

Deutscher Bundestag

Enquete-Kommission
Recht und Ethik der modernen Medizin

Wortprotokoll

der Öffentlichen Dialogveranstaltung der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“

**am Montag, dem 2. Juli 2001, 14.00 bis 16.15 Uhr,
in der Aula der Friedrich-Schiller-Universität,
Fürstengraben 1, 07743 Jena**

Vorsitz: Abg. Margot v. Renesse

Dialog zum Thema „Das Arzt-Patient-Verhältnis in der modernen Medizin“

Impulsreferate:

Prof. Dr. Luther:	„Chancen und Risiken der Patientenautonomie“	Seite
Dr. Kloiber:	„Der Patient als Kunde – Der Arzt als Dienstleister“	Seite
Prof. Dr. Tanner:	„Akzeptierte Abhängigkeit? Zur Rolle des Vertrauens in der Arzt-Patient-Beziehung“	Seite
Dr. Wunder:	„Im Zweifel für das Leben? – Zur Debatte um Sterbehilfe und die Moral des Tötens“	Seite

Vorsitzende: Meine Damen und Herren, es ist jetzt kurz nach 14 Uhr und da wir weniger Zeit haben als ursprünglich geplant, wollen wir so schnell wie möglich anfangen. Zunächst einmal wünsche ich Ihnen einen guten Tag. Wir freuen uns als Enquete-Kommission, dass Sie diesen Nachmittag mit uns verbringen wollen, wir miteinander diskutieren und wir etwas von Ihnen erfahren. Menschen, die politiknah arbeiten, sagt man nach, dass sie viel zu viel selber reden. Ich habe einmal ein Buch mit dem Titel „Keiner fragt, Politiker antworten“ gelesen, das sehr witzig war. Vielleicht können wir heute ein wenig anders vorgehen.

Es gibt einige Änderungen gegenüber dem ursprünglichen Programm, weil wir alle – jedenfalls wir hier auf dem Podium – zeitig zurück nach Berlin müssen. Aus Gründen die wir vorher nicht absehen konnten, müssen wir spätestens um 16.20 Uhr Schluss machen. Das bedeutet, wir werden mit einer Zumutung beginnen, die dem widerspricht, was ich am Anfang sagte. Sie bekommen die vier Impulsreferate gleich zu Beginn als „Maschinengewehrfeuer“ geboten. Alle Referenten sind gebeten worden, es ganz kurz zu machen, in etwa sieben bis acht Minuten pro Redner. Dann werden wir miteinander diskutieren und das stellen wir uns so vor: Erstens: Die Diskussion wird aufgezeichnet. Das geschieht sowohl akustisch als auch wahrscheinlich bildlich. Wer sich meldet, muss damit rechnen, dass seine Wortmeldung für die Ewigkeit aufbewahrt wird. Wenn Sie das nicht wollen, dürfen Sie sich nicht melden. Ich hoffe aber, Sie haben davor keine Angst. Zweitens: Es wird gebeten, dass Sie uns Ihre Wortmeldung vorher mit Hilfe von blauen Zetteln, die hier ausliegen, mitteilen. Bitte schreiben Sie Ihren Namen auf und zu welchem der vier Themenbereiche Sie sich melden wollen, damit wir das ein bisschen sortieren können. Obwohl Sie Ihren Namen auf den blauen Zettel geschrieben haben, sollten Sie sich bei Ihrer Wortmeldung auch noch einmal vorstellen, damit die Runde weiß, wer Sie sind, woher Sie kommen oder welchen Hintergrund oder welche Motivation Ihre Frage hat. Es müssen nicht nur Fragen gestellt werden, es können auch Diskussionsbeiträge gebracht werden. Wenn Sie alle damit einverstanden sind, dann werden wir jetzt weiter keine Zeit verlieren und fangen mit unseren Impulsreferaten an. Der erste ist Prof. Dr. Luther, der sich zu Chancen und Risiken in der Patientenautonomie äußern wird. Bitte Herr Prof. Dr. Luther.

Sachverständiger Prof. Dr. Luther: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren. Es ist bekannt, dass in den vergangenen Jahren das ärztliche Traditionsprinzip „Das Wohl des Kranken ist oberstes Gesetz“ abgelöst wurde von dem Prinzip „Der Wille des Patienten ist oberstes Gesetz“. Meine Aufgabe sehe ich nicht darin, zu den vielen Vorschlägen über eine Steigerung der Patientenautonomie noch einige hinzuzufügen, sondern, das Thema – wie man so sagt – gegen den Strich zu bürsten. Das heißt zu hinterfragen, wo sich die Chance der Patientenautonomie als eine Illusion erweist und anstatt der Autonomie das Risiko der Verwahrlosung besteht. Von der geburtlichen Untersuchung bis zum Ende des Lebens ließen sich viele Beispiele anführen, die alle eine Grundkonsequenz haben: den berechtigten Wunsch, eigenverantwortlich und nicht fremdbestimmt durch den Arzt den eigenen Lebensprozess bestimmen zu können. In der Praxis entsteht aber, wesentlich mit beeinflusst durch den Willen der Patienten, eine neue Abhängigkeit.

Als ein Beispiel für diese Problematik soll die Entwicklung der Pränataldiagnostik dienen. Irmgard Nippert hat dieses Thema auf dem wissenschaftlichen Symposium im Mai letzten Jahres zur „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland“ unter anderem im Zusammenhang mit Fragen der Patientenaufklärung behandelt. Ihre Ergebnisse stimmen mit vielen anderen Untersuchungen überein, die der Enquete-Kommission zugehen. Bei der Einführung der Pränataldiagnostik bestand Übereinstimmung, dass sie keine Routineuntersuchung in der Schwangerschaftsvorsorge werden sollte. Eine ausführliche, ergebnisoffene nichtdirektive Beratung der Schwangeren vor der Pränataldiagnostik sollte, ich zitiere, „die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme und die Entscheidungsautonomie der Schwangeren“ gewährleisten. In der Praxis entstand etwas anderes. Durch die Einführung der Ultraschalluntersuchung und der Blutuntersuchung, dem Triple-Test, hat sich ein Routineverfahren herausgebildet. Ich verweise auf die Untersuchungsergebnisse von Nippert: „Dies geschah oft zu Lasten der getesteten Frauen. Die Durchführung des Tests erfolgte häufig ohne das Wissen und die Zustimmung der Frauen. Mangelhafte Handhabung des Tests und Ignoranz der Anbieter im Umgang mit Risikoziffern erzeugten eine Fülle von falschpositiven Testergebnissen. Diese Testergebnisse beunruhigten wiederum die Schwangeren derartig, dass eine Kaskade von anderen Untersuchungen, insbesondere die invasive Pränataldiagnostik, zur endgültigen Abklärung des Befundes ausgelöst wurde.“ Es ist also festzustellen, dass das Zusammentreffen von bestimmten Interessen der Schwangeren und der Ärzte aus einer Chance

der freien und selbstbestimmten Entscheidung eine Illusion machen, an deren Ende ein erhebliches Gesundheitsrisiko der Frauen herauskommt.

Genau das ist die Sorge, dass sich dieser Vorgang bei der Präimplantationsdiagnostik wiederholen kann. Wenn wir Selbstbestimmtheit, Unabhängigkeit und Eigenverantwortung verbinden, so wissen wir doch auch, dass nicht nur Egoismus und Selbstherrlichkeit, sondern sich auch ein Eigensinn bilden kann, der zur Selbstabschottung und zum Abbruch bestimmter sozialer Beziehungen führen kann. Das kennen wir von den Straßenkindern, die es zu Hause nicht mehr aushielten, von Greisen, die sich bevormundet fühlen und Hilfe abweisen, insbesondere aber von Suchtkranken. Jeder strenge Paternalismus erweist sich hier als wirkungslos und kontraproduktiv. Wenn aber die in Anspruch genommene Selbstbestimmtheit in das Alleingelassensein und schließlich in die Verwahrlosung umschlägt, was dann?

Extreme Anhänger der Autonomie, bisher nur in mündlicher Diskussion erlebt, vertreten die Auffassung, es verbiete sich die Einmischung, es gebe auch ein Menschenrecht auf Verwahrlosung. Mir scheint, dass dieses Autonomieverständnis das Grundprinzip der Mitmenschlichkeit ignoriert. Fürsorge, Zuwendung kann umschlagen in Bevormundung und Entmündigung. Selbstbestimmtheit kann umschlagen in Alleingelassensein und Verwahrlosung. Seitdem in den letzten zwei Jahrzehnten diese Problematik diskutiert wird und insbesondere von Ärzten erwartet wird, dass sie mit den Patienten nicht als Objekt, nicht als „die Fraktur auf Zimmer 7“ oder „das Ulcus auf Zimmer 2“, sondern als Mensch mit seiner Würde umgehen, werden die verschiedensten Wege diskutiert.

In dem von mir 1986 herausgegebenen Buch „Ethik in der Medizin“ habe ich die Forderung formuliert, erstens muss sich das medizinische Denken in unserer Zeit in völlig neuer Weise – bei Vervollkommnung der objektiven Untersuchungsmethoden – der Subjektivität des Patienten zuwenden und muss ihr wirkliches Wesen zu ergründen suchen. Zweitens kann das Wohl und Interesse des Patienten nicht subjektivistisch und auch nicht rein emotional, sondern muss primär wissenschaftlich bestimmt werden. Mir schien das Bemühen, das Wohl des Patienten mit dem Begriff „Patientenzufriedenheit“ zu ergründen, ein unzureichendes Herangehen. In vielen

Situationen können chronisch Kranke nicht zufrieden sein. Das gilt insbesondere bei einer infausten Prognose, von der die Patienten selbst überzeugt sind, was auch immer die Sicherheit oder Unsicherheit einer solchen Prognose ausmacht. Mein Vorschlag in dem Buch zielt darauf, in der Arzt-Patient-Beziehung Geborgenheit und Wahrhaftigkeit zu realisieren. Geborgenheit darf die Patientenautonomie nicht ignorieren, aber sie soll im wahrhaftigen Dialog um das Wohl des Patienten erreicht werden. Geborgenheit bietet Schutz ohne Aufgabe der Persönlichkeitsrechte.

In neuerer Zeit hat Klaus Dörner in seinem Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung „Der gute Arzt“ das Thema diskutiert und gefragt, ob der Gedanke von der partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung ein tragfähiges Modell sei. Es gelte in der Öffentlichkeit geradezu als Ideal. Er schreibt, „auch im Umgang mit ernsteren und längerfristigen Erkrankungen“. Aber in der Praxis wird beklagt, dass die Patienten und noch mehr die Ärzte zumeist nicht fähig oder bereit seien, sich auf ein solches System einzulassen. Aus den gleichen Gründen hält auch der Schweizer Theologe und Medizinethiker Alberto Bondolfi den Egalitarismus im Verhältnis Arzt-Patient weder für möglich noch für immer wünschenswert. Dörner zieht aus dem Wissensunterschied und der Definitionsmacht des Arztes die Schlussfolgerung, dass nicht nur gemeinsame, sondern auch unterschiedliche Interessen vorhanden sind. Seine Schlussfolgerung ist, es ist wichtig, eine Haltung vom Anspruch des Anderen her zu entwickeln und dies nennt er eine wichtige ärztliche Grundhaltung. „Diese Haltung ist nicht mehr beschützend, partnerschaftlich oder gegnerschaftlich, sondern in ihr setze ich mich dem Anderen aus ohne die Chance einer Rückkehr zu mir.“ Das ist sein Zitat. Es ist die in Dörners Buch von dem Philosophen Emmanuel Levinas ausgehende ärztliche Grundhaltung, von der Dörner sagt: „Kein Mensch kann sie dauerhaft leben, realisieren, aber ich als Arzt vom Anderen her habe ihr ständig vorübergehend auf der Spur zu sein.“

Dies sei meine Konsequenz aus dem Gesagten: Die Chancen und Risiken der Patientenautonomie sollten von Grund auf neu durchdacht werden. Es gilt, illusionäre Vorstellungen von der Selbstbestimmtheit kritisch zu hinterfragen, zu verhindern, dass über die Eigenverantwortung Gesundheit und Krankheit zum bloßen Kostenfaktor mutieren, dass im Bestreben, die Patientenautonomie zu stärken, die Verrechtlichung überhand nimmt und am Ende das Risiko der Gesundheitsschädigung bis zur Selbstzerstörung steht. Selbstbestimmtheit ist ein unverzichtbares

Menschenrecht, das ohne Mitmenschlichkeit und Geborgenheit in der Arzt-Patient-Beziehung nicht realisierbar ist. Ich danke Ihnen.

Vorsitzende: Danke, Herr Prof. Dr. Luther. Es wird spannend sein, auch zu diskutieren, welche praktischen Konsequenzen Ihre Thesen haben. Jetzt hat Herr Dr. Kloiber von der Bundesärztekammer das Wort.

Sachverständiger Dr. Kloiber: Vielen Dank, Frau von Renesse. Ich werde versuchen, an einige der Punkte anzuknüpfen. Sie werden in meinen Ausführungen einige Zustimmung, vielleicht auch die eine oder andere Nuance erleben. Auch ich habe ein modernes Bildparadigma zu besprechen, dass momentan, zumindest in der Medizin, in aller Munde ist: Der Patient als Kunde, der Arzt als Dienstleister. Der Kunde ist König! Was für ein Bild. Da rollt sich vor dem inneren Auge der rote Teppich aus, man sieht dienstbare Geister, die einem jeden Wunsch von den Augen ablesen. Der Kunde als König, das ist ein Bild, das suggeriert Höflichkeit, das suggeriert Zuvorkommenheit. Aber vielleicht geht es Ihnen auch so wie mir, ich jedenfalls stehe im Supermarkt immer an der Schlange an, an der es am längsten dauert. Und dann stellen wir fest, Könige gibt es viele und wer ganz nüchtern in unser Wirtschaftsleben blickt, der wird feststellen, es ist vollkommen entfeudalisiert.

Gerade aus dem englischsprachigen Ausland schwappt nun eine Diskussion seit ein bis zwei Jahren zu uns herüber. Der Patient (lateinisch der Leidende), die Patienten seien in Wirklichkeit Kunden oder Klienten, was auch nichts anderes heißt. Auch in unserem Land gefallen sich immer mehr Ärzte darin, Kunden zu haben, statt Patienten. Der Patient ein Kunde, ein Käufer, der Arzt ein Verkäufer von Dienstleistungen. Natürlich kann man eine Praxis, ein Krankenhaus in ein Profit-center verwandeln. Patienten sind dann primär nicht mehr schutzbedürftige Individuen, sondern eben Kunden. Mit denen macht man dann das, was man mit Kunden üblicherweise in unserer Gesellschaft macht, man betreibt Wertschöpfung – so heißt das vornehm.

