

Weshalb hat die Medizin Probleme?

Normative Faktoren, Ziele, Zielkonflikte¹

J. Fischer

Erste Vorbemerkung

Wenn man von «Problemen» spricht, dann ist dabei immer etwas – in einem weiten Sinne – «Normatives» unterstellt, *im Hinblick worauf oder gemessen an dem* etwas problematisch ist. So stellt die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ein Problem dar gemessen an dem Ziel einer gerechten und ausreichenden medizinischen Versorgung für alle. Von der Klärung der normativen Kriterien hängt entscheidend ab, was als Problem anzusehen ist und was nicht. Ich verstehe im folgenden meine Aufgabe dahingehend, erstens normative Kriterien zu benennen, von denen her bestimmte Entwicklungen in der Medizin als «Probleme» zu identifizieren sind, und zweitens unter Anlegung dieser Kriterien einige zentrale Probleme anzusprechen.

Zweite Vorbemerkung

Ich spreche im folgenden von der *Medizin*, nicht vom *Gesundheitswesen*. Das Gesundheitswesen lässt sich definieren als die «Gesamtheit der Einrichtungen und Massnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. zur -verhütung, Diagnostik und Behandlung von Gesundheitsstörungen, Krankheit und Unfall sowie zur nachfolgenden Rehabilitation»². Der Akzent liegt bei dieser Definition auf dem institutionellen Charakter. In Anbetracht der komplexen Vielfalt von Einrichtungen und Massnahmen hat das Gesundheitswesen seine Einheit durch die aufgeführten Funktionen und Ziele. Die Medizin hat demgegenüber ihren Bezugspunkt im ärztlichen Handeln.³ Sie gewinnt ihre Einheit in der Vielfalt ihrer Disziplinen von den Zielen her, auf die das ärztliche Handeln gerichtet ist. Natürlich gibt es zwischen Gesundheitswesen und Medizin enge Verflechtungen, und es ist nicht immer leicht zu unterscheiden, ob und inwieweit es sich bei auftretenden Problemen um solche des Gesundheitswesens oder um solche der Medizin handelt. Man denke an die Problemverschränkung bei der sogenannten Kostenexplosion im Gesundheitswesen und der Frage

der Finanzierbarkeit medizinischer Leistungen. Ich werde mich dennoch im folgenden bemühen, mich auf die Medizin zu beschränken.

1. These: Es kennzeichnet die gegenwärtige Situation der Medizin, dass die normativen Kriterien, die für die Beurteilung von Entwicklungen innerhalb der Medizin vorausgesetzt werden müssen, nicht einfach hingegeben sind, sondern zur Disposition stehen und in einem fortwährenden Verständigungsprozess stets aufs neue definiert werden müssen. Wenn man diesbezüglich von einer «Orientierungskrise» der Medizin spricht, dann wird diese in Zukunft permanent sein. Die Medizin hat nicht selbst die Bestimmungsmacht hinsichtlich dieser Kriterien.

Ich folge mit dieser These Überlegungen des Hastings-Reports⁴. Dieser sucht die normativen Kriterien in den Zielen auf, denen die Medizin dient und dienen sollte. Diese Vorgehensweise entspricht sowohl dem Verständnis der Medizin als einer praktischen Wissenschaft, als welche sie ihre Einheit von dem Ziel/den Zielen her gewinnt, dem/denen sie dient, als auch dem Verständnis der Medizin als einer am Ziel des Wohls des Patienten orientierten «Kunst». Eine wesentliche Frage ist dabei, ob man von Zielen ausgehen kann, die der Medizin als solcher kulturinvariant *inhärent* sind,⁵ oder ob der Medizin ihre Ziele *von aussen* vorgegeben sind durch die jeweilige Kultur und Gesellschaft, in der sie ausgeübt wird. Der Hastings-Report versucht eine mittlere Position einzunehmen. Einerseits wird betont, dass «a medicine that has no inner direction or core values will be too easily victimized and misused by society»⁶. Andererseits wird festgestellt, dass diese innere Ausrichtung der Medizin in verschiedenen Gesellschaften und Kulturen unterschiedlich interpretiert werden kann und dass deshalb die Ziele der Medizin nur in einem «open and ongoing dialogue between medicine and society» aufgefunden werden können.

