Dieser Beitrag ist erschienen in

Werte als Grundlage von Entscheidungen
Rohrbacher Manuskripte, Heft 13, Herausgegeben von Rudolf Rochhausen.
Rohrbacher Kreis, Rosa-Luxemburg-Stiftung Leipzig, 2007
ISBN 978-3-981-1061-1-4

Alle Rechte des Beitrags liegen beim Autor.

Der Beitrag kann unter den Konditionen der Creative Commons Lizenz BY-ND (Namensnennung-Keine Bearbeitung 3.0) frei verbreitet werden.
`http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/de`

Vertrieb des ganzen Hefts durch Osiris-Druck Leipzig,
`http://www.osiris-onlineshop.de`

Inhalt des Hefts

Kurt Reiprich: Vorwort ..... 5 - 6

Rudolf Rochhausen: Parteien überschreitende Vernunft – die Notwendigkeit einer nachhaltigen Demokratie ..... 7 - 19

Werner Deich: Essay über eine moralische Ökonomie für die Weltgemeinschaft und über die praktische politische Vernunft ..... 20 - 31

Wolfgang Methling: Werte linker Politik ..... 32 - 34

Kurt Reiprich: Versuch über die Begründung einer Weltordnung ..... 35 - 55

Luise Neuhaus: Zur Bedeutung des Studiums der Werte der Antike für die Gegenwart ..... 56 - 61

Anneliese Wirsing: Werteentscheidungen im Gesundheitswesen ..... 62 - 79

Roland Opitz: Hegel-Spuren in Tolstois »Anna Karenina« ..... 80 - 102

Volker Caysa: Selbstregierung als haltende Macht in einer Welt ohne Halt ..... 103 - 113

Franziska Müller-Langer: Status und Perspektiven der energetischen Biomassenutzung in Deutschland – alternative Kraftstoffe ..... 114 - 116

ANNELIESE WIRSING

Werteentscheidungen im Gesundheitswesen

In unserer heutigen Welt, die durch tiefgreifende soziale, ökonomische, kulturelle und wissenschaftlich-technische Umbrüche gekennzeichnet ist (*K. Reiprich*), macht die Wertediskussion vor keinem Bereich halt, auch nicht vor dem des Gesundheitswesens.

Dabei sind gerade die Mitarbeiter des Gesundheitswesens und insbesondere die Ärzte a priori dazu verpflichtet, sich bei allen ihren Handlungen von allgemeingültigen bzw. speziellen ethischen Werten leiten zu lassen.

Von der Gesellschaft wurden seit jeher an das *ethische Verhalten des Arztes* besondere Anforderungen gestellt.

Diese sind festgelegt:

1. im *Arztgelöbnis*, ein der Berufsordnung für die deutschen Ärzte vorangestelltes, vom Weltärztebund empfohlenes Gelöbnis, das jeder Arzt vor Ausübung seines Berufes ablegen muss (früher »Eid des Hippokrates«),
2. in der *Ärztlichen Berufsordnung*, nach der der Arztberuf kein Gewerbe ist; denn ihm ist keine Ware anvertraut, sondern ein Gut von hohem Wert, das allen Bürgern in gleicher Weise zusteht, die Gesundheit,
3. in *gesetzlichen Vorschriften*, die den Arzt verpflichten, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem Vertrauen, das ihm von den Patienten entgegengebracht wird, zu entsprechen.

Über die Einhaltung dieser ethischen Verhaltensnormen des Arztes wachen die *Ärztekammern*. Bei Zuwiderhandlungen werden *ärztliche Berufsgerichte* tätig.

Ist damit alles automatisch geregelt und eine Wertediskussion im Gesundheitswesen überflüssig?

Mit dem vorliegenden Beitrag wird der Versuch unternommen, anhand allgemeiner Grundlagen und konkreter Beispiele die zwingende Notwendigkeit einer solchen Wertediskussion für das Gesundheitswesen abzuleiten und Vorschläge für eine daraus resultierende zukünftige Gesundheitsreform zu unterbreiten.

Entsprechend ergibt sich eine Gliederung in 3 Schwerpunkte:

- Allgemeine Grundlagen zu den Werteentscheidungen im Gesundheitswesen
- Konkrete Beispiele für Werteentscheidungen im Gesundheitswesen aus der Vergangenheit, der Gegenwart und für die Zukunft
- Die Notwendigkeit einer neuen Gesundheitsreform (Paradigmenwechsel)

ALLGEMEINE GRUNDLAGEN ZU DEN WERTEENTSCHEIDUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN

Diese allgemeinen Grundlagen ergeben sich aus den Wertevorstellungen der *medizinischen Ethik*, als Teil der angewandten Ethik

Die medizinische Ethik befasst sich mit der Anwendung ethischer Normen, Regeln und Überlegungen auf die Problemfelder medizinischen Handelns. Sie soll, vor allem auch in Hinblick auf die zukünftigen Möglichkeiten der modernen Medizin, dazu dienen

- die Menschenwürde zu wahren,
- Missbräuchen medizinischer Möglichkeiten vorzubeugen und
- Schaden an Mensch, Gesellschaft und späteren Generationen zu verhindern.

Für den Arzt haben die persönlichen *ethischen Grundwerte des Arztberufes*

- Wissenschaftlichkeit
- Erfahrung
- persönliche Haltung und
- menschliche Zuneigung

einen unverändert hohen Stellenwert.

Nach diesen ethischen Grundwerten trifft er seine individuellen Entscheidungen z.B. über Diagnostik und Therapie.

Dabei kann der Arzt aber nicht vollständig nach seinen persönlichen Vorstellungen und Wünschen vorgehen; denn er ist in seinem Handeln, vor allem in *ökonomischer* Hinsicht, von den jeweils herrschenden *Rahmenbedingungen* abhängig, das sind Gesetze, Richtlinien und Normative, die vom Gesundheitswesen bzw. vom Gesundheitsministerium, also dem Staat, vorgegeben werden.