Patienten als Kunden zu betrachten, denke ich, ist ein schwerer Fehler, zumindest wenn wir Medizin mit Fürsorge, Nächstenliebe und sozialer Verantwortung zusammenbringen. Das mag altmodisch sein, aber vielleicht schauen wir einmal in unser Wirtschaftsleben, in die

Geschäftsprozesse. Im Geschäftsleben sind Bindungen meist flüchtig. Wir tauschen Waren oder Dienstleistungen gegen Geld und beide, Verkäufer bzw. Dienstleister und Kunden, hoffen auf ein gutes Geschäft. Aber nicht selten fühlen wir Kunden uns dann ausgenommen wie Weihnachtsgänse. Im Nachhinein wird uns dann klar, dass Lächeln, die Höflichkeit, die Kundenorientierung waren nur Werkzeug, um an unser Bestes zu kommen, an unser Geld. Nicht selten fühlen wir uns über den Tisch gezogen. Wenn da königliche Gefühle aufkommen, dann mögen sie denen ähnlich sein, die Ludwig der XVI. vor seinem letzten Gang gehabt hat. Wer sein Geld ausgibt, ist zunächst einmal, und ich möchte hier die Facetten des Betruges ausschließen, selber Schuld, wenn er daneben gegriffen hat. Ein freier Markt ist für diesen Prozess Freiraum und Regulativ zugleich. Ist der Kunde unzufrieden, sei es mit Leistung oder Preis, kauft er das nächste Mal woanders. Das ist gut so, und diese Freiheit hat uns eine satte Prosperität beschert. Doch hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten der Gesetzgeber immer stärker die Grenzen des freien Handelns erkannt – Garantiefristen, Handlungs- und Minderungsrechte, Nachbesserungsansprüche, Rücktrittsrechte. Das sind nur einige Indikatoren, die zeigen, dass die Souveränität des Käufers enge Grenzen hat.

Der Staat muss den Kunden mehr und mehr schützen, damit er eben nicht über den Tisch gezogen wird. Dabei ist zunächst einmal die Autonomie des Kunden, zumindest theoretisch, ausgesprochen hoch. Mein Sparschwein kann ich schlachten oder weiter mästen. Ich kann mir, vorausgesetzt das Geld reicht, einen Fernseher oder eine Stereoanlage kaufen, ich kann mir den Hersteller aussuchen, ich kann den billigsten Händler suchen. Wenn mir das dann am Ende gar nicht gefällt, dann kann ich genauso gut auch mein Geld wieder mit nach Hause nehmen und davon in Urlaub fahren. Ich bin als Käufer mündig, kann entscheiden, ich bin als Käufer in einer solchen Situation eben souverän.

Aber was, meine Damen und Herren, ist mit der Souveränität eines 40-Jährigen mit Herzinfarkt, eines 70-Jährigen mit Oberschenkelhalsbruch, eines juvenilen Diabetikers, eines Sportlers mit Meniskusabriss? Welche Souveränität hat denn ein Kind, das an den körperlichen und seelischen Wunden einer Misshandlung leidet? Welche Kundensouveränität hat ein Suchtkranker? Wo ist die Kundenrolle bei einem lebenslustigen Mitdreißiger, dem wir die Diagnose HIV-positiv vermitteln müssen? Dr. Thomas Giesen, seines Zeichens sächsischer Datenschutzbeauftragter, brachte es

auf dem 101. Deutschen Ärztetag 1998 auf den Punkt. Er sagte: „Der Patient ist nicht mündig, sondern der Patient ist krank.“ Diese Aussage ist nicht pc, die ist politisch nicht korrekt, dafür aber wahr. Deshalb, so denke ich, darf sie zunächst einmal Anlass zu weiteren Gedanken sein.

Der Patient ist also krank und günstigstenfalls wird er durch die Fürsorge, die Beratung und manchmal erst durch die Therapien mündig und gerät dann in die Lage, über sich und seine Krankheit zu entscheiden. Diese Entscheidungen überlassen viele Patienten, übrigens auch, wenn sie selber Ärzte sind, ihren behandelnden Ärzten. Nicht, weil sie an sich unmündig sind, sondern weil sie eben krank sind und auf die Professionalität und Fürsorge ihrer Ärzte zählen. Die Souveränität als Kunde ist beim Patienten eben sehr eingeschränkt oder gar nicht vorhanden. Könnte man sie umgekehrt per se unterstellen, so wäre zumindest die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln sofort aufzuheben.

Letztendlich dient das Gerede um den Kunden im Gesundheitswesen zu nichts anderem, als ihn zu einem Objekt des Geschäftsprozesses zu machen. Dahinter darf man auch das Bestreben vermuten, Rationierung von Gesundheitsleistungen als Marktgeschehen schönzureden oder zu camouflieren. Die Beziehung Patient-Arzt ist keine Geschäftsbeziehung. Der Arzt hat dem Patienten beizustehen, auch wenn dies seinen wirtschaftlichen Interessen entgegen steht. Dort, wo Kollegen versuchen, Patienten als Kunden zu sehen, wird aus der ärztlichen Tätigkeit ein Gewerbe, wird aus der Partnerschaft Patient-Arzt ein Kampf um materielle Interessen. Dort werden natürlich auch Verbraucherschützer ein dankbares und berechtigtes Feld der Aktivität finden. Wir sollten uns weder durch eine Kommerzialisierungs- noch einer Autonomiedebatte beirren lassen. Patienten sind keine Objekte, an denen Wertschöpfung exekutiert wird, sondern Subjekte, die mit Leiden, Sorgen, Ängsten und Nöten den Rat und die Hilfe ihres Arztes benötigen.

Nicht selten benötigen Patienten auch den Schutz durch ihren Arzt. Schutz vor einem Staat, der die gesundheitliche Versorgung in immer stärkerem Maße bedroht, Schutz manchmal vor ihren Eltern, die sie misshandeln, Schutz vor ihren Erben, die nicht schnell genug an das Vermögen kommen und hin und wieder brauchen Patienten auch Schutz vor sich selbst. All das ist mit der

Rolle als Kunde nicht vereinbar. Patienten sind keine Kunden. Sie wie Könige zu behandeln ist uns Ärzten nicht verboten. Vielen Dank.

Vorsitzende: Es wäre schön, Ärzte gäben einem das Gefühl, sie behandelten einen wie ihre Schwester oder ihren Bruder. Die königliche Behandlung erwartet man als Patient gar nicht. Jetzt ein weiterer Vortrag auch zu diesem Themenkreis, Herr Prof. Dr. Tanner, bitte.

Sachverständiger Prof. Dr. Tanner: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich will einen Aspekt herausgreifen, die Rolle des Vertrauens in der Arzt-Patienten-Beziehung, und dazu einige Anregungen geben. Meine erste banale Aussage ist, dass die Klinik oder auch die Praxis ein Ort der Verunsicherung und der Ungewissheit ist. Das gilt zunächst für den Patienten, der durch das Kranksein aus dem normalen Lebensvollzug herausgerissen ist. Die Selbst- und Weltwahrnehmungsmuster werden durch das Kranksein erschüttert. Anderen Menschen zu vertrauen, das ist eine der zentralen menschlichen Möglichkeiten, mit bedrohlicher Unsicherheit umzugehen. Je komplexer gerade die Vollzüge der modernen Medizin werden, desto schwieriger wird es für den Patienten, noch zu durchschauen und zu verstehen, bei aller gut gemeinten Aufklärung, was hier mit ihm geschieht. Allein durch Sachinformationen kann die Unsicherheit eines Patienten nicht weggearbeitet werden. Objektiv neutrale Sachinformation und Aufklärung kann manches an Unsicherheit und Angst nehmen. Aber diese Information, die im Gespräch zwischen Arzt und Patient weitergegeben wird, muss eingebettet sein in eine vertrauenswürdige und vertrauensvolle Beziehung. Einem vollkommen verzweifelten Patienten können Sie schwer noch Informationen auf der Sachebene mitteilen. Kranke sind also Menschen, die gezwungen sind, zu vertrauen. Das ist das Fragezeichen, das hinter die starken Autonomiethesen gesetzt werden muss.

Das Vertrauen, das der Patient dem Arzt entgegenbringt, bildet die Basis für eine Behandlung. Es ist ein entscheidendes Element im Behandlungsprozess selbst. Wenn das Misstrauen überwiegt, dann ist es sehr schwierig. Wenn der Patient in einer Notfallsituation dem Arzt ausgeliefert ist, dann wird er dazu nicht Stellung nehmen können. Aber wenn er den Arzt wechseln kann, wenn er dem Arzt nicht vertraut, dann zeigt das eben, dass man auch andere Schritte geht. Das ärztliche

Handeln hat immer einen Ermessensspielraum und dieser Ermessensspielraum kann durch Regeln nicht kontrolliert werden. Insofern kommt es darauf an, den individuellen Fall zu erfassen. Das ist nur in einer individuellen Entscheidungssituation möglich. Solch ein entscheidungsoffener Raum braucht immer Vertrauen.

Meine zweite Bemerkung: Die Klinik oder die Praxis als Ort der Verunsicherung und Ungewissheit gilt nicht nur für die Patienten, das gilt auch für die Mediziner. Viel ist Routine im ärztlichen Alltag, aber jeder weiß, dass es die schwierigen Fälle und unvorhergesehenen Komplikationen gibt. Keiner kann am Anfang seiner Ausbildung als junger Mediziner das Maß an Routine und Erfahrung wie nach 20 Jahren ärztlicher Tätigkeit mitbringen. Die ersten Nacht- oder Wochenenddienste, allein auf Station mit 20 oder 50 Betten, sie sind auch von Unsicherheit begleitet. Das Vertrauen, das dem Berufsstand der Mediziner als solchem entgegengebracht wird, bildet hier einen Schutzraum, in dem der einzelne junge Arzt oder die junge Ärztin ihre ersten Schritte tun. Es gibt hier ein Vertrauen in die soziale Rolle, die natürlich durch das Individuum realisiert wird; aber teilweise unabhängig vom Individuum ist.

Meine dritte Bemerkung: Vertrauen ist immer fragil und gefährdet. Patienten beschaffen sich heute auf vielen Wegen Informationen über Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten. Sie werden skeptisch, wenn ein Arzt etwas anderes macht, als man doch gehört hat, wie es in einer anderen Klinik gemacht wird oder wie es entscheidende „Fachjournale“ wie die Bild-Zeitung melden, dass eine bestimmte Therapie etabliert ist und dann gesagt wird, warum bekomme ich das nicht. Das Fehlverhalten Einzelner schlägt auf den ganzen Berufsstand zurück, wenn Behandlungsfehler oder Vorteilsnahmen von Ärzten publik werden. Das kann schnell zu einer Atmosphäre des Misstrauens führen. Eine Ärztin sagte mir, das Vertrauen gegenüber dem Arzt wird heute häufig nicht mehr automatisch mitgebracht. Sie sagte, ich muss in vielen Aufnahmegesprächen immer wieder neu um eine vertrauensvolle Beziehung kämpfen.

Vertrauen ist fragil, das gilt auch für die, die in einer Klinik oder Praxis zusammenarbeiten müssen. Der Klinikalltag ist ein arbeitsteiliges, hoch komplexes Kommunikationsgeschehen. Permanent ist der eine auf den anderen angewiesen, darauf angewiesen, dass andere, von der Schwester bis zur

Röntgenabteilung, ihre Arbeit gewissenhaft und zuverlässig machen. Wo das Gefühl vorherrscht, dass man sich auf Mitarbeiter im Team nicht verlassen kann, nicht vertrauen kann, wird die ganze Arbeitsatmosphäre vergiftet. Das Mobbing unter Medizinern ist in jüngster Zeit zu einem eigenen Thema, zum Beispiel im Ärzteblatt, geworden, das kräftig Wellen geschlagen hat. Ich erwähne das, weil deutlich ist, wie stark dieser Beruf auch durch eine Kommunikationsaufgabe geprägt ist.

Das Thema Vertrauen ist nicht nur Thema abstrakter Diskussionen, sondern auch Thema neuerer Umfragen zu Arzt-Patienten-Beziehungen. Eine Frage lautete darin zum Beispiel: „Ich bin sicher, dass die mich behandelnden Ärzte die richtigen Entscheidungen für mich treffen. Der Arzt soll für mich entscheiden.“ 73 Prozent bejahten diese Frage und 17 Prozent verneinten sie. Die meisten Patienten, so fassen die Autoren zusammen, wollen keine autonome Selbstverfügung, sondern ihnen ist eine „vertrauenswürdige Arzt-Patienten-Beziehung“ selbst sehr wichtig. Bloß über medizinische Sachverhalte und Prognosen will niemand informiert werden. Es gibt also eine akzeptierte Abhängigkeit, wie das Dietrich Rösler einmal genannt hat.

Kommunikation ist ein vielschichtiges Geschehen. In ihr werden nie nur Informationen ausgetauscht, sondern es bedarf kommunikativer Kompetenzen, die weit über Sachwissen, naturwissenschaftliches Wissen hinausgehen. Der alte Wahlspruch lautet: „Der Arzt behandelt keine Krankheiten, sondern Personen.“ Das heißt, dieser Berufsstand fordert neben dem technisch-instrumentalen Wissen persönliche Kompetenz und Einfühlungsvermögen. Verstärkt wird deshalb in der neueren Literatur wieder von den Tugenden gesprochen, ohne die der Beruf nicht ausgeübt werden kann.

Meine letzte Bemerkung: Kommunikationsformen und Möglichkeiten in der Klinik in der Arzt-Patienten-Beziehung hängen entscheidend von institutionellen Rahmenbedingungen ab. Sie können sagen, das sind ja alles schöne Formulierungen, Ideale über die sich schön reden lässt. Wenn der Personalschlüssel bei den Schwestern oder Ärzten in der Abteilung nicht stimmt, wenn kaum Raum für ein Gespräch ist, keine Zeit da ist oder wenn es schlicht kein Zimmer in der Klinik gibt, in dem man einmal in Ruhe 20 Minuten reden kann, weil immer eine Kollegin oder ein Kollege hereinkommt, dann ist Vertrauen in solch einer Arzt-Patienten-Beziehung nur sehr schwer möglich.

Meine Frage möchte ich deshalb gerne an Sie weitergeben, die in diesem Feld tätig sind: Wie ist es um die institutionellen Rahmenbedingungen bestellt, damit Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung weiter eine Rolle spielen kann? Vielen Dank.