Das bedeutet, dass die Medizin nicht selbst die Bestimmungsmacht hat hinsichtlich dieser Ziele. Die Notwendigkeit, sich fortwährend neu über die Ziele der Medizin zu verständigen, ergibt sich aus der schwer zu steuernden, durch das Zusammenspiel von

Korrespondenz:
 Prof. Dr. theol. Johannes Fischer
 Institut für Sozialethik
 Zollikerstrasse 117
 CH-8008 Zürich

- 1 Referat anlässlich der 1. Klausurtagung «Neu-Orientierung der Medizin», 25./26. August 2000, Biel.
- 2 Gutzwiller F, Jeanneret O (Hrsg.). Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. Bern: Huber; 1996. S. 235. Es muss in dem Zitat wohl heissen: «... Massnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. zur Krankheitsverhütung ...».
- 3 Vgl. etwa Rager G. Medizin, wissenschaftstheoretisch. In: Lexikon der Bioethik, Bd. 2; 1998. S. 642-6.
- 4 Hastings Center Report. The Goals of Medicine. Setting New Priorities. Briarcliff Manor, NY: Hastings Center; 1996.
- 5 Dies entspricht einem teleologischen Verständnis des Handelns, wie man es bei Aristoteles trifft. Ein vergleichbares Beispiel ist das Sattlerhandwerk, dem das Ziel des fertigen Sattels inhärent ist, oder das Angeln, dem das Ziel des Fischfangs inhärent ist.
- 6 AaO. S. 7.

wissenschaftlicher Forschung und ökonomischen Impulsen ausgelösten Dynamik, der die Medizin ausgesetzt ist und bei der der wissenschaftliche Fortschritt ständig neue Möglichkeiten medizinischen Handelns eröffnet und damit neue mögliche Ziele hervorbringt. Der Hastings-Report versucht angesichts dieser Situation einen Kernbestand von Zielen zu definieren, an denen die Medizin in globalem Massstab, d. h. über alle kulturellen und nationalen Unterschiede hinweg, orientiert bleiben sollte. Dies macht einerseits seine Stärke aus, darin liegen andererseits aber auch seine Grenzen (s. u.).

2. These: Auf einer sehr allgemeinen Ebene lässt sich im Anschluss an den Hastings-Report folgender Kernbestand von Zielen der Medizin bestimmen: «The prevention of disease and injury and the promotion and maintenance of health; the relief of pain and suffering caused by maladies; the care and cure of those with a malady, and the care of those who cannot be cured; the avoidance of premature death and the pursuit of a peaceful death».⁷

Der Verständigungsprozess, der im internationalen Massstab dem Hastings-Report vorausgegangen ist, beweist, dass diese Ziele in hohem Masse konsensfähig sind. Dafür sind sie, wie gesagt, sehr allgemein gehalten. Sie gewinnen ihre spezifischen Konturen erst durch das, was sie problematisieren. Ich nenne einige wichtige Punkte, die im Hastings-Report angesprochen werden:

- das Ungleichgewicht zwischen Krankheitsbekämpfung einerseits und Gesundheitsförderung und Prävention andererseits;⁸
- Defizite bei der Bekämpfung von Schmerz und bei der Linderung des seelischen Leidens, das durch eine Krankheit verursacht wird;⁹
- die Geringerbewertung seelischer Krankheit gegenüber körperlicher Krankheit;
- die Vernachlässigung der fürsorgenden und begleitenden Aufgabe der Medizin («care»), der besonders in einer alternden Gesellschaft mit chronischen Erkrankungen Bedeutung zukommt;
- die kostspielige Tendenz zur Lebensverlängerung um jeden Preis mit den Mitteln der modernen Medizin.

Aus dieser Diagnose ergeben sich Zielsetzungen für eine Neuorientierung der Medizin, von denen hier genannt seien:

- die stärkere Orientierung der medizinischen Forschung an einem biopsychosozialen Modell anstelle der einseitigen Orientierung am biomedizinischen Modell;
- deutlich verstärkte Investitionen in die epidemiologische Forschung;

⁷ AaO. S. 9ff.

⁸ AaO. S. 10.

⁹ AaO. S. 11f.

