

**Editorial: Ökonomie
gegen Ethik im modernen
Gesundheitswesen. Rede
von Weihbischof Franz
Grave, Essen, vor dem 51.
Urologen-Kongreß in
Leverkusen, 22. April
2005**

Grave F

Blickpunkt der Mann 2006; 4 (1)

5-6

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Editorial: Ökonomie gegen Ethik im modernen Gesundheitswesen

Rede von Weihbischof Franz Grave, Essen,
vor dem 51. Urologen-Kongreß in Leverkusen, 22. April 2005

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

das deutsche Gesundheitswesen ist in den vergangenen Jahren durch eine ganze Reihe von Reformen und Umstrukturierungen verändert worden. Ziel vieler Reformvorstöße war die Reduzierung der Kosten. Gerade mit Hilfe der diagnosebezogenen Fallpauschalen – kurz „DRG“ – beabsichtigte man eine weitreichende Kosteneinsparung. Notwendige finanzielle Aspekte sind selbstverständlich nicht von der Hand zu weisen. Eine wirtschaftliche Führung des Gesundheitswesens kann schließlich dazu beitragen, daß die medizinische Versorgung auf Dauer bezahlbar bleibt und allen Bürgerinnen und Bürgern des Landes zugänglich ist. Neben diesen legitimen Faktoren spielt auch die Überlegung zur Qualität der Versorgung eine Rolle, denn die Pauschalierung von medizinischen Leistungen hat Auswirkungen auf die Arbeit der Ärzte und damit auch auf die Patienten. Im „Ärzteblatt“ war unlängst zu lesen, daß ein Chefarzt die Einführung der DRG als das „Ende der Barmherzigkeit“ bezeichnete. Alle individuellen Leistungen, die über einen einmal gesetzten Standard hinausgehen, könnten in einem Pauschalensystem nicht in ausreichender Form zur Geltung kommen. Gemeint sind damit z. B. persönliche Zuwendung zum Patienten, Gespräche mit Angehörigen oder auch eine weiterführende Versorgung von chronisch kranken und hilflosen Patienten. Konkret kann dies bedeuten, daß die Krankenhausaufenthalte der Patienten entscheidend verkürzt werden. Doch wäre vom medizinischen und menschlichen Standpunkt aus betrachtet eine längere Aufenthaltszeit mitunter angeraten. Oder anders gesagt: Die Standardisierung ärztlicher Leistungen kann die Gefahr in sich bergen, daß ein blinder Schematismus entsteht, der für individuelle Erfordernisse keinen Platz hat. Für die karitative und soziale Komponente des Krankenhauses bleibt dann kein Raum – Ökonomisierung also als Hindernis für eine patientengerechte Medizin?

Ich spreche einen zweiten Punkt an: Im Bewußtsein der Bevölkerung ändert sich das Bild der Medizin. Immer noch genießen Ärztin und Arzt größtes Vertrauen – wenn man Umfragen glauben kann, dann sogar mehr noch als die Seelsorger der Kirche. Das gibt zu denken, denn hier zeigt sich eine große Nähe derer, die Hilfe suchen, zu denen, die ihnen Hilfe geben können. Nachdenklich macht, daß allerdings angesichts der „High-tech-Medizin“ oder – Sie hören die Untertöne – „Apparate-Medizin“ großes Mißtrauen besteht. Der Patient fühlt sich als Objekt einer Institution, die immer stärker technisch und ökonomisch orientiert ist und ihn als Person nicht in ausreichendem Maße ernst nimmt. Es gibt also einerseits das Bedürfnis des Patienten nach vertrauensvoller, persönlicher Versorgung durch die Ärztin oder den Arzt und andererseits die Angst, einem als anonym betrachteten System unter-

worfen zu sein, das man nicht durchschaut und dem man ausgeliefert ist. Ist es da der Sache dienlich, wenn das Pauschalensystem zu einer Reduzierung persönlicher Kontakte von Ärzten und Patienten führt?