Vorsitzende: Danke sehr. Wenn der mündige Patient als letzte Dienstleistung seine eigene Tötung verlangt, ist das Thema des letzten Vortrags.

Sachverständiger Dr. Wunder: Meine Damen und Herren. Mein Thema ist die letzte Dienstleistung, die der Patient oder die Patientin sich wünscht. Wir alle erfahren regelmäßig, ungefähr einmal im Jahr, aus einer Allensbach-Umfrage oder auch aus Umfragen anderer Meinungsforschungsinstitute, was der bundesdeutsche Bürger sich am Ende seines Lebens wünscht. Die letzte Umfrage dieser Art stammt aus dem Monat Februar dieses Jahres. Nach dieser Umfrage wollen 64 Prozent der Westdeutschen und 80 Prozent der Ostdeutschen aktive Sterbehilfe für sich. Es gibt eine methodische Kritik an dieser Umfrage und ihrem Ergebnis; auf die kann ich jetzt aufgrund der Kürze der Zeit nicht eingehen. Fest steht auf jeden Fall, dass es einen stabilen Zustimmungssockel in der Bevölkerung gibt – ungefähr seit Mitte der 70er Jahre. Und wenn man trotz aller methodischen Kritik hinter diese hohe Zustimmungsbereitschaft schaut, dann stehen meiner Ansicht nach nachvollziehbare Gründe dahinter, nämlich die nachvollziehbar berechtigte Angst vor Schmerzen, die Angst vor dem Alleingelassenwerden, die Angst, nicht würdevoll behandelt zu werden und die Angst vor einer nicht mehr loslassenden Medizin. Diese sich immer wiederholenden Zahlen sind ein Armutszeugnis für die Schmerzmedizin, eine Schmerzmedizin, die ja durchaus Erfolge hat.

Es gibt immerhin 70 Palliativstationen in der Bundesrepublik, jetzt eine weniger durch den Vorfall in Jena. Es gibt eine Schmerzmedizin, die durchaus Erfolge hat, aber die ihre Erfolge offensichtlich nicht wirklich publizieren kann oder in die Herzen oder Hirne der Patienten und Patientinnen bringen kann. Ich finde, diese Zahlen sind zudem ein Armutszeugnis für die Politik, die es nämlich nicht geschafft hat, Hospize und die Hospizbewegung aus ihrem Schattendasein zu befreien und aus ihrer chronischen Unterfinanzierung heraus zu entwickeln. In der Politik besteht große Einigkeit darüber, holländische Verhältnisse in Deutschland niemals einzuführen, sprich, die aktive

Euthanasie nicht zu legalisieren. Das ist gut so. Aber ich glaube, diese Einigkeit über alle Parteigrenzen hinweg kann wenig beruhigen, wenn man etwas hinter die Fronten und die Diskussionen schaut.

International zeichnet sich nämlich in den meisten westlichen Ländern eine andere Entwicklung ab als in Holland. Es gibt nämlich, wie ich finde, gefährliche Ausweitungen im Bereich der passiven Sterbehilfe, die man in drei Stichworten zusammenfassen kann: Erstens: Es gibt eine Ausweitungstendenz, die passive Sterbehilfe auf nichtsterbende Menschen auszuweiten, nämlich insbesondere auf schwerstbehinderte Neugeborene und Wachkoma-Patienten. Zweitens: Es gibt die Tendenz, die Ausweitung der absetzbaren Maßnahmen zu betreiben, nämlich die absetzbaren Maßnahmen auch auf Flüssigkeits- und Ernährungszufuhr zu erweitern und es gibt drittens die Ausweitung, dass diese beiden Maßnahmenbündel auch auf die Gruppe der nicht mehr einwilligungsfähigen Menschen ausgeweitet werden und dem mutmaßlichen Willen, das heißt in der Tendenz immer der Entscheidung Dritter, anheim gestellt werden.

Ganz maßgeblich für die Diskussion in Deutschland ist der Kemptener-Fall, ein Urteil, das der Bundesgerichtshof 1994 bestätigt hat. Es ging damals, vielleicht erinnern sich einige hier im Saal auch daran, um das Absetzen der künstlichen Ernährung bei einer 72jährigen Wachkoma-Patientin. Dieses wurde nach einigen Instanzenwegen vom Bundesgerichtshof als zulässiges Sterbenlassen zugelassen oder bestätigt, da dies dem mutmaßlichen Einverständnis der Betroffenen entsprochen habe. Dieses Urteil steht am Anfang der bundesrepublikanischen Ausweitungsdiskussion, weil damit erstmals aufgrund des mutmaßlichen Einverständnisses einer Person auch die Methode des Nahrungsmittelentzuges als legal oder als annehmbar betrachtet wurde, und zwar bei einer Person, die nachweislich nicht sterbend war. Wachkoma-Patienten sind keine sterbenden Personen. Diese gefährlichen Grenzüberschreitungen waren meiner Ansicht nach damit vorprogrammiert und finden sich auch in den ansonsten sehr gelobten „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ von 1998.

Erstens: Unter der Überschrift Sterbebegleitung werden hier die Gruppen der Neugeborenen und Wachkoma-Patienten mit abgehandelt, also Gruppen, bei denen es nicht um die Abkürzung eines

bereits begonnenen Sterbeprozesses geht, sondern Gruppen, bei denen es um die Verkürzung eines Lebensprozesses geht. An sich müssten gerade in diesem Bereich die Kriterien an eine Sorgfaltsprüfung höher sein als in der ursprünglichen Gruppe. Eine Bindung an den Elternwillen bei den Neugeborenen oder an den mutmaßlichen Willen bei der Wachkoma-Gruppe wirkt genauso wie die Bindung an die so genannte Prognose erhebliche Fragen auf. So ergab beispielsweise eine Befragung unter 100 deutschen Kinderkliniken 1997, dass Neugeborene mit Glasknochenkrankheit in 15 Kliniken ohne Diskussion immer behandelt werden, in 15 anderen Kliniken nie behandelt werden, in weiteren 16 Kliniken über die Art der Behandlung jedes Mal neu entschieden wird und in 47 Kliniken darüber nur selten diskutiert wird. Das heißt, die Prognose ist eine sehr unsichere Sache bei der Entscheidung über Leben und Tod und Weiterbehandlung.

Zweitens: Die „Grundsätze“ sind meiner Ansicht nach gefährlich, wo sie zwar festsetzen, das es so genannte Basismaßnahmen gibt, wie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen und Stillen von Hunger und Durst, das entziehen sie alles der Disponierbarkeit, aber sie lassen das Absetzen von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ganz im Sinne des Kemptener-Urteils bei Wachkoma-Patienten im Falle des Ausfalls weiterer Organfunktionen und natürlich bei Vorliegen des mutmaßlichen Willens zu. Das heißt, sie vollziehen den Kemptener-Fall nach.

Drittens, und das finde ich entscheidend in den Ärztekammer-Grundsätzen, müssten vor diesem Hintergrund die Ausführungen zum mutmaßlichen Willen ja ganz entscheidend und ganz sorgfältig ausformuliert sein. Das sind sie aber meiner Ansicht nach in den Richtlinien nicht. Es heißt dort, der Arzt soll aus den Gesamtumständen heraus ermitteln, Anhaltspunkte sollen die frühere Lebenseinstellung des Patienten sein, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und schweren Schäden. Dies reicht nach meiner Auffassung nicht aus. Der mutmaßliche Wille, so glaube ich, muss sich immer sehr konkret auf eine Äußerung beziehen, die mit dem Sterbeprozess in Verbindung steht. Es gibt in der Literatur auch Ausarbeitungen dazu. Sie müsste in einem zeitlich überschaubaren und inhaltlich eindeutigen Zusammenhang gefallen sein und sie müsste in einer diskursiven Kommunikation ermittelt werden zwischen Ärzten und Angehörigen und vor allen Dingen müsste dokumentiert werden, wie sie nachträglich festgestellt wird.

All das findet sich leider nicht in den Ärztekammergrundsätzen. Es fehlt sogar der Grundsatz in dubio pro vita, was ja eigentlich ein wichtiger Grundsatz wäre. Dieser Grundsatz ist in der Schlussformulierung leider ersetzt worden dadurch, dass in Zweifelsfällen die ärztlich indizierten Maßnahmen durchgeführt werden sollten, was immer darunter zu verstehen sein mag. Ich möchte noch einmal betonen, einzelne Vorschläge der Grundsätze sind absolut in Ordnung. Der Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen genauso wie auch die prinzipielle Ermöglichung der Absetzung von künstlicher Ernährung und Flüssigkeit in bestimmten Fällen. Die Dramatik besteht meiner Ansicht nach darin, dass diese drei Schritte, auf die ich aufmerksam gemacht habe, insgesamt durchgeführt werden und sozusagen in einer Kombination zur Anwendung kommen. Durch diese Kombination wird meiner Ansicht nach in den Grundsätzen eine Grenzüberschreitung auch in der Bundesrepublik vorprogrammiert. Das BGH-Urteil von 1994, das ja für einen Einzelfall gedacht war, wird durch die Ärztekammerrichtlinien oder Grundsätze zu einem Regelfall.

Deutlich wird dies im Übrigen dadurch, dass dort empfohlen wird, der gesetzliche Betreuer sollte für nicht einwilligungsfähige Menschen die Genehmigung für die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen, jetzt wörtlich, „im Vorfeld der Sterbephase“ beim Vormundschaftsgericht einholen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass ein Richter des Bundesgerichtes, nämlich Klaus Kutzer, heute zu einem der prominentesten Kritiker dieses Urteils zählt. Die Berufung auf den mutmaßlichen Willen, so sagt er heute, helfe bei Nichtsterbenden wie Wachkoma-Patienten überhaupt nicht weiter, denn entweder habe sich der Patient vorher eindeutig geäußert, dann ginge es nicht um den mutmaßlichen, sondern um den wirklichen Willen oder er habe sich nicht eindeutig geäußert, dann bestehe in der Regel kein Anlass anzunehmen, dass er, obwohl er nicht leidet, etwa durch Entzug der künstlichen Nahrung, getötet werden will. Wörtlich schreibt Kutzer heute sozusagen in der Diskussion zu dem Urteil: „Wenn die Gesellschaft solche Menschen nicht mehr ernähren will, ohne durch ein ausdrückliches oder wenigstens eindeutig interpretierbares Verlangen des Kranken dazu legitimiert worden zu sein, handelt sie nicht zum Wohle des Patienten, sondern nur zu ihrem eigenen Wohl“ (Klaus Kutzer, 2001 beim internationalen IPPWW-Kongress „Medizin und Gewissen“ in Erlangen). „Und dies ist entgegen der Aussage des Kemptener Falls“, heißt es dann weiter, „auch durch entsprechende allgemeine Wertvorstellungen

nicht zu rechtfertigen, sonst wäre die Folgerung unvermeidlich, dass schwerstbehindertes Leben von Rechts wegen weniger schutzwürdig ist als sonst, eine inhumane und grundrechtswidrige Schlussfolgerung“. Allein das müsste schon ausreichen, dass die Bundesärztekammer die Grundsätze noch einmal überdenkt.

Ich fasse meinen Standpunkt folgendermaßen zusammen: Weder der niederländischen Lösung noch der nachvollziehbaren Angst vor Schmerzen und vor einer übergriffigen Medizin, die hinter der großen Zustimmungsbereitschaft zur aktiven Sterbehilfe steht, kann man heute mit der Ausweitung im so genannten passiven Sterbehilfebereich wirkungsvoll begegnen. Vielmehr ist Folgendes zu fordern: Erstens, der Ausbau der Schmerzmedizin in Deutschland, zweitens, eine bessere finanzielle Absicherung und sozialpolitische Anerkennung der ambulanten und stationären Hospizarbeit und drittens, die Überprüfung und Überarbeitung eben jener Grundsätze der Bundesärztekammer, damit eine inhumane und grundrechtswidrige Schlussfolgerung in Deutschland auch wirklich ausgeschlossen bleibt. Danke.

Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Dr. Wunder. Meine Damen und Herren, Sie haben wirklich ein Wunder erlebt. Vier Referenten in knapp einer halben Stunde. Das ist einen Applaus wert.

Jetzt haben Sie das Wort. Lassen Sie mich nur kurz erklären, warum wir uns als Enquete-Kommission der modernen Medizin mit so alltäglichen Fragen befassen wie dem Arzt-Patienten-Verhältnis oder der passiven Sterbehilfe, gar nicht einmal so sehr mit dem faszinierend schrecklichen Modell aus den Niederlanden. Ich denke, diese Fragen haben insofern mit moderner Medizin zu tun, als die alten Bilder, die wir aus alten Romanen kennen, zum Beispiel aus den Buddenbrooks und dergleichen, immer weniger stimmen. Da lesen wir über das Arzt-Patienten-Verhältnis vom Hausarzt, der mit seinem Täschchen kam, wenn es dem Jungen nicht gut ging. Der saß dann am Bett wie im Struwwelpeter und verabreichte bittere Arznei. Dieses Bild stimmt in der modernen Medizin eben immer weniger.

Wir haben eine Praxis nicht nur in den Universitätskliniken, in der der Arzt immer mehr von nichthumanen Naturwissenschaften geleitet wird und in der das Arztbild sich durch die

Inanspruchnahme der Naturwissenschaften Physik, Chemie, Biologie im Verhältnis zu dem, was der Patient erlebt, völlig verändert hat. Die Kompliziertheit, die Technizität des therapeutischen und diagnostischen Vorgangs lässt den Arzt dem Patienten den Rücken zukehren, während er ein Bild durch das Licht – meinetwegen ein elektrisches Licht – betrachtet und den Patienten nicht ansieht. Gleichzeitig ist das, was auch am Ende des Lebens zu geschehen hat, anders geworden. Früher kam der Hausarzt, klappte irgendwann seine Tasche zu – ich kenne noch diese gewölbte Form der Arzttaschen – und sagte, jetzt hilft nur noch beten oder etwas ähnliches. Heute ist es so, dass der Arzt immer noch etwas machen kann. Das ist eben auch, wie ich häufig gesehen habe in einer älter werdenden Gesellschaft mit mehr Menschen in Todesnähe – ich sage es ruhig einmal so – eine Angstvorstellung. Jetzt haben Sie das Wort. Als Erste hat sich Frau Reichelt gemeldet.

