

8. Juli 2009, 18:00 Uhr!



Ethisches Handeln in der Medizin

Arztsein im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Ethik

Vortrag des Erzbischofs von Freiburg und
Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz,
Dr. Robert Zollitsch,
beim 3. Ärztetag am Caritas-Krankenhaus
in Bad Mergentheim
am 8. Juli 2009, 18.00 Uhr

Gerne bin ich hierher nach Bad Mergentheim gekommen. Sind doch zu dem äußerst spannenden Thema des heutigen Abends zugleich auch ganz persönliche Erinnerungen mit diesem schönen Landstrich, der Stadt und dem Caritas-Krankenhaus verbunden. Sie beginnen mit der Zeit als meine Familie und ich nach dem Zweiten Weltkrieg hier im Frankenland, im badischen Oberschüpf, eine neue Heimat fanden. Das Caritas-Krankenhaus in Bad Mergentheim war das erste Krankenhaus, das ich – vor sechzig Jahren – kennengelernt habe; allerdings nicht als Patient, sondern lediglich als Besucher, da meine Tante lange hier behandelt wurde. Mitte der sechziger Jahre war es schließlich ein Bruder meines Onkels, der hier die Seelsorge wahrnahm. Bis heute habe ich lebendige Erinnerungen an diese Zeit und tragende Freundschaften mit Menschen aus der hiesigen Region.

Schon damals haben wir in der Alltagssprache meist nicht vom Caritas-Krankenhaus gesprochen. Es reichte, zu sagen: Jemand ist „im Caritas“. Damit kommt weit mehr zum Ausdruck als nur der Name einer Klinik. „Im Caritas“, das ist vielmehr das Programm, das Grundverständnis allen pflegerischen und medizinischen Handelns hier im Haus. Dass es sich hierbei nicht um meine persönliche, ja, die spezifische Sichtweise eines Bischofs handelt, bestätigt ein Blick in die Imagebroschüre oder auf die Homepage dieses Hauses. Dort heißt es kurz und prägnant: *„Das Caritas ist gelebtes Zeichen der Caritas: Der Dienst am Menschen – als Heilsauftrag Jesu zeitge-*

mäßig umgesetzt mit modernster Technik, hoher Kompetenz und vor allem mit Menschlichkeit.“ Das ist ein Anspruch, den es täglich neu zu füllen, ein Auftrag, den es immer wieder zu erfüllen gilt – weit über die tägliche Arbeit im Krankenhaus hinaus bis hinein in die tägliche medizinische Versorgung und pflegerische Betreuung vor Ort. Zugleich ist es ein Anspruch, den einzulösen durch die aktuellen Entwicklungen und derzeitigen Herausforderungen nicht gerade einfacher wird.

Sie, werte Damen und Herren, sind als Ärztinnen und Ärzte ständig mit neuen Entwicklungen und den entsprechenden Herausforderungen konfrontiert – sei es mit Blick auf die medizinische oder pharmazeutische Forschung, sei es im Kontext gesundheitspolitischer Entscheidungen oder in Abstimmung mit den Krankenkassen; ja, mehr noch: Sie sind tagtäglich mit zentralen Fragen von Gesundheit und Krankheit, von Heilung und Therapie, aber auch von Sterben und Tod befasst. Es geht – mal mehr, mal weniger – ums Ganze, um existenzielle Fragen unseres Menschseins, die hinter jeder Ihrer Entscheidungen stecken; und ärztliches Handeln ist stets neu ein Abwägen von Entscheidungen. Dabei geht es sowohl um Nutzen-Risiko-Abwägungen in der Diagnostik und Therapie, wie auch um das Abwägen von Gütern vor dem Hintergrund des je eignen Menschenbildes. Diese Entscheidungsprozesse finden statt auf dem Boden des fachlichen Wissens, auf dem jeweiligen Stand der aktuellen Erkenntnisse und des Wissens um ethische Prinzipien. Letztlich geht es dabei immer um das Leben und die Würde des jeweiligen Patienten. Umso dankbarer bin ich Ihnen, dass Sie sich die Zeit nehmen und bei Veranstaltungen wie auf diesem Ärztetag Ihr alltägliches Tun einmal ruhen lassen und reflektieren und zugleich das Gespräch und den Austausch untereinander sowie über die Fachgrenzen hinaus suchen. Diese Zeiten der eigenen „Standortbestimmung“ braucht es nicht zuletzt auch deshalb, da Sie, werte zum Ärztetag Versammelte, mit den unterschiedlichsten, teils noch nicht einmal miteinander zu vereinbarenden Erwartungen konfrontiert sind. Verschärfend kommen in den letzten Jahren erhebliche Umstrukturierungen im Gesundheitswesen hinzu, die vermehrt Anlass für Ärztestreiks sind, wie wir sie derzeit erleben. Auf diese Umstrukturierungen werde ich noch ausführlicher zu sprechen kommen.