Die allgemeinen gesundheitspolitischen Überlegungen und Entscheidungen kann man also differenzieren in:

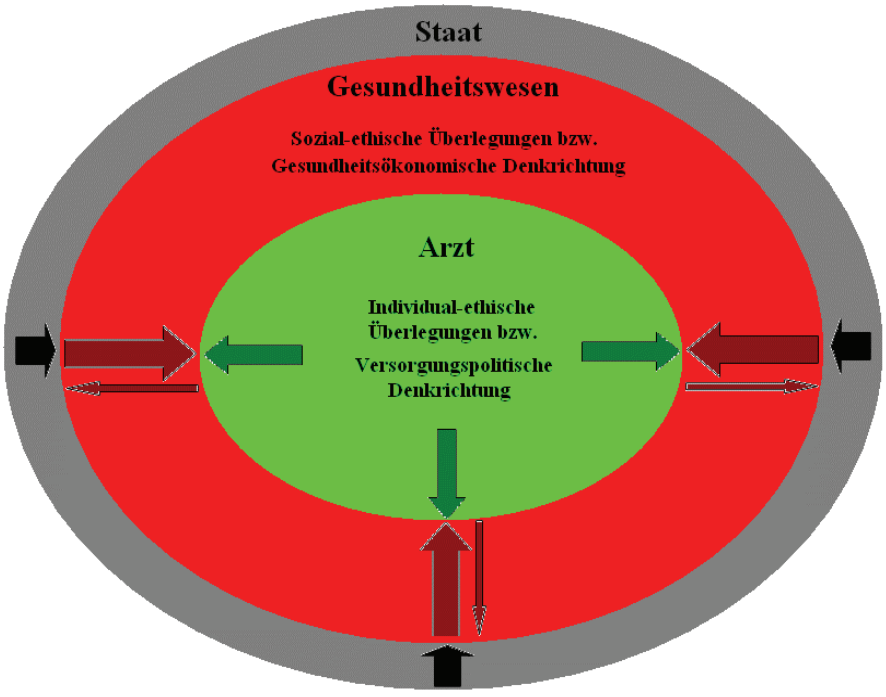
1. *individual - ethische Überlegungen* (Arztentscheidungen, z.B. über Diagnostik und Therapie)
2. *sozial –ethische Überlegungen* (Verantwortung in sozialen Dimensionen , z.B. Entscheidungen von Ärztekammern, Krankenkassen oder vom Staat).

Prof. *Fritz Beske*, Politikberater beim Institut für Gesundheits – System - Forschung in Kiel, kommt zu ähnlichen Schlussfolgerungen, indem er zwei gesundheitspolitische *Denkrichtungen* zugrunde legt:

1. die *versorgungspolitische Denkrichtung* (sie stellt die medizinische Versorgung des Patienten in den Mittelpunkt und fällt damit in das Tätigkeitsgebiet des Arztes)
2. die *gesundheitsökonomische Denkrichtung* (sie beschäftigt sich hauptsächlich mit der Frage der Finanzierung des Gesundheitswesens).

Wenn man beide Überlegungen bzw. Denkrichtungen zusammenfasst, ergibt sich das in Abb.1 dargestellte Modell.

Abb.1: Allgemeine Grundlagen zu den Werteentscheidungen im Gesundheitswesen



Es ist zu erkennen, dass die individual - ethischen Überlegungen bzw. die versorgungspolitischen Denkrichtungen des Arztes (im Modell grüner Kreis) mehr oder weniger stark eingegrenzt werden durch die sozial - ethischen Überlegungen bzw. gesundheitsökonomischen Denkrichtungen des Gesundheitswesens (im Modell roter Kreis).
Das Gesundheitswesen seinerseits ist in seinen haushaltspolitischen Planungen direkt abhängig vom Gesundheitsministerium d.h. vom Staat (im Modell schwarzer Kreis).

Die gegenseitigen Abhängigkeiten bzw. Beeinflussungsmöglichkeiten dieser drei Gremien sind durch die Richtung bzw. Stärke der Pfeile angedeutet.

Vieles, was Ärzte für die medizinische Versorgung ihrer Patienten vorschlagen, wird auf die ökonomischen Auswirkungen überprüft. Diese Diskussion wird fast ausschließlich von *Ökonomen* geführt, es gibt leider kaum Ärzte, die in der Politikberatung tätig sind. Ökonomen aber denken *marktorientiert* und das muss nicht immer mit dem moralischen Wertdenken des Arztes übereinstimmen.

Im Endeffekt, wir erleben das gegenwärtig in zunehmendem Maße, können daraus Rationierungen der von den staatlichen Krankenkassen übernommenen medizinischen Leistungen resultieren.

Hinzu kommt leider auch bei einigen Ärzten ein wachsendes *kommerzielles* Interesse, das keinesfalls zu den Wertvorstellungen des Arztberufes gehört.

Beispiele dafür sind einige der sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (»IGEL«), die privat abgerechnet werden und nicht immer wissenschaftlich begründet sind oder auch einzelne fragwürdige »Schönheitsoperationen«.

Damit das Gesundheitswesen in Zukunft nicht unter dem Primat der Ökonomie verkommt, wo der Arzt zunehmend zum Händler und der Patient zum Kunden wird und sich damit der Weg in eine »Zwei – Klassen - Medizin« öffnet, ist eine auf breiter Ebene geführte Wertedebatte gerade im Gesundheitswesen so außerordentlich wichtig.

KONKRETE BEISPIELE FÜR WERTEENTSCHEIDUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN

Werteentscheidungen in der Vergangenheit

In diesem Rahmen kann nicht die gesamte Medizingeschichte berücksichtigt werden, deshalb wird nur auf die Werteentscheidungen seit Bestehen eines einheitlichen Gesundheitswesens eingegangen.

Die Grundlagen eines einheitlichen Gesundheitswesens in Deutschland wurden erst unter dem Einfluss von *Rudolf Virchow* und *Otto von Bismarck*

- mit der Gründung des Reichsgesundheitsamtes *1876* in Berlin,
- mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung *1883* und
- mit dem Erlass der Reichsversicherungsordnung *1911*

geschaffen.

