wird.

Schlussfolgerung:

Jeder von uns wird früher oder später darauf angewiesen sein, dass er in ernsthaft kranken Tagen auf eine humane Medizin stößt, die eben nicht fragt, ob sich die ärztliche Hilfe überhaupt noch rechnet, sondern die ihm zusichert, dass sein Wohl das eigentlich Wichtige ist. Damit eine solche Medizin auch zugesichert werden kann, muss sie heute schon eine Kultur des Maßvollen erlernen.

Daher ist es sehr zu begrüßen, dass sich die Politik in der Schweiz dieser Aufgabe frühzeitig annimmt.

Prof. Dr. Giovanni Maio
Lehrstuhl für Bioethik
Interdisziplinäres Ethik-Zentrum Freiburg
Stefan-Meier-Straße 26
D-79104 Freiburg i.Br.
Tel. ++49 761 203 5034
Fax ++49 761 203 5032
Mail: maio@ethik.uni-freiburg.de