- eine bessere Koordination zwischen Medizin und öffentlichem Gesundheitswesen und klarere Prioritätensetzung in letzterem;
- die verbesserte Integration von medizinischen und sozialen Wohlfahrtsdiensten;
- eine medizinische Ausbildung, die nicht einseitig am «Diagnose-Therapie-Modell» orientiert ist, das zu einer Verzerrung der Arzt-Patienten-Beziehung führt, sondern die Aufgabe der fürsorgenden Begleitung und der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention einbezieht.

Die Festlegung von Zielen der Medizin ermöglicht es, bestimmte Verwendungsweisen medizinischen Wissens aus dem eigentlichen Aufgabenbereich der Medizin auszuschliessen. Der Hastings-Report unterscheidet diesbezüglich zwischen akzeptablem nicht-medizinischen Gebrauch von medizinischem Wissen – Familienplanung, der Gebrauch medizinischen Wissens im Kontext von Rechtsprechung und Kriminologie –, dem unter gewissen Umständen akzeptablen Gebrauch medizinischer Möglichkeiten – die nicht von vorneherein als unzulässig auszuschliessende Behebung genetischer Defekte und «Verbesserung» menschlicher Eigenschaften – und dem inakzeptablen Gebrauch medizinischen Wissens und medizinischer Möglichkeiten – z. B. erzwungene genetische Reihenuntersuchungen oder Abtreibungen.

3. These: Viele der diagnostizierten Probleme der heutigen Medizin lassen sich zurückführen auf ein Spannungsverhältnis und Ungleichgewicht zwischen ihrer Ausrichtung auf wissenschaftlich-technische Effizienz und der Orientierung am individuellen Patienten. Es handelt sich dabei nicht um einen echten Gegensatz oder Zielkonflikt. Vielmehr stellt es dieses Spannungsverhältnis vor die Aufgabe, über eine Aufwertung und bewusste Gestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses die Anwendung medizinischen Wissens und Könnens so auszurichten, dass das Wohl des individuellen Patienten im Zentrum bleibt.

Erhellend ist im Hinblick auf die angesprochene Problematik die alte Unterscheidung zwischen der Medizin als Wissenschaft und der Medizin als Kunst (*ars*). Der Name «Medizin» steht für beides. Und es ist für das (Selbst-)Verständnis der modernen Medizin von entscheidender Bedeutung, dass sie beides ist. Als Wissenschaft unterscheidet sie sich z. B. von bestimmten alternativen Heilmethoden. Als Kunst unterscheidet sie sich von einer blossen Technologie oder Technik. Das Grundproblem der Medizin besteht darin, beide Aspekte zusammenzuhalten und in das rechte Verhältnis zu setzen.

Als Wissenschaft ist die Medizin der Prototyp einer *praktischen* Wissenschaft, die ihre Einheit in der Vielfalt ihrer Disziplinen von den Zielen her gewinnt, auf die sie gerichtet ist. Diese Ziele sind die Erkennung, Bekämpfung und Heilung, Linderung sowie Verhütung von körperlicher und psychischer Krank-

heit. Forschungen sind medizinische, wenn und insoweit sie auf diese Ziele gerichtet sind. Abgesehen von diesen Zielen fallen sie unter die jeweiligen theoretischen Wissenschaften (Chemie, Mikrobiologie usw.). Die Medizin als Wissenschaft steht in einer *instrumentellen* Beziehung zu diesen Zielen. Sie stellt Mittel bereit – diagnostische, therapeutische, präventive – zu deren Erreichung. Dieser instrumentelle Charakter wird durch die naturwissenschaftliche Ausrichtung der modernen Medizin verstärkt. Die Medizin als Wissenschaft folgt einer instrumentellen Rationalität¹⁰, die sich auf die wissenschaftliche Repräsentation von Krankheit¹¹ und auf die Bereitstellung effizienter Mittel für deren Bekämpfung bezieht. Diese ist zu unterscheiden von einer evaluativen Rationalität¹², die die Vernünftigkeit der angestrebten bzw. anzustrebenden Ziele reflektiert.