Besonders durch die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung bekamen

- das Solidarprinzip und
- das Gleichheitsprinzip

innerhalb der medizinischen Betreuung einen hohen Stellenwert mit Vorbildwirkung auf andere Länder.

Die Vergangenheit zeigt uns aber auch, wie ärztliche Ethik total »entwertet« werden kann, und auch hier stand Deutschland an der Spitze, diesmal aber im negativen Sinn.

Deutschland unter der NS-Diktatur schrieb das dunkelste Kapitel, nicht nur der deutschen, sondern der gesamten Medizingeschichte. .

Durch entsprechende *ideologische Vorbereitung* und *adäquate Gesetzgebung* wurden die Grundwerte ärztlichen Handels, die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit, nicht nur aufgehoben, sondern in das Gegenteil umgewandelt.

Die verbrecherischen und menschenverachtenden Handlungen, die deutsche Ärzte, und es handelt sich hierbei nicht nur um Einzelfälle, in Ausübung ihres Berufes gesunden, kranken und als »minderwertig« bzw. »lebensunwert« eingestuften Menschen angetan haben, sind ein Paradebeispiel für die *totale Entwertung ärztlicher Ethik.*

Rückblickend fragen sich heute viele »Wie konnte so etwas geschehen?«
Deshalb wird auf diese Problematik bewusst etwas ausführlicher eingegangen.

Die Fakten und das Zahlenmaterial dazu wurden dem Beitrag »Die nationalsozialistische Gesundheitspolitik und ihre Auswirkungen auf die Medizin« von *Frau Prof. I. Kästner* entnommen (nachzulesen im Ärzteblatt Sachsen 4/2005 S.137-141).

Der Boden für die verbrecherische Nazi - Ideologie wurde schon vor der Machtübernahme Hitlers ideologisch vorbereitet, sodass nach der Machtübernahme stufenlos die gezielte Indienstnahme der Medizin durch das NS-Regime erfolgen konnte.

Dabei wurden die allgemein humanistischen Werte durch »andere Werte« ersetzt.

Der höchste anzustrebende Wert der neuen »Gesundheitsführung« war es, das deutsche Volk zur *»erbbiologisch und rassisch erreichbaren Höchstform«* zu bringen und damit zum Herrenvolk über die anderen Völker zu machen.

Die *ideologischen Voraussetzungen* dafür waren:

der *Sozialdarwinismus*, der mit seiner »Kampf – ums – Dasein - Hypothese« und seiner »Selektionstheorie« keinen Raum für ethische Bedenken ließ und nur dem Stärkeren Chancen gab.

die *Rassentheorie* mit der Unterscheidung »höherer« und »niederer« Rassen und dem nach

1933 propagierten Führungsanspruch eines »nordischen Menschen arischer Rasse«

die Theorie von der *Eugenik* und *Rassenhygiene*, wobei »positive Eugenik« die Fortpflanzung der hochwertigen Rassen fördern und »negative Eugenik« die Fortpflanzung minderwertiger Rassen verhindern sollte.

- die *Euthanasie - Theorie* als Gnadentod für die Vernichtung unwerten Lebens.

Durch entsprechende Propaganda wurde eine Diskussion im Sinne dieser neuen »Werte« nicht nur unter Wissenschaftlen sondern auch unter der Bevölkerung in Gang gebracht.

Schon sehr früh hatten sich einige Mediziner dieser NS-Ideologie verbunden gefühlt. Der 1929 mit zunächst 50 Mitgliedern gegründete *»Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund« (NSDÄB)* umfasste

1934/ 35	bereits	14.500 und
1942	schon	46.000 Mitglieder (Ärzte)

Mit *45%* Mitgliedschaft in der NSDAP und *26%* Mitgliedschaft in der SS war keine andere akademische Berufsgruppe organisatorisch so eng mit dem NS- Regime liiert (z.B. gab es bei den Lehrern nur 22,5% Mitgliedschaft in der NSDAP).

Neben dem Rassenwahn spielte der *Leistungsfanatismus* der NS-Ärzte eine dominierende Rolle. Das als *minderwertig* bzw. *lebensunwert* eingestufte »Menschenmaterial« war ein hervorragendes Untersuchungsobjekt für medizinische Forschungen. Der *»wissenschaftliche Wert«* dieser verbrecherischen Menschenversuche löschte alle anderen Wertvorstellungen aus.

Zur Durchsetzung ihrer skrupellosen Rassenideologie bediente sich die NS-Ärzteschaft aufgrund der vom NS-Staat erlassenen Gesetze folgender Praktiken:

1. *Zwangssterilisierungen*
   Infolge des am 14. Juli 1933 verabschiedeten »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses» wurden im Zeitraum von 1934-1945 in Deutschland 350.000 bis 400.000 Personen von deutschen Ärzten zwangssterilisiert.
2. *Euthanasie - Aktion 1939 – 1945*
   In einer alle Medien betreffenden Propagandaflut wurde die Tötung Geisteskranker als »Erlösung« für die Betroffenen und zugleich als finanzielle Entlastung der Gesellschaft und als Vorbeugung einer Degenerationsgefahr dargestellt.
   Der Kinder - Euthanasie fielen etwa 5.000 bis 8.000 behinderte bzw. »auffällige« Kinder zum Opfer, darunter »Mischlinge«, Kinder von Zigeunern und Juden. Sie wurden in den bis Kriegsende eingerichteten rund 30 »Kinderfachabteilungen« entweder durch Medikamente oder durch Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsentzug auf Anweisung deutscher Ärzte umgebracht.
3. *»Aktion T4«*
   Seit September 1939 erfolgte in allen Heil- und Pflegeanstalten die Erfassung der Insassen. Die bürokratische Abwicklung übernahm in der Berliner Tiergartenstrasse (deswegen Aktion T4) eine »Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten«.
   Es gab 6 Tötungsanstalten, die bekannteste darunter Pirna-Sonnenstein. Hierher wurden die psychisch Kranken und Schwerbehinderten transportiert und in als Duschen getarnten Räumen durch Giftgas umgebracht. Man geht davon aus, dass es sich um mindestens 80.000 Opfer handelte.
   Trotz der Übersendung der Urne samt fingiertem Totenschein an die Angehörigen kam im Sommer 1940 Unruhe in der Bevölkerung auf. Aufgrund von Protesten aus Kirchenkreisen wurde die Aktion T4 zwar 1941 offiziell beendet, doch man setzte sie mit der Aktion »14f13« (Tötung von 20.000 jüdischen Kranken aus Konzentrationslagern) und mit der »wilden Euthanasie« durch Nahrungsentzug oder Medikamente in den Anstalten fort. Auch dies geschah letztendlich durch die Federführung deutscher Ärzte.
4. *Menschenversuche*
   Es sind vor allem die verbrecherischen Menschenversuche in den Konzentrationslagern, an die man beim Begriff »Medizin im Nationalsozialismus« denkt.
   Forschungsfanatismus und Karrieresucht und die einmalige Möglichkeit an »lebensunwertem Menschenmaterial« wissenschaftliche Versuche durchführen zu können, führten u.a. zu folgenden Verbrechen an den Häftlingen:

- Unterdruck- und Unterkühlungsversuche,
- Knochentransplantations- und Phlegmone-Versuche,
- Versuche mit Sulfonamiden, Lost und Phosgen,
- Versuche mit Fleckfieber- und Paratyphus-Erregern, mit denen Häftlinge infiziert wurden, um aus ihrem Blut Impfstoff zu gewinnen. Auf diese Weise starben im KZ Buchenwald zwischen 1942 und 1945 4.000 Häftlinge.
- Amputationsversuche; im KZ Auschwitz führten Lagerärzte an Kriegsgefangenen Amputationen ohne jegliche Betäubung durch, wer überlebte, wurde umgebracht.
- Simulationen von Kriegsverwundungen durch künstliche Infektionen und chirurgische Verstümmelungen an polnischen Mädchen im KZ Ravensbrück

Die »Ärzte«, die diese Menschenversuche durchführten, hatten sich skrupellos über alle ethischen Werte des Arztberufes hinweggesetzt, für sie galt nur noch der wissenschaftliche Wert ihrer Versuchsergebnisse.

Auf dieses dunkelste Kapitel der Medizingeschichte muss bei einer Wertediskussion über ärztliches Handeln immer wieder hingewiesen werden!

Dabei muss aber auch betont werden, dass der überwiegende Teil der deutschen Ärzteschaft sich von den Grundwerten des Hippokratischen Eids (heute Arztgelöbnis) leiten ließ und trotz Restriktionen (z.B. bei der Behandlung von Juden) dem ärztlichen Ethos folgte.

Werteentscheidungen im Gesundheitswesen der DDR:

Es ist geradezu demagogisch, wenn Politiker unter dem Begriff »Diktatur« angesichts der oben geschilderten Verbrechen das NS-Regime mit der ehemaligen DDR gleichsetzen.

Wenn auch der »Wert der Freiheit« in der DDR nicht gelebt werden konnte, so hatte der »Wert der Gleichheit« eine hohe Rangstellung inne.

Bis auf einige wenige Ausnahmen von priveligierten Personengruppen aus Partei- und Staatsführung galt im Gesundheitswesen das Gleichheitsprinzip.

Es gab bei den medizinischen Leistungen keine Abhängigkeit vom Geldbeutel, keine »IGEL-Leistungen« für finanziell Bessergestellte, keine Unterschiede zwischen Privat- und Kassenversicherten. Alle notwendigen medizinischen Leistungen waren *kostenlos*.

Es existierte ein hervorragend ausgebautes patientenfreundliches *Poliklinik - System*, das ja nach der Wende abgeschafft, aber in Form der »Ärztehäuser« zumindest teilweise wieder ausgebaut wurde bzw heute als »medizinische Versorgungszentren« wieder neu erfunden wird.

Der vorbeugende Gesundheitsschutz mit entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hatte einen hohen Stellenwert.

Es gab ein durchorganisiertes *Impfwesen*, das nur geringfügige Impflücken aufwies und dadurch einen kollektiven Impfschutz für entsprechende Infektionskrankheiten gewährleistete.

Ein *zentralisiertes Meldesystem* garantierte einen guten Infektionsschutz bei übertragbaren Krankheiten und ermöglichte u.a. auch den Ausbau eines lückenlosesn Krebsregisters.

Wenn auch die *Qualität* in den Krankenhäusern, Polikliniken und Arztpraxen hinsichtlich baulicher Ausführungen, Apparatetechnik und Medikamentenangebot nicht dem Standard der BRD entsprach, wurden die notwendigen medizinischen Behandlungen *allen* Patienten *kostenlos* zuteil.

Werteentscheidungen in der Gegenwart

Die Werteentscheidungen im gegenwärtigen Gesundheitswesen spielen sich vor allem im Spannungsfeld zwischen dem hohen Werteanspruch einer guten medizinischen Betreuung einerseits und den dafür anfallenden Kosten andererseits ab.

Diese Kosten – Nutzen - Schere, die schon heute zur Rationierung erstatteter medizinischer Leistungen bzw. zur immer stärkeren Mitfinanzierung durch den Patienten führt, wird sich in Zukunft noch weiter öffnen.

Es sind vor allem 3 Gründe, die zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen führen:

1. *der demographische Wandel:*
   Durch die Verlängerung der Lebenserwartung einerseits und den Geburtenrückgang andererseits verändert sich die Alterspyramide (siehe Abb.2). Damit greift unser bisher vorbildliches umlagebedingtes Renten- und Sozialversicherungssystem nicht mehr vollständig, weil immer weniger junge Beitragszahler für immer mehr ältere Leistungsempfänger aufkommen müssen.