Regina Reichelt: Ich wäre froh gewesen, wenn mein Kerngedanke schon von Ihnen erwähnt worden wäre. Da ich meinen Kerngedanken bisher nicht gehört habe, komme ich nicht umhin, hier zu sprechen. Der holländische Weg sei paradigmatisch auch für Deutschland. Man hat es im Verlauf der letzten Jahre hin und wieder von diesem oder jenem Verfechter einer uneingeschränkten Ausweitung von neuer Euthanasie vernehmen können. Nach allem, was ich in der rechtsmedizinischen, medizinrechtlichen und anderer Literatur zu finden vermag, fehlt es nicht an Indizien, die darauf schließen lassen, dass es nicht wenige profilierte Persönlichkeiten von Einfluss in diesem Lande gibt, die sehr intensiv danach streben, das Ziel, welches in Holland erreicht wurde, auch hier zu Lande zu erreichen. Man geht einen anderen Weg. Der Weg in Holland war charakterisiert dadurch, dass er für jeden erkennbar war. Es waren deutliche Schritte mit Steigerungen unverkennbar markiert. Hier zu Lande geht man sachte vor und leider für die Öffentlichkeit nur sehr schwer erkennbar. Erkennbar wohl für Eingeweihte, die aufmerksam die Entwicklung verfolgen, die die entsprechende Fachpresse lesen und sich untereinander verständigen.

Zur passiven Sterbehilfe sagte Herr Dr. Wunder, es sei zu beobachten, dass diese sich in westlichen Ländern mehr und mehr ausweitet. Ja, Herr Dr. Wunder, meinen Sie, das wäre hier zu Lande nicht ebenso? Nur, es wird nicht reflektiert, und das ist das Gefährliche. Dadurch entsteht eine Täuschung der Bevölkerung und werden solche Umfrageergebnisse möglich. Gerade ältere

Menschen haben noch gar keine Ahnung, in welche Gefahr sie heutzutage möglicherweise geraten, wenn sie sich einem Krankenhaus anvertrauen. Wir sind in einer Übergangsphase, der Übergangsphase von althergebrachten Maximen in dubio pro vita und als oberstes Gebot das Wohl des Patienten, zu dem, was hier schon charakterisiert wurde. Übergangsphasen haben es an sich, dass nebeneinander sowohl die eine Haltung anzutreffen ist, die noch den herkömmlichen Normen verpflichtet ist, als auch schon eine neue Haltung, bei der diese Normen verlassen wurden und neue Maximen handlungsleitend werden.

Die Verfechter der neuen Euthanasie, die kümmern sich nicht mehr um in dubio pro vita und die kümmern sich auch wenig um das Selbstbestimmungsrecht, um den Willen des Patienten. Sie verfechten andere Ziele und sie fühlen sich der Marktwirtschaft verpflichtet. Der Kunde als König, der Patient als Kunde, ja, solange es darum geht, ihn für das eigene Krankenhaus zu gewinnen, soweit er kommunikationsfähig ist. Aber ist er erst einmal drin, dann kann das Krankenhaus zur Falle werden. Ich sage „kann“. Es ist vom Zufall abhängig, so man nicht vorher recherchieren kann und sich erkundigen kann, in welchem Krankenhaus sind die Bedingungen für das für mich in Frage kommende Gebiet günstig. Welcher Professor leitet den Bereich, welche Auffassung hat der? Aber wer kann das schon?

Vorsitzende: Frau Reichelt, bitte kommen Sie zum Schluss.

Regina Reichelt: Es ist ungeheuer viel, was mich beunruhigt. Es kommt gar nicht so selten – ich könnte es anhand der Literatur nachweisen – zu unfreiwilliger Euthanasie in diesem Land; und das ist nun der zweite Umstand, der sehr stark beunruhigt: Es wird toleriert. Keine Aufsichtsbehörde fühlt sich verpflichtet die Sache zu thematisieren und keine Staatsanwaltschaft. Es wird toleriert, es wird akzeptiert und mehr noch, es gibt ein Urteil des Bundesgerichtshofs nach dem anderen, es gibt Landgerichtsurteile, in denen immer ein kleines Stückchen weiter zum Ausdruck gebracht wird, was heutzutage schon erlaubt ist. Die entsprechenden Paragraphen im Strafgesetzbuch, die sind schon lange nicht mehr handlungsleitend und brauchen von den Ärzten nicht gefürchtet zu werden. Das wissen die Ärzte, die diese neuen Normen anstreben. Es weitet sich eben alles immer mehr aus.

Was kann man dagegen als Betroffener tun? Man ist chancenlos. Wer hilft einem? Die Gesellschaft nicht. So, das andere lasse ich weg.

Vorsitzende: Ich werde jetzt versuchen, die Wortmeldungen zu diesem Thema ein bisschen zusammenzufassen. Als nächster hat sich Prof. Dr. Höffken gemeldet.

Prof. Dr. Klaus Höffken: Ich bin Direktor der Klinik für Innere Medizin, internistischer Onkologe, und beschäftige mich schwerpunktmäßig mit Krebs und Blutkrankheiten aus Sicht der Inneren Medizin. Ich habe einen Kommentar und eine Frage zu dem Impulsreferat von Herrn Dr. Wunder. Der Kommentar bezieht sich auf das Problem der aktiven Sterbehilfe. Genau wie bei anderen bioethischen Fragen fällt mir immer wieder auf, dass über die Alternativen so wenig diskutiert wird. Hier wäre ja die Alternative zur aktiven Sterbehilfe das von Ihnen genannte Optimieren von Schmerztherapie, aber nicht nur die Schmerztherapie. Die Palliativmedizin beinhaltet mehr als nur die Schmerztherapie. Die Ernährung, die gesamten Symptome, die ein Tumor erzeugen kann, müssen hier angesprochen werden. Das Zweite, was mich stört, ist, dass über den Missbrauch nie geredet wird, wenn es um solche Themen geht. Sie wissen alle, dass in der holländischen Erhebung herausgekommen ist, dass 1.000 Patienten ohne erklärten Willen getötet worden sind. Das muss man wissen, wenn man sich über diese Thematik unterhält, bis hin zu der überlegenswerten Argumentation, dass, wenn die aktive Sterbehilfe eingeführt würde in Deutschland, derjenige, der sie nicht fordert, einem Rechtfertigungszwang unterliegt. Sie haben es erwähnt, aber es sollte so deutlich gesagt werden, dass derjenige, der stirbt und keine aktive Sterbehilfe fordert, sich rechtfertigen muss vor der Gesellschaft, dass er ihr ökonomisch auf der Tasche liegt. So viel zu meinem Kommentar.

Die Patientenverfügung, also das so genannte Patiententestament, ist von Ihnen nicht erwähnt worden, vor allen Dingen im Hinblick auf die Ausweitung der so genannten passiven Sterbehilfe; vielleicht könnten Sie dazu noch etwas kommentierend sagen, inwieweit die Enquete-Kommission hier versuchen wird, in Zukunft eine Präzisierung dieser Patientenverfügungsproblematik herbeizuführen.

Vorsitzende: Vielen Dank. Ich habe vor, die Wortmeldungen – es sind noch zwei – zusammenzufassen und dann Herrn Dr. Wunder, aber auch den anderen, die sich dazu äußern wollen, hier auf dem Podium das Wort zu geben. Als Nächste ist Frau Dr. Oorschot an der Reihe.

Dr. B. van Oorschot (1. stellv. Vorsitzende Förderverein HOSPIZ Jena e.V.): Ich komme vom Hospizverein und mehr von Seiten der praxisorientierten Ethik. Mir hat das sehr gefallen; auch die Forderung nach einer Ausweitung der Palliativmedizin. Es ist eine Enquete-Kommission für Ethik und Recht der modernen Medizin eingesetzt worden und wir haben heute Morgen auch schon einiges besprochen. Ich denke, dass ein großer Handlungsbedarf besteht im Hinblick auf die Umsetzung von Palliativmedizin und Hospizbewegung. Ich würde gern noch einmal konkret hören, was Sie sich vorstellen können, wie man bei der Finanzierung ambulanter Hospizarbeit weiterkommen kann und ob es aus Ihrer Sicht auch Möglichkeiten gibt, gerade für uns hier in Thüringen mit nur einer Palliativstation für die 2,5 Millionen Thüringer und ohne stationäres Hospiz etwas Konstruktives zu tun.

Vorsitzende: Es gibt jetzt auf dem Podium ein dringendes Mitteilungsbedürfnis. Entgegen meiner ursprünglichen Annahme hatte ich auch nur noch diese eine Wortmeldung zum Thema. Herr Dr. Wunder, bitte.

Sachverständiger Dr. Wunder: Ich bin konkret nach den Alternativen gefragt worden. Ich möchte noch einmal meine Hauptthese benennen: Ich glaube, wir bekommen diese große Zustimmungsbereitschaft zur Einführung der aktiven Sterbehilfe, wie sie sich in Umfrageergebnissen ausdrückt, ernsthaft in dieser Gesellschaft nur dann bearbeitet, wenn wir die dahinter stehenden Ängste und Sorgen der Menschen ernst nehmen. Dabei geht es um ein ganzes Bündel von Ängsten. Deshalb ist die Diskussion nur über die Alternativen zu lösen und nicht darüber, ob man mit irgendwelchen Modifikationen das holländische Modell bei uns einführen könnte. In diesem Punkt stimme ich Ihnen völlig zu. Es ist so, dass die Niederländer in der Situation, in der sie eigentlich hätten aufklären müssen, woher diese 1.200 Fälle im Jahr ohne persönliche Zustimmung oder Willensäußerung kommen, wieso diese aktive Euthanasie auf der

persönlichen Zustimmunggrundlage immer in die aktive nicht eingewilligte Euthanasie übergeht in der Gesellschaft. An der Stelle haben sie das Gesetz erweitert oder haben die Strafaussetzung zu einem Gesetz erklärt. Das ist etwas, was wir natürlich aus unserem Land heraus nur mit Kopfschütteln verfolgen. Deshalb wäre es fatal, wenn dieser Konsens in der Politik, die holländische Lösung in keinem Fall in Deutschland einzuführen, in irgendeiner Form langsam aufgeweicht würde, weil man mürbe wird. Und man wird mürbe, glaube ich, wenn man die Palliativmedizin und die Hospizbewegung nicht wirklich in den Mittelpunkt der Diskussion stellt.

Natürlich habe ich nur allgemeine Hinweise gegeben. Außerdem habe ich das hier eher als Person gesagt, nicht als Mitglied der Enquete-Kommission. Aber jetzt spreche ich einmal für die gesamte Enquete. Wir haben als Kommission dieses Thema, das wir als einzelne Personen sehr ernst nehmen, bisher nicht wirklich diskutiert. Ich prophezeie, dass wir das im Grunde genommen auch nicht mehr hinbekommen, weil wir – wie Sie auch aus anderem Zusammenhang wissen – beladen sind mit den ganzen aktuellen Themen wie Stammzellforschung, Pränataldiagnostik, Präimplantationsdiagnostik usw. Ich stimme Ihnen zu, dass die Alternativen das Wichtigste sind und dass die Palliativmedizin ein Thema ist, das eigentlich in den Mittelpunkt nicht nur der Ärztetage, sondern der öffentlichen Diskussion gehört. Ich stimme Ihnen zu, dass die Patientenverfügungen ein wichtiger Fortschritt sind. Ich hoffe, ich habe Sie da richtig verstanden. Ich finde da die Ärztekammergrundsätze auch ausgesprochen gut, weil sie doch mit Bedacht folgenden Satz sagen: „Es muss stets geprüft werden, ob die Verfügung, die eine Behandlungsbegrenzung erwägen lässt, auch für die aktuelle Situation gelten soll.“ In diesem kleinen Sätzchen findet sich im Grunde genommen die ganze Diskussion von zehn Jahren wieder. Natürlich ist es gut, wenn der persönliche Wille des Patienten auch zeitlich versetzt feststeht, nämlich durch eine eindeutige Patientenverfügung. Aber natürlich ist das Hauptproblem, ob sie auch in der aktuellen Situation tatsächlich die Situation und die Entscheidungskomponenten trifft, die in dieser Lage für den Patienten oder die Patientin wichtig sind. Das ist das Problem. Von daher sind die Ärztekammer-Grundsätze ausgesprochen positiv zu bewerten, weil sie sagen, dass das eine wichtige Grundlage ist, an die der Arzt sich halten muss; dass aber hier zum Beispiel nicht die Forderung erhoben wird, dass das zum gesetzlichen eindeutigen nachzuvollziehenden Willen erklärt wird. Das würde die Ärzte nämlich in eine Richtung drängen, dass sie jedes und alles

kunden- oder bedienungsmäßig erfüllen müssen, was häufig überhaupt nicht geht, weil die Situationen sich in der Praxis anders darstellen. Außerdem unterschreiben gesunde Patienten oder gesunde Menschen, wie wir hier alle, alles Mögliche, um ja nicht leiden zu müssen, zumindest im Hinblick darauf, was wir als gesunde, junge Menschen darunter verstehen.

Ich bin gefragt worden, wie die Vorstellungen zur Hospizbewegung aussehen. Ich lerne von heute Vormittag unter anderem, dass der Bundesratsentwurf nicht ausreichend ist von seiner finanziellen Ausstattung her. Wenn man die ambulante Hospizarbeit so unterfinanziert, wie es jetzt vielleicht gesetzlich durchkommt, man eine Minderqualität schafft und die Koordinatoren so schlecht finanziert, dass sie nicht professionell ausgebildet sein können, stellt man damit die ganze ambulante Hospizarbeit unter ein großes Fragezeichen. Da müsste politisch noch einmal diskutiert werden, denn darin verbirgt sich eine Zeitbombe. Man kann nicht über demographischen Wandel sprechen und über das Problem Holland, wenn man nicht wirklich an dieser Basis etwas verändert. Die ambulante Hospizarbeit ist einer der wesentlichen Hebel, um die Situation wirklich zu verbessern. Deshalb finde ich das politisch eminent wichtig.

Ein Punkt kommt hinzu, da ist unsere Kommission nicht direkt zuständig, da kommt die Enquete-Kommission ins Spiel, die sich mit dem Ehrenamt (Enquete-Kommission Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements) befasst. Es handelt sich um einen Punkt, der bisher zu wenig diskutiert worden ist. Wir haben heute Morgen von Ihnen gelernt, dass zwischen Ost und West zu unterscheiden ist, dass die Probleme verschieden sind. Ich muss ehrlich gestehen, dass mir das nicht so klar war, aber ich es mit offenen Ohren heute Morgen aufgenommen habe. Gleichzeitig dürfen wir nicht verkennen, dass diese Gesellschaft auf Ehrenamt und Freiwilligenhilfe angewiesen ist und zwar in vielen Bereichen und dass die Politik das ernster nehmen muss.

Abgeordneter Hüppe (CDU/CSU): Ich erteile Herrn Dr. Wodarg das Wort, der eine Anmerkung machen möchte.