Wird Medizin als Kunst aufgefasst, dann sind dabei das ärztliche Handeln und die Interaktion zwischen Arzt und Patient im Blick. Ist der Gegenstand der medizinischen Wissenschaft der Körper und die Psyche, so ist der Bezugspunkt der medizinischen Kunst die *Person* des Patienten, die sich von ihrem Leib und ihrer Psyche unterscheidet und gleichwohl mit diesen eine Einheit bildet¹³. Ist aus der Perspektive der medizinischen Wissenschaft der Patient ein «Fall» einer bestimmten Krankheit, so ist er für die medizinische Kunst ein unverwechselbares Individuum. Ist das Ziel der medizinischen Wissenschaft die Bekämpfung von *Krankheit*, so ist das Ziel der medizinischen Kunst das *Wohl* des Patienten als Person. Als diagnostisches und therapeutisches Bemühen des Arztes hat die medizinische Kunst einerseits ebenfalls instrumentellen Charakter im Hinblick auf dieses Ziel. In dieser Beziehung stützt sie sich auf die Erkenntnisse und Techniken, die die medizinische Wissenschaft bereitstellt. Andererseits aber gibt es auch Ziele, für die das ärztliche Handeln nicht Mittel ist, sondern die *im Vollzug* ärztlichen Handelns (z.B.

«care») und *in der Kommunikation* zwischen Arzt und Patient (z.B. Verantwortungspartnerschaft s. u.) realisiert werden.¹⁴ Mit einer auf Aristoteles zurückgehenden Unterscheidung kann man hier vom ärztlichen Handeln einerseits als *Poiesis* sprechen, die ihr Ziel ausserhalb ihrer selbst hat und zu diesem in einer Zweck-Mittel-Relation steht, und andererseits als *Praxis*, die ihr Ziel in ihrem Vollzug realisiert. Mit diesem zweiten Aspekt hängt das traditionelle Tugendethos der Medizin zusammen. Für den Erfolg des ärztlichen Handelns bedarf es nicht nur medizinischer Fertigkeiten und Kenntnisse, sondern auch einer bestimmten Haltung, mit der der Arzt dem Patienten begegnet und über die er die Einstellung und Haltung des Patienten zu seiner Gesundheit und Krankheit mitbeeinflusst.

Für den Erfolg der medizinischen Wissenschaft ist die adäquate (natur-)wissenschaftliche Repräsentation der Krankheit, die zu bekämpfen ihr Ziel ist, sowie der dazu geeigneten Mittel entscheidend. Für den Erfolg der medizinischen Kunst ist demgegenüber entscheidend, dass in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient herausgefunden wird, worin jeweils das Wohl des Patienten – als das hier anzustrebende Ziel – besteht und was diesem Wohl dient. Das lässt sich nicht rein wissenschaftlich definieren, vielmehr gehen hier individuelle Wertgesichtspunkte seitens des Patienten ein. Und es lässt sich unter den Bedingungen des modernen Individualismus und Pluralismus auch nicht in einer für alle gleichermassen gültigen Weise standardisieren. Dem Arzt fällt hier die Aufgabe zu, dem Patienten dabei zu helfen, von seinem Selbstverständnis und seinen Werthaltungen her ein Verhältnis zu seinem defizienten Leib oder seiner defizienten Psyche und den ihm verbleibenden Lebensperspektiven zu finden als Voraussetzung für eine in eigener Einsicht gründende Entscheidung darüber, welchen medizinischen Eingriffen er (noch) zustimmen will und welchen er nicht (mehr) zustimmen will. Während der medizinischen Wissenschaft – abgesehen von äusseren Grenzen der Finanzierbarkeit – im Prinzip keine Grenzen des Erforschbaren und Machbaren gesetzt sind, wird bei der ärztlichen Kunst die *Poiesis* ärztlichen Handelns gesteuert und begrenzt durch die *Praxis* der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und durch die für diese leitenden Wertgesichtspunkte – im idealen Fall.

Die gegebene Charakterisierung macht deutlich, dass und warum es zwischen der Medizin als Wissenschaft und der Medizin als Kunst zu Spannungen kommen kann. Ein Grossteil des Unbehagens gegenüber der heutigen Medizin richtet sich denn auch gegen die einseitige Betonung wissenschaftlich-technischer Effizienz und gegen die Vernachlässigung jener Aufgaben, die der Medizin als Kunst obliegen.