Abb. 2 : Gestaltswandel der Alterspyramide in Deutschland
(rot = Leistungsempfänger, grün = Leistungserbringer)

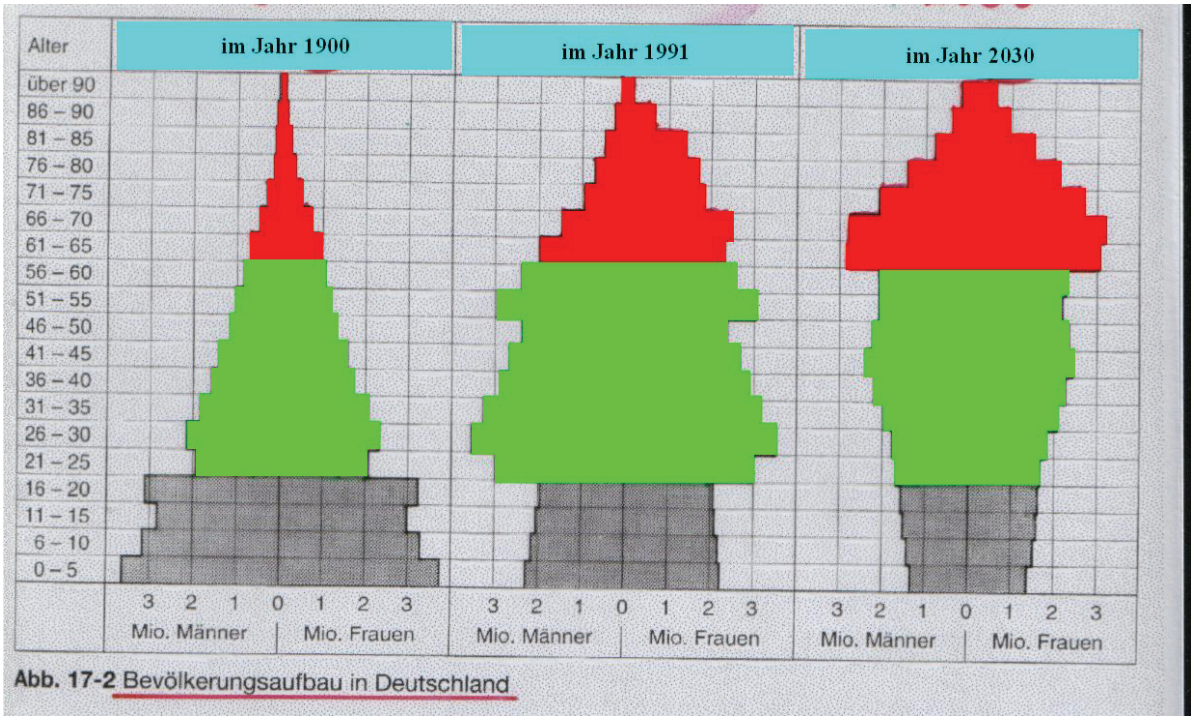
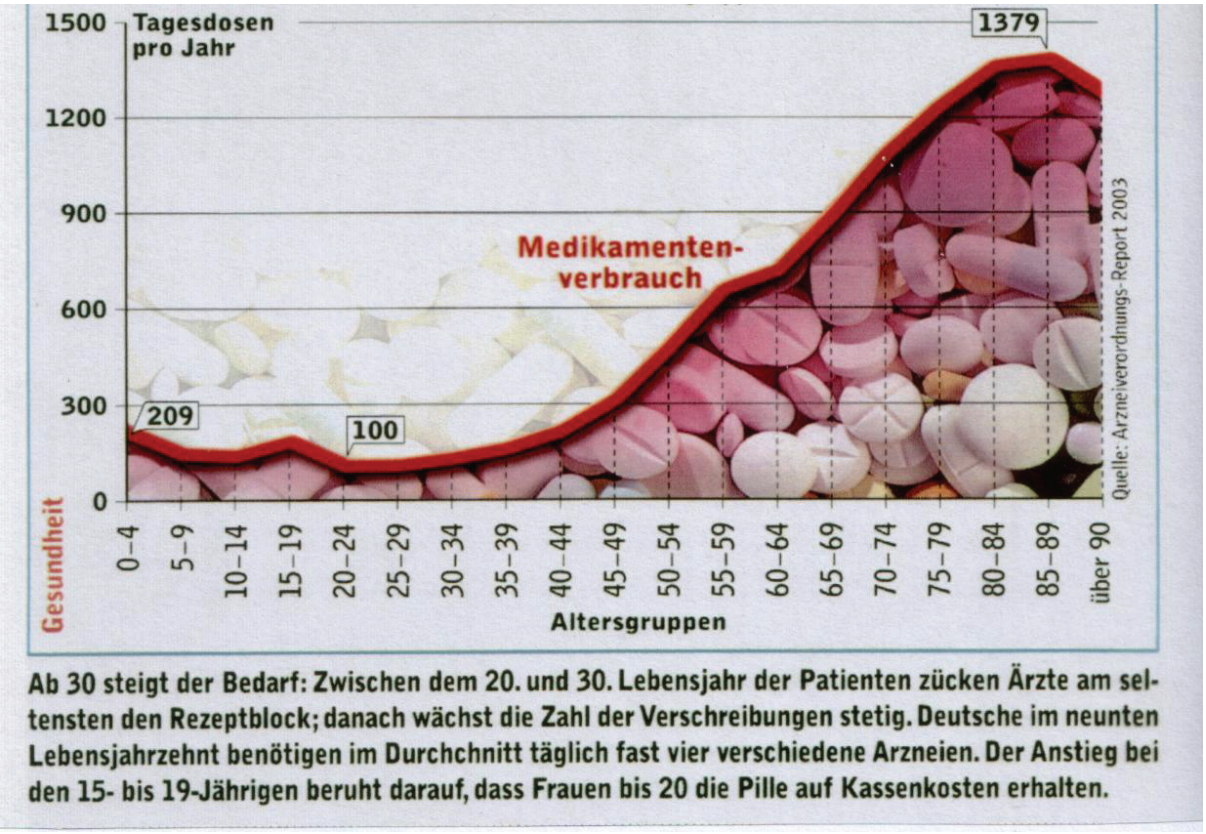


Abb. 17-2 Bevölkerungsaufbau in Deutschland

2. *der zunehmende Arzneimittelbedarf* für chronisch Kranke
   Aufgrund der höheren Lebenserwartung sind immer mehr Menschen von chronischen, also teuren Krankheiten betroffen, die oft eine lebenslange Therapie bzw. Pflege erfordern (z.B. Alters-Diabetes, Herzinsuffiziens, Alzheimer).
   Der Arzneibedarf *verzehnfacht* sich im Alter. (siehe Abb.3)
   Nach prognostischen Einschätzungen wird im Jahr 2030 der Anteil an den Gesamt-Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die über 60-Jährigen 66% betragen.