Abgeordneter Dr. Wodarg (SPD): Ja, es geht um die finanziellen Möglichkeiten, die Palliativmedizin zu stärken. Eine Bemerkung vorher noch zum Ehrenamt. Das hat mich heute

Morgen auch am meisten beeindruckt, dass das Ehrenamt und die Wahrnehmung des Ehrenamtes in der Bevölkerung sehr stark abhängig ist von der Arbeitslosigkeit. Obwohl das eigentlich selbstverständlich ist, ist das in der Politik und in der Diskussion bisher nie so deutlich geworden. Ich hoffe, dass die zuständige Enquete-Kommission eine Lösung findet, wie man mit den unterschiedlichen Voraussetzungen in Sachen Ehrenamt umgehen kann. Das halte ich für sehr wichtig, besonders für die neuen Länder.

Ich wollte aber sagen, wie es geschehen kann, dass wir die Palliativmedizin ausreichend alimentieren, dass es genügend Geld gibt für diese sinnvolle Versorgung. Dazu vielleicht vorab: Es wird in den letzten sechs Lebensmonaten sehr viel Geld ausgegeben für Sterbenskranke. Dieses Geld wird häufig falsch ausgegeben, auch in Deutschland und nicht nur in Amerika. Das heißt, es werden Dinge gemacht, von denen die Beteiligten eigentlich wissen, dass sie Blödsinn sind. Man will den Tod nicht wahrhaben, will noch alles machen, will den Eindruck erwecken, es brauche nur ein Simsalabim und macht manchmal sogar Dinge, die Nebenwirkungen haben, die den Patienten leiden lassen, unnötig leiden lassen. Dieses zu evaluieren und hier nachzusehen, das halte ich für eine Pflicht, die wir haben. Daran sollten die Krankenkassen auch ein Interesse haben, die das alles bezahlen müssen.

Wenn wir hier eine Effizienz haben wollen, dann wäre es gut zu überlegen, wie wir die Ansätze, die es in Deutschland überall gibt, fördern. Es gibt hier in Jena Ansätze, es gibt in Flensburg Ansätze und in München auch. Es gibt aber in ländlichen und städtischen Regionen unterschiedliche Ansätze, Palliativmedizin zu organisieren. Es gibt Supervision für niedergelassene Ärzte. Es gibt Hospize, die in die Umgebung ausstrahlen mit zusätzlichen Laienhilfen. Es gibt da wirklich sehr viele verschiedene Möglichkeiten. Wir haben keine allgemein gültigen Kriterien, keine allgemein gültigen anerkannten Leitlinien für Palliativmedizin jedenfalls nicht so, dass die für alle gültig und verbindlich wären. Wenn wir jetzt daran denken, dass wir für bestimmte Krankheiten, für bestimmte Krankheitsbilder Anreize für die Krankenkassen schaffen wollen, und zwar Krankheitsbilder, um die sich die Krankenkassen nicht so gerne kümmern, weil es sich um chronisch Kranke handelt, die teuer sind, dann sollten wir auch an die Palliativmedizin denken.

Wir planen jetzt im Rahmen der Reform des Risikostrukturausgleiches einen Ausgleich zwischen den Krankenkassen, die sich Rosinen herauspicken und die gesunden Versicherten versichern und den anderen, bei denen die Kranken und die chronisch Kranken hängen bleiben. Das Problem kennen wir, glaube ich, alle. An dieser Stelle haben wir die Möglichkeit, einen Fonds zu bilden, der von allen Krankenkassen gespeist wird und die qualitätsgesicherte Behandlung derjenigen finanziert, die keiner haben will. Dann lohnt es sich für die Krankenkassen, wenn sie sich um diese chronisch Kranken, um die Schwerkranken kümmern, weil sie es aus einem anderen Topf finanziert bekommen. Das wäre eine Möglichkeit für die Palliativmedizin, in die Reihe dieser Diagnosen aufgenommen zu werden. Bis jetzt sind es sieben Diagnosen, die dort genannt sind. Dazu gehören Brustkrebs, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Diabetes usw. Bisher werden sieben Krankheiten genannt. Es wäre an der Palliativmedizin selbst, zu sagen, wir können das leisten, wir hätten Kriterien, wir hätten eine Leitlinie, nach der man die Qualität der Palliativmedizin beurteilen kann, so dass sie hier eingegliedert werden kann. Das wäre eine gute Lösung.

Abgeordneter Hüppe (CDU/CSU): Ich habe jetzt das Problem, dass es drei weitere Wortmeldungen auf dem Podium gibt, ich aber gleichzeitig jede Menge blauer Zettel habe mit Wortmeldungen aus dem Publikum. Ich werde deshalb dazu übergehen, mehrere Wortmeldungen hintereinander zu nehmen. Herr Dr. Kloiber zieht zurück. Dann haben Herr Dr. Seifert und Herr Prof. Dr. Luther das Wort. Ich bitte darum, sich kurz zu fassen, damit die Veranstaltung auch wirklich ein Dialog bleibt.

Abgeordneter Dr. Seifert (PDS): Ich will mich zu zwei Punkten äußern, die beide etwas mit dem Menschenbild zu tun haben. Erstens zur Frage der Hospizfinanzierung: Es ist heute Vormittag vorgeschlagen worden, eine Mark pro Versichertem aufzuwenden. Das wäre dann eine Finanzierungsvariante analog zu der Regelung im SGB V, um Selbsthilfegruppen zu organisieren und finanzieren. In Wirklichkeit funktioniert das nicht. Im vergangenen Jahr sind nach unterschiedlichen Aussagen 17 bis 22 Pfennig ausgegeben worden, was natürlich zu wenig ist. Jetzt müssten wir darauf achten, dass es nachher nicht heißt, da werden die einen gegen die anderen ausgespielt. Die Hospize brauchen diese Mark und nicht nur einen Teil der Mark und die

Anderen, die Selbsthilfegruppen, brauchen die Mark natürlich auch. Es ist wichtig, dass nicht die eine Gruppe gegen die andere ausgespielt wird. Das ist ja ein beliebtes Spiel innerhalb der Politik.

Aber ich will noch etwas anderes sagen. Das ehrenamtliche Engagement innerhalb der Hospizbewegung ist ein unglaublich wichtiges Moment. Aber es darf nicht zum Ausfallbürgen für etwas werden, das eigentlich eine Pflicht der Gesellschaft ist. Das haben wir ja in anderen Bereichen des Ehrenamtes auch, dass bestimmte Dinge, die unbedingt gemacht werden müssen, nicht mehr bezahlt werden unter der Überschrift: Macht das doch ehrenamtlich! Das ist Missbrauch. Ich finde, das muss man deutlich sagen. Die Menschen, die aus Not ins Ehrenamt gehen, weil sie keine andere Arbeit finden, kann man nicht damit abspeisen, dass wir sagen: „Ihr seid wirklich tolle Hechte.“ Die müssen ihre Miete bezahlen. Ich will ausdrücklich sagen: Es geht nicht um Ausfallbürgen für andere Dinge.

Was Sie gesagt haben, hat mir sehr gut gefallen, der Hinweis darauf, dass wir keinen Rechtfertigungsdruck zulassen dürfen, dass sich niemand dafür rechtfertigen muss, dass er noch lebt oder, noch unverschämter, dass er weiterleben will, obwohl er chronisch krank, behindert oder was auch immer ist. Wenn wir zu dieser Fragestellung kommen, ausgesprochen oder unausgesprochen, dann leben wir in einer anderen Welt als der bisherigen, dann haben wir ein anderes Menschenbild als das bisherige. Insofern finde ich es unglaublich wichtig, über die Grundfragen zu reden. Wie verstehen wir uns und sehen wir einer genormten Welt entgegen?

Ich finde wichtig darauf hinzuweisen, dass es im Alltagssprachgebrauch chronisch kranke Menschen, behinderte Menschen und normale Menschen gibt. Was in aller Welt bitte ist die Norm für Mensch? Ich gehe davon aus, wenn wirklich jemand die Norm aufschreiben würde, keiner von uns hier im Saal würde darunter fallen, irgendetwas wäre anders als es der Norm entspräche. Wenn wir von diesem Denken wegkommen und sagen, normal ist, was da ist, dann werden wir auch diesem Rechtfertigungsdruck nicht ausgesetzt und dann brauchen wir uns auch keine Gedanken zu machen, ob unser Menschenbild irgendeinem Schönheitsideal entspricht, sondern dann nehmen wir uns, wie wir sind und finden die Abweichung von irgendeinem Durchschnitt gerade das Liebenswerte an uns, auch bis in die Sterbephase hinein.

Abgeordneter Hüppe (CDU/CSU): Ich rufe die vier nächsten Wortmeldungen auf. Als nächstes ist Frau Arenhövel an der Reihe, danach Herr Prof. Jorke.

Johanna Arenhövel (MdL, CDU): Ich bin Vorsitzende einer Enquete-Kommission im Thüringer Landtag. Wir befassen uns mit Grenzfragen und der Bewahrung der Würde menschlichen Lebens in Grenzsituationen. Ich freue mich, dass die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages hier in Jena tagt, und dass wir miteinander ins Gespräch kommen. Ich hoffe sehr, dass sich die Arbeit der beiden Enquete-Kommissionen gegenseitig ergänzen möge und dass auch diese Veranstaltung heute diesem Ziel dient. Als Landespolitiker befassen wir uns vor allen Dingen mit den Fragen in Bildung und Wissenschaft, denn hier sind wir originär zuständig. Es gibt natürlich Bereiche, die in die Bundespolitik hinein ragen angesichts der großen Herausforderungen und angesichts dessen, was heute möglich ist an medizinischem Fortschritt. Damit wachsen natürlich auch die Herausforderungen für die Mediziner.

Wir haben uns gefragt, inwieweit sind denn die Ärzte selbst diesen Fragen gewachsen und welche Rolle spielt das in der Ausbildung der Mediziner. Gerade über die ethische Komponente und das Fach Ethik haben wir lange diskutiert. Wir sind zu der Auffassung gekommen, dass es sich um ein sehr wichtiges Fach handelt, das unbedingt verstärkt in der medizinischen Ausbildung nicht nur angeboten werden muss, sondern dass unserer Auffassung nach auch geprüft werden sollte. Wir würden Sie auf der Bundesebene bitten, das mitzunehmen, sich die Approbationsordnung einmal anzusehen und uns vielleicht zu sagen, wie Sie dazu stehen und ob hier etwas möglich ist.

Mich hat die Diskussion hier in Jena sehr stark innerlich beschäftigt. Ich bin von Beruf Altenpflegerin und habe als Mutter von vier Kindern sowohl mit dem Beginn als auch mit dem Ende des Lebens sehr viel zu tun gehabt. Ich denke, wir leben in einer Gesellschaft, die sich stärker mit diesen Fragen um Leiden, Schmerz und Tod auseinander setzen sollte, die das nicht an den Rand drängen darf. Wir müssen alle begreifen, dass das Dinge sind, die in unserem Leben mit dazu gehören; und dass wir uns in einem humanen Sinne dafür einsetzen. Dafür möchte ich hier werben: im Zweifel für das Leben. Ich hoffe, dass uns das gemeinsam gelingt.

Abgeordneter Hüppe (CDU/CSU): Vielen Dank. Als nächstes hat Herr Prof. Jorke das Wort und danach Herr Prof. Elsner.

Prof. Dr. Jorke (Friedrich-Schiller-Universität, Bundesärztekammer, Hospiz-Verein): Ich bin emeritierter Internist und wenn Sie so wollen, als Vorgänger von Herrn Höffken, der vorhin gesprochen hat, auch onkologisch tätig gewesen. Zunächst eine Frage an Herrn Prof. Dr. Luther: Herr Luther, Sie haben sich selbst aus Ihrem Buch zitiert, das wir natürlich gut kennen, und wir haben sehr bedauert, dass es so wenig Breitenwirkung in der Praxis unserer Medizin hat. Es stehen natürlich auch einige Bemerkungen darin, die wir heutzutage so nicht mehr nachvollziehen wollen, das ist zeitbedingt. Aber meine Frage an Sie: Sie haben mit Recht darauf hingewiesen, dass die Selbstbestimmung auch zur Selbstverwahrlosung führen kann. Aber wie wollen Sie das verhindern? Das Rezept, das wir früher kannten, dass der ABV – der Abschnittsbevollmächtigte – den Obdachlosen auf der Straße aufflas und damit aus der Öffentlichkeit entfernte, das kann es ja wohl nicht sein. Also, diese Frage ist praktisch ungelöst.

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Tanner: Herr Prof. Dr. Tanner, Sie haben das Vertrauensverhältnis oder das Vertrauen als Grundlage des Arzt-Patienten-Verhältnisses herausgestellt. Vertrauen kann sich eigentlich nur zwischen Mensch und Mensch also zwischen Arzt und Patient herstellen. Aber besonders in den Kliniken haben wir es mit der Arbeitsteilung in der Medizin zu tun. Das ist ein großes Problem. Der Patient wird aufgenommen und geht durch die diagnostische Mühle. Unter Umständen ist da der Röntgenologe, der Endoskopiker usw. Jeder hat seinen Befund, jeder gibt eine Teilinformation an den Patienten ab. Aber wer ist dann die Vertrauensperson? Das ist ein großes Problem, das viel zu wenig verbalisiert und diskutiert wird. Denn wenn wir wirklich dieses Vertrauen als Grundlage des Arzt-Patienten-Verhältnisses herstellen wollen, dann müssen wir dieses Problem angehen.

Meine letzte Frage an Herrn Dr. Wunder: Sie haben eine gewisse Kritik an der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe geübt. Ich bedauere es sehr, dass Herr Prof. Dr. Eggert Beleites, der der verantwortliche Autor oder Redakteur dieser Richtlinie ist, heute nicht hier ist. Er

wäre befugt, eine Antwort zu geben. Ich weiß von ihm – ich bin ein bisschen beteiligt an diesen internen Diskussionen – dass alle die Dinge, die Sie aufgeführt haben, durchaus diskutiert worden sind, auch in der Bundesärztekammer im jeweiligen Gremium. Ich kann dazu im Detail nichts weiter sagen, aber ich hätte mich gefreut, wenn Sie im Anschluss daran noch einmal expressis verbis darauf hingewiesen hätten, dass es eine Stellungnahme der Bundesärztekammer gibt zur Patientenverfügung. Sie ist sehr ausführlich als eine Anleitung für Ärzte aber auch für Laien angelegt ausdrücklich nicht mit einer fertigen Rezeptur. Da ist nicht so ein Formblatt, in das man nur noch Kreuze zu machen braucht, angehängt, sondern hier muss man sich wirklich in die Problematik hinein denken. Es ist die Freiheit für den Arzt und für den Patienten im Sinne der Autonomie des Einzelnen, des Menschen, des Individuums, seine besonderen Belange dort hinein zu schreiben. Es wird auch klar gesagt, auf was man achten soll, dass man nicht zu pauschale Formulierungen benutzt, also nicht erklärt, ich will nicht an Schläuche, sondern genau sagt, was man will und was man nicht will und bis zu welchem Zeitpunkt man was will. Inzwischen gibt es ja genügend Möglichkeiten sich zu informieren, ob man zu den jeweiligen Landesärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen geht oder ob man zum Hospiz geht, man kann sich beraten lassen. Ich denke, dass wir von der Patientenverfügung als einer wesentlichen Hilfe bei diesen schwierigen Problemen in der Bevölkerung sehr viel mehr Gebrauch machen sollten. Danke schön.