Exemplarisch hierfür sind folgende Feststellungen, mit denen Pawelzik die «Orientierungskrise der Medizin» umreisst:

– «Die moderne Medizin operiert krankheits- (oder organ-), nicht patientenzentriert. Sie behandelt nicht den ganzen Menschen, sondern dessen Organe.

10 Vgl. zur Kritik einer einseitig an dieser Rationalität orientierten Medizin: Pawelzik M. Krankheit, das gute Leben und die Krise der Medizin. Münster: Verlag für Psychotherapie; 1999.

11 als *disease* im Sinne der *disease/illness*-Unterscheidung von Boorse (Boorse C. On the Distinction Between Disease and Illness. *Philosophy and Public Affairs* 1975;5(1):49-68). Der Ausdruck «wissenschaftliche Repräsentation» ist in dem Sinne zu verstehen, dass dem subjektiven Krankheitsempfinden des Patienten ein wissenschaftlich ausgewiesenes Krankheitsmodell – Infektion, Funktionsstörung usw. – zugeordnet wird, an welchem sich dann die wissenschaftlichen Strategien der Krankheitsbekämpfung orientieren.

12 Rescher N. *A System of Pragmatic Idealism*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1993.

13 Spaemann R. *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen «etwas» und «jemand»*. Stuttgart: Klett-Cotta; 1996. Der Patient ist nicht identisch mit seiner leib-psychischen «Natur», sondern er «hat» diese Natur und kann und muss sich zu dieser verhalten.

14 Dieser zweifache Aspekt kommt in einer mittelalterlichen Definition der Medizin einerseits als *ars iatrike*, d.h. als ärztliche Kunst, und andererseits als *ars agapatrike*, d.h. als Kunst der Zuwendung von Liebe, zum Ausdruck.

- Der Schwerpunkt der medizinischen Behandlungspraxis liegt auf technischen Interventionen. Der empathische, interpersonale Diskurs spielt nur eine untergeordnete, als unwesentlich erachtete Rolle.
- Das Erleben und Leiden des Patienten wird damit zu einer *quantité négligable*. Als Ziel und Erfolgsmassstab der medizinischen Behandlung dienen nicht die introspektiven Urteile des Patienten, sondern objektivierbare physiologische Parameter.
- Medizinischer Fortschritt ist nur um den Preis eines hocharbeitsteiligen Spezialistentums zu erzielen. Als Patient sieht man sich folglich zunehmend Fachleuten gegenüber, die sich nur für bestimmte Frage- und Aufgabenstellungen zuständig erklären. So kann es passieren, dass «schwierige Fälle» von einem Spezialisten zum nächsten weiter gereicht werden, ohne dass sich jemand mit dem Patienten über Sinn und Unsinn fortgesetzter Konsultationen auseinandersetzt. Wer, so muss gefragt werden, ist angesichts der fortgeschrittenen Spezialisierung für einen Gesamtbehandlungsplan verantwortlich, insbesondere wenn der Patient mit der Beurteilung der Spezialangebote überfordert ist? Mit wem soll er über seine Fragen, Ängste und Zweifel sprechen?
- Folge dieser und ähnlicher Probleme ist eine besondere Form iatrogenen Schädigung des Patienten: Dieser leidet zusätzlich an der (Heil-)Behandlung durch eine als anonym und teilnahmslos erlebte «Apparatemedizin».
- Ein weiteres Problem betrifft den Erwartungshorizont unserer individualistischen, sich am Ideal uneingeschränkter Selbstverwirklichung orientierenden Gesellschaft. Die spektakulären Erfolge der Medizin sowie der von ihr verbreitete Fortschritts-optimismus haben unrealistische und darum unerfüllbare Erwartungen in bezug auf die mit Hilfe der Medizin zu erreichende Lebensdauer und Lebensqualität geweckt. Diese Erwartungen sowie die damit einhergehende Abnahme der individuellen Leidensbereitschaft erzeugen Ansprüche, die zwangsläufig enttäuscht werden müssen.
- Immer mehr Patienten stimmen angesichts einer als verständnislos erlebten Medizin mit den Füssen ab: Sie wenden sich paramedizinischen Heilern zu, bei denen sie oft mehr Unterstützung erfahren. Nach langen Wegen durch die medizinischen Instanzen gelingt es darüber hinaus vielen Betroffenen, erst in Selbsthilfegruppen oder -organisationen die erforderliche solidarische Unterstützung sowie den Weg zu einer effektiven Krankheitsbewältigung zu finden.»¹⁵