Doch zuvor gilt es zu klären, in welchem Verhältnis die beiden zentralen Begriffe, die sich im Titel meines Vortrags finden, zueinander stehen: Ökonomie und Ethik. Abschließend möchte ich einige Orientierungen und Perspektiven ansprechen – auch für die anschließende Podiumsdiskussion –, die vom christlichen Glauben und christlichen Verständnis vom Menschen ausgehen und Ihnen möglicherweise eine Hilfe bei der Bewältigung Ihres nicht immer einfachen Alltags bieten können.

1. Ökonomie – äußere Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens

Zweifellos können wir festhalten, dass unser Gesundheitswesen im Laufe des 20. Jahrhunderts enorme Veränderungen erfahren hat. Die Leipziger Professorin für Praktische Philosophie, Weyma Lübke, bringt einen entscheidenden Aspekt dieses Wandels mit folgenden Worten auf den Punkt: *„Die Formeln, mit denen seit alters her das Ethos des Arztberufs umschrieben wird, sind bekannt: Er soll Leben retten und Gesundheit erhalten, dem Patienten nicht schaden, das Wohl des Kranken allem voranstellen und so fort. Dass der Arzt Gewinne machen soll, gehört nicht zu den*

*traditionellen Formeln, im Gegenteil.*¹ Soweit das Zitat. Und wer weiß es besser als Sie: Leistung und Effizienz bestimmen heute als Handlungsprinzipien auch das Krankenhaus und die vielfältigen ärztlichen Praxen. Sie alle kennen die Ursachen für die Veränderungen der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen in den zurückliegenden Jahren und Jahrzehnten besser als ich. Stichpunktartig sei auf den demografischen Wandel sowie die auch jetzt wieder sich abzeichnende hohe Arbeitslosigkeit hingewiesen. Beide tragen zu einem Schwinden der Finanzierungsbasis des Gesundheitswesens bei. Gleichzeitig steigen nicht nur mit dem medizinischen Fortschritt die Ansprüche der Bürgerinnen und Bürger. Erwähnt seien auch neue Formen staatlicher Steuerung sowie ein zunehmender Wettbewerb unter Einbezug privater Anbieter. Insbesondere die von der Politik zunehmend eingesetzten Instrumente des Wettbewerbs setzen immer neue Dynamiken frei, die für die gewachsenen und traditionellen Träger im Gesundheitswesen rasante Veränderungen ihrer Existenz- und Geschäftsgrundlagen bedeuten.

Der Wechsel vom Selbstkostendeckungsprinzip zu pauschalierten Leistungsentgelten im Vergütungssystem hat beispielsweise zu schwerwiegenden Einschnitten geführt. Die Verzahnung unterschiedlicher Leistungssparten durch integrierte Versorgung und die gewachsenen Anforderungen in der Qualitätssicherung bringen darüber hinaus eine spürbare Verschärfung von Verteilungskämpfen mit sich. Für mehr Effizienz ist eine bessere Vernetzung notwendig. So ist etwa eine lückenlose Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege eine unerlässliche Voraussetzung erfolgreicher Dienstleistung. Nicht weniger gilt es, durch größtmögliche Transparenz unnötige Verdoppelungen im Bereich der Diagnoseverfahren zu vermeiden. Der medizinisch-technische Fortschritt kommt dankenswerter Weise den Menschen zugute. Seit 1900 ist die Lebenserwartung um nahezu drei Jahrzehnte gestiegen. Zahlreiche Krankheiten, die früher einem Todesurteil gleichkamen, sind besiegt. Wir dürfen dankbar sein für diesen Fortschritt. Aber er erfordert gleichzeitig auch eine verstärkte Investitionskraft bei einem erheblichen „Investitionsstau“ im Bereich der öffentlichen Förderung.

Der immer stärker auf Wettbewerb ausgerichtete Markt im Gesundheitswesen ist für die Akteure in diesem Feld Herausforderung und Chance zugleich. Gestatten Sie mir daher, als Bischof, kurz einige wenige grundsätzlichere Anmerkungen zum Wettbewerb aus christlicher Perspektive zu machen, da er die Rahmenbedingungen für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen immer stärker bestimmt.