Weiter noch: Wie steht es um die Patienten, die frühzeitig nach einem Krankenhausaufenthalt entlassen werden und befürchten, daheim oder in einer Pflegeeinrichtung anderen zur Last zu fallen oder gar allein zu sein und mit der besonderen Situation nicht zurecht zu kommen? Dahinter steht die Angst, die Autonomie zu verlieren, ja auch die Angst, ohne Zuwendung und Hilfe Schmerzen ausgeliefert zu sein. In diesem Zusammenhang sind die Bestrebungen zur Legalisierung der Euthanasie zu sehen und andererseits das große Engagement im Hospizbereich. Die Absicherung der Autonomie – etwa durch Patientenverfügungen – hat somit nicht nur eine rein persönliche Dimension; es geht nicht allein darum zu entscheiden, ob das Leben eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung künstlich erhalten werden soll oder nicht. Auch zu erwartende Kosten können dabei eine Rolle spielen.

Die Diskussion um die Finanzierung des Gesundheitswesens wird begleitet von einigen gesundheitsökonomischen Entwicklungen, die auf politischer Ebene die Frage nach der Rationierung von Gesundheitsleistungen aufwirft. Die Solidargemeinschaft fühlt sich mit den steigenden Kosten der Medizin überfordert – im Hintergrund stehen natürlich auch weitere Faktoren wie die demographische Entwicklung und neue, effiziente, aber eben auch teure medizinische Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Es fokussiert sich vieles auf die Frage: Können und wollen wir uns das noch leisten? Und: Können wir es garantieren, daß jede notwendige medizinische Behandlung auch jedem zur Verfügung steht? Inwieweit akzeptiert die Gesellschaft, daß Menschen – etwa mit Behinderungen – eine durch die Solidargemeinschaft finanzierte kostenintensive Therapie erhalten? Und wie steht es mit Eltern, die ein von Geburt an behindertes Kind haben? Es gibt Tendenzen, die deutlich machen: Behindertes Leben wird immer weniger akzeptiert. Ökonomische Faktoren spielen dabei eine große Rolle. – Alle diese Fragen werfen Ängste auf.

Ich kann hier nur einige wenige zentrale Punkte anreißen. Die Komplexität des Themenfeldes erweist sich jeden Tag in der Praxis. Sie als Praktikerinnen und Praktiker kennen sicherlich sehr viele Fälle, die die Frage der Ökonomisierung und der ethischen Verankerung ganz konkret aufwerfen. Sie sind damit in Ihrem beruflichen Alltag vielfältigen Entscheidungen ausgesetzt.

Die Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen der Deutschen Bischofskonferenz hat sich vor knapp zwei Jahren mit diesem Thema eingehend beschäftigt. Die Ergebnisse der Beratungen wurden im

Papier „Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“ zusammengefaßt. Wir Bischöfe ringen darin um die Knappheit der Ressourcen im Gesundheitsbereich. Eine solidarische Absicherung der Krankheit einzelner durch alle Versicherten ist und bleibt die Stärke unseres Gesundheitssystems. Bei allen Reformüberlegungen stellt sich die Frage: „Welches Maß an Gesundheitsleistungen kann und muß durch die Solidarität aller getragen werden, und welches Maß an Gesundheitsförderung können und müssen die Menschen selbst tragen? Es gilt, die Freiheit und das Leben des einzelnen durch die Mobilisierung der eigenen Kräfte und die Solidarität der anderen zu ermöglichen und zu bewahren. Und es gilt, die Solidarität aller durch die mögliche und notwendige Wahrnehmung der Eigenverantwortung des einzelnen zu sichern.“