Man könnte geneigt sein, angesichts der aufgeführten Probleme von einem Zielkonflikt zu sprechen zwischen dem Ziel einer effizienten Bekämpfung von Krankheit mit wissenschaftlichen Mitteln und dem

Ziel des Wohls des Patienten als Aufgabe ärztlicher Kunst. Doch besteht hier kein wirklicher Zielkonflikt. Denn auch die medizinische Wissenschaft und ihre Anwendung geschieht ja letztlich im Interesse des Wohls Gesunder und Kranker. Es ist sehr zu fragen, ob man die diagnostizierten Probleme und bestehenden Ungleichgewichte dem «Wesen» der modernen, naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin zuschreiben sollte – was dann in der Tat der Abwanderung zu alternativen Heilern eine starke Rechtfertigung geben würde – oder ob man sie nicht besser einer Entwicklung zuschreiben sollte, welche die Medizin *faktisch* genommen hat und die im Prinzip korrigierbar ist. Die Korrektur müsste darin bestehen, die Anwendung medizinischen Wissens und Könnens konsequenter am Ziel der medizinischen Kunst zu orientieren und sie von diesem her zu begrenzen, wo immer dies angezeigt ist. Viel kommt dabei auf die Einsicht an, dass das «Wohl» des Patienten – als der letzte und eigentliche Grund für die Bemühungen sowohl der medizinischen Wissenschaft als auch der medizinischen Kunst – keine rein wissenschaftlich definierbare und realisierbare, sondern eine nur im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung auszumessende Zielgrösse ist. Dieser Beziehung sollte daher das ihr gebührende Gewicht beigemessen werden. Im Rahmen dieser Beziehung ist die Anwendung medizinischen Wissens und Könnens so zu gestalten, dass der individuelle Patient mit seiner je spezifischen Bedürftigkeit der Bezugspunkt medizinischen Handelns bleibt.

4. These: So wichtig und berechtigt die Kritik an einer einseitig wissenschaftlichen Ausrichtung der Medizin ist, so sehr gilt es doch auch zu sehen, dass der wissenschaftliche Charakter der Medizin einen begrenzenden Aspekt hat.

Dieser begrenzende Aspekt ergibt sich daraus, dass das subjektive Befinden eines Patienten im Prinzip erst dann als Krankheit und somit als Gegenstand medizinischen Bemühens anerkannt wird, wenn ihm ein bestimmtes, wissenschaftlich ausgewiesenes Krankheitsbild oder Krankheitsmodell zuerkannt werden kann. Nicht jede Verstimmung oder jeder Mangel an Lebensqualität ist daher eine Angelegenheit der Medizin. Man muss bei der gegenwärtigen berechtigten Kritik an einer einseitig wissenschaftlichen Ausrichtung der Medizin aufpassen, dass das Kind nicht mit dem Bade ausgeschüttet wird. So wichtig es ist, dass die Medizin auch der subjektiven, introspektiv wahrgenommenen Befindlichkeit des Patienten die gebührende Aufmerksamkeit schenkt, so wichtig ist es andererseits, dass diese – in aller Regel – für sich genommen noch kein hinreichender Massstab für Krankheit oder Gesundheit ist. Ohne die Begrenzung der Medizin durch das Erfordernis der wissenschaftlichen Repräsentation von Krankheit würden die Ansprüche an die Medizin, für Wohlbefinden zu sorgen, ins Unermessliche wachsen. Und mit diesen Ansprüchen die Kosten.