Prof. Dr. Peter Elsner (Friedrich-Schiller-Universität Jena, Dermatologie): Medizinethik ist nicht nur am Anfang des Lebens und am Ende in Extremsituationen von Bedeutung, sondern sie findet im täglichen Arzt-Patienten-Kontakt statt. Insofern bin ich Herrn Dr. Kloiber dankbar, dass er das Thema „Patient als Kunde“ angesprochen hat. Ich glaube, da spricht er vielen Ärzten aus der Seele. Als wir uns für diesen Beruf entschieden haben, haben wir nicht daran gedacht, Gewerbetreibende zu werden, sondern wir haben das aus ethischen Gründen getan.

Es schien mir in Ihren Ausführungen die Motivationslage nicht so ganz klar herausgearbeitet zu sein und ich möchte den Finger in die Wunde legen. Haben wir nicht diese Diskussion über den Patienten als Kunden und das „Verkaufen“ von ärztlichen Leistungen seitdem insbesondere das ambulante Gesundheitswesen durch die Budgetierungspolitik in eine solche Enge getrieben worden ist, dass viele Kolleginnen und Kollegen gerade hier in den neuen Bundesländern mit dem

Rücken an der Wand stehen und verständlicherweise nach Alternativen suchen? Wichtige Leistungen wie beispielsweise die Hautkrebsvorsorge, die seit Jahrzehnten von den Fachärzten gefordert wird, sind nicht Teil der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Sollen diese Untersuchungen dann ganz unterbleiben oder soll der Arzt sagen, ich biete sie an, in dem Fall außerhalb der Versicherung als eine private Leistung? Damit wird der Arzt zum Gewerbetreibenden, zum Unternehmer.

Ich möchte eine ganz bedauerliche Entwicklung in diesem Zusammenhang nennen: Seit März dieses Jahres macht uns Bundesfinanzminister Eichel zum Gewerbetreibenden, denn unsere gutachtlichen Äußerungen für die Krankenversicherung, für die Rentenversicherung, die bisher als Teil eines freien Berufes gewertet wurden, sind nun plötzlich als Gewerbeleistungen der Mehrwertsteuer unterworfen. Auch hier, denke ich, ist ein Appell an die Politik zu richten, sich einmal zu überlegen, wie das alles zusammen passt.

Vorsitzende: Herr Prof. Deufel ist der Nächste. Danach folgt wieder eine Antwortrunde auf dem Podium.

Prof. Dr. Deufel (Friedrich-Schiller-Universität Jena, Medizinische Fakultät): Ich vertrete hier am Uniklinikum die Labormedizin. Aus dieser Perspektive möchte ich direkt anknüpfen an die Frage, ob es neuer rechtlicher Festlegungen bedarf, die das Arzt-Patienten-Verhältnis allgemein und speziell den Umgang mit medizinischer Information regeln. Es stellt sich die Frage, ob es für das, was notwendige ärztliche Neugier an Patienten-Informationen erhebt, rechtlicher Festlegungen bedarf. Ein zusätzliches Motiv dafür, dies jetzt zu fragen, ist eine Frage, die in Ihrer Diskussion bislang nicht angeschnitten worden ist, die aber auch eins Ihrer Themen ist. Es handelt sich um die Frage im Zusammenhang mit gendiagnostischen Leistungen, inwieweit Diagnostik mit dem Vertrauen des Patienten noch durchgeführt werden kann.

Es ist ganz klar geworden, Herr Prof. Jorke hat noch einmal darauf hingewiesen, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis sich allein deswegen geändert hat, weil die Medizin sich als arbeitsteiliges Fach soweit entwickelt hat, dass es keine direkte personale Beziehung von einem Patienten zu

einem Arzt mehr gibt. Es sind mehr Personen geworden, sie interagieren und die Mittel sind andere geworden, mit denen wir ungleich mehr Informationen erheben. Gerade mein Fachgebiet steuert täglich sehr viele dieser Informationen bei. Die grundsätzliche Einigkeit zu sagen, wenn das ganze Prozedere beim Arzt unter den Regeln ärztlicher Kunst und ärztlicher Schweigepflicht stattfindet, sei alles geregelt, denke ich, ist zunehmend weniger tragfähig wegen der Interaktion verschiedener arbeitsteilig am Patienten wirkender Ärzte. Vor allem ist immer weniger klar, wann der Zeitpunkt erreicht ist, an dem eine medizinische Information etwas ist, das den persönlichen Bereich des Patienten berührt und sein Recht auf informationelle Selbstbestimmung hier wirklich wahrzunehmen ist.

Drei Punkte will ich als Fragen dazu an Sie zurückgeben. Erstens: Ist sichergestellt oder muss künftig die Gesetzgebung sicherstellen, dass dieses Erheben medizinischer Information - verschärft stellt sich diese Frage im Fall der prädiktiven medizinischen Information, der prädiktive Diagnostik allgemein - tatsächlich im ärztlichen Verantwortungsbereich bleibt? Wir erleben gerade im Bereich der Gendiagnostik zum Beispiel das Eindringen von kommerziellen Anbietern in diesen Rahmen. Wie ist sicherzustellen, dass hier wirklich ein Arzt-Patient-Vertrauensverhältnis geschützt wird und nicht andere Regeln angewendet werden, die mit dem Patienten als Kunden zu tun haben?

Zweitens: Wie ist sicherzustellen, dass der Arzt daran gebunden ist, seinen Wunsch nach Informationen strikt daran zu orientieren, dass medizinische Fragen und Probleme des Patienten behandelt werden und nicht den wissenschaftlichen Möglichkeiten Rechnung getragen wird, der berechtigten Neugier eines Arztes, der sich über seinen Patienten medizinisch orientieren möchte?

Drittens: Wie ist sicherzustellen, dass wir hier die richtige Hierarchisierung der Problemstellung erhalten? Ich bin etwas beunruhigt, dass wir dieses Problem heutzutage diskutieren unter dem Gesichtspunkt der Möglichkeiten der Gendiagnostik, die sicher ein Extrembeispiel einer prädiktiven Diagnostik aus dem Status der Gesundheit heraus darstellt. Ich bin etwas besorgt, dass die gleiche Ausgangslage bei allen anderen medizinischen diagnostischen Verfahren für prädiktive Diagnosen herrscht, der Schutz der Patienten hier aber unter Umständen eher vermindert wird, wenn wir

Regelungen treffen, die sich nur auf die Gendiagnostik beziehen. Wie stellen wir sicher, dass im Zuge der abzusehenden gesetzlichen Regelungen – wie ich ja hoffe – nicht nur ein Teilbereich geschützt wird, sondern der gesamte Bereich der ärztlichen diagnostischen Leistung, insbesondere der prädiktiven diagnostischen Leistung? Wie stellen wir sicher, dass das Vertrauen der Patienten in einen vernünftigt sichernden rechtlichen Rahmen gewährleistet wird?

Vorsitzende: Dabei soll man nicht vergessen, dass Sie auf das Problem der Vertrauensgewinnung bei arbeitsteiligen medizinischen Leistungen hingewiesen haben, was sicherlich ein Problem der modernen Medizin ist. Sie befinden sich damit auf dem klassischen Arbeitsgebiet der Enquete-Kommission.

Sachverständiger Prof. Dr. Tanner: Ich will diesen Ball aufnehmen. Es ist eine Grundfrage, welche Medizin wir von der Zielsetzung her wollen. Probleme liegen offensichtlich auf der Hand, wie hier beschrieben wurde, wenn Sie Arbeitsteilung haben und die Datenverarbeitung es ermöglicht, eine elektronische Patientenakte zu führen, der operierende Arzt mit dem aufnehmenden Arzt nichts mehr zu tun hat. Deshalb habe ich betont, dass natürlich hochgradig differenzierte Kommunikationsabläufe in den Kliniken vorhanden sind. Die Frage ist: Kann man die überhaupt noch steuern und wie kann man sie steuern? Es ist nach wie vor so, dass ein Aufnahmegespräch von den Ärzten geführt wird oder ein Abschlussgespräch. Es ist meines Wissens auch immer noch so, dass ein Abschlussbrief geschrieben werden muss, der an den weiter behandelnden Arzt geht. Insofern gibt es noch Verantwortlichkeiten, an denen man ansetzen kann, auch wenn es technisch schwieriger wird. Ich glaube, man kann gegen steuern.

Ich darf Herrn Dr. Wodarg zitieren, der am Anfang der Arbeit unserer Enquete-Kommission gesagt hat: „Moderne Medizin ist nicht nur High-Tech-Medizin, nicht nur Apparateentwicklung, sondern moderne Medizin bedeutet auch soziale Innovation.“ Die moderne Technik fordert gerade eine neue Strukturierung von Kommunikationsabläufen. Wenn man das ernst nimmt, dann gehört zur Mediziner Ausbildung dazu, der Umgang mit und die Sensibilität für Kommunikationsabläufe. Deswegen habe ich gesagt, sie müssen im Team sehr viel mehr arbeiten und können die permanenten Rivalitäten nicht gebrauchen. Wo Sie sie haben, haben sie einen enormen Verlust,

auch ökonomisch. Das lässt sich momentan gar nicht validieren. Aber wenn sie eine diagnostische Abteilung haben, die unzuverlässig arbeitet oder sie den Röntgenbildern hinterher telefonieren müssen, existieren eine Menge reale Probleme, über die gar nicht geredet wird. Es geht um Kommunikationsmanagement, Kommunikationsabläufe und vor allem um persönliche Kompetenz. Die Notwendigkeit des Gesprächs wird durch die moderne Technik nicht geringer, sondern im Gegenteil, das Gespräch wird sehr viel wichtiger. Auch der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin, die nun zehn Möglichkeiten der Therapie hat, muss in einem Prozess mit dem Patienten oder der Patientin zu einer Entscheidung kommen. Das setzt Gesprächsfähigkeit voraus. Ich weiß, dass viele Mediziner und Medizinerinnen unter den strukturellen Bedingungen das Mögliche tun. Wenn die Personalschlüssel nicht stimmen, wenn die Ausstattung nicht stimmt, wenn die Kommunikationskompetenz als Leistung nicht anerkannt ist, werden wir an diesem Punkt eine Technisierung bekommen.

Zum Umgang mit medizinischer Information und zur Gendiagnostik: Es gibt in der Enquete-Kommission eine eigene Arbeitsgruppe, die sich damit beschäftigt. Wir haben ein Gutachten vergeben, in dem die Frage nach den Eigentumsrechten an biologischem Material verfassungs- und zivilrechtlich durchleuchtet worden ist. Es scheint juristisch eine große Grauzone zu sein. Ich erlebe in der Ethik-Kommission in der medizinischen Fakultät, dass Leute, die nur forschungsorientiert sind, überhaupt kein Problem haben, alles auszuwerten. Wir haben ja eine soziologische Verschiebung in den Berufsgruppen. Durch die moderne Medizin und deren Diagnostik werden die Biologen sehr viel wichtiger. Die Mediziner treten in den Hintergrund. Die Mediziner haben aber noch ihren eigenen Berufsethos. Für die Biologie gibt es – das ist kein kritisches Wort über die Biologie – einen anderen Zugang. Hier ist eine neue Diskussion und sind rechtliche Regelungen notwendig. Aber in dem Bereich zeichnet sich ab, dass es politisch Konsens ist, dass hier etwas gemacht werden muss und gemacht werden kann. Vielen Dank.

Sachverständiger Dr. Kloiber: Ich möchte gerne ein paar der Aspekte ansprechen, die genannt worden sind und versuche, mich sehr kurz zu fassen. Zur Sterbehilfe muss man sagen – auch wenn ich emotional nah bei Ihnen bin – wir haben Zielkonflikte zusammenzubringen gehabt. Es war ein langer Diskussionsprozess, der dann zu den Richtlinien, zu den Empfehlungen geführt hat.

Wir sprechen übrigens von Sterbebegleitung, weil wir aus diesem Dilemma heraus wollen, in aktive und passive Sterbehilfe zu trennen. Wir sprechen von Sterbebegleitung und wir sehen diese Aufgabe immer als eine aktive Aufgabe des Arztes an, die er in der Zuwendung zum Patienten zu geben hat. Herr Prof. Jorke hat ganz richtig ergänzt: Die Empfehlung steht nicht allein da wie ein Solitär, sondern ist in ein Gefüge von anderen Empfehlungen und Richtlinien eingebettet, die ebenso zu berücksichtigen sind. Unter der Leitung von Herrn Prof. Beleites, Präsident der Thüringischen Ärztekammer, ist ein langer Diskussionsprozess geführt worden, der zu diesen Empfehlungen geführt hat, die den Konsens abbilden, den wir finden konnten. Dieser Konsens ist natürlich geprägt worden durch die Rechtsprechung, die uns nicht in allen Fällen gefallen hat. Aber auch Ärzte haben sich an die Gesetze und die Rechtsprechung zu halten; das kann man nicht einfach ignorieren und wir mussten daraus die Essenz bilden von dem, was wir dachten, was für den Arzt wichtig und richtig ist.

Wenn wir feststellen würden, und da kommt es auf die einzelne Äußerung eines ehemaligen Bundesrichters nicht so sehr an, dass es auf der Grundlage dieser Richtlinien zu Unmenschlichkeit kommt, wäre das für mich ein Grund zu sagen, dann müssen wir darüber nachdenken. Wir müssen sehen, ob wir die Empfehlungen anders formulieren müssen. In diesem Fall müssen wir noch einmal kritischer hinein gehen. Aber wenn lediglich irgendeiner sagt, irgendein Urteil in der Vergangenheit sei nicht richtig gewesen, ist damit – mit Verlaub – dieser Anlass nicht gegeben.