3. *der medizinische Fortschritt*
   Die Produktion teurer, oft gentechnisch hergestellter Arzneimittel und der Einsatz modernster Apparatetechnik für Diagnostik und Therapie, die nach den ethischen Werten der Medizin eigentlich allen zugute kommen sollten, ist ein weiterer unabsehbarer Kostenfaktor.

Abb. 3: Medikamentenverbrauch je Mitglied der gesetzlichen Krankenkassen Jahr 2002 (nach Altersgruppen)



Wie wird nun unser gegenwärtiges Gesundheitswesen diesen veränderten Bedingungen gerecht, welche Werte stehen bei der Entscheidungsfindung im Vordergrund?

Seit über 20 Jahren wird nun schon eine Dauerveranstaltung inszeniert, mit Namen *Gesundheitsreform*, doch eine grundlegende Veränderung trat nicht ein.

Unter der Überschrift »Mehr Fluch als Segen« äußert sich *Samir Rabatta*, gesundheits- und sozialpolitischer Redakteur in Berlin im Deutschen Ärzteblatt Nr. 39 vom 29. September 2006 zur Gesundheitsreform wie folgt: »Die Interessen von Patienten und Leistungserbringern drohen im parteipolitischen Räderwerk von CDU/CSU und SPD zerrieben zu werden. Dabei ist angesichts der massiven Probleme kein Platz für politische Sandkastenspiele. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steuert auf ein Milliardendefizit zu. Auf die Versicherten kommen saftig erhöhte Beitragssätze zu. Nicht selten laden sie schon jetzt ihren Frust bei ihren Ärzten ab, die ihrerseits das GKV - System mit unbezahlten Überstunden in Größenordnungen von mehreren Milli-

arden Euro unterstützen. Sie sind an den Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit angekommen.«
Die Rahmenbedingungen für eine *wertintensive* ärztliche Tätigkeit und eine adäquate Patientenversorgung haben sich in den letzten Jahren zunehmend verschlechtert.

Der hohe Wert einer optimalen medizinischen Betreuung bei einem vertrauensvollen Arzt- Patienten- Verhältnis gerät immer mehr unter das Primat der Ökonomie.

Reglementierungen, Rationierungen, sowie Unterfinanzierung gekoppelt mit einer anwachsenden Bürokratie und einer Diffamierung der Ärzteschaft führen zur Unzufriedenheit bei den Ärzten und zu Streikhandlungen, die eigentlich nicht dem ärztlichen Werteethos entsprechen.

Der Arztberuf verliert an Ansehen und Attraktivität. Ärzte wandern ab in nicht kurative Bereiche (Industrie, Institute) oder gehen ins Ausland. Es droht eine zukünftige Unterversorgung mit Ärzten, schon jetzt haben wir in einigen ländlichen Gegenden einen akuten Mangel an Allgemeinmedizinern.

Doch auch die Patienten merken den Werteverlust durch ökonomische Zwänge.
Aus Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren, lassen sich viele Patienten nicht krankschreiben und verschleppen dadurch ihre Krankheit. So sank der Krankenstand weiter, von 4,5 % im Jahr 2004 auf 4,0 % im Jahr 2005.

Es darf auch nicht sein, dass mittellose Patienten in den letzten Tagen des ablaufenden Quartals nicht zum Arzt gehen und bis zum neuen Quartal warten, um die 10 Euro Praxisgebühr zu sparen.
Hier wird der hohe Wert Gesundheit aus ökonomischen Zwängen aufgegeben.

Diese vordergründige Ökonomisierung der Medizin könnte eine Abwärtsspirale in Gang setzen, an deren Ende eine kommerzialisierte und seelenlose Dienstleistungsmedizin mit Kunden statt Patienten steht.

Das würde zu einem echten *Werteverfall* im Gesundheitswesen führen. Deshalb ist auch in Hinblick auf die anstehende Gesundheitsreform eine von Sachkenntnis getragene Wertediskussion so wichtig.

Werteentscheidungen in der Zukunft

Diese Werteentscheidungen ergeben sich vor allem aus dem wissenschaftlichen Erkenntniszuwachs und aus der Entwicklung modernster naturwissenschaftlicher und medizinisch-technischer Verfahren.

In der Medizin wird neben der Nano-, der Roboter- und der Neurotechnologie vor allem die *Gentechnologie* die entscheidende Rolle spielen.

Sie hat schon heute ihren festen Platz bei der Arzneimittelherstellung, in der Diagnostik und in Anfängen auch in der Therapie und wird in Zukunft Hauptträger des medizinischen Fortschritts sein.

Die Entschlüsselung des menschlichen Erbgutes (Genom) erlaubt es, Einsicht in den genetischen Bauplan der menschlichen Zelle zu nehmen und die von den Genen produzierten Eiweiße zu erforschen.Dadurch ist es erstmals möglich, Krankheiten, die durch falsch programmierte bzw. fehlende Gene ausgelöst werden, nicht mehr nur symptomatisch, sondern ursächlich zu behandeln.