Jede Reformbewegung muß die Würde des Menschen bewahren. Das gilt auch für die Gesundheitsreformen, bei denen Eigenverantwortlichkeit nicht ohne Solidarität bestehen kann. Ich zitiere noch einmal aus dem Bischofswort: „Subsidiarität und Vielfalt gehören zweifellos zu den spezifischen Merkmalen des deutschen Gesundheitssystems, die in besonderer Weise auf den Einfluß der katholischen Soziallehre und der katholischen Sozialbewegung zurückzuführen sind ... Der Subsidiaritätsgedanke ... räumt den Anstrengungen und Angeboten aus der Mitte der Gesellschaft einen Vorrang vor den staatlich-öffentlichen Angeboten ein“. Weiterhin braucht es einen öffentlichen und kompetenten Gesprächsprozess über die „Fragen einer bedürfnisgerechten Bedarfsbestimmung ... und ... der Bestimmung des notwendigen Gesundheitsbedarfs“. Dieser Gesprächsprozess muß verantwortlich geführt werden und zu einem tragfähigen Ergebnis führen.

Sie als Ärztinnen und Ärzte sind von den Veränderungen in besonderer Weise betroffen. Als Akteure im Gesundheitswesen tragen Sie die Verantwortung für die Patienten, die Ihnen anvertraut sind. Es liegt in Ihrer Hand, über die Wege der Diagnostik und der Behandlung zu entscheiden. Und es liegt in Ihrer Hand, auch die ökonomischen Dimensionen im konkreten Fall im Blick zu behalten. Das Selbstverständnis der Ärztin und des Arztes gründet auf sehr alten Maximen wie dem Eid des Hippokrates. Dies genießt in der Be-

völkerung hohes Ansehen. Nach dem Genfer Gelöbniß stellt der Arzt sein Handeln in den Dienst der Menschlichkeit, richtet sein Handeln an der Gesundheit des Patienten aus, beachtet die Schweigepflicht, behandelt alle Menschen als Gleiche und bringt dem Leben von Beginn an Ehrfurcht entgegen. Die Sorge um den Mitmenschen ist einer der Kernpunkte des Christentums – das Gleichnis vom barmherzigen Samariter ist einer der biblischen Fixpunkte, aus denen sich das christliche ärztliche Selbstverständnis ergibt. Die Kirche fühlt sich dem Gebot der Nächstenliebe verpflichtet.

Was macht einen guten Arzt aus, können wir nun fragen. Darauf, das werden Sie verstehen, gibt es keine einfache Antwort. Ich möchte allerdings zum Nachdenken über diese Frage anregen: Ist es ein ständiger Reflexionsprozeß über die eigene Tätigkeit? Ist es das Ernstnehmen des Menschen und Patienten in seiner je spezifischen Hilfsbedürftigkeit? Ist es die realitätsbezogene konkrete Hilfe, die sich an den Bedürfnissen des einzelnen und den ökonomischen Vorgaben orientiert? Und haben ärztliche Entscheidungen mit dem Akzeptieren der Autonomie und Eigenverantwortlichkeit jedes Patienten zu tun?

Das Bischofswort mag hier eine Hilfe sein; dort heißt es: „Bei allen Überlegungen zu einem richtigen Maß an Eigenverantwortung in der Solidarität geht es nicht nur um die Verantwortung eines jeden gegenüber dem eigenen Leben, sondern auch um die Sorge um den kranken Mitmenschen. Diesem universalen Gebot der Nächstenliebe wissen sich die Christen und die Kirche in ihrem Handeln, aber auch in ihren Forderungen an Staat und Gesellschaft insgesamt in besonderer Weise verpflichtet.“ – Das ist keine rein theoretische Äußerung. Denn die Menschenwürde eines jeden ist sehr konkret. Unser neuer Papst Benedikt XVI. sagte Ende vergangenen Jahres: „Unsere technischen Möglichkeiten sind gewachsen, unsere Fähigkeiten, Dinge herzustellen, aber unsere moralischen Fähigkeiten sind währenddessen nicht größer geworden.“ Doch geht es nicht gerade darum, daß auch angesichts allen medizinischen Fortschritts und auch angesichts der wirtschaftlichen Realität der Mensch im Mittelpunkt stehen muß? – Wenn die Ökonomisierung des Gesundheitswesens dazu führt, daß es in der medizinischen Versorgung nicht mehr um den Menschen geht, dann ist Abhilfe nötig.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)