Zur Mediziner Ausbildung und zur Frage der Ethikeinbeziehung: Mich gruselt vor einem Ethikführerschein. Ich glaube, das geht nicht. Sie können Ethik nicht beibringen, wie das Zusammenziehen von Zahlen, das kleine Einmaleins oder auch Lateinvokabeln. Ich denke, Ethik muss ein integraler Bestandteil der gesamten Ausbildung sein, auch der Weiterbildung am Patienten, da gehört sie hin. Ich möchte Sie fragen: Was für eine Ethik erwarten Sie von den Ärzten, die später vielleicht ja auch Sie, jeden von uns, in den Tod begleiten werden? Von den jungen Ärzten, die wie der letzte Dreck behandelt werden? Was erwarten Sie von denen, wie sollen die Sie dann behandeln? Erwarten Sie das Gleiche, was Sie denen jetzt geben, nämlich nichts? Was erwarten Sie von den jungen Ärzten, die als Fußabtreter für die älteren Ärzte herhalten müssen und auch vom Pflegepersonal ziemlich schlecht behandelt werden? Ethik muss

vorgelebt werden. Sie muss erzogen werden. Wenn diejenigen, auf den übergeordneten Hierarchiestufen schlechte Beispiele liefern, dürfen Sie sich nicht wundern, wenn Sie das am Ende retour bekommen.

Die Technisierung der Medizin ist natürlich ein Problem. Wir werden erleben, dass immer mehr technisierte Anteile von Nicht-Ärzten erbracht werden. In Frankreich ist es zum Beispiel so, dass große Laborteile von Apothekern erbracht werden können. Es kommt mir darauf an, dass diese Schnittstelle, die Verwendung dieser Information und das Überbringen zum Patienten, in der ärztlichen Hand bleibt. Das ist für mich ganz wichtig. Das sind die entscheidenden Teile, die wichtig sind zur Diagnose und zur Therapie. Das scheint sich im Übrigen auch als europäischer Weg – momentan zumindest – anzudeuten. Es wird wahrscheinlich nicht vermeidbar sein, dass zumindest in unseren Nachbarländern solche Leistungen auch von anderen angeboten werden. Das ist dort legal. Ob uns das gefällt oder nicht, ist eine andere Frage. Mir kommt es darauf an, dass die Schnittstellen und die direkte Beziehung zum Patienten erhalten bleiben.

Für den medizinischen Bereich kann ich Ihnen sagen, haben wir uns bemüht, in den internationalen Gremien, im Weltärztebund vor allen Dingen und auch im Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte, dies einzubeziehen. Wenn Sie in die neueste Fassung der Deklaration von Helsinki vom Herbst 2000 schauen, werden Sie feststellen, dass auch die Verwendung der genetischen Informationen, allein das Arbeiten mit Patientendaten unter diesen Schutz und unter die Maxime ärztlichen Handelns gestellt wird. Sie finden dies unter www.bundesärztekammer.de.

Noch eine Anmerkung zum Budget: Hat das Budget uns diese Kundendiskussion gebracht? Ich glaube, Herr Prof. Elsner hat das gefragt. Natürlich gibt es eine Beziehung. Ein Budget allein ist ja nichts Schlechtes. Wenn das Budget groß genug ist, kann jeder gut damit leben. Unter dem Budget ergeben sich Zwänge, die zur Reorganisation führen und diese Reorganisation kann dahin gehen, dass wir zu einer Kommerzialisierung kommen. Das ist völlig richtig. Das Problem sehe ich auch. Ich muss Ihnen allerdings sagen, das ist eine generelle Beobachtung, dass selbst in den Ländern, in denen die Budgets völlig ausreichend sind, wie zum Beispiel in Norwegen, die Diskussion um diese Kundenrolle genauso geführt wird. Ich denke, dieses Paradigma ist –

unabhängig von der ganzen unseligen Budgetdiskussion – da. Trotzdem haben Sie natürlich Recht, die Budgetierung mit Budgets, die nicht ausreichend sind, führt in eine Rationierung und diese zwingt dazu, andere Mechanismen vorzuziehen. Das sind bei uns in unserer Gesellschaft Marktmechanismen. Dann haben Sie eine Verlagerung auf die Kommerzialisierung.

Vorsitzende: Herr Dr. Wodarg.

Abgeordneter Dr. Wodarg (SPD): Ich möchte besonders Stellung nehmen zu den genetischen Daten und was wir als Gesetzgeber auf diesem Gebiet unternehmen müssen. Wir sind schon der Meinung, dass wir eine gesetzliche Regelung für genetische Daten brauchen und dass Richtlinien der Ärztekammer in diesem Bereich nicht ausreichen. Wobei wir unterscheiden müssen: Einmal geht es um die Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse, wie wir sie durch anonymisierte Daten haben können. Aber auf der anderen Seite geht es darum wie wir es zum Beispiel in der Pharmakogenomik sehen, dass wir individuelle genetische Daten nutzen, um eine gezielte auf den einzelnen Patienten zugeschnittene Pharmakotherapie machen zu können. Der Genchip, der viele 1.000 genetische Informationen für jeden einzelnen Patienten enthalten kann, wird in zehn Jahren nur noch 30 oder 40 Mark kosten. Der wird zu haben sein, der wird im Computer für jeden auswertbar sein und macht ein Management der Pharmakotherapie möglich, aber eben nicht nur der Pharmakotherapie. Das Managed-living, wie es sich abzeichnet, dass man das Leben zuschneidet, dass man die Angebote für Menschen zuschneidet, je nach ihren genetischen Voraussetzungen, das ist das, was sich ganz in der Ferne anbahnt. Dass Menschen klassifiziert werden als Kundengruppen, je nach ihrer genetischen Ausstattung, das sind Dinge, die jetzt möglich werden durch diese massenhaft anfallenden und maschinell automatisch auswertbaren Daten. Das nehmen wir in Kauf.

Ich bin der Meinung, dass die Pharmakogenomik lediglich die Einstiegsdroge ist, bei der alle mit dem Kopf nicken und sagen, ja, das ist etwas Gutes. Es steht aber der Markt dahinter, der hat etwas ganz anderes im Sinn. Ich behaupte, hier drängt etwas auf den Markt. Das tue ich, weil ich weiß, dass die Genchip-Industrie natürlich möglichst viele Anwender sucht und nicht nur für den

kleinen Bereich einiger Krankheiten, bei denen man die Dosis optimieren kann, angewandt werden will. Hier sollen ganz viele Informationen erhoben und auch ausgewertet werden.

Deshalb müssen wir jetzt schon aufpassen. Wie sollen die intimsten persönlichen Daten des Menschen geschützt werden? Wie schaffen wir es, dass das persönliche Recht auf informationelle Selbstbestimmung in diesem Bereich erhalten wird? Die Weitergabe von Daten ist heute so schnell. Wenn Daten erst einmal irgendwo im Computer sind, dann sind sie kopierbar, weiterleitbar. Das zu kontrollieren, ist unheimlich schwierig. Hier haben wir von den Landesdatenschützern den Auftrag und gute Hinweise bekommen, die uns ermahnen, wirklich genau hinzusehen. Wir sind dabei, vernünftige Regelungen – hoffentlich noch in dieser Legislaturperiode – festzuschreiben als Gesetzgeber.

Vorsitzende: Herr Dr. Wunder, bitte. Danach gibt es wieder eine Runde mit Diskussionsbeiträgen aus dem Publikum.

Sachverständiger Dr. Wunder: Herr Prof. Jorke, ich bedauere auch, dass Herr Prof. Beileites nicht da ist. Er kennt meine Kritikpunkte bzw. die Kritikpunkte, die ich vorgetragen habe, die ja auch von anderen geteilt werden. Ich halte, genau, wie Sie es gesagt haben, die Ausführung zur Patientenverfügung in den Grundsätzen, so wie ich es vorhin zitiert habe, für einen sehr positiven Ansatz wie die Empfehlungen zu den Patiententestamenten insgesamt. Vor allen Dingen wird auseinander gehalten, dass es ein Unterschied ist, ob Patienten schreiben, was sie alles nicht haben wollen oder positiv, was sie haben wollen. Das ist auch psychologisch ein großer Unterschied. Aber selbst wenn es uns gelingen würde, dass ein größerer Prozentsatz der Menschen solche Patientenverfügungen ernsthaft ausfüllt, wird es immer das Problem geben, dass die Patientenverfügungen angewandt werden müssen. Die Anwendungssituation muss überprüft werden, ob sie passt, ob passt, was da steht. Das heißt, wir kommen um das Instrument des mutmaßlichen Willens nicht herum, auch wenn wir den Weg über die Patiententestamente gehen. Es muss in der konkreten Situation unter Umständen der mutmaßliche Wille herangezogen werden: Wie hätte der Patient in dieser konkreten Situation vor dem Hintergrund seiner Verfügung entschieden?

Und da knüpfte ich an das an, was Herr Prof. Dr. Tanner sagt. Ich halte es zum Beispiel für einen ausgesprochenen Fehler der Grundsätze der Bundesärztekammer, dass dort steht, der Arzt entscheidet. Eigentlich sagt uns die Kommunikationstheorie, dass das im Diskurs entschieden werden muss: Der mutmaßliche Wille kann nur in der Diskussion des Behandlers und der Angehörigen zusammen ermittelt werden, nur so kann ein ungefähr klares Bild entstehen. Ich sage das so vorsichtig, es entsteht immer noch nicht genau das, was der Patient wohl entschieden hätte. Aber das Ergebnis ist besser, als wenn nur der Arzt entscheidet, ob die Verfügung anzuwenden ist. Es geht um eine diskursive Erarbeitung eines Urteils in der konkreten Situation und es geht um die Dokumentation dieser Diskussion, auf was hat man sich gestützt außer dem Patiententestament. Es lohnt sich meiner Ansicht nach an dieser Stelle genau zu sein, weil das ein Stück Weiterentwicklung bedeuten würde und helfen würde, dem Patienten die Angst zu nehmen.

Ich freue mich über das, was Sie gesagt haben, Herr Dr. Kloiber. Zwar wende ich ein, Herr Kutzer ist nicht irgendwer, sondern ein amtierender Richter, ein Senatsvorsitzender am Bundesgerichtshof. Doch ich finde es gut, wenn Sie als Vertreter der Bundesärztekammer sagen, dann müssen wir jetzt überprüfen, was wir ausgelöst haben. Das finde ich gut, Verantwortung dafür zu übernehmen, was diese Richtlinien, die ja doch heftig umstritten sind, in der Praxis bewirkt haben. Das finde ich gut, damit kann ich gut leben. Dann würde sich herausstellen, wenn man ehrlich ist, ob die erste Rednerin Recht hat mit ihrer These. Ich glaube zwar persönlich nicht, dass wir in der Bundesrepublik schon die ständige Grenzüberschreitung in diesem Bereich haben. Es gibt aber verschiedene Aussagen darüber und bevor das wahr wird, wäre es sehr verdienstvoll, wenn die Bundesärztekammer sagen würde, wir erheben jetzt, wie die Praxis sich hier und heute entwickelt hat an dieser Schnittstelle. Das finde ich sehr gut.

Vorsitzende: Ich möchte eine kurze Information einschieben. Im Augenblick ist der Gesetzgeber in verschiedenen Bereichen dabei, das Betreuungsrecht zu überarbeiten. Das ist das Recht derer, die ihre eigenen Angelegenheiten nicht mehr wahrnehmen können. Dazu gehören u.a. eine Überarbeitung von Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Betreuungsverfügung im Hinblick auf Rechtsklarheit sowohl für den so genannten Rechtsverkehr als auch vor allem in finalen

Situationen. Dazu gehört wahrscheinlich auch die Tatsache, dass eine Patientenverfügung nur dann wirkt, wenn sie relativ aktuell ist und wenn sie tatsächlich bezogen ist auf den Zustand, den der Patient zu diesem Zeitpunkt erwarten konnte, also nicht der 18-Jährige schon eine Entscheidung trifft für das, was er sich bei einem 80-Jährigen gar nicht vorstellen kann. Herr Prof. Dr. Luther.

Sachverständiger Prof. Dr. Luther: Herr Prof. Jorke, Sie haben eines der schwierigsten Probleme angesprochen: Wie geht man mit Menschen um, die völlig hilflos sind, aber sich erst einmal dieser Hilfe verweigern? Sie kennen, wie ich, aus unserer Erfahrung in der DDR die misslichen Zustände, die wir im Gesundheitswesen hatten, aber vielleicht auch einige Erfahrungen, die sich positiv ausgewirkt haben. Ich möchte erinnern: Ein Suchtkranker, der am Ende einer Behandlung stand, bekam drei Dinge: Erstens eine Wohnung, zweitens eine Arbeit und drittens eine oder mehrere Beziehungspersonen. Eines der schwierigsten Probleme ist heute, dass diese Menschen aufgefangen werden, dass sie wieder Geborgenheit finden. Das ist natürlich auch in der heutigen Situation möglich. Ich möchte erinnern an das, was in Gütersloh geleistet wurde im Verlaufe von 15 Jahren. Klaus Donner hat mit seinem Team ein Buch geschrieben über die Entsozialisierung, das heißt, wie die Landzeitpatienten wieder in das Leben hinein gekommen sind. Erstens: Es wurden Vereine gegründet, um ihnen Arbeit zu geben. Zweitens: Es wurden Wohnmöglichkeiten und drittens ein soziales Beziehungsgeflecht geschaffen. Natürlich ist das ein gesamtgesellschaftliches Problem. Das können nicht einige Ärzte leisten, da bedarf es großen Zuspruchs.

Ich habe eine Bitte an die Medien: Alle haben sich auf die holländische Gesetzgebung gestürzt. Aber wo steht in den Medien einmal etwas über das französische Gesetz über die Palliativbetreuung? Wie man mit Menschen umgehen kann von Seiten der Arbeitgeber, wie man Freistellungen geben kann usw. Ich will jetzt nicht über dieses Gesetz reden, aber auch hier im Land gäbe es viel mehr Zutrauen und Hoffnung, wenn nicht nur immer das Schreckensbild entstünde, ich muss leiden, sondern wir auch gesetzlich geprägten Hintergrund für Geborgenheit hätten. Danke schön.

Vorsitzende: Jetzt kommt Herr Bärwolff von der Bundesarbeitsgemeinschaft, deren Kürzel ich nicht kenne. Sie wollen vier Minuten Redezeit haben. Wenn Sie bei vier Minuten bleiben, soll es so sein.

