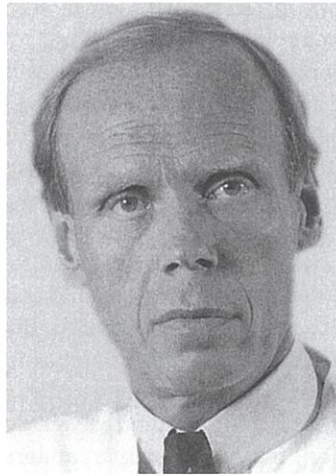


Positionen und Perspektiven

Heiner Greten, Hamburg



Die großen Themen der Inneren Medizin sind von meinen Vorgängern in den vergangenen Jahren von dieser Stelle aus kompetent behandelt worden. Ich erinnere an die eindrucksvollen Eröffnungsvorträge zum Thema „Einheit des Berufsstandes“ von Prof. Scriba, „Freiheit in der Medizin“ von Prof. Classen, „Lehre in der Medizin“ von Prof. van de Loo.

Was klug und tief ausgelotet wurde, bedarf keiner Ergänzung. Ich will daher die Akzente meiner Rede bewusst anders setzen. Angesichts großer Umbrüche – auch in der Medizin – will ich fragen: „Wo stehen wir in der Medizin? Wohin führt der Weg?“

Die DGIM ist genau der richtige Ort, um solche Fragen zu stellen, um Positionen und Perspektiven zu bestimmen. Erst aus der Bereitschaft, über den Tag hinaus zu denken, zieht ja eine akademische Gesellschaft ihre Existenzberechtigung.

Außerdem: Als Internisten vertreten wir das größte Fach innerhalb der Medizin. Es steht uns daher auch gut zu Gesicht, wenn wir „über den Tellerrand“ unseres eigenen Fachs hinausschauen.

Lassen Sie uns das gemeinsam tun – hier in Wiesbaden, zu Beginn des 102. Kongresses der DGIM!

Die neue Ära in der Medizin-Ökonomisierung

Wir sind Zeugen, wie im Gesundheitssystem eine neue Ära beginnt: Die Ära der Ökonomisierung. Medizin wird in Zukunft immer mehr als Wirtschaftsgut betrachtet. Das war lange Zeit anders. Sogar der große Theoretiker der freien Marktwirtschaft, Adam Smith, hat der Medizin in seinen ökonomischen Lehrbüchern stets eine Sonderrolle eingeräumt. Sie produziere keine Güter, sondern sei nur „Mittel zum Zwecke der Gesundheit“.

Das sieht man inzwischen anders – auch Medizin soll nach ökonomischen Kriterien funktionieren. In einer Welt knapper Ressourcen und in einer durch und durch ökonomisierten Gesellschaft ist das einleuchtend, wenn auch nicht unstrittig. Gesundheit bleibt eben doch etwas anderes als irgendein Industrieprodukt.

Dass und wie sehr Medizin zum Wirtschaftsgut werden kann, steht dabei außer Frage. Der Blick nach USA zeigt es. Unter dem Primat der Ökonomie sind amerikanische Ärzte „Disease-manager“. Praxen sind Gesundheitsagenturen, Kliniken Profitcenter. Patienten sind Kunden. Kranke sind betriebswirtschaftliche Kostengrößen. Kritiker unken hämisch: „Quicker and sicker“. Von amerikanischen Verhältnissen

sind wir hierzulande zwar weit entfernt. Aber im Grunde ist eine ähnliche Entwicklung auch bei uns vorgezeichnet. Schon jetzt sehen wir ja, wie sich Privatfirmen auf den lukrativen Klinikmarkt stürzen. Privatisiert wird, was sich rechnet.

Um nicht missverstanden zu werden: Ich habe überhaupt nichts gegen Wirtschaftlichkeit in der Medizin. Denn wer behauptet: „Wirtschaftlichkeit gleich Unmenschlichkeit“, macht es sich zu leicht. So schlicht ist die Realität nicht. Auch Unwirtschaftlichkeit kann im höchsten Maße unmenschlich sein. Denn wo knappe Mittel unnötigerweise eingesetzt werden, fehlen sie eben an anderer Stelle. Wirtschaftlichkeit – eindeutig „ja“ –, aber es kommt darauf an, was für eine Wirtschaftlichkeit.