Immer wieder stelle ich fest, dass in der Öffentlichkeit der Standpunkt der katholischen Kirche mit Blick auf den marktwirtschaftlichen Wettbewerb wenig bekannt ist. Der Grundgedanke richtig verstandener Ökonomie – nämlich ein langfristig verantwortlicher und möglichst effizienter Umgang mit knappen Ressourcen – steht zunächst in keinem Widerspruch zu den Grundprinzipien der Katholischen Soziallehre. Ausdrücklich betont dies die Päpstliche Enzyklika „*Centesimus annus*“, die im Jahr 1991 zur hundertsten Wiederkehr der Veröffentlichung der ersten Sozialenzyklika „*Rerum novarum*“ durch Papst Leo XIII. erschien. Sie geht von dem vorherrschenden ökonomischen System, der Sozialen Marktwirtschaft aus, und zeigt, dass sie mit der Katholischen Soziallehre Hand in Hand gehen und verbunden werden kann. Und dies in folgender Hinsicht: Es wird ein

¹ W. Lübke, Patientenorientierung und Kostenorientierung. Über (Un-)Vereinbarkeiten von Kostenbewusstsein und ärztlichem Ethos, in: Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften 47 (2006), 177.

Wirtschaftssystem bejaht, das die grundlegende und positive Rolle des Marktes, des Privateigentums, der freien Kreativität des Menschen im Bereich der Wirtschaft anerkennt. Der freie Markt – so die Enzyklika – *„scheint das wirksamste Instrument für die Anlage der Ressourcen und für die beste Befriedigung der Bedürfnisse zu sein.“* Im Zusammenhang mit der Betonung des Subsidiaritätsprinzips stellt die Enzyklika in Richtung eines überdehnten Wohlfahrtsstaates jedoch auch fest: *Der Wohlfahrtsstaat, der direkt eingreift und die Gesellschaft ihrer Verantwortung beraubt, löst den Verlust an menschlicher Energie und das Aufblähen der Staatsapparate aus, die mehr von bürokratischer Logik als von dem Bemühen beherrscht ist, den Empfängern zu dienen: Hand in Hand geht damit eine ungeheure Ausgabensteigerung.“*² Auch der Wettbewerbsgedanke ist christlich geprägten Strukturprinzipien im Bereich des Gemeinwesens nicht grundsätzlich fremd. Es ist vielmehr Aufgabe der katholischen Kirche und auch der kirchlichen Sozialarbeit, das Instrument des Wettbewerbs zum Wohl der Menschen zu nutzen. Auf diesen zentralen Aspekt weist Papst Benedikt eindringlich in seiner gestern erschienen Sozialenzyklika *„Caritas in veritate“* hin. *„Gewinn ist nützlich, wenn er in seiner Eigenschaft als Mittel einem Zweck zugeordnet ist,“* der das Wohl des Menschen und das Gemeinwohl vor Augen hat. Hier sehe ich eine Parallele zum ärztlichen Auftrag, der ja auch das Wohl der Menschen zum Ziel hat. Ein Wettbewerb hinsichtlich der besten Instrumente zur Erreichung dieses Zieles ist grundsätzlich zu begrüßen; ihm sollten sich alle Gesundheitseinrichtungen stellen, die kirchlichen, die kommunalen und auch die privaten.

Es hat also durchaus Sinn, im Gesundheitswesen bis zu einem bestimmten Grad marktwirtschaftliche Gesichtspunkte und Elemente des Wettbewerbs stärker einzuführen. Dies würde aber scheitern, wenn das Handeln sich ausschließlich nach diesen Prinzipien ausrichten würde. Man muss auch immer auf diejenigen schauen, die nicht frei zwischen mehreren Anbietern auf dem Gesundheitsmarkt wählen können; und auf die steigende Zahl derjenigen, die keiner Krankenkasse angehören und in der öffentlichen Wahrnehmung kaum vorkommen. In einem Interview mit dem Zahnärzteblatt wurde ich Anfang des Jahres auch zu den Kosten im Gesundheitssystem befragt und ob eine finanzielle Selbstbeteiligung sozial sei. Ich bin der Überzeugung, ein System ist nicht dann sozial, wenn es alle gleich behandelt, sondern wenn es dem Einzelnen gerecht wird, wenn sicher ist, dass niemand ausgeschlossen ist und die Gemeinschaft übernimmt, was die Möglichkeiten des Einzelnen übersteigt. Hier setzt die Verantwortung des Staates ein, der die Rahmenbedingungen für die Gestaltung des Wettbewerbs – in Rücksprache mit den beteiligten - regeln muss. Die Prinzipien von Personalität, Solidarität und Subsidiarität sind dafür nach meiner Ansicht die besten sozialetischen Orientierungen. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf die Stellungnahme der deutschen Bischöfe vom Mai 2003 mit dem Titel *„Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“*.