Da die Gentechnik aber auch in der Lage ist, die Gene so zu verändern, dass der in Jahrmillionen evolutionär entstandenen Bauplan des Menschen verändert werden kann, und zwar nicht nur für eine Generation sondern durch Eingriff in die Keimbahn auch vererbbar für die nachfolgenden Generationen, wirft das natürlich ethische Probleme auf. Die *wissenschaftliche Werte* der Genetik geraten in Konflikt mit den *ethischen Werten*.

Die Frage ist weniger »Können wir schon alles, was wir dürfen?« sondern vielmehr »Dürfen wir alles, was wir schon können?«

Hier liegt das eigentliche Problem. Die Wissenschaft scheint uns über den Kopf zu wachsen, sie scheint sich gegen unsere traditionellen Wertvorstellungen zu richten.

Daraus ergeben sich

- neue Wertefragen
- legitime Bedenken und
- Interessenkonflikte

Hier bietet sich die *Bioethik* an. Mit ihren Fachgremien (z.B. Enquete-Kommission, Nationaler Ethikrat) versucht sie, diese neuen Wertefragen, Bedenken und Interessenkonflikte mit den am jeweiligen Problem Beteiligten, im Idealfall auch mit Vertretern der Öffentlichkeit, verantwortungsvoll zu erörtern.

Doch auch diese Bioethikgremien können nur *Entscheidungshilfen* und keine feststehenden Richtlinien geben, da es zur Zeit noch keine objektiven, allgemeingültigen, d.h. für alle Interessengruppen geltenden ethischen Leitlinien und damit auch kein *Werte - Ranking* gibt.

Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich die Risiken moderner Technologien überbewertet, die Chancen dagegen unterbewertet, sollten öffentlich geäußerte und

ernsthaft diskutierte Bedenken angesichts neuer Entwicklungen unbedingt berücksichtigt werden.Das betrifft auch solche Probleme wie

- Geburtenregelung, Abtreibung, Präimplantationsdiagnostik,
- Patientenverfügung, aktive und passive Sterbehilfe, Organtransplantation,
- Stammzellenforschung, therapeutisches und reproduktives Klonen, Eingriff in die Keimbahn, Schaffung von künstlicher Intelligenz.

Allerdings sollte man bei diesen Wertediskussionen nicht nur die Argumente bestimmter, meist kirchlicher Interessenverteter berücksichtigen, sondern mit fundiertem Fachwissen sachkundig entscheiden.

Die Notwendigkeit einer neuen Gesundheitsreform

Bei der Gestaltung der neuen Gesundheitsreform ist zu entscheiden, welche Werte beibehalten, welche Werte stärker ausgebaut und welche Werte neu hinzugefügt werden sollten. Dabei sind besonders

- der *demographische Wandel* mit der enormen Zunahme der älteren Bevölkerung und
- die *Kostenexplosion* im Gesundheitswesen

zu berücksichtigen.

Im folgenden werden die Schwerpunkte aufgeführt, die nach Ansicht des Verfassers in der zukünftigen Gesundheitsreform einen hohen Stellenwert haben sollten, wenn man wirklich von einer echten Reform und nicht nur von kleinen Veränderungen ausgeht. Das aber erfordert ein grundsätzlich neues, auf Nachhaltigkeit orientiertes Umdenken, also den längst fälligen *Paradigmenwechsel* in der Gestaltung eines modernen Gesundheitswesens.

- Der vorbeugende Gesundheitsschutz , d.h. die Prävention muss in einem zukünftigen Gesundheitswesen eine wesentlich größere Rolle spielen unter dem Motto
  weg von einem *Krankheitsreparatursystem hin* zu einem *Gesundheitserhaltungssystem*!
  »Die Medizin muss viel stärker auf Vorbeugung setzen, das könnte ein maßgeblicher Beitrag zur Kostendämpfung sein « (*R. Rosenbrock*).

Dass die Menschen in den Industriestaaten heute gesünder sind und länger leben (Verdopplung der Lebenserwartung im vergangenen Jahrhundert), verdanken wir zu 2/3 der Prävention und nur zu 1/3 der besseren Therapie.
Im bisherigen Gesundheitswesen werden die Möglichkeiten der Prävention nur in einem beklagenswert geringem Ausmaß genutzt, ihr Anteil an den Gesamtausgaben beträgt weniger als *4%*!
Besonders das Prinzip der *kostenlosen Vorbeugeuntersuchungen* sollte wesentlich stärker ausgebaut werden, da durch rechtzeitiges Erkennen von Krankheiten und deren Risikofaktoren (z.B. Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauferkrankungen, Osteoporose, Demenz) eine echte Chance besteht, durch adäquates Verhalten (gesunde Lebensführung) bzw. durch eine rechtzeitige medikamentöse Therapie diese Krankheiten entweder ganz zu verhindern oder ihren Ausbruch zu verzögern.
Das bedeutet nicht nur eine enorme Kostenerparnis, sondern vor allem Gewinn an Lebensqualität für die Betroffenen.
Leider denken die Politiker bei ihren Werteentscheidungen hinsichtlich des Haushaltsplanes nur im 4-Jahres-Wahltakt und nicht im Sinne von Nachhaltigkeit. Die Auswirkungen der Prävention (enorme Kostendämpfung) zahlen sich ähnlich wie die der Bildung erst nach Jahren bzw. Jahrzehnten aus.
So würde z.B. eine konsequente Politik gegen das Rauchen jährlich ca. 15 Millionen Euro kosten, das ist nur ein ganz geringer Bruchteil der durch Rauchen verursachten Krankheitskosten.
Man scheut die relativ geringen Kosten einer rechtzeitigen Prävention zur Verhinderung von Krankheiten, da sie im Moment die Haushaltskassen einseitig belasetn, zahlt aber Jahre später, wenn die Krankheiten ausbrechen, ein Vielfaches an Krankheits- und Pflegekosten.