Im nächsten Jahr können wir ein Jubiläum besonderer Art feiern: 20 Jahre Gesundheitsreform. Seit 1977 wird versucht, der Medizin Wirtschaftlichkeit zu verordnen, und zwar im Wesentlichen durch Ausgabendeckelung. Ein grotesker Ansatz: Wir müssen uns wirtschaftlich verhalten, was die Ausgaben angeht, aber wir dürfen uns nicht wirtschaftlich verhalten, was die Einnahmen angeht. Das hat mit echter Wirtschaftlichkeit überhaupt nichts zu tun, das ist bloß Halbwirtschaftlichkeit!

Natürlich ist es richtig, dass die Ausgabenbegrenzung in den letzten Jahren – zumindest vorübergehend – den Kostenzuwachs gebremst hat, dass Rationalisierungsreserven mobilisiert wurden. Aber das hätte ein rein marktwirtschaftliches System auch getan. Wahrscheinlich sogar besser, auch wenn ich glaube, dass „Marktwirtschaft pur“ in der Medizin wohl nicht der Weisheit letzter Schluss sein kann – siehe USA.

Wohin uns aber politisch diktierte Halbwirtschaftlichkeit führt, ist nicht weniger bedenklich: Leistungsabbau. Die Politik bestreitet das zwar heftig, doch es gibt nichts daran zu rütteln: Budgetierung heißt Rationierung von Leistung. Deshalb habe ich auch meine Zweifel, wenn Bundesminister Seehofer behauptet, die Kranken seien die Gewinner seiner Reformen. Ich sehe das Gegenteil.

Auch wenn die Politik es derzeit noch heftig bestreitet: Selbstverständlich sind wir auf dem Weg zu einer Zweiklassenmedizin, zu einer Einschränkung von Leistungen. Die Politik hat zwar nicht den Mut, das laut zu sagen. Aber sie sagt es leise. In diesem Jahrhundert – so Minister Seehofer am 20. Juli 1995 – werde es nicht mehr zu einer Spaltung von Regel- und Wahlleistungen kommen. Meine Damen und Herren: Das nächste Jahrhundert beginnt in vier Jahren, sieben Monaten und 17 Tagen am 1. Januar 2001!

Übrigens gebe sich niemand der Illusion hin, dass die jetzt eingeschlagenen Pflöcke des GSG schon das Ziel markieren. Die Rationierung reicht für ein paar Jahre. Dann wird man neue Grenzen ziehen. Ganz schnell kommen wir an den Punkt, wo zu entscheiden ist, welcher Patient welcher Behandlung „wert“ ist. Gut möglich, dass es auch generelle Leistungsausschlüsse für Patienten gibt, die ein bestimmtes Alter erreicht haben. Ich halte das nicht für unwahrscheinlich.

Die Frage: „Dürfen Ärzte, was sie können?“ war für uns immer eine Frage, was medizinisch zu verantworten ist. Im budgetierten System ist sie viel mehr Frage danach, was finanziell zu verantworten ist. Bei unserer täglichen Arbeit stehen wir schon jetzt im Zielkonflikt zwischen Optimierung der Ökonomie und Optimierung der Therapie – mit schwer verantwortbaren Folgen für die Therapiefreiheit. Man zwingt uns in die Rolle von „Spannungsreglern“. Wir sind auf schlechtem Wege, zu Vollzugsbeamten des staatlichen Systems zu werden. Wir werden haftbar gemacht für die Erfüllung des staatlich vorgegebenen Wirtschaftlichkeitsdiktats. Mit meinem Verständnis von einem freien Beruf passt das nicht überein.

Dass die Rationierung von Medizin uns darüber hinaus auch vor immense rechtliche Probleme stellen wird, will ich nur am Rande erwähnen. Droht uns in Zukunft zivil-, ja strafrechtliche Verfolgung wegen unterlassener Hilfeleistung? Es tun sich hier völlig neue Fragen auf, die auch noch nicht ansatzweise beantwortet sind.

Die Folgen für das Arzt-Patienten-Verhältnis jedenfalls sind schlimm. Wie kann sich noch ein vertrauensvolles Verhältnis ergeben, wenn der Patient immer argwöhnt, dass ihm aus Sparsamkeitsgründen der Arzt ein wirksameres Medikament, eine bessere Therapie verweigert?