² Enzyklika „Centesimus Annus“ Papst Johannes Paul II. 1991, 40 (Art. 34) und 57 (Art. 48).

2. Ethik – die „innere“ Dimension des Arztseins

Nach einem Blick auf die äußeren, durch Politik, Wirtschaft und Gesellschaft vorgegebenen Rahmenbedingungen lade ich Sie ein, uns der Frage zu stellen: Wie kann der Arzt diesen Strukturen begegnen? Ich bin überzeugt, dies ist nicht ohne eine Ethik möglich, die gewissermaßen die „innere“ Dimension des Arztseins ausmacht. Welche Aspekte sind für eine solche Ethik im christlichen Sinne ausschlaggebend?

Da ist zum einen das christliche Verständnis von Krankheit und Tod. Neben der unverwechselbaren Identität und Würde eines jeden Menschen, lehrt uns die biblische Botschaft, auch die eigenen Begrenzungen in den Blick zu nehmen. Gesundheit ist nicht jederzeit wieder herstellbar. Daher verpflichtet uns das christliche Menschenbild dazu, gerade dort die Stimme zu erheben, wo grundsätzlich die Begrenztheit menschlichen Lebens nicht mehr akzeptiert wird, wo die berechtigte Sorge um Gesundheit das Maß verliert und sich in einem medizinisch-biotechnischen Machbarkeitswahn steigert. Viel für den Erhalt seiner Gesundheit zu tun, ist geboten – wenn man ernst nimmt, dass der Mensch Leben schützen und bewahren soll. Die Möglichkeiten der medizinisch-technischen Entwicklung dürfen aber nicht zu der Vorstellung verführen, Leben und Gesundheit lägen allein in der menschlichen Verfügungsgewalt. Der christliche Glauben lenkt dagegen den Blick auf den Urheber des Lebens: Das Leben ist und bleibt zuallererst ein Geschenk, eine Gabe aus der Hand Gottes. Dieses Geschenk gilt es zu schützen und zu achten. Es ist uns von Anfang an anvertraut.

Die „Woche für das Leben“, die wir seit vielen Jahren gemeinsam mit der evangelischen Kirche in Deutschland durchführen, ruft in diesem Jahr unter dem Titel „Gemeinsam mit Grenzen leben“ genau dies in Erinnerung: dass wir uns unserer Endlichkeit und Begrenztheit bewusst zu stellen haben. Unser Wissen und unsere Einsicht sind begrenzt. Zum Verstehen komplexer Zusammenhänge reicht der Verstand eines Einzelnen bei weitem nicht aus; das Team ist dem Einzelnen voraus. Auch die Zeit, die uns zur Verfügung steht, ist begrenzt. Unsere körperlichen und seelischen Kräfte erschöpfen sich. Unsere Arbeitskraft und Lebenszeit sind begrenzt. Das zu akzeptieren ist nicht einfach in einer Zeit, in der zwar die meisten das Ziel haben, alt zu werden, aber kaum jemand eingesteht, alt zu sein. Die angemessene christliche Haltung des Arztes angesichts dieser Tatsache könnte man in die Worte fassen: Für das Leben kämpfen – um die Grenzen wissen. Denn letztlich ist Gesundheit eine Gabe Gottes. Wie unverfügbar sie ist, das wird dann spürbar, wenn Einschränkungen gegeben sind, die nicht zu heilen sind. Es fällt vielen heute schwer, gerade mit den eigenen Grenzen menschlich umzugehen, sich einen Sinn zusprechen zu lassen, der die menschlichen Möglichkeiten übersteigt. Deshalb ist es im Gesundheitswesen auch wichtig, dass Sterben als Teil des Lebens begriffen wird und nicht als Scheitern aller Bemühungen um den Kranken.

Mit dem christlichen Verständnis vom Menschen hängt ein weiterer Aspekt zusammen. Es ist die Sicht auf den Menschen in der Gesamtheit seiner Lebensbezüge, die angesichts von Krankheit von besonderer Bedeutung ist. Wir deutschen Bischöfe haben in unserem Wort „Die Sorge der Kirche um die Kranken“ aus dem Jahr 1998 diese ganzheitliche Sicht des Menschen in den Vordergrund gerückt, wenn wir hervorheben: „Körperliche Leiden, Schmerzen sowie lebensbedrohliche Diagnosen stürzen einen Menschen nicht selten in eine Krise. Er durchlebt Angst und Verzweiflung, Resignation und Trauer. Angesichts des bedrohten Lebens wird die eigene