- Die Gesundheitserziehung als wesentlicher Bestandteil des vorbeugenden Gesundheitsschutzes muss eine wesentlich höhere Wertschätzung erfahren. Dabei ist in enger Zusammenarbeit mit dem Bildungsministerium den »Public healths«- Wissenschaften, auch in der Ausbildung der Mediziner, mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Gesundheitserziehung sollte immanenter Bestandteil der Gesamterziehung in Familie, Kindergarten und Schule sein und auch in Deutschland, wie in einigen Ländern schon üblich, zu einem eigenen Schulfach ausgebaut werden und nicht wie bisher als »kleines Anhängsel« des Biologieunterrichts ein kümmerliches Dasein fristen. Es ist geradezu erschreckend, wie wenig Kinder und Jugendliche über die Gesund-

heitsrisiken Bescheid wissen, denen sie sich täglich leichtsinnig aussetzen (Lärmbelastung in Diskos, falsche Ernährung, Bewegungsmangel, Drogen- und Alkoholmissbrauch, mangelnde Sexualaufklärung) und die dann schon in einem relativ jungen Alter zu einem erhöhten Krankheitsrisiko bzw. Krankheiten führen.

- Die Eigenverantwortung des Bürgers für seine Gesundheit muss einen viel höheren Stellenwert bekommen und zum festen Bestandteil der Lebensführung werden.
  Das bedeutet aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung nicht nur Verantwortung des Einzelnen der Gesellschaft gegenüber sondern liegt im ureigendsten Interesse jedes Bürgers, damit die gewonnenen Lebensjahre nicht zu Krankheits- und Pflegejahren werden.
  Eine solche Eigenverantwortung zeigt sich unter anderem in

  - gesunder Lebensführung
  - gesunder Ernährung
  - Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen
  - Wahrnehnung der Impfprophylaxe (Grippe, Pneumokokken)
  - Ständige Wissensaneignung über gesundheitliche Zusammenhänge
  - kontinuierliche Zusammenarbeit mit dem Hausarzt

  Diese Eigenverantwortung für die Gesundheit darf sich nicht erst im Alter herausbilden, sondern muss kontinuierlich von Kindheit an anerzogen werden.

- Die Ganzheitsmedizin sollte das erstrebenswerte Ziel der medizinischen Behandlung werden, wobei sich Schulmedizin und Alternativmedizin, auch unter bewusster Ausnutzung des wissenschaftlich nachgewiesenen, die Selbstheilungskräfte stimulierenden Placeboeffektes, sinnvoll ergänzen.
  Dabei muss dem Arzt wesentlich mehr Zeit für das persönliche vertrauenserwekkende Gespräch mit seinem Patienten gegeben und entsprechend vergütet werden. Nur so wird die für einen Therapieerfolg nötige Compliance erreicht.
  Wissenschaftliche Studien haben bewiesen, dass alternative Heilverfahren, die meist weniger Risiken und Nebenwirkungen zeigen und deshalb von den Patienten gerne angenommen werden, echte Heilungserfolge zeigen. Daneben haben sie auch einen deutlichen Kostensenkungs-Effekt. Deshalb sollten alternative Heilverfahren, deren Wirkung wissenschaftlich bewiesen ist, mehr als bisher in den kassenärztlichen Leistungskatalog aufgenommen werden.

- Die Geriatrie müsste unter Berücksichtigung des wachsenden Anteils der ältern Bevölkerung wesentlich stärker ausgebaut werden. Sowohl im Medizinstudium als auch in der Facharztweiterbildung sollte die Geriatrie einen eigenständigen Fachbereich bilden; das heißt ein Pflichtfach Geriatrie in der Ausbildung und einen eigenständigen Facharzt für Geriatrie in der Weiterbildung. Nur so kann gewährleistet werden, dass der weitaus größte Anteil unserer zukünftigen Pateinten, und das sind dir Älteren, auch wirklich fach- und sachgerecht behandelt wird.

- Die Schmerztherapie muss unter Berücksichtigung der mit der steigenden Lebenserwartung zunehmenden chronischen Krankheiten einen wesentlich höheren Stellenwert bekommen. In Deutschland sind chronische Schmerzpatienten Stiefkinder des Gesundheitswesens. *Schmerztherapie* ist kein Pflichtbestandteil der medizinischen Ausbildung und in den Leistungskatalogen der gesetzlichen Krankenkassen kommen schmerztherapeutische Behandlungen nur in sehr geringem Ausmaß vor. *Schmerzfreiheit* ist ein hoher gesundheitlicher Wert und es darf nicht sein, dass sich jedes Jahr fast *3000* Deutsche umbringen, nur weil sie ihre Schmerzen nicht mehr ertragen können.
  Dazu gehört auch eine stärkere Versorgung mit Opiaten, die in Deutschland unter das Betäubungsmittelgesetz fallen und deshalb im Vergleich zu anderen Ländern sehr zögerlich verordnet werden.

- Die Finanzierung der entspechenden gesundheitlichen Leistungen, egal ob der einheitliche Gesundheitsfond durch Bürgerversicherung, Kopfpauschale oder zusätzliche Steuereinnahmen gedeckt wird, muss gewährleisten :

  - dass eine entsprechende Grundversorgung unabhängig vom Geldbeutel *jedem* Bürger zur Verfügung steht,
  - dass der medizinische Fortschritt *allen* zugute kommt,
  - dass Krankheit nicht zur *Armut* führen darf (so sind z.B. in den USA 42 Millionen Bürger ohne Versicherungsschutz) und
  - dass *Alter* kein Leistungsausschluss sein darf.

Nur unter Beachtung dieser angeführten Schwerpunkte kann die Gesundheit, unser höchstes Gut, seinen hohen Stellenwert behalten.

So unterschiedlich die einzelnen Positionen auch sein mögen, *Werteentscheidungen* in der Medizin sollten immer so getroffen werden, dass die sich vor allem aus den modernen medizinischen Maßnahmen ergebenden Konsequenzen

- sowohl für den Anwender (Arzt) als auch für den von den Maßnahmen Betroffenen (Patient) gleichermaßen vertretbar sind und
- dass diese Konsequenzen immer mit den im Grundgesetz verankerten Werten einhergehen.