Aber auch die Folgen für das kollegiale Verhältnis sind schlimm. Seitdem die Trennung in den hausärztlichen und fachärztlichen Bereich gilt, sind auch Spannungen zwischen Allgemeinmedizinern und Internisten festgeschrieben. Allerdings glaube ich, dass sich dieser Konflikt langfristig von selbst erledigen wird. Nicht, weil ich eine gezielte Verschmelzung unserer Fächer befürworte. Im Gegenteil: Die Eigenständigkeit der Inneren Medizin darf nicht leiden. Der Grund liegt in der derzeitigen Gestaltung der allgemeinmedizinischen Ausbildung:

Die nur dreijährige Weiterbildungszeit der Allgemeinmediziner wird in Zukunft keine Garantie für optimale Versorgung in der bisherigen Breite sein. Die allgemeinmedizinische Weiterbildung wird sich – so meine Prognose – deutlich verlängern müssen. Und zwar in der Art, dass Allgemeinärzte letztlich die gleiche Ausbildung durchlaufen werden wie wir als Internisten. Dann wird die Unterscheidung obsolet sein. Solange aber halten wir an der Eigenständigkeit der Gebiete fest.

Gesellschaftliches Tabuthema: Anspruchshaltungen

In groben Strichen habe ich umrissen, was Ökonomisierung im Allgemeinen und Reglementierung im Besonderen für die Medizin von morgen für Folgen hat. Mit Regulierungen – das sehen wir täglich – bekommen wir noch nicht einmal die aktuellen Probleme des Medizinsektors in den Griff. Wie sollen Regulierungen dann tauglich sein, zukünftige Probleme in den Griff zu bekommen? Und dass die Probleme wachsen, liegt auf der Hand: Die Gesellschaft wird immer älter, immer gesundheitsbewusster, die Medizin wird immer besser und damit auch teurer.

Nein – Budgets taugen nicht als Medizin. Das gesündeste Gesundheitssystem ist das, das sich möglichst wenig dirigistisch gebärdet und dem Arzt, dem Patienten mehr Verantwortung überträgt. Übrigens auch den Versicherten. Wir müssen die Eigenverantwortung für alle stärker betonen. Ich halte es für durchaus zumutbar, dass sich die Bürger ihre Gesundheit etwas kosten lassen. ja, ich halte es sogar für dringend notwendig, die Bürger spüren zu lassen, dass Gesundheit etwas kostet!

Die Krankenversicherung ist aus der Idee geboren, ein existenzielles Lebensrisiko abzuschließen – als Rundumversorgung war sie nie gedacht. Ein gewisses Maß an kollektiver Vorsorge für private Lebensrisiken ist und bleibt unentbehrlich. Allein schon deswegen, weil ja eine mangelhafte private Vorsorge zulasten der Allgemeinheit ginge. Aber kleinere Risiken können die meisten Haushalte selbst absichern.

Die Deutschen sind Urlaubs- und Freizeitweltmeister, nichts ist ihnen zu teuer, zu weit entfernt, zu aufwendig. Doch wenn eine höhere Eigenbeteiligung für die Gesundheit gefordert wird, dann wird das als „unzumutbar“ abgelehnt.

Ich empfand es schon immer als fragwürdig, dass das Gesundheitssystem Versicherte von der Verantwortung für die eigene Gesundheit weitgehend entbunden hat. Die Folge: Das Gesundheitssystem wird heute zu oft als Reparaturbetrieb verstanden, wo Folgen ungesunder oder riskanter Lebensweisen repariert werden, um danach wie gehabt weiterzumachen.

Ich halte z.B. sehr viel von Eigenbeteiligung. Solche im Portemonnaie spürbaren Signale erziehen unmittelbar zum risikobewussten Verhalten. Und als Mediziner wünschen wir ihn uns ja immer – den risikobewussten Patienten.

Ich will auch uns Ärzte klar in die Pflicht nehmen. Unser Berufsstand ist einer der wenigen, der sich Kosten lange Jahre lang selbst schaffen konnte (und auch heute noch kann). Dass es dabei zu Überstrapazierungen gekommen ist, wollen wir gar nicht leugnen. Je selbstverständlicher es für uns wird, auch die

Verantwortung gegenüber der Solidargemeinschaft zu sehen, desto einfacher wird es, zu einem Patienten auch einmal „nein“ zu sagen, wenn von uns medizinisch Überflüssiges auf Kosten der Allgemeinheit verlangt wird. Dass es in der Praxis nicht einfach ist, zwischen Notwendigem und Überflüssigem zu unterscheiden, versteht sich. Daher muss auch hier gelten: weniger Vorschriften und mehr Eigenverantwortung der Ärzte.