Manfred Bärwolff (Notgemeinschaft Medizingeschädigter e.V.): Mein Name ist Manfred Bärwolff. Ich hätte mir 1996 nicht träumen lassen, dass ich einmal hier stehen würde, dass ich mich einmal um das Thema Ärztepfusch kümmern muss. Meine Tochter wurde im Jahre 1996 im Erfurter Klinikum vom Leben zum Tode befördert, weil ein Chefarzt einen Arzt im Praktikum zum alleinigen Präsenzdienst eingesetzt hat. Dieser Arzt im Praktikum, der zwar schon ein Jahr Praktikum in Jena hinter sich hatte, hat alles falsch gemacht. Meine Tochter ist verstorben. Ich bin dann zwei Jahre später zur Notgemeinschaft Medizingeschädigter gestoßen, deren Ziel es ist, ein ordentliches Arzt-Patienten-Verhältnis herzustellen.

1995 hatte die Notgemeinschaft medizinisch Geschädigter Nordrhein-Westfalen erstmals an den Petitionsausschuss des Bundestages eine Petition gerichtet. Diese wurde auch bearbeitet. Die Leute wurden eingeladen. Aber heute müssen wir immer noch beklagen, dass dann, wenn ärztliche Fehler passiert sind, der Arzt in vielen Fällen nicht zu seinen Fehlern steht. Es wird ärztliche Fahrerflucht begangen, es wird auf Zeit gespielt; bei Geburtsschäden sind es zehn, zwölf Jahre Prozessdauer. Es gibt gleich gelagerte Fälle wie meinen, in denen die Kinder schwerst geschädigt überlebt haben, 1996 zum Beispiel in Celle. Die Eltern dort haben noch keinen Pfennig gesehen. Letztlich bezahlen das alle, das bezahlt die AOK, das bezahlt die Kommune, während der Haftpflichtversicherer des Arztes sich drückt. Das ist unsere Erfahrung in solchen Fällen.

Ich finde es schäbig, wie mit Patienten umgegangen wird. Ich kann nicht verstehen, dass nicht zu Fehlern gestanden wird und ich rede nicht von einem 80-Jährigen, der krebskrank ist und dann stirbt, dessen Angehörige kommen und Zoff machen. Darum geht es nicht.

Dann kommt das nächste Thema, bei dem es vielen sehr schwer gemacht wird: die Gutachtertätigkeit. Die Gutachtertätigkeit muss auf den Prüfstand. Wenn die Ärzte wenigstens ehrlich mit ihren Fehlern umgehen würden, auch wenn es sich um schlimmste Sachen handelt.

Aber auch bei uns war es so: Keiner ist gekommen, ist ans Bett gekommen und hat sich daneben gesetzt. Das hat keiner gemacht. Die Ärzte haben alles richtig gemacht nach dem Motto, das müssen Sie uns erst einmal beweisen. Es gab keinen Entschuldigungsversuch. Und ich bin ja kein Einzelfall, ich rede hier für die Notgemeinschaft Medizingeschädigter. Wenn ich mich so aufrege, dann möge man das bitte verstehen.

Dieses Verhalten hat auch etwas mit Ethik zu tun. In Ihrer Einladung zu dieser Veranstaltung haben Sie das Arzt-Patient-Verhältnis drin und die Frage nach der Stärkung der Rechte der Patienten. Warum kann hier kein Wandel stattfinden? Diese Frage stellt sich auch an die Bundesärztekammer. Jeder macht Fehler. Aber wie mit den Fehlern umgegangen wird, das zu zeigen, dafür sind wir als Organisation gern bereit, unsere Archive zu öffnen.

Vorsitzende: Sie sind weit unter vier Minuten geblieben, aber Ihr Beitrag macht deutlich, dass es nicht nur Vertrauen zu den Ärzten gibt. Es gibt auch ein unglaublich großes Misstrauen. Als Nächste hat sich Frau Dr. Michel gemeldet, gefolgt von Herrn Prof. Dr. Kodalle.

Dr. Marion Michel (Universität Leipzig): Ich bin gewissermaßen in einer Doppelfunktion hier. Ich bin Medizinsoziologin am Institut für Sozialmedizin der Universität Leipzig. Dort stecken wir in der Mediziner Ausbildung. Es sind heute sehr viele interessante Themen angesprochen worden. Wir machen die Erfahrung, dass die Studenten in dem sechsjährigen Studium insgesamt 30 Stunden Sozialmedizin haben; davon 15 Stunden Vorlesung, 15 Stunden Seminare. Das ist einfach viel zu wenig, um die Dimension von Krankheit, Behinderung usw. zu vermitteln. Wir fahren jetzt seit einigen Jahren den Kurs, dass wir die Studenten in dieser sehr kurzen Zeit in kleinen Gruppen von vier Studenten in Selbsthilfegruppen schicken, damit sie vor Ort einmal kennen lernen, was es heißt, mit einer chronischen Erkrankung und mit einer Behinderung zu leben. Wir machen die Erfahrung, dass die Studenten zurück kommen und berichten, das waren ja gar keine Behinderten, das waren ja ganz lebenslustige normale Menschen, dass sie diese Normalität herstellen. Ich denke, damit wird auch ein sicherer Umgang in der Betreuung chronisch kranker behinderter Patienten vermittelt.

Meine Frage in diesem Zusammenhang ist auf die Anforderungen in der Ausbildung gerichtet. Ich habe die Defizite aus meiner Sicht geschildert, viele andere sind heute schon zur Sprache gekommen. Wie, das frage ich insbesondere Sie, Herr Dr. Kloiber, wie muss sich die Medizinausbildung weiterentwickeln, welche Anforderungen müssten in der Ausbildung stärker berücksichtigt werden und welche Chancen geben Sie in diesem Zusammenhang Versuchen mit reformierten Studiengängen, in denen die Studenten recht frühzeitig an den Patienten heran geführt werden, auch Problem orientierter ausgebildet werden?

Die zweite Funktion, in der ich hier bin: Ich bin sachverständiges Mitglied der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Demographischer Wandel, Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“. Dort führen wir im Moment – wir sind schon ein bisschen länger zusammen und müssen dieses Jahr den Abschlussbericht vorlegen – insbesondere die Diskussion um die Problematik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen: Die Alterung der Bevölkerung, inwieweit führt sie zu erhöhten Kosten? Welche Probleme sind damit verbunden und wie können Kosten gedämpft werden? Wir sehen in dieser Diskussion sehr stark die Gefahr, dass die Patienten eingeschränkt werden, dass es zu einer Verstärkung der Zwei-Klassen-Medizin kommt, wenn die Richtung weiterverfolgt wird, Wahlleistungen und Pflichtleistungen anzubieten, und dass diese Entwicklung mit einer besonderen Benachteiligung der unteren sozialen Schichten verbunden ist.

Meine Frage an Sie: Welche Erwartungen haben Sie aus Ihrer Sicht als Mitglieder der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ an die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems? Was müsste verstärkt beachtet werden, um vorschnelle Vorschläge für die Politik zu vermeiden, die letztendlich dazu führen, dass der Patient nicht mehr im Mittelpunkt steht?

Vorsitzende: Das letzte Wort vor der nächsten Antwortrunde hat die Philosophie, Herr Prof. Dr. Kodalle.

Prof. Dr. Kodalle (Friedrich-Schiller-Universität Jena, Philosophie): Nach den schwer gewichtigen Bemerkungen fällt es schwer, eine sprachliche Frage aufzugreifen. Ich wende mich an

Herrn Dr. Kloiber und greife seinen Eingangssatz auf: Der Patient ist krank und nicht mündig. Ich möchte Sie bitten zu überlegen, ob Sie diese Zuspitzung wirklich aufrechterhalten wollen? In allen Lebensverhältnissen befinden wir uns in Asymmetrie: Schlaue und Dumme, Lehrer und Schüler, Erwachsene und Heranwachsende und überall lebt die Humanität der Verhältnisse von der kontrafaktischen Unterstellung der Mündigkeit. Wir haben das Referat von Herrn Prof. Dr. Tanner gehört über Vertrauen. Genau darauf kommt es natürlich an. Wenn ich als Patient ins Krankenhaus komme, weiß ich, wie ohnmächtig ich bin. Dass da Vertrauen wachsen kann, hängt davon ab, wie ich angesprochen werde, nämlich als Mündiger in dieser Beschränktheit meiner Lebenssituation. Vielleicht sind wir gar nicht so weit auseinander, aber man sollte es nicht auf diese Alternative nur um der Pointe willen zuspitzen.

Vielleicht lässt sich noch eine Bemerkung mit der letzten Wortmeldung verknüpfen: Der Patient als Kunde. Wenn wir das Verhältnis des Arztes zum Patienten oder des Patienten zum Arzt in die ökonomische Zuspitzung treiben, empfinden wir alle Unbehagen. Aber in anderer Hinsicht steckt in dieser Redeweise natürlich eine Chance. Anders als bezogen auf die Großstrukturen, Krankenversicherungen usw., kommt es allmählich für jeden darauf an, zu seiner zukünftigen Gesundheit oder Erkrankung ein ökonomisches Verhältnis zu entwickeln. Es stellt sich hier auch eine Frage des eigenen Ethos: Wie verhalte ich mich zu meinen zukünftigen Beschädigungen, wie Sorge ich vor, wie verhalte ich mich im Hinblick auf mein Konsumverhalten, auf meine Konsumprioritäten? Wir werden ja vermutlich in eine Entwicklung geraten, die ähnlich der ist, in der Rentenversicherung. Es gibt eine Basisversorgung und Zusatzversorgung mit Blick auf das Optimum. Es wäre gut, wenn man langsam in der Bevölkerung ein Bewusstsein dafür entwickeln könnte, dass man nicht in den besten Jahren mit Blick auf die schlimme Zukunft sorglos leben kann, weil man sich in einer Solidargemeinschaft befindet, sondern dass man Vorsorge treffen muss, eine Entscheidung treffen muss im Hinblick auf die persönlichen Ressourcen und das Privatbudget. Das, glaube ich, wäre im Hinblick auf die Veränderung von Habitualitäten auch eine ethische Frage der Mündigkeit des Einzelnen im Hinblick auf seine eigene Zukunft und die dort auf ihn wartenden Schädigungen, Beeinträchtigungen und Einschränkungen.

Vorsitzende: Vielen Dank. Bei dem, was Sie über das Zitat gesagt haben zum Thema Krankheit und Mündigkeit fällt wieder einmal auf, dass Zitate eben immer nur in ihrem Kontext wahr sind. Allein und isoliert wirken sie einfach wie ungebremste Pendelausschläge.

Ich schlage vor, dass wir jetzt noch einmal eine generelle Antwortrunde machen und dass wir dann, ich habe keine weiteren Wortmeldungen, langsam schließen. Ich fange mit Ihnen an, Herr Dr. Kloiber, Sie sind zuletzt angesprochen worden.

Sachverständiger Dr. Kloiber: Ich werde versuchen, der Reihe nach vorzugehen. Zu Herrn Bärwolff: Ich glaube, wir hatten schon einmal Gelegenheit 1997 in Eisenach eine Stunde lang miteinander zu sprechen. Ich kann natürlich zu Ihrem sehr schlimmen Fall keine Stellung beziehen, weil mir da schlicht der Hintergrund, vor allen Dingen auch die Sicht der anderen Seite, fehlt. Aber es ist natürlich so, dass Sie in dieser Situation des Heilens und der gefahrgeneigten Tätigkeit, mit dem Problem, dass Sie mit kleinen Fehlern desaströse Wirkungen auslösen können, dass Sie mit diesem Spannungsproblem in der Medizin leben müssen. Es ist eine Illusion zu glauben, dass man Medizin zuerst ohne Menschen – vielleicht unmenschlich – und dann auch ohne Fehler wird praktizieren können. Ich gebe unumwunden zu, dass in vielen Fällen falsch reagiert wird unter anderem, weil Ärzte selber unter Schock stehen und nicht verarbeiten können, was ihnen passiert ist, unter anderem auch, weil sie unter ökonomischem Druck stehen zum Beispiel durch Versicherungen und natürlich aus Unfähigkeit, weil sie nicht gelernt haben, mit solch einer Situation umzugehen. Es ist eine sehr komplexe Gemengelage – und Sie können den einzelnen Fall manchmal nicht bis zu Ende analysieren – in der es dazu kommt, dass sich Ärzte falsch verhalten, leugnen, abstreiten, wenn etwas schief gegangen ist. Es gibt viele Fälle, tatsächlich sind es sehr viele Fälle, in denen Patienten nur meinen, dass ihnen etwas Unrechtes geschehen ist und sie nicht verstehen und einsehen können – zum Teil wegen des großen Schmerzes, einen Angehörigen verloren zu haben oder selbst einen Schaden erfahren zu haben – dass der Arzt gar nichts hat ändern können. Es handelt sich hier um sehr schwierige Situationen. Ich weiß, Ihnen geht es gar nicht nur um die materielle Kompensation, sondern um die Frage der Entschuldigung, um die Frage des Eingestehens. Ich kann zu Ihrem Fall keine Stellung nehmen, da fehlen mir einfach die Hintergründe.

– Zwischenruf –

Ich kenne inzwischen sehr viele Leute, die sich mit Ihrem Fall beschäftigt und sich sicher dafür viel Zeit genommen haben.

Lassen Sie mich die allgemeinen Ausführungen zu Ende bringen. Wir haben ein System, in dem die Untersuchung der Fälle in Gutachter- oder Schlichtungsstellen durchgeführt werden kann. Bei allem Respekt, Herr Bärwolff, die Zahlen sprechen gegen Sie. Die Mehrzahl der Fälle, die überwiegende große Mehrzahl der Fälle lässt sich dort klären. Es mag sein, dass nicht immer alle vollständig einverstanden sind. Vielleicht mögen sich alle, die nicht direkt emotional betroffen sind, das Problem einmal in Ruhe ansehen. Es gibt viele 1.000 Fälle, die in diesen Stellen verhandelt werden, in denen festgestellt wird, wo etwas nicht richtig gelaufen ist, in denen festgestellt wird, wo Schuld dabei war, in denen in vielen Fällen aber auch festgestellt wird, dass das Geschehen ein unabwendbarer Gang der Dinge war. Ich finde, das muss man auch zur Kenntnis nehmen und das möchte ich Ihren Äußerungen entgegenstellen, damit die nicht einfach stehen bleiben, wobei mein Verständnis dafür da ist, dass das Leid und natürlich die Not in jedem einzelnen Fall unendlich groß sein kann.

Zu den Bemerkungen von Frau Dr. Michel zu einer Reform des Studienganges: Dazu sind zwei Aspekte zu nennen. Wir bekommen in der Bundesärztekammer aus jedem Fachgebiet zu hören – und das ist wirklich jedes Fachgebiet – dass das einzelne Fachgebiet das unverzichtbar Wichtigste ist und unbedingt ausgeweitet werden muss. Wenn wir das alles zusammen nehmen