15 Pawelzik, aaO. S. 7f.

5. These: In die Bestimmung der Ziele der Medizin müssen die Einstellungen und Werthaltungen einbezogen werden, die den Umgang mit Gesundheit und Krankheit bestimmen oder bestimmen sollten. Denn die Medizin ist nicht ohne Einfluss auf diese Einstellungen. Ein mögliches Ziel ist unter den Bedingungen der heutigen und zukünftigen medizinischen Möglichkeiten und auf dem Hintergrund des gesellschaftlichen Potentials an Einstellungen und Werthaltungen die Realisierung einer Verantwortungspartnerschaft zwischen Arzt und Patient, die sich auf den Umgang mit gesundheitlichen Risiken und auf die Deutung, Heilung und Bewältigung von Krankheit bezieht. Das Arztethos muss durch ein entsprechendes Patientenethos ergänzt werden.

Die im Hastings-Report formulierten vier Ziele abstrahieren kulturelle und gesellschaftliche Besonderheiten. Für die Umsetzung dieser Ziele – etwa des Ziels der Förderung und Erhaltung der Gesundheit – aber kommt dem kulturellen und gesellschaftlichen Kontext und den darin verwurzelten Einstellungen und Werthaltungen entscheidende Bedeutung zu. Die Förderung und Verstärkung bestimmter Einstellungen, die der Gesundheit und einem angemessenen Umgang mit Krankheit dienlich sind, muss daher selbst zu den Zielen der Medizin gehören.

Es macht in diesem Zusammenhang Sinn, dem traditionellen, auf die Praxis der Arzt-Patienten-Interaktion bezogenen ärztlichen Tugendethos verstärkte Aufmerksamkeit zuzuwenden.¹⁶ Der Arzt beeinflusst den Patienten nicht nur durch Information und Beratung, sondern, wie gesagt, auch durch die Haltung, mit der er dem Patienten begegnet und von der sich etwas auf den Patienten überträgt in Gestalt von Vertrauen, Bereitschaft zur Compliance usw. Die Frage ist, an welchen Tugenden die Arzt-Patienten-Interaktion unter den Bedingungen heutiger Medizin und in Anbetracht der gesellschaftlich vorhandenen Potentiale an Einstellungen und Werthaltungen ausgerichtet sein soll. Hier bietet sich das Leitbild einer Verantwortungspartnerschaft zwischen Arzt und Patient an.¹⁷ Es trägt einerseits dem gewandelten Verhältnis von Arzt und Patient Rechnung, wie es sich aufgrund des Postulats der Selbstbestimmung und Autonomie des Patienten herausgebildet hat, und kann mit dem Gedanken der Verantwortung an eine auch in anderen Lebensbereichen akzeptierte wichtige Leitorientierung anknüpfen. Und es trägt andererseits der Tatsache Rechnung, dass die Medizin mit ihren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten vom Patienten heute schon und verstärkt noch in Zukunft einen bewussten Umgang mit seinen individuellen Risiken und mit den ihm angebotenen Möglichkeiten therapeutischer Hilfe verlangt, wozu er auf den Rat des ärztlichen Experten angewiesen ist. Verantwortungspartnerschaft bedeutet, dass Gesundheit und der Umgang mit Krankheit zum gemeinsamen «Projekt» von Arzt und Patient werden. Der Patient wird dadurch in eine von ihm bewusst wahrzunehmende Verantwortung eingebunden. Dabei ver-

schieben sich die Gewichte gegenüber dem herkömmlichen Arzt-Patienten-Verhältnis. Insbesondere durch die molekulargenetischen Entwicklungen in der langfristigen Prädiktion wird «der Arzt ... neben seiner Rolle als Krisenmanager mehr und mehr die Rolle des Beraters und Begleiters in der selbstverantworteten Gesundheitspflege des Patienten übernehmen. [...] Gesellschaftspolitisch und auch arztethisch wird die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Gesundheitsmündigkeit und Gesundheitsverantwortung Priorität bekommen. Damit ändern sich auch die Subjekte der Verantwortung in der traditionellen Arzt-Patienten-Interaktion. Wenn es um Vermeidung von lebensstil- und arbeitsplatzbedingten Risiken und solchen aus dem genetischen Erbe geht, dann wird der Mediziner zum Berater und der Patient (besser: der Bürger als potentieller Patient) zum primären Handlungs- und Verantwortungssubjekt. Nicht mehr Einwilligung in paternalistische ärztliche Entscheidungen und solidarische Finanzierung von Krankheitskosten, sondern Selbstbestimmung nach Information und Beratung durch den Mediziner und eine differenziert nach den drei Kriterien Verantwortung, Solidarität und Subsidiarität finanzierte Gesundheitsvorsorge sind primäre bioethische Tugenden des Bürgers und die ordnungsethischen Parameter im Szenarium der Gesundheitsvorsorge.»¹⁸

6. These: Es stünde im Widerspruch zu den Zielen der Medizin, würde man angesichts der Krise des Gesundheitswesens einseitig auf ökonomische Mechanismen setzen. Das Marktmodell lässt sich weder auf das Arzt-Patienten-Verhältnis noch auf die Solidargemeinschaft der Versicherten abbilden.