Ich weiß, dass ich mich mit diesen Äußerungen sehr weit aus dem Fenster lehne. Denn Anspruchshaltungen sind in Deutschland noch immer Tabuthema. Wir müssen aber gerade auch über Haltungen und Erwartungen sprechen, wenn sich etwas verändern soll. Unser Gesundheitssystem wird nur dann zu kurieren sein, wenn sich Einstellungen ändern – bei Patienten und Ärzten.

Klar ist jedenfalls: Budgets, Regulierungen, Ge- und Verbote lösen die Probleme nicht. Und mit ihnen gehen die letzten Reste eines freiheitlichen Gesundheitssystems verloren. Eine Reform, die es auch verdiente, so genannt zu werden, muss Wettbewerb und Verantwortung auf allen Ebenen fördern – und fordern!

Mehr Verantwortung – das ist auch entscheidend für mehr Qualität in der Medizin. Qualität lässt sich nicht per Vorschrift anordnen. Eine gewisse Portion Skepsis gegenüber allen Versuchen, der Medizin normierte Qualitätskriterien aufzuerlegen, halte ich deshalb für sehr gesund. Es gibt für medizinische Leistung keine Standardmaßstäbe, kann es gar nicht geben. Wer das behauptet, der setzt Patienten mit normierbaren Industrieprodukten gleich. Die Forderung nach Qualitätskontrolle sollte uns misstrauisch machen. Überwachung birgt immer die Gefahr von Missbrauch in sich.

Statt uns fragwürdige Qualitätsmaßstäbe aufoktroieren zu lassen, müssen wir selbstoffensiv Qualitätssicherung betreiben. Etwa dadurch, dass Qualitätsmanagement in der ärztlichen Ausbildung stärker berücksichtigt wird. Oder durch mehr Zusammenarbeit unter den Ärzten, was ja freiwilliges gegenseitiges „Checken“ bedeutet. In der Zusammenarbeit zwi-

schen Kliniken und Niedergelassenen lassen sich so z.B. Schwachstellen aufdecken. Feedbacks in der Form von Qualitätszirkeln haben erfreulicherweise in den vergangenen Jahren zugenommen – sie auszubauen käme der Qualität mehr zugute als jede institutionalisierte Qualitätskontrolle.

Dass Zusammenarbeit auch eine Kehrseite hat – Konkurrenz nämlich – liegt nahe. Allerdings halte ich die Sorge, dass die Zusammenarbeit dazu genutzt würde, „in fremden Revieren zu wildern“, für unberechtigt. Dass Kliniken dann auch mehr Ambulanz machen, das halte ich bei der nicht sehr üppigen personellen Ausstattung für unwahrscheinlich. Umgekehrt: Stationäre Aufgaben sind nun einmal eine Spezialität und eine genuine Versorgungsaufgabe der Krankenhäuser. Wo es da Konkurrenz geben sollte, vermag ich nicht zu erkennen.

Nutzen wir also bei der Zusammenarbeit noch die Reserven, die drinstecken. Die Technik wird uns in Zukunft ganz neue Möglichkeiten erschließen. Die Online-Vernetzung z.B. wird der Zusammenarbeit einen ganz neuen Schub geben – Stichwort: Telemedizin.

Irrationale Fortschrittsängste – Gefahr für die moderne Medizin

Damit bin ich bei den Themen Fortschritt und Forschung, den Generalthemen einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft. Dass mir beides darüber hinaus auch persönlich besonders am Herzen liegt, brauche ich sicher nicht zu betonen.

Meine Position: Medizinischer Fortschritt trägt zur Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems und zur Qualitätssicherung mehr bei als viele verwaltungsmäßige Einschnitte. Insofern ist – allein schon aus wirtschaftlichen Gründen heraus – jeder Versuch falsch, medizinische Forschung zu beschneiden.

Wer der medizinischen Forschung die Luft zum Atmen nimmt, erweist der Gesellschaft einen Bärendienst. Paradebeispiel für forschungspolitische Kurzsichtigkeit ist das GSG.

Es behandelt Uni-Kliniken wie andere Krankenhäuser, will aus ihnen Profit-Center machen. Das GSG setzt sie – sehr bewusst und durchaus gewollt – einer verstärkten Konkurrenz zu leicht steuerbaren Einheiten aus. Universitätskliniken sollen in Wettbewerb treten mit kleinen, hocheffizienten Praxen und Kliniken. Ein völlig unverständlicher Denkansatz. Denn Universitätskliniken lassen sich nun beim besten Willen mit anderen Kliniken nicht über einen Kamm scheren. Universitätskliniken sind in erster Linie Lehr- und Forschungsstätten. Das ist ihr Grundauftrag. Wo soll denn in Zukunft qualifizierter Nachwuchs für hocheffizient arbeitende Praxen herkommen, wenn nicht aus den Universitätskliniken?

