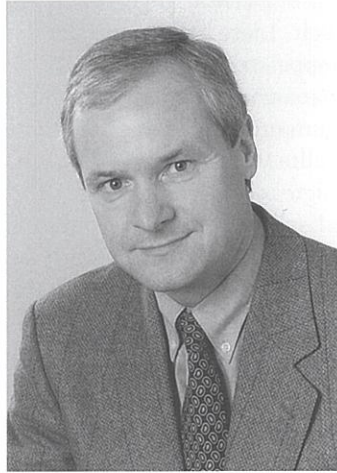


Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel

Manfred Weber, Köln



Die Eröffnungsveranstaltung ist für die Vorsitzenden unserer Gesellschaft traditionell Anlass gewesen, eine Art Standortbestimmung der Medizin im Allgemeinen und der Inneren Medizin im Besonderen vorzunehmen. Meine Vorgänger Ulrich Fölsch und Klaus-Henning Usadel haben schwerpunktmäßig die klinische Forschung bzw. die Weiterbildung thematisiert. Immer wieder war auch die Sorge um die Einheit der Inneren Medizin Thema der Eröffnungsreferate. Hierüber mache ich mir derzeit keine Sorgen. Wenn ich erlebe, mit welchem Selbstbewusstsein sich junge Kolleginnen und Kollegen heute in erster Linie als Internisten verstehen und wie sehr im klinischen Konsil die integrative und naturwissenschaftlich geprägte ganzheitliche Argumentation unseres Faches gefragt und begrüßt wird, bin ich optimistisch. Auch der Mitgliederzuwachs unserer Gesellschaft spricht für sich. Ich freue mich, 1850 neue Mitglieder willkommen heißen zu dürfen.

Was mir aber Sorgen macht, ist die Krankenversorgung und hier insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung. Mit dieser möchte ich mich nachfolgend auseinandersetzen, und zwar unter den sich ändernden wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Erlauben Sie mir das Spannungsfeld, unter dem diese Arzt-Patienten-Be-

ziehung derzeit steht, in die folgenden Punkte zu gliedern:

1. Wissenschaftlicher Fortschritt,
2. Patientenwünsche und Patientenerwartungen an den Arzt,
3. Begrenzte Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen,
4. Gesellschaftliche, sozialetisch vertretbare Vorgaben, unter denen Arzt-Patienten-Beziehungen zukünftig stattfinden könnten.

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

Das letzte Jahrhundert hat der Medizin eine beispiellose Fülle wissenschaftlich-technischer Fortschritte beschert. So haben *technische Innovationen* wesentlich dazu beigetragen, die Morbidität der Kranken zu verbessern und ihre Mortalität zu senken. Hierzu zählen beispielsweise die Einführung der Hämodialysetherapie, der Ballonkathetertechnik, der diagnostischen und interventionellen Endoskopie oder der Endoprothetik ebenso wie die Entwicklung der Ultraschalldiagnostik und die Etablierung der Computer- und Kernspintomografie. Parallel zu diesen technischen Fortschritten hat sich eine *molekularbiologische und gentechnische*

Wissensexplosion ungeahnten Ausmaßes entwickelt. Diese begann mit der Beschreibung des doppelsträngigen Modells der DNA durch Watson und Crick 1953. Bereits 1982 wurde mit Humaninsulin das erste rekombinant hergestellte Medikament zugelassen. Erythropoetin folgte 1990. Monoklonale, chimäre oder bispezifische Antikörper wurden entwickelt und werden in der Transplantationsmedizin, bei Tumorerkrankungen oder chronischen Entzündungen eingesetzt. Gleichzeitig verbesserte sich das Wissen um Wachstum, Interaktion und Entwicklung von Zellen und Geweben. Dieses Wissen fand 1997 in der Klonierung des Schafes „Dolly“ seinen bisherigen Höhepunkt. Schließlich erzielten die Klonversuche der Südkoreaner Hwang und Moon mit menschlichen Zellen im letzten Jahr große öffentliche Aufmerksamkeit.

Was vor wenigen Jahren noch undenkbar schien, war gelungen. Nach der vollständigen Sequenzierung des menschlichen Genoms scheint nun alles machbar. Ein Neopositivismus prägt die weltweiten Laboratorien und auch die in Europa. Das Unbekannte erscheint – wie bei den Kartesianern des 17. Jahrhunderts – schlicht als das noch nicht Entdeckte.

Angesichts dieses immensen Fortschrittes stellt sich die Frage, an welchen rechtlichen und ethischen Prinzipien der Arzt sich heute orientieren soll. Hat die sogenannte *Grafenecker Erklärung* von 1998 unverändert Gültigkeit, in der es hieß: „Bei Forschungen am Menschen dürfen die Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft niemals über Erwägungen des Wohlbefindens des Einzelnen gestellt werden“? Gelten nach wie vor die Unverletzlichkeit der Würde des Menschen und das, was im *Nürnberger Kodex* von 1947 als freiwillige Zustimmung der Versuchsperson, als „informed consent“ festgeschrieben wurde?

Oder gilt eine mehr utilitaristisch geprägte Betrachtungsweise, die die verfassungsrechtlich garantierte *Freiheit der Wissenschaft* beschwört und vor einer Benachteiligung der Molekular- und Zellbiologen in Ländern mit Forschungsverbot warnt? Verwiesen wird bei die-

ser Argumentation auf den zu erwartenden *Nutzen für die Gesellschaft*, übersehen wird, dass mit diesem Argument schon die Versuche an Menschen im frühen 20. Jahrhundert verteidigt wurden. Derartige ethisch heikle Fragen lassen sich zunehmend nicht mit unbestreitbaren Argumenten beantworten. Vielmehr sind verschiedene, häufig konträre Lösungsvorschläge denkbar, wie dies an der Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zum Thema „Klonen zu Fortpflanzungszwecken und Klonen zu biomedizinischen Forschungszwecken“ abzulesen ist. Drei Positionen wurden vertreten:

1. Die Beibehaltung des Verbots des Forschungsklonens,
2. Eine begrenzte Zulassung,
3. Das Verbot des Forschungsklonens zum gegenwärtigen Zeitpunkt.

Der Ethikrat verzichtete auf eine Abstimmung. Man verständigte sich lediglich auf die Empfehlung, das Klonen von Menschen zu Forschungszwecken zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht zuzulassen.

Offensichtlich werden die Widerstände gegen die Klontechnik ethisch durch die Verbindung zweier gleichgewichtiger Werte neutralisiert, den Wunsch nach Fortpflanzung und den Wunsch nach Gesundheit. Seit der erfolgreichen Klonierung des Schafes Dolly sind diese beiden Techniken – die Reproduktionsmedizin und die Gentechnik – eine Verbindung eingegangen und haben die Voraussetzung für eine hochtechnisierte Eugenik geschaffen. In Zusammenhang mit der Sequenzierung des menschlichen Genoms sind dies die eigentlichen Sorgen, was technisch noch alles möglich sein mag. Die heute verfügbaren Instrumente der Eugenik gehen dabei weit über die der Rassenhygieniker des Dritten Reiches hinaus. Niemand kann aber mit Sicherheit sagen, dass dieses Wissen zukünftig nur zur Vermeidung oder Korrektur von *Erbkrankheiten* eingesetzt wird! Der Appell an die Unantastbarkeit der menschlichen Natur als moralische Schranke wird hierbei nicht hilfreich sein. Derartige Grenzen gelten nach Ansicht des Soziologen van den

Daele „nur so lange, wie sie zugleich auch die technischen Grenzen darstellen. Unter dem Eindruck neuer Technik veraltet die bestehende Moral.“ Umso mehr besteht die Gefahr, dass nach der biologischen Revolution und angesichts der bereits unumkehrbaren Alterung der Bevölkerung und der damit verbundenen Krise der Sozialsysteme der Reiz von Selektion des Menschen und Manipulation am Erbgut wieder auflebt.

Wie aber soll der einzelne Arzt bei dem rapiden Wissensfortschritt und den ethischen Grenzbereichen einen Überblick behalten, geschweige denn dies in seiner Wertigkeit und Bedeutung für den Patienten gewichten können? Gentherapie, In-vitro-Fertilisation, überzählige oder verwaiste Embryonen, therapeutisches und reproduktives Klonen, passive Sterbehilfe, Stammzellen, Recht auf eigenen Tod, Pränataldiagnostik – wo befinden wir uns? Wo beginnt das Leben, wo die Menschenwürde?

Wissen ist Voraussetzung für eigene Meinungsbildung. Dies ist der Grund, weshalb die Internisten sich in Wiesbaden zum 111. Male treffen. Der Gedanke der Inneren Medizin als integrative, ganzheitliche, naturwissenschaftliche ärztliche Disziplin wird hier gefordert. Viele Symposien der kommenden Tage werden sich mit den gerade angesprochenen Themen beschäftigen. Ich freue mich insbesondere sehr, dass wir mit Rudolf Jaenisch einen der Pioniere der Klontechnik zu einem Plenarvortrag gewinnen konnten. Nur auf der Basis eigenen Wissens ist eigene Urteilsbildung auch in diesem Grenzbereich der Biowissenschaften möglich.

Ärztliches Handeln erschöpft sich aber nicht allein in der Anwendung technisch-wissenschaftlicher Kenntnisse, dies haben auch die Mengeles und Verschuers des Dritten Reiches getan. Die Quelle des ärztlichen Handelns entspringt dem humanistischen Prinzip, welches in Europa vorwiegend christlich geprägt ist. Es ist diese moralisch-ethische, humanitäre und karitative Seite des Arztberufes, die die Patienten am rein naturwissenschaftlich orientierten Spezialisten gelegentlich vermissen und die

Grund sein kann, alternative, nicht wissenschaftliche Heilangebote zu suchen. Die Gesellschaft hat die durch die stark naturwissenschaftliche Ausrichtung des Medizinstudiums entstandenen Defizite erkannt, kann die Lücken aber nur bedingt schließen. In den reformierten Studiengängen sollen zwar psychosoziales Training und früher Kontakt mit dem Fach Ethik Defizite der medizinischen Ausbildung beseitigen. Die Aufteilung unserer Krankenhauslandschaft in Häuser der Akutversorgung und deren Trennung von Palliativstationen und Hospizen läuft diesen Bemühungen allerdings entgegen. Das Begleiten in Schmerz, Leiden und Sterben gehört seit alters her zu den ärztlichen Aufgaben. Wo aber die Begegnung mit dem Sterbenden und dem Tod in Spezialbereiche ausgelagert wird, wird der Student und junge Arzt die Synthese von Naturwissenschaft und Humanität kaum erlernen können.

Mit dem gesellschaftlichen Pluralismus und dem Bedeutungsverlust der christlichen Religion ist zudem nicht nur die Glaubensgewissheit verloren gegangen, sondern auch die Bezüge zur *Bewertung* menschlichen Handelns. Gelegentlich wird bereits gefordert, eine flexible Konsequenzethik müsse die alten, metaphysischen Normen ersetzen. Der Nutzen für das Ganze, für die Gesellschaft und schließlich für die Menschheit müsse Richtschnur für eine gesellschaftsorientierte, utilitaristische Konsequenzethik sein. Die ärztliche Berufsethik hat deshalb heute eine umso höhere Bedeutung als verbindliches Regelwerk ärztlichen Handelns. In ihr artikuliert sich der ethisch-moralische Charakter der Medizin. Der Eid des Hippokrates, die Ärztliche Verpflichtungsformel von 1979 oder die Erklärung von Kos setzen die Maßstäbe für die ethischen Anforderungen an den Beruf. Diese unsere ärztliche Ethik verpflichtet den Arzt in erster Linie gegenüber der konkreten Person, die sich in seine Obhut begibt. Erst in zweiter Linie und nur soweit es seine Erstverpflichtung nicht konterkariert, gibt es Pflichten gegenüber Dritten oder der Allgemeinheit. Dies an dieser Stelle festzuhalten ist mir ein persönliches Anliegen.

Darüber hinaus soll der Nationale Ethikrat in unserer pluralistischen Gesellschaft einen medizinisch-ethischen Konsens ermöglichen. Ob dies gelingt, ist fraglich. In modernen demokratischen Gesellschaften mit unterschiedlichen Welt- und Menschenbildern können ethische Entscheidungen meiner Meinung nach nicht erfolgreich einer kleinen Gruppe zur Lizenzierung übertragen werden. Ein Konsens der Gesellschaft in derartigen medizinischen Grenzfragen ist aber ebenso wichtig wie in technischen Grenzfragen, etwa der Anwendung der Kernenergie. Moralisch-ethischer Konsens ist auch deshalb wichtig, weil die Medizin im Gegensatz zur wertfreien, exakten Physik weder wertfrei noch eine präzise Naturwissenschaft ist. Vielmehr ist sie eine auf Werte gegründete Disziplin. Gesundheit und Krankheit sind Wertbegriffe. Zweck ärztlicher Tätigkeit ist das Heilen von Krankheit, das Lindern von Leiden, Hilfe, Fürsorge, also ethisch-moralischer Art. Ohne diese ethische Bindung würde die Medizin herabsinken zur bloßen Biotechnik. Wir Ärzte müssen uns deshalb aktiv an den Diskussionen um Möglichkeiten und Grenzen des Klonens und der Gentherapie beteiligen. Wir müssen uns bemühen die Grenzen zwischen Krankheit und Gesundheit, zwischen wissenschaftlichen Zielen und gesellschaftlichen Sorgen einer neuen Übereinkunft zuzuführen. Nur mit einem gesellschaftlichen, moralisch-ethischen Konsens wird auch die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung in Zukunft stabil und vertrauensvoll bleiben.

Wünsche und Erwartungen der Patienten an den Arzt

Die französische Journalistin Josette Alia fasste sie wie folgt zusammen: „Wir wollen behandelt werden. Wir wollen eine wirksame ausgleichende und gerechte Medizin. Wir wollen unseren Arzt wählen, ihn lieben und dass er uns liebt. Wir wollen immer noch älter werden und in guter Gesundheit sterben. Mit anderen Worten, wir wollen die Quadratur des Kreises.“

Lassen Sie uns zurückblicken. Bis Ende des 19. Jahrhunderts beruhte die gesundheitliche Betreuung auf einer Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten und dessen Familie. Seit den Bismarck'schen Reformen ist die Krankenversicherung als Dritte hinzugetreten. Anfang des 20. Jahrhunderts ein Segen und beschränkt auf Notfälle, wurde das Leistungsspektrum in den Zeiten des Wirtschaftswunders der alten Bundesrepublik extensiv ausgeweitet. Die Behandlung Kranker nach dem letzten Stand der Wissenschaft kostete Geld, welches aber in den 60er- und 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts ausreichend vorhanden war. Die Krankenversicherungen erweiterten ihren Leistungskatalog, man nannte sich Gesundheitskasse. Im Gefolge vollzog sich auch im Patientenverhalten ein vielschichtiger Wandel. Wünsche wurden geweckt, die Ansprüche stiegen in Richtung Hebung eigener Lebensqualität. Eine Vollkasko mentalität entstand.

Darüber hinaus haben die medizinisch-technischen Fortschritte dazu geführt, dass sich das Patienten-Arzt-Verhältnis verändert hat. Alles ist machbar, wurde suggeriert. Wir Ärzte und die Wissenschaftspresse haben unseren Teil dazu beigetragen. Die Bedeutung der eigenen Forschung für die Erkrankten wurde nicht selten etwas übertrieben, im Zeitalter des Drittmittel-Rankings nur zu verständlich. „Zaudeker und Warner haben wissenschafts- und medienpolitisch gesehen viel weniger Marktchancen“, stellte der Medizinhistoriker Bergdolt hierzu fest. Die medizinischen Laien, eben jene Erkrankten, glaubten bereitwillig und forderten die Einhaltung des Versprochenen. Gesundheit schien ein Recht geworden zu sein und Krankheit eine Ungerechtigkeit. Die Erwartung der Patienten wurde zunehmend von der Korrektur des ursächlichen Defektes beherrscht, der Arzt als Techniker in Anspruch genommen. Die medizinische Maßnahme wurde in solchen Fällen zur Sachleistung. An die Stelle der Verantwortungsethik trat die Vertragsethik. Die Beziehung zwischen Arzt und Patienten gleicht hierbei einem Kaufvertrag. Der Arzt liefert ein Stück Gesundheit oder Therapie, der

Patient wünscht, fordert, bezahlt und beschwert sich bei Nichteintreten des Therapieerfolges. Gesundheit und Therapie werden zur Ware, auf die man unter den heutigen Bedingungen der Sozialversicherung Anspruch hat. Patienten sind dann eben Kunden, die Praxis oder die Klinik ein Profitcenter. Der mündige Patient soll souverän entscheiden – die Informationen holt man sich aus dem Internet.

Aber was ist mit der Kundenrolle eines 55-Jährigen mit Pektangina? Was lässt sich reparieren an der Diagnose einer dialysepflichtigen Niereninsuffizienz oder eines juvenilen Diabetes? Wie ist es mit der Patientensouveränität bei chronisch-entzündlicher Darmerkrankung? Der sächsische Datenschutzbeauftragte Thomas Giessen brachte es 1998 auf den Punkt: „Der Patient ist nicht mündig, der Patient ist krank.“ Oder wie Johannes Rau es 2004 in Bremen formulierte: „Gesundheit ist keine Ware, Ärzte sind keine Anbieter und Patienten keine Kunden.“

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

Wie aber lässt sich Vertrauen entwickeln in einer Arzt-Patienten-Beziehung, die als asymmetrisch bezeichnet wird? Da stehen sich nicht etwa zwei Gleiche gegenüber, sondern ein hilfebedürftiger Mensch und jemand mit medizinischer Fachkompetenz. Aufklärung, Transparenz und Ehrlichkeit in Gesprächen ohne Zeitnot sind hierbei Voraussetzung. Auf gleicher *menschlicher, nicht fachlicher* Ebene soll man um das Vorgehen und die Gesundung des Kranken ringen, wie es Horst Eberhard Richter fordert. So entsteht Vertrauen. Weil dies so wichtig ist, wird es auch in den ärztlichen Berufsordnungen thematisiert. „Der Arzt hat seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm ent-

gegengebrachten Vertrauen zu entsprechen!“, heißt es hier. „Vertrauen ist akzeptierte Abhängigkeit“, so hat es der Theologe Dietrich Rössler treffend formuliert. Diese Form der Abhängigkeit steht jedoch nicht im Gegensatz zur Patientenautonomie. Sie ist vielmehr ein Stadium auf dem Weg zur Wiedergewinnung der eigenen Souveränität.

Über die Notwendigkeit von Vertrauen und Kommunikation lässt sich schön reden. Vertrauen ist fragil und immer gefährdet. Es muss ständig neu erworben werden. So kann das Fehlverhalten Einzelner negativ auf einen ganzen Berufsstand zurückschlagen. Behandlungsfehler, Vorteilsnahme von Ärzten oder Abrechnungsbetrug finden an dieser sensiblen Schnittstelle deshalb ein besonders intensives Presseecho. In krassem medialem Gegensatz hierzu stehen Krankenhausserien, in denen der Arzt als aufopfernde, hilfsbereite und tugendhafte Person dargestellt wird. Der Vertrauensverlust bei Fehlverhalten des derart Idealierten ist dann umso größer.

Vertrauen und Kommunikation hängen aber auch von den institutionellen Rahmenbedingungen ab. So zwingen Sparauflagen und Wettbewerb die einst karitativen Krankenanstalten zu industriewirtschaftlichem Management. Ob ambulant oder stationär, die Rahmenbedingungen lassen das ruhige Arzt-Patienten-Gespräch kaum mehr zu. Möglichst viele Fälle mit wenigen Leuten möglichst schnell durch die Stationen schleusen – klar, was das bedeutet. Der Sachverständigenrat hielt in seinem Bericht 2003 hierzu fest „Dass eine patientenorientierte Gesprächsführung oft nicht oder unter zu hohem Zeitdruck erfolgt, liegt auch an den organisatorischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen medizinischer Versorgung in Deutschland.“

Das Krankenhaus als Akutbehandlungsstätte der Zukunft könnte also zu einer Renaissance der Hausarztbeziehung führen. Doch wie soll das gehen angesichts einer Deckelung der ambulanten ärztlichen Einnahmen seit mehr als zehn Jahren und einer mittleren Patientenkontaktzeit von nur wenigen Minuten? Zu viel

Therapie oder zu wenig – Vertrauen verträgt keiner dieser Zweifel. Zweifel wecken vielmehr Misstrauen und Angst. Der Medizinpsychologe Wildgrube sagt voraus, dass diese Zweifel vermehrt in Aggression umschlagen würden, die als entlastendes Schlupfloch diene. So wurden nach einer Untersuchung der University of California viele Prozesse nicht wegen tatsächlicher Fehlbehandlung angestrebt, sondern weil sich die Kläger nicht ausreichend ernst genommen fühlten.

Zum politischen Gestaltungsauftrag gehört es somit, diese Entwicklung zur Kenntnis zu nehmen und nach Regelungen zu suchen, in deren Rahmen sich Arzt-Patienten-Beziehungen auch zukünftig vertrauensvoll entwickeln können.

Einfluss begrenzter finanzieller Ressourcen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis

Die Ressourcen im Gesundheitssystem *sind* begrenzt. Dies wird auch so bleiben, unabhängig von neuen Finanzierungskonzepten wie Bürgerversicherung oder Gesundheitspauschale. Längere Lebenserwartung, prozentuale Zunahme der Älteren und medizinisch-wissenschaftlicher Fortschritt treffen auf stationäre oder rückläufige Budgets. Der Bonner Sozialforscher Miegel formulierte kürzlich: „Die Lebenswelt der Deutschen geht unwiderruflich zu Ende.“ Die Krise des Systems, seit Jahren bekannt, wurde lange totgeschwiegen. Jetzt zwingt das Primat der Ökonomie alle, sich in wirtschaftlich begründete Reformen zu fügen. Und so behandelt der niedergelassene Arzt bei Erreichen des Budgetdeckels aus Nächstenliebe – oder schließt die Praxis am Quartalsende und verweist auf die Notdienste. Selbst Krankenhäuser erklären sich nicht mehr für zuständig, wie dies im letzten Jahr durch die Kölner Universitätsklinik geschehen ist. Droht eine intransparente Rationierung medizinischer Leistungen das Arzt-Patienten-Verhältnis zu belasten?

Vor einer Rationierung stehen nach Meinung der Politik Effizienzsteigerung, Quali-

tätsverbesserung und mehr Wettbewerb. Kosten senken und Qualität erhöhen – ein erheblicher Zielkonflikt. Effizienter, d.h. ökonomischer Umgang mit Ressourcen bedeutet zunächst einmal Verschwendung vermeiden und auf Überflüssiges verzichten. Ambulant wie stationär sollen deshalb der Leistungskatalog durchforstet und die bisher individuelle ärztliche Vorgehensweise kritisch überprüft und standardisiert werden. Dies sind einschneidende Veränderungen in einem bisher einzelfallbezogenen und individuell organisierten System. Wo aber sind die demokratischen Strukturen, die bei derartigen Veränderungen Bürgerbeteiligung und Mitsprache sichern? Wo wird die Kompetenz der verfassten Ärzteschaft eingebunden? Sicherlich nicht im Gemeinsamen Bundesausschuss, dem zentralen Organ, das durch Richtlinien ausfüllen soll, was ein Gesetzgeber allein nicht regeln kann. In diesem Gremium sitzen Vertreter der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und Vertreter von Patientenorganisationen – Letztere ohne Stimmrecht. Vertreter der Ärzteschaft findet man allenfalls in Unterausschüssen. Aber sichert das tatsächlich die Mitsprache der Bürger und Patienten in akzeptabler Weise? Die Entscheidungen des Ausschusses sind von erheblicher Relevanz. Er definiert den Leistungskatalog der Krankenkassen, er legt Festbeträge fest, er macht Kosten-Nutzen-Bewertungen von Arzneimitteln oder definiert Disease-Management-Programme.

Die kritische Analyse ärztlicher Tätigkeiten wurde dem neuen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen übertragen. Es soll den Gemeinsamen Bundesausschuss unterstützen. Nicht zu erkennen ist, wie die bisherigen Bemühungen der Ärzteschaft um Qualität und Wissensbewertung eingebunden werden sollen. Leichtfertig wird in meinen Augen auf Kompetenz, genuines Engagement und die traditionell wissenschaftsbezogene und nicht honorarbezogene Argumentation unserer Fachgesellschaft verzichtet. Auch nach Meinung unserer Gesellschaft sind Regeln und evidenzbasierte Leitlinien in der

Arzt-Patienten-Beziehung notwendig und hilfreich, stellen sie doch die Synthese, den Extrakt der wissenschaftlichen Medizin dar. Selbstredend sollte dieses Regelwerk für *alle* Bereiche der Medizin Gültigkeit haben, auch für die sogenannten alternativen Heilverfahren. In einem durch Wissen und Werte bestimmten Fach wie der Medizin bedarf dieses Regelwerk jedoch eines intensiven Wettstreites der Argumente und einer Transparenz der Entscheidungen; nur dann wird die Arzt-Patienten-Beziehung vertrauensvoll bleiben.

Die Vielfalt der unter ökonomischen Vorgaben entwickelten neuen Versorgungsformen wird allerdings für die Arzt-Patienten-Beziehung erhebliche Veränderungen mit sich bringen. Da gibt es jetzt die hausarztzentrierte Versorgung, die mit einem gewissen Verlust der freien Arztwahl einhergeht. Es gibt integrierte Versorgungsformen und medizinische Versorgungszentren. Durch Spezialisierung und Leistungserbringung in Kooperation ist der Arzt hier nur noch für einen Teil der Betreuung zuständig. Das Arzt-Patienten-Verhältnis verändert sich so zu einem Arztgruppen-Patienten-Verhältnis. Wer aber trägt die Verantwortung, wer besitzt Regelkompetenz, wer ist Ansprechpartner und Bezugsperson für den Patienten? Wem soll er glauben, wenn er unterschiedliche Antworten auf seine Fragen erhält?

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

Ökonomisch sollen zukünftig auch die Krankenhäuser arbeiten, die in den 60er- und

70er-Jahren des letzten Jahrhunderts bundesweit gebaut wurden. Durch das seinerzeitige Krankenhausfinanzierungsgesetz sollten eine flächendeckende Versorgung und Notfallhilfe für alle sichergestellt werden. Die Finanzierung der Häuser richtete sich nach den – wohl gemerkt – politischen Vorgaben und war zugegeben intransparent. Eingebunden in Landesbetriebspläne und Versorgungsauftrag erinnerte sie sehr an die eines defizitären städtischen Opernhauses. Das war nur deshalb vertretbar, weil der Versorgungsauftrag definiert war – Notfallhilfe für alle sollte möglich sein!

In kurzer Zeit soll nun ein absoluter Paradigmenwechsel erfolgen, weg von der Notfallhilfe hin zum Wirtschaftsunternehmen. Unter DRG-Bedingungen sollen die Krankenhäuser ihre Marktchancen wahrnehmen, heißt es. Geld soll der Leistung folgen. Was aber ist mit den strukturell unwirtschaftlichen Bereichen, die zur Versorgung von Krisenfällen vorgehalten werden? Den freigehaltenen Intensivbetten etwa für die akute gastrointestinale Blutung, den Verbrennungsbetten für den Fall eines Raffinerieunglücks, den Dialyseplätzen für Nierenkranke mit Schlaganfall oder den Transplantationseinheiten, bei denen jedes Organangebot den OP-Plan durcheinanderwirbelt? Wo findet sich die studentische Ausbildung wieder? Was ist mit den wenig profitablen Langzeitliegern, die über die obere DRG-Grenzverweildauer hinaus der Betreuung bedürfen? Was mit Innovationen, die traditionell den Weg über das Krankenhaus nehmen? Offene Fragen, auf die bisher keine befriedigenden Antworten möglich sind. Weil dies aber so ist, wird das politische Ziel unerwartet klar erkennbar – Leistungsabbau.

Derweil raten Unternehmensberater innerklinisch zu Prozessabläufen wie in der Autoindustrie, Leistungsverdichtung wird gefordert, Stellenpläne werden durchforstet, Pflegepersonal entlassen. Die Prämissen dieses wirtschaftlich begründeten Paradigmenwechsels, die schlechten Bilanzzahlen scheinen zu stimmen. Und so wagt kaum jemand zu protestieren. Subtil wird sich durch diese ökonomischen

Vorgaben allerdings auch das Selbstverständnis der Ärzte ändern. Ein Arzt, der weiß, dass die Überschreitung der ökonomischen Vorgaben seine Stelle gefährdet, wird anders handeln als ein kaufmännisch unbelasteter Kollege. Unter dem ökonomischen Druck erleben viele Ärzte ihre Arbeit jetzt schon als entwertet und die Beziehung zum Patienten als „schmerzlich zerbrochen“. Die Wochenzeitschrift *Zeit* berichtete jüngst, was Klinikärzte als den „guten Kern“ ihres Berufes ansehen. Typischerweise nannten diese „das abendliche Gespräch am Bett des Patienten, wenn nach Dienstschluss Ruhe eingekehrt ist“ – wohlgemerkt – nach Dienstschluss! Diese systematische Zerstörung des persönlichen Berufsbildes ist einer der Gründe für die hohe Abkehr vom Arztberuf nach Abschluss des Studiums. Anteil daran hat auch der immens gestiegene Dokumentationsaufwand, der nach einer Studie des Deutschen Krankenhausinstitutes in der Inneren Medizin bei ca. drei Stunden täglich liegt. Ein dritter Grund sind die wirtschaftlich begründeten Stellensperren und Überlegungen der Krankenhäuser, ob die Einstellung eines Berufsanfängers überhaupt lohnt. Schließlich lässt sich der Betriebsablauf viel besser mit Fachärzten sicherstellen. Wird dieser Trend nicht gestoppt, wird sich allein durch den Mangel an Ärzten eine Wartelistenmedizin entwickeln, mit nachhaltigen Folgen für die Arzt-Patienten-Beziehung.

Bei alledem bleibt undefiniert, was das eigentliche Ziel des ärztlichen Behandlungsauftrages ist. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit? Gesundheit im Sinne der WHO-Definition? Langes Leben oder Behandlung allein der akuten Komplikation? Letzteres will die neue DRG-Finanzierung. Das ist bei Zuweisung zur Cholezystektomie oder bei Oberschenkelhalsbruch primär verständlich. Soll aber nicht mehr nach rechts und links geblickt werden? Soll die Ursache des Sturzes, der zur Fraktur führte, etwa eine Herzrhythmusstörung bei koronarer Herzerkrankung oder Hyperthyreose, nicht mehr abgeklärt werden? Ein derartiges Vorgehen trägt sicherlich zur wirtschaftlichen

Gesundung des Krankenhauses bei. Nur sollte man dies alles dem Patienten und Wähler auch deutlich sagen und sich nicht hinter den Vokabeln von mehr Wettbewerb und Effizienzsteigerung verstecken!

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

Sozialethische Gestaltung gesellschaftlicher Vorgaben für zukünftige Arzt-Patienten-Beziehungen

Hierbei steht die Gesellschaft zunächst vor einer ganz grundsätzlichen Entscheidung. Will sie in der Gesundheitsversorgung Gleichheit für alle oder will sie Gleichheit in den notwendigen Leistungen mit der Möglichkeit des Zukaufs von weitergehenden Leistungen? Gesellschaftspolitisch ist die Frage beantwortet. Gleichheitsorientierte Systeme sind nicht konkurrenzfähig. Der Kollaps der sozialistischen und kommunistischen Systeme belegt dies hinreichend. Die freiheitlich organisierten Systeme mit ihren systemimmanenten, aber leistungsfördernden finanziellen Ungleichheiten haben sich durchgesetzt.

In der Gesundheitspolitik führen staatliche gleichheitsorientierte Systeme zu Zugangsbeschränkungen und zur Wartelistenmedizin. Während unser System bisher solidarisch, einzelfallbezogen und individuell organisiert ist, soll in derartigen utilitaristischen Systemen mit den vorhandenen Mitteln der Gesundheitszustand möglichst vieler Bürger finanziert werden. Eine Minderheit hat dabei allerdings das Nachsehen. Weil dies für viele nicht akzeptabel ist, verlässt ein Teil der Patienten das System und kauft die Leistung privat oder gar im Aus-

land ein – in England sind dies immerhin 15% der Bevölkerung. Es entsteht Ungleichheit auf höherem Niveau. Entscheidet man sich für diese Alternative, wird eine intransparente Rationierung die Regel werden.

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

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

1. Bei einer altersbezogenen Allokation, wie sie etwa Daniel Callahan vom Hastings Center vorschlägt, sollten jenseits einer bestimmten Lebensspanne nur noch lebensmindernde, nicht aber lebensverlängernde Maßnahmen von der Solidargemeinschaft

finanziert werden. Auch der Philosoph Hartmut Kliemt favorisiert eine derartige klare Grenzziehung. Wie schwer derartige Entscheidungen im Einzelfall sind, wurde in einer Spielshow des Südwestfunks und des britischen Fernsehens klar – dem „Spiel auf Leben und Tod“. Das Publikum sollte entscheiden, ob eine 30-jährige Mutter oder ein 77-jähriger Rentner eine Dialysebehandlung bekommen solle. Die 30-Jährige gewann, was blieb, war Unbehagen auf allen Seiten. Noch weiter geht Carl-Henning Wijkmark in seinem Buch „Der moderne Tod“. In einer Art Klausurtagung diskutieren hier schwedische Politiker und Experten, ob es nicht als gesellschaftliche – nicht individuelle – Lösung der Überalterung ein gesetzlich festgelegtes „Recht auf Sicherheit gegen hohes Alter und seine Mühsal“ geben sollte, ein beklemmendes Szenario. Altersrationierung ist ethisch mit der Menschenwürde nicht vereinbar. In Deutschland wäre sie durch die Verfassung keinesfalls gedeckt. Schlussendlich sind die Vorstellungen über Tod und Menschenwürde ein sicherer Indikator für die Wegrichtung einer Gesellschaft. Der Begriff „lebensunwertes Leben“ ist dann nicht mehr fern.

2. Bei einer mittelbezogenen Rationierung würden nur lebensverlängernde Maßnahmen finanziert, und das auch nur bis zu einer gewissen Kappungsgrenze. Diese Möglichkeit wird am Dienstag auf einem Symposium mit dem Titel „Was darf ein Jahr leben kosten?“ diskutiert. Im Fall eines solchen Vorgehens fiele eine Vielzahl von Leistungen aus dem Katalog heraus wie etwa Sport- und Haushaltsunfälle, Kataraktoperationen, Endoprothesen, Schwangerschaft oder die meisten Hautkrankheiten. Sehr schnell würde sich dann aber die Feststellung des Sachverständigenrates von 2001 verbessern, der seinerzeit formulierte: „Die deutsche Medizin verbraucht die dritthöchsten Kosten auf der Welt, aber in der Lebenserwartung stehen wir nur an 19. Stelle.“ Diese Form der Rationierung ist

in meinen Augen die radikalste Form der Definition des Begriffes „medizinisch notwendig“.

3. Bei einer indikationsbezogenen Rationierung muss man einen Leistungskatalog erstellen nach Wichtigkeit, Dringlichkeit und Wertigkeit, also durch Setzen von Prioritäten und nach allokaationsethischen Überlegungen. Dies hieße schwere chronische, lebensgefährdende und behindernde Erkrankungen zu finanzieren, leichtere Erkrankungen aber auszuschließen. Wenn es hier um die sogenannte Lifestyle-Medizin handelt, lässt sich schnell Konsens erreichen. Ob die neue Hüfte des älteren Patienten auch dazu gehört, darüber gehen die Meinungen schon auseinander. So vertrat der Vorstandsvorsitzende der Rhön AG, Eugen Münch, anlässlich der letzten Jahrestagung des Nationalen Ethikrates die Meinung, die Endoprothese würde den Bewegungsradius des älteren Patienten in vergleichbarer Weise verbessern, wie dies das Moped für den 16-Jährigen tun würde. Herr Münch glaubt denn auch, dass nur ca. 15% des derzeitigen Leistungskataloges notwendige medizinische Leistungen seien. Der Rest fiel unter die Rubriken „Steigerung der Lebensqualität“ oder „Konsum von Gesundheitsangeboten“. Für die meisten von uns wird es schwer sein, diese radikale Form der Grenzziehung zu akzeptieren. Das Beispiel beleuchtet andererseits gut die Probleme derartiger Leistungsabgrenzungen. In der Schweiz und in Holland, wo man dies versuchte, umfasste der Pflichtleistungskatalog nicht 15%, sondern etwa 90% der gegebenen Gesundheitsleistungen. Dennoch scheint diese Vorgehensweise derzeit der einzige Weg zu sein, der ethisch vertretbar ist und das Gerechtigkeitsgefühl der Bevölkerung in Fragen der Gesundheitsversorgung nicht verletzen würde. Die Politik scheint dieses Ziel zu verfolgen. Ob die hierdurch freigesetzten Mittel allerdings ausreichen, um die Gesundheitsversorgung langfristig zu stabilisieren, ist ungewiss.

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

Meine Damen und Herren, die Arzt-Patienten-Beziehung wird nur dann stabil und belastbar bleiben, wenn sie auch zukünftig durch Vertrauen gekennzeichnet ist. Vertrauen des Patienten zum Arzt entsteht durch dessen persönliche Aufrichtigkeit, Wahrhaftigkeit und Verlässlichkeit. Dies ist bei der derzeitigen Systemkrankheit der Medizin – wie es Bergdolt formulierte – schwer möglich, verlangt sie doch vom Arzt Antworten und prinzipielle Entscheidungen, die Parteilichkeit, Ungerechtigkeit und politische Anpassung vorprogrammieren und ihn dazu chronisch überfordern.

Vertrauen in ein verändertes System wird andererseits nur entstehen, wenn eine hohe Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen vorliegen. Dies verlangt jedoch die Einbindung von kompetenten Ärzten oder medizinischen Fachgesellschaften. Die zunehmende ökonomische Ausrichtung der Medizin lässt leicht vergessen, dass der kranke Mensch in den Mittelpunkt gehört. Er bedarf der Hilfe und des Schutzes und darf nicht zur kalkulatorischen wirtschaftlichen Fallgröße werden. Die gesundheitspolitische Debatte darf sich deshalb nicht auf rein Ökonomisches beschränken, sondern muss eine Debatte um Werte einschließen. Lassen Sie mich an dieser Stelle nochmals festhalten, dass unser Stand in erster Linie dem individuellen Patienten gegenüber

verpflichtet ist. Die Treue zu dieser klassischen ärztlichen Ethik hat der Ärzteschaft Vertrauen und Ansehen verschafft. Eine Unterminierung dieser Ethik würde die Ärzteschaft der Fremdbestimmung unterwerfen, sei es staatlichen Eingriffen oder solchen der Krankenkassen, sei es den Forderungen des Marktes und der Ökonomie gegenüber. Der Arzt würde so in die Rolle des Erfüllungsgehilfen fremden Willens gedrängt. Der Arzt als Anwalt des Staates verträgt sich nicht mit seiner Rolle als Anwalt des Patienten. Es ist unsere Aufgabe, dies in aller Klarheit deutlich zu machen.

Meine Damen und Herren, in seiner Rede anlässlich des Einstein-Jahres sagte der Bundeskanzler: „Ich möchte, dass sich jene, die Wissenschaft betreiben, noch stärker als in der Vergangenheit an den politischen Debatten beteiligen und sich in die gesellschaftlichen Auseinandersetzungen einmischen, nicht nur zur Stärkung ihres unmittelbaren Fachgebietes, sondern auch, wenn es um den Zustand unseres Gemeinwesens geht.“ Dies haben unsere Fachgesellschaft und ihre Vorsitzenden in der Vergangenheit vielfältig getan. Halten wir es auch zukünftig so, zum Wohl des Patienten.

Ich erkläre hiermit den 111. Internistenkongress für eröffnet!

Theodor-Frerichs-Preis 2005

Preisträger: Dr. med. Matias Simons,
Abteilung für Nephrologie und
Allgemeinmedizin, Universitätsklinik Freiburg

Inversin, the nephronophthisis Type II Gene Product: Function as a molecular Switch between Wnt Signalling Pathway

Die Pathogenese der Polyzystischen Nierenerkrankung ist eng verknüpft mit einem zellulären Organell, der Zilie. In den letzten Jahren wurden zahlreiche Genprodukte, welche in Patienten mit Zystennieren mutiert sind, in der Zilie lokalisiert. Die Zilie ragt von der apikalen Oberfläche der Epithelzellen in das Lumen der Nierentubuli. Die Stimulation der Zilie durch das Ultrafiltrat in den Tubuli führt zum Calciumeinstrom in die Zelle. Die dadurch ausgelösten Signaltransduktionsvorgänge sind derzeit noch völlig unbekannt.

Ein Protein, welches ebenfalls in der Zilie lokalisiert ist, ist Inversin. Mutationen im Inversin-Gen führen zur Nephronophthise Typ II (NPHP II). Die NPHP II verursacht im frühen Kindesalter Zystennieren und Situs inversus.

Wir haben für Inversin eine zentrale Rolle im Wnt-Signalweg nachgewiesen. Anhand von Reportergenen in kultivierten Zellen und der Induktion von sekundären Körperachsen im Krallenfrosch *Xenopus laevis* wiesen wir eine inhibitorische Rolle für Inversin im kanonischen β -Catenin-abhängigen Wnt-Signalweg nach. Der molekulare Mechanismus hierfür scheint in der Degradation eines wichtigen Signalmoleküls namens Dishevelled zu liegen. Eine Patientenmutation in der für die Degradationsfunktion wichtigen D-Box von Inversin verhindert die Degradation von Dishevelled.

Im Gegensatz dazu spielt Inversin im alternativen oder nicht kanonischen Wnt-Signalweg eine unterstützende Rolle. Dies untersuchten wir an polarisierten Zellbewegungen in gastrulierenden *Xenopus*-Embryos. Ein Ausschalten der Inversin-Expression führt hier zu verkürzten Körperachsen. Somit lässt sich ver-