Was das Arzt-Patienten-Verhältnis betrifft, so dürfte mit den Ausführungen zur Medizin als ärztlicher Kunst deutlich geworden sein, dass dieses in vielen, wenn nicht den meisten Fällen, insbesondere wenn es um schwere Erkrankungen und um damit verbundene Entscheidungen geht, einen anderen Charakter hat als die Beziehung zwischen einem Anbieter und einem Nachfrager medizinischer Dienstleistungen. Vielmehr ist für dieses Verhältnis ein bestimmtes Ethos konstitutiv, für das mehr erfordert ist als das bloße Verfolgen des Eigeninteresses.

Was die Solidargemeinschaft der Versicherten betrifft, so ist diese von einer Kooperationsgemeinschaft zu unterscheiden. «Unter einer Kooperationsgemeinschaft versteht man ein allseits nützlich System der Arbeitsteilung und gesellschaftlichen Zusammenarbeit zum wechselseitigen Vorteil», unter einer Soli-

16 Vgl. Wolff HP. Arzt und Patient. In: Sass H-M (Hrsg.). Medizin und Ethik. Stuttgart: Reclam; 1998. S. 184-211.

17 Sass H-M. Medizinethik. In: Pieper A, Thurnherr U (Hrsg.). Angewandte Ethik. Eine Einführung. München: Beck; 1998. Zu unterschiedlichen Modellen des Arzt-Patienten-Verhältnisses vgl. Schöne-Seifert B. Medizinethik. In: Nida-Rümelin J. Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Stuttgart: Kröner; 1996. S. 592-648.

18 Sass, aaO. S. 96.

dargemeinschaft «hingegen ein kompensatorisches System der wechselseitigen gesellschaftlichen Sorge, die insbesondere den Bedürftigen und Schwachen gilt». ¹⁹ Solidargemeinschaften «therapieren die Versorgungsmängel und Ungleichheitsopfer von Kooperationsgemeinschaften; insbesondere kompensieren sie die sozialen Defizite der effizientesten Kooperationsgemeinschaft, die Menschen bisher entwickelt haben, des kompetitiven Marktes». ²⁰

Bei aller Problematisierung kulturinvarianter inhärenter Ziele der Medizin: Zumindest im westlichen Kulturkreis hat die Medizin als solche ein Ethos, für welches das Wohl des individuellen Patienten im Zentrum steht, unabhängig von dessen sozialer Situation und finanzieller Leistungsfähigkeit. Insofern muss sie qua Medizin ein Interesse daran haben, dass das Modell der Solidargemeinschaft in der gegenwärtigen Debatte über die Probleme des Gesundheitswesens nicht schleichend in Frage gestellt wird. Andererseits muss sie um der Erhaltung und Finanzierbarkeit dieses Modells willen ebenso ein Interesse daran

haben, die Verantwortung des Bürgers für seine Gesundheit zu stärken. Gegenüber ökonomischen Anreizen verdient diesbezüglich die Hinwirkung auf ein entsprechendes Gesundheits- und Patientenethos ²¹ den Vorzug, da dieser Weg mit dem Wesen und den Zielen der Medizin besser kompatibel ist.

Schlussbemerkung

Dies alles beansprucht nicht von Ferne, erschöpfend zu sein. Es handelt sich um Denkanstösse für den in Gang zu setzenden Verständigungsprozess über eine «Neuorientierung der Medizin».

¹⁹ Kersting W. Gerechtigkeit und Medizin. In: Kersting W. Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend. Abhandlungen zur praktischen Philosophie der Gegenwart. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 1997. S. 178.

²⁰ AaO. S. 179.

²¹ Sass, aaO. S. 81.