Dass Uni-Kliniken im Laufe der Zeit zu Orten der Maximalversorgung wurden, ist eine späte Folge – und entspricht nicht ihrem ursprünglichen Auftrag. Die Zukunft der Uni-Kliniken kann daher auch nicht darin liegen, Schwerpunktmedizin auszuweiten und so den Effizienzvorgaben des GSG hinterher zu hecheln. Eine Uni-Klinik kann solche Vorgaben nie erfüllen. Die Zukunft der Uni-Kliniken muss in mehr und besserer Forschung liegen, also in der Rückbesinnung auf ihre eigentlichen Aufgaben.

Medizinische Forschung muss dabei mehr mit Naturwissenschaften kooperieren. In anderen Ländern ist das Miteinander von Medizinern und Naturwissenschaftlern längst Selbstverständlichkeit, bei uns ist es noch eher Ausnahme. Hier haben wir dringenden Nachholbedarf. Universitätskliniken müssen sich für Naturwissenschaftler öffnen, um so Vorreiter für die biomedizinische Forschung zu sein.

Nur dann, wenn die „klassischen“ Finanzquellen von Bund und Ländern, Förderungseinrichtungen, Stiftungen und Industrie weiter in notwendigem Maße fließen, können wir medizinischen Fortschritt sichern. Gerade weil klinische Forschung auch zur besseren Krankenversorgung beiträgt, wäre es übrigens nicht mehr als korrekt, wenn sich auch die Krankenversicherungen an Forschungskosten beteiligen.

Fortschritt ist natürlich nicht allein eine Frage des Geldes. Fortschritt ist auch eine Frage

des Forschungsklimas. Wenn die renommierte Zeitschrift „nature“ im Dezember darüber klagte, dass Deutschland als Arbeitsplatz für ausländische Wissenschaftler unpopulär ist, dann müssen bei uns alle Alarmglocken schrillen. Wenig schmeichelhaft ist auch die diskrete Empfehlung von „nature“, schleunigst etwas zu ändern: „An important goal for the country is to get university life into better shape.“

Nicht nur Ausländer nehmen wahr, dass etwas nicht stimmt mit dem Forschungsklima. Wir sehen es ja selbst. Die Fülle von Regelungen und Einschränkungen verstimmt Forscher und Geldgeber. Weil das deutsche Gentechnikgesetz z.B. in seiner ersten Form viel zu restriktiv ausgefallen war, haben sich Molekulargenetiker und Investoren lieber anderswo niedergelassen. Es ist volkswirtschaftlich gesehen eine Katastrophe, wie viel Wissen und Können auf diese Weise dem Land schon verloren gegangen sind – die Gentechnik ist ja nur ein Beispiel. Die Folgen kennen wir: Medizintechnik und Biotechnologie sind Bereiche, in denen die USA vor Europa die Nase vorn hat.

Das hat aber auch etwas damit zu tun, welches Ansehen Forschung in der Gesellschaft hat. Während in den USA Forschung guten Ruf genießt, ist sie hier immer mehr Menschen verdächtig. Das scheint etwas typisch Deutsches zu sein. In Amerika und Japan jedenfalls setzt man Fortschritt zuerst gleich mit Chance – so lange, bis das Gegenteil bewiesen ist. Bei uns werden überwiegend die Risiken wahrgenommen. Wobei ich den Eindruck habe, dass die Umwertung von Fortschritt zum Zerstörer z.T. davon lebt, dass die Menschen die großen Erfolge wissenschaftlichen Fortschritts vergessen und verdrängen.

Wer macht sich eigentlich noch klar, dass es medizinische Forschung gewesen ist, die den Ärzten Penicillin und Insulin an die Hand gegeben hat? Dass die Medizin heute über solche Mittel verfügt, wird mit Selbstverständlichkeit hingenommen. Wir haben sie auch nur deshalb, weil gestern geforscht wurde. Um auch morgen ein hohes medizinisches Niveau zu sichern, müssen wir heute forschen.

Genauso wenig wie es in der Chemie oder in der Biologie einen Endpunkt in der Entwicklung gibt, genauso wenig gibt es einen Endpunkt in der medizinischen Forschung. Es gibt kein abgeschlossenes, zeitlos gültiges Konzept der Medizin.