Zukunft in gesundheitlicher, beruflicher und sozialer Hinsicht ungewiss; dazu kommen die Sorgen um die von seiner Krankheit, seinen Leiden oder gar einem möglichen Sterben mit betroffenen Angehörigen. Die Krankheit wird so zur Krise des ganzen Menschen: körperlich, geistig und seelisch, existenziell und sozial.“ (S. 8) Auf diesem Hintergrund ist es unerlässlich, dass der Arzt sich nicht als jemand begreift, der nur die Reparatur eines bestimmten körperlichen Defekts vornimmt, sondern auch als jemand, der den kranken Menschen eine gewisse Zeit auf seinem Lebensweg begleitet. Ich weiß nur zu gut, dass die Möglichkeiten des Arztes hierbei begrenzt sind; mir geht es jedoch um eine bestimmte Haltung, die Papst Benedikt XVI. in seiner ersten Enzyklika „*Deus caritas est*“ mit dem Wort der „Herzensbildung“ umschreibt. Diese Haltung der wohlwollenden und wertschätzenden Zuwendung zum Menschen gehört zum gemeinsamen Grundverständnis von Ärzten, Pflegekräften, Klinikseelsorgern und Krankenhauspfarrern. Wer als Patient auf diese Haltung trifft, der ist im tiefen Sinn des Wortes „im Caritas“.

Gestatten Sie mir, einen dritten Aspekt einer christlichen Ethik des Arztes kurz zu skizzieren. Er hängt wiederum eng mit dem zuvor Gesagten zusammen und kann mit dem Stichwort der Seelsorge beschrieben werden. Ich meine damit die Einbeziehung der Seelsorge in das eigene ärztliche Konzept, in die Prozesse, die zur Heilung des Patienten führen sollen. Ich meine damit aber auch die Einbeziehung von Seelsorge in die Bewältigung von Situationen, in denen der Arzt selbst an seine Grenzen kommt. Denn durch den Umgang mit Kranken, Sterbenden und Toten werden auch bei Ärzten persönliche Betroffenheit, Fragen und Ängste ausgelöst. Das geht nicht ohne Vertrauen in die Wirksamkeit von Seelsorge. Seelsorge trägt oft zur Stärkung von Patienten, ihren Angehörigen und den Mitarbeitenden im Krankenhaus bei. Dies wird insbesondere bei der Krankensalbung deutlich. Glücklicherweise hat dieses Sakrament nicht mehr den Charakter der „letzten Ölung“ kurz vor dem Tod. Nach dem Verständnis des Zweiten Vatikanischen Konzils will Jesus Christus im Sakrament der Krankensalbung dem Patienten, der sich in einem bedrohlichen Gesundheitszustand befindet, in besonderer Weise als Heilender, als Heiland aufrichtend, stärkend und verzeihend begegnen.

3. Ökonomie und Ethik – zwei Konkretionen dieser Spannung

Anhand von zwei Beispielen, die dem aktuellen Diskurs im Bereich des Gesundheitswesens entnommen sind, möchte ich an dieser Stelle die Spannung verdeutlichen, die zwischen Ökonomie und Ethik bestehen kann.

Sie alle haben zweifellos die lebhaften Diskussionen in den letzten Monaten zu den gesetzlichen Regelungen bezüglich so genannter „Spätabtreibungen“ verfolgt. Der Bundestag hat im Mai diesen Jahres Änderungen am Schwangerschaftskonfliktgesetz beschlossen, die zum Jahreswechsel in Kraft treten sollen. Auf der Basis eines fraktionsübergreifenden Beschlusses wurden eine mindestens dreitägige Bedenkzeit zwischen vorgeburtlicher Diagnose und einer Indikationsstellung sowie die Pflicht des Arztes beschlossen, Frauen auf psychosoziale Beratung hinzuweisen.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat diese Änderung und insbesondere die Entscheidung für eine ärztliche Beratungspflicht begrüßt, da dies langjährigen Forderungen der Ärzteschaft entspreche. Auch die Kirchen haben sich an den Diskussionen im Vorfeld des Bundestagsbeschlusses zur Änderung des

Schwangerschaftskonfliktgesetzes maßgeblich beteiligt. Wir haben zwar den Eindruck, dass durch diese Änderungen eine Verbesserung zum Schutze des ungeborenen Lebens und der betroffenen Frauen erreicht worden ist. Insgesamt ändert sich aber nichts daran, dass Abtreibungen bis zur Geburt auch ohne eine akute Lebensgefahr für die Mutter nach wie vor möglich sind.