Natürlich muss man Folgen seines Handelns diskutieren – gerade Folgen von Fortschritt. Aber genauso muss man Folgen von Unterlassen diskutieren. Wir sind der nachrückenden Generation für unser Tun genauso verantwortlich wie für unser Nichttun. Auch etwas zu unterlassen, kann verantwortungslos sein. Am 14. Mai werden es genau 200 Jahre her sein, dass Edward Jenner die erste Pockenschutzimpfung mit Rinderpockenlymphe durchführte. Hätte Jenner damals nicht mit Pockenviren experimentiert (übrigens gegen massive Proteste) – wer weiß, vielleicht wären Pocken heute noch immer eine ernsthafte Bedrohung.

Ich rede nicht einer blinden Fortschrittseuphorie das Wort. Richtig ist, dass beides – Fortschritt als Heilsbringer und Fortschritt als Zerstörer – in seiner Ausschließlichkeit falsch ist. Fortschritt hat immer beide Seiten: Fortschritt löst Probleme und schafft auch welche. Fortschritt ist janusköpfig – und wir müssen mit beiden Seiten leben. Absolute Sicherheit hat es bei neuen Methoden in der Diagnostik und Therapie nie gegeben.

Es ist für die Zukunft unserer Gemeinschaft gefährlich, wenn einige Gruppen Fortschritt vor lauter Angst grundsätzlich verdammen, Fortschrittsfeindlichkeit damit quasi zum politischen Programm erheben. Innovationen ohne Risiko gibt es nicht.

Als Wissenschaftler müssen wir uns vor diesem Hintergrund mehr damit anfreunden, den politischen Zölibat aufzugeben. Wir müssen Farbe bekennen und klar sagen, wohin eine fortschrittsfeindliche Haltung führt. Wir müssen auch mehr streiten für bessere Forschungsbedingungen. Als Mediziner würden wir unseren Auftrag am Menschen verfehlen, wenn wir nicht darauf drängen, unser Wissen zu mehren und neue Anwendungsmöglichkeiten zu nutzen.

Die Debatte um Genforschung und Gentherapie – ein Schwerpunkt unserer diesjährigen Tagung – ist Beispiel dafür, wie emotional und irrational es derzeit zugeht. Die Medien sind daran nicht ganz unschuldig. Sie brillieren gerade bei diffizilen Themen als Panikmacher. Berichte über Genforschung beschränken sich häufig genug auf Horrorvisionen von der doppelköpfigen Ziege oder dem geklonten Idealmenschen. Natürlich ist es wesentlich einfacher (und auf-lagensteigernd), populistisch Ängste zu schüren, als sachlich über ein kompliziertes Thema zu informieren.

Wann wird in publikumsrelevanten Medien schon darüber reflektiert, dass wir eine Seuche wie AIDS wohl nur dann ausrotten können, wenn wir lernen, das gleiche Instrumentarium anzuwenden wie das raffinierte Virus? Wo wird sachlich beschrieben, dass wir Krebs nur in den Griff bekommen werden, wenn wir Krebsgene manipulieren? Und wo wird einmal die Frage gestellt, ob Eingriffe in die Gene nicht im Grund viel menschlicher und naturnäher sind als die brutalen Methoden, mit denen wir heute Krebskranke behandeln? Diese Seite der Berichterstattung vermisse ich!

Und was können wir dagegen tun? Wir müssen vor allem aktiver werden, öffentlicher werden. Es ist an uns, an denjenigen, die in der Forschung arbeiten, Öffentlichkeit herzustellen, über unser Tun zu informieren und so die Diskussion zu versachlichen. Allerdings muss bei den Medien auch ein ernsthaftes Bestreben zu erkennen sein, Informationen korrekt zu transportieren.

Schlüsselwort der Zukunft: Verantwortung

Was die Möglichkeit der Gentechnik angeht, so stehen wir vor neuen ethischen Fragen. Eingriffe können beides sein: hilfreich und verwerflich. Die moralische Entscheidung lässt sich nur nach Kenntnis der Anwendung fällen. Sie wird – da es keine verbindlichen Handlungskategorien gibt – beeinflusst von nicht rationalen Faktoren. Das ist unser derzeitiges Dilemma.

Die Fundamentalisten unter den Kritikern plädieren daher für das Extreme: Verzicht auf alles, was mit Manipulation an Organismen, Zellen, Molekülen zu tun hat. Das ist eine überaus realitätsfremde Vorstellung. Der Mensch manipuliert schließlich seit jeher mit dem Organismus, betreibt durch Züchtung Gentransfer und Genmanipulation seit Jahrtausenden.

Haben wir also überhaupt eine Wahl? Natürlich nicht! Wir können gar nicht verzichten – selbst wenn wir wollten. Denn Verzicht würde uns zu halbherzigen Kompromissen zwingen. Wir müssen mit dem Dilemma leben. Wir können nur versuchen, im offenen Diskurs verlässliche Grenzen des Erlaubten zu definieren. Dieser Diskurs muss sachlich verlaufen. Er darf nicht von irrationalen Ängsten dominiert werden. Ich hoffe sehr, dass das gelingt. Nichts ist schädlicher als Glaubenskriege vom Zaun zu brechen.

Selbstverständlich ist nicht jede Sorge vor Gefahren von der Hand zu weisen. Aber Gefahren müssen auch real vorhanden sein, d. h. empirisch belegt oder zumindest plausibel. Sie dürfen nicht nur vorgeschoben sein.

Auch als behandelnde Ärzte stehen wir vor neuen ethischen Fragen. Angesichts des Wirtschaftlichkeitsgebotes und angesichts neuer medizinischer Möglichkeiten helfen uns traditionelle ethische Grundsätze in entscheidenden Grenzfragen nicht weiter.

Traditionell haben wir uns an zwei ethischen Programmen orientiert: an der Verantwortungsethik und an der Vertragsethik. In der Verantwortungsethik gilt, dass sich Entscheidungen an möglichen Folgen von Handeln und Nichthandeln orientieren. Feste Parameter gibt es nicht – das Verantwortungsbewusstsein des Arztes ist ausschlaggebend.

Anders bei der Vertragsethik: Hier gibt es Regeln, die den Einzelnen bei der Entscheidung entlasten.

Auf beide Programme konnten wir uns lange Zeit stützen, denn es gab in der Gesellschaft eine breite Übereinstimmung über Grundwerte und Moral, eine breite Übereinstimmung von rechtlichem, kirchlichem und gesellschaftlichem Sittenverständnis. Wie gesagt: Es gab!

Heute sieht es anders aus. Unsere Gesellschaft ist gekennzeichnet von einer Vielzahl von divergierenden Wertvorstellungen und Wertprioritäten, von Meinungsvielfalt und daraus resultierend – Orientierungslosigkeit.

Wir haben kaum noch Parameter, an denen wir unsere Entscheidungen messen könnten. Deshalb fallen ärztliche Entscheidungen heute so unterschiedlich aus, deshalb wird in einer Klinik passive Sterbehilfe geduldet, in der anderen aber nicht. Moralische Gebote, die gestern noch für unantastbar gehalten wurden, sind heute bereits hinfällig. Beispiel: Die künstliche Befruchtung beim Menschen – vor 40 Jahren heftigst bekämpft – ist heute ärztlich erlaubt.

Je mehr Möglichkeiten sich der Medizin öffnen und je stärker das Wirtschaftlichkeitsgebot auf die Medizin durchschlägt, desto mehr wird das Programm „Verantwortungsethik“ für uns an Bedeutung gewinnen. Umgekehrt wird die Vertragsethik an Relevanz verlieren – mit starren Regeln und Vorschriften kommen wir in Praxen und Kliniken nicht weiter.

Selbstverständlich können Richtlinien hilfreich sein – so z. B. die Hirntod-Feststellung als Grenze für Leben und Tod. Sie können uns Entscheidungshilfe geben, sie dürfen aber nicht den Charakter von Normen annehmen. In der Praxis wird das ja auch so gehandhabt. Wir wissen um die Richtlinien, wir beraten uns, aber wenn es dann darauf ankommt, müssen wir die Entscheidung allein fällen. Immer bewegen wir uns dabei auf sehr schmalen Grat.

Wie schmal der Grat ist, und wie unbrauchbar apodiktische Festlegungen sind, weiß jeder von uns. Populäre Formulierungen wie „der Arzt darf sich nicht zum Herrn über Leben und Tod machen“ sind wohlfeil, aber als ethische Maxime leider vollkommen unbrauchbar. Wir kennen alle jene aufgeklärten Menschen, die uns in einem halbstündigen Vortrag überzeugend darlegen können, wie unmenschlich lebensverlängernde Maßnahmen sind. Und die dann doch, wenn es sich um den eigenen 85-jährigen Vater auf der Intensivstation handelt, ganz anders reden. Ich halte solche Brüche

für absolut normal – für menschlich. Sie belegen anschaulich, dass es gerade in Grenzbereichen keine Handlungsstandards gibt und auch nicht geben darf. In diesen Fällen mit den Angehörigen gemeinsam eine Entscheidung zu treffen – das verstehe ich unter verantwortungsvoller Ethik.