Die christlich-ethische Argumentation geht davon aus, dass jedes ungeborene Leben zu schützen ist. Entgegen der Überzeugung des Gesetzgebers, wonach ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt sein kann – wenn das Austragen der Schwangerschaft das Leben der Schwangeren oder ihre eigene Gesundheit gefährden – darf eine Abwägung des Lebens der Mutter gegen das Leben des Kindes in der Perspektive des unbedingten Lebensschutzes nicht vorgenommen werden. Die Abtreibung kann also niemals als erlaubt angesehen werden. Das impliziert auch, dass eine Behinderung des Kindes niemals der Grund für einen Schwangerschaftsabbruch sein kann. Wir verkennen jedoch nicht, dass es Situationen geben kann, in denen im Bemühen, das Leben von Mutter und Kind zu schützen, der Tod eines Menschen hingenommen werden muss.

Zur Problematik der so genannten Spätabtreibungen wäre noch einiges mehr zu sagen. Zum Beispiel mit Blick auf den Stellenwert, den eine Beratung einnehmen sollte, und den vielfältigen Aufgaben, denen sie sich stellen muss. Es ist jedoch deutlich geworden, dass beide, Kirche und Ärzteschaft, diese Debatte vor allem unter ethischen Gesichtspunkten führen. Ökonomische Aspekte spielen hingegen dann eine Rolle, wenn es etwa um die Frage von Haftungsansprüchen gegenüber Ärzten geht. Der Direktor des Freiburger Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin, Professor Dr. Giovanni Maio, hat erst kürzlich darauf hingewiesen, dass manche Ärzte aus Angst vor Regressforderungen der Eltern zu drastischen Beschreibungen über Ausmaß und Folgen einer möglichen Behinderung des ungeborenen Kindes neigen: *„Wenn sie die Diagnose sehr drastisch formulieren und so tun, als wäre es eine Katastrophe, ein Kind mit Trisomie 21 zu bekommen, ist ein Schwangerschaftsabbruch oft schon programmiert.“*³. Maio schlägt deshalb vor, das Haftungsrecht für Ärzte zu entschärfen, damit die Last, Frauen zu einer Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen, für sie erleichtert wird.

Eine weitere Konkretion für das Spannungsfeld von Ökonomie und Ethik im Bereich des Gesundheitswesens ist die Zunahme dementieller Erkrankungen. An einer Demenz zu erkranken, in deren Folgen unselbstständig zu werden und die Fähigkeit zur Kommunikation zu verlieren, ist das wahrscheinlich am meisten gefürchtete Risiko des Alters. Die bei fortgeschrittener Demenz auftretenden kognitiven Einbußen werden von den meisten Menschen als Bedrohung der Person in ihrer Gesamtheit betrachtet. Der Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg, Professor Dr. Andreas Kruse, hat beim 111. Deutschen Ärztetag im letzten Jahr darauf hingewiesen, dass die Konfrontation mit dem Krankheitsbild der Demenz den Menschen an eine Dimension erinnert, die in seinem Streben nach Selbstständigkeit und Selbstbestimmung in Vergessenheit gerät: Die Dimension der bewusst angenommenen Abhängigkeit. *„Das Erkennen der grundlegenden Angewiesenheit auf die Solidarität und Hilfe anderer Menschen und die Bejahung dieser Angewiesenheit*

³ Nürnberger Zeitung, 14.05.2009

durch den Demenzkranken selbst wie auch durch Angehörige, Ärzte und Pflegefachkräfte stellt eine bedeutende Grundlage für den möglichst vorurteilsfreien Kontakt mit dem Erkrankten dar.“⁴

Schnell wird deutlich, dass auch hier ethische Fragen eine große Rolle spielen: Die Begegnung mit einem demenzkranken Menschen führt letztlich zu einer Auseinandersetzung mit sich selbst, mit den möglichen Begrenzungen des eigenen Lebens. Es gelingt allerdings nur unzureichend, über diese Erkenntnis einen breiteren gesellschaftlichen Diskurs anzustoßen und etwa nach Konsequenzen für die Menschen, die Gesellschaft und auch das medizinische Handeln zu fragen. So erfolgte etwa die längst überfällige, verbesserte Berücksichtigung dementieller Erkrankungen bei den Pflegestufen erst mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz in 2008. Dabei kennen wir schon länger ziemlich genaue Prognosen über die steigende Lebenserwartung und die Zunahme des Anteils älterer und alter Bürgerinnen und Bürger in Deutschland, die auch eine Zunahme dementieller Erkrankungen mit sich bringen werden. Vor diesem Hintergrund ist erst kürzlich in Bonn das *„Deutsche Zentrum für Demenzforschung“* eröffnet worden, an dem künftig rund 400 Wissenschaftler zu den Krankheitsursachen, zur Diagnose und Therapie sowie der Versorgung und Pflege bei Demenzerkrankungen wie Parkinson und Alzheimer forschen werden.

Mit Blick auf die Spannung zwischen Ökonomie und Ethik können wir feststellen: die vordergründige Orientierung an ökonomischen Gesetzmäßigkeiten im Gesundheitswesen und auch in der medizinischen Forschung fördert nicht gerade die grundlegende Befassung mit den Folgen zunehmender Demenzerkrankungen in Deutschland. Es geht hier um eine gesunde Balance zwischen Ökonomie und Ethik, die jedoch zurzeit nicht erreicht wird. Ökonomische Zwänge wie eine effektive Ressourcenverteilung verdrängen ethische Erwägungen. Wir deutschen Bischöfe fordern deshalb einen gesamtgesellschaftlichen Diskurs zur Zukunft des Gesundheitswesens, der neben ökonomischen auch ethischen Aspekten Geltung verschafft: *„Voraussetzung und ständiger Begleiter für die Neuordnung des Gesundheitssystems ist die Auseinandersetzung mit der Frage, was menschlich, sozial, ethisch verantwortungsvoll, gerecht und kostenbewusst ist.“⁵* Es braucht verantwortliche Akteure wie zum Beispiel die Bundesärztekammer, die sich um einen solchen Diskurs bemühen und ethischen Prinzipien eine angemessene Beachtung verschaffen; es braucht solche Veranstaltungen wie der heutige Ärztetag, um gemeinsam aktuelle Herausforderungen zu reflektieren und Lösungen auf dem Weg zu einer menschenwürdigen Medizin zu suchen.

4. „Berufung des Arztes“ – Orientierungen und Perspektiven aus christlicher Sicht

Was lässt sich nun aus dem bisher Gesagten für die Rolle und Aufgabe des Arztes ableiten? Die prinzipielle Wertschätzung, die Ärzte auch heute erfahren, hängt vor allem mit der inneren Haltung zusammen, wie Ärzte ihren Beruf ausüben: nämlich nicht nur als Erfüllung eines „Jobs“. Mit Blick auf die biblisch-christliche Tradition und vor dem Hintergrund unseres christlichen Glaubens kann von einer „Berufung des

⁴ Andreas Kruse, Die Situation pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland am Beispiel Demenz. Vortrag beim 111. Deutschen Ärztetag, 2008.

⁵ Die deutschen Bischöfe, Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem, 2003, S. 26.

Arztes“ gesprochen werden. Schon im 2. Jahrhundert vor Christus finden wir im Weisheitsbuch Jesus Sirach eine große Wertschätzung des Arztberufes. So heißt es: „*Schätze den Arzt, weil man ihn braucht; denn auch ihn hat Gott erschaffen*“ (Sir 38,1). In diesem Buch Jesus Sirach ist der Beruf des Arztes ebenso sachlich nüchtern wie religiös gottbezogen dargestellt: Der Arzt hat seine Weisheit und Kunst von Gott, wie die Heilmittel Gaben des Schöpfers und der Erde sind. Er kann die richtige Diagnose treffen, kann Schmerzen lindern und je nachdem sogar das Leben erhalten. Aber seine Gaben haben Grenzen und er verfügt darüber nicht unbedingt. Darum ist er auch auf das Gebet angewiesen. So selbstverständlich und vielfältig werden Gott und der Arzt zusammen gesehen. Ist dies nicht wirklichkeitsnah, nüchtern und realistisch?

Dem Kranken wird der zweifache Rat gegeben: „*Mein Sohn, in der Krankheit säume nicht, bete zu Gott, denn er macht gesund. Doch auch dem Arzt gewähre Zutritt. Er soll nicht fernbleiben, denn auch er ist notwendig. Zu gegebener Zeit liegt in seiner Hand der Erfolg; denn auch er betet zu Gott*“ (Sir 38,9,12 f.). So sind Patient und Arzt auf Gott ausgerichtet und dadurch beide zu einer ganzheitlichen Sicht zusammengefügt.

Von daher verwundert nicht, dass die Evangelien davon berichten, wie Jesus Christus in seinem Verhalten eine besondere Vorliebe zu den Kranken zeigt. In seinem Wirken vergleicht er sich mit dem des Arztes (vgl. Mt 9,12). Die Überwindung der Krankheit wird in den Evangelien als besonderes Kennzeichen der messianischen Heilszeit dargestellt. Doch so sehr die Menschen zur Zeit Jesu seine Zuwendung zu den Kranken hochschätzen, so ging Jesus selbst noch einen entscheidenden Schritt weiter. Indem Jesus den Tod auf sich nimmt, überwindet er ihn gleichzeitig in seiner Auferstehung. So kann man mit unserem Freiburger Moraltheologen Professor Eberhard Schockenhoff zusammenfassend feststellen: „*Im Mittelpunkt der neutestamentlichen Botschaft steht nicht die Situation des Krankseins, sondern die Überwindung des Todes durch die Liebe und das neue Leben der Auferstehung.*“⁶

Damit ist das Wirken des Arztes in die Nähe des Wirkens Jesu selbst gerückt. Andererseits ist dieser Berufsstand in dem Sinne relativiert, dass das ärztliche Wirken die Überwindung des Todes von sich aus nicht bringen kann. Davon aber spricht der Seelsorger. Darum sind in der christlichen Botschaft Arzt und Seelsorger zwar unterschieden, jedoch einander eng zugeordnet. Von daher ist zu verstehen, dass die Deutsche Bischofskonferenz im schon erwähnten Wort „*Die Sorge der Kirche um die Kranken*“ schreibt: „*Das Krankenhaus dient der medizinischen Versorgung und Hilfe für kranke Menschen und ist zugleich ein Ort kirchlicher Seelsorge.*“ (S. 7).

Die Kirche ist heute mit vielen caritativen Einrichtungen und Diensten ein bedeutender Akteur im Gesundheitswesen. Der Arzt, gerade in einem kirchlichen Krankenhaus, hat vor diesem Hintergrund auch eine nicht zu unterschätzende Bedeutung bei der Erfüllung eines kirchlichen Grundauftrages. Für ihn gelten – wie für alle caritativ handelnden Personen – die Grundanforderungen an die Erfüllung ihres Auftrages, die Papst Benedikt XVI. in der Enzyklika DEUS CARITAS EST wie folgt formuliert hat: „*Berufliche Kompetenz ist eine erste, grundlegende Notwendigkeit, aber sie allein genügt nicht. Es geht ja um Menschen, und Menschen brauchen immer mehr als eine*

⁶ E. Schockenhoff, Heilen als Beruf – Zum Selbstverständnis ärztlichen Handelns aus der Sicht des Christentums, in: Zeitschrift Ethik in der Medizin 1998, S. 123.

bloß technisch richtige Behandlung. Sie brauchen Menschlichkeit. Sie brauchen die Zuwendung des Herzens. Für alle, die in den caritativen Organisationen der Kirche tätig sind, muss es kennzeichnend sein, dass sie nicht bloß auf gekonnte Weise das jetzt Anstehende tun, sondern sich dem Anderen mit dem Herzen zuwenden, so dass dieser ihre menschliche Güte zu spüren bekommt.“ (DCE, Nr. 31 b) Dieses, inzwischen recht bekannte Wort der „Herzensbildung“ wird oft so verstanden, dass zur beruflichen Kompetenz additiv noch etwas Weiteres hinzukommen müsse, nämlich Zuwendung. Ich denke, Papst Benedikt XVI. hat dabei weniger an eine zusätzliche Anforderung gedacht, die auch zu einer Überforderung führen kann. Es geht ihm vielmehr um die Art und Weise, *wie* ein caritativer und damit auch der ärztliche Beruf ausgeübt werden soll. Es geht hier im Kern – wie ich bereits angedeutet habe – um eine *Haltung*.

Der Arzt steht wie kaum ein anderer im Gesundheitswesen zentral in der Spannung von Ökonomie und Ethik. Es ist deutlich geworden, dass in diesem Zusammenhang Ökonomie als Synonym für die sich verschärfenden äußeren Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens steht, denen der Arzt auf der Grundlage einer christlichen Ethik zum Wohl der Patienten begegnen kann. Lassen Sie mich zum Abschluss die Spannung zwischen Ökonomie und Ethik anhand des Begriffes „Wert“ auf den Punkt bringen.

Das Wort „Wert“ entstammt der Ökonomie und unterliegt der Definition durch den Menschen. Ein Wert kann steigen, sinken und auch auf Null gehen. Wer in diesem Sinn vom Wert des Menschen spricht, für den ist es nicht mehr weit zum Begriff des „unwerten Lebens“. Der Mensch hat eben nicht Wert in diesem Sinn, sondern Würde. *„Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, das hat Würde“*, so schreibt Immanuel Kant in seiner *„Grundlegung zum Metaphysik der Sitten“*. Und diese Würde sprechen wir uns nicht zu, darum können wir sie uns und einander auch nicht absprechen. Es wäre, als ob wir versuchten, einen trockenen Regen entwickeln zu wollen oder dem Meer das Rauschen zu verbieten. Wo im Gesundheitswesen die Würde des Menschen geachtet wird, dort bleibt man sensibel für ethische Fragen und entwickelt zur beruflichen Kompetenz auch die notwendige Herzensbildung.