Von Albert Schweitzer stammt die Erkenntnis, dass die Ethik keine Wanderkarte, sondern allenfalls ein Wanderziel bieten kann. Ich finde das sehr gut beobachtet. Medizinische Ethik war und ist immer angewandte Ethik. Wir müssen – und können – keine Letztbegründungen finden. Ich glaube, dass wir deshalb gar nicht so sehr Instanzen brauchen, die festlegen, was ethisch erlaubt ist und was nicht. Als Arzt können wir die letzte Entscheidung ohnehin nicht delegieren. Wir wollen das auch gar nicht.

Und damit schließt sich in gewisser Weise der Kreis meiner Betrachtung: So wie die ethisch bessere Medizin die Medizin ist, die dem Arzt mehr Eigenverantwortung überlässt, so ist das bessere Gesundheitssystem das System, das dem Arzt mehr Verantwortung einräumt. Das gilt natürlich auch in die andere Richtung: Das bessere System ist das, in dem wir als Ärzte mehr Verantwortung übernehmen – für Entscheidungen, für Qualität, für Wirtschaftlichkeit. Bedenken wir, dass die Alternative immer Regulierung, ja Gängelung heißt. Daran kann uns nicht gelegen sein.

„Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität, mehr Wirtschaftlichkeit“ – das hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen der Medizin ins Stammbuch geschrieben.

Ziele, die wir alle unterschreiben. Aber in der Aufzählung vermissem ich etwas Wichtiges, vielleicht das Wichtigste überhaupt, weil es das Schlüsselwort für die Medizin von morgen ist: mehr Verantwortung!

Meine Damen und Herren, fordern wir mehr Verantwortung, aber übernehmen wir auch mehr Verantwortung: zum Wohle der Menschen, die sich uns anvertrauen.

Theodor-Frerichs-Preis 1996

Preisträger: PD Dr. Hans Löhr,
II. Medizinische Universitätsklinik, Mainz

Immunpathogenese der chronischen Hepatitis C

Die chronische Hepatitis C spielt in Deutschland epidemiologisch und klinisch eine große Rolle. Ein direkter zytopathischer Effekt des Hepatitis-C-Virus konnte bislang nicht nachgewiesen, das Virus konnte aber in unmittelbarer Nachbarschaft der zugrunde gehenden Leberzellen lokalisiert werden. Der Autor geht daher von der Annahme aus, dass bei der Leberschädigung und bei der Viruspersistenz die Immunantwort des Wirtsorganismus eine entscheidende Bedeutung hat. Man weiß, dass virusinfizierte Zellen von zytotoxischen CD8-T-Zellen lysiert werden und dass virusspezifische Antikörper extrazelluläre Virusantigene in Immunkomplexen und Kryoglobulinen binden, wobei offensichtlich CD4-T-Helferzellen einen regulierenden Einfluss ausüben. Ziel der Arbeit war es, diesen regulierenden Einfluss der CD4-T-Helferzellen aufzuklären. Es galt also, zunächst die virusspezifischen leberinfiltrierenden und auch die zirkulierenden CD4-T-Helferzellen phänotypisch und funktionell zu charakterisieren, die Beziehung zwischen T-Zellantwort und Verlauf der Hepatitis-C-Virus-Infektion zu untersuchen und die Interaktion zwischen CD4-T-Helferzellen und antikörperproduzierenden B-Zellen zu klären.

Die Untersuchungen wurden an insgesamt 61 Hepatitis-C-Virus-Trägern mit hoher entzündlicher Aktivität, 23 asymptomatischen Hepatitis-C-Virus-Trägern sowie 16 Kontrollpatienten ohne Hepatitis-Virus-Infektion durchgeführt und die Ergebnisse miteinander verglichen. Mononukleäre Zellen wurden aus Vollblut isoliert. Leberinfiltrierende T-Lymphozyten wurden aus Leberbiopsien gewonnen. Die Phänotypisierung der Zellpopulation erfolgte mithilfe von zellimmunologischen Methoden. Der Einbau von radioaktivem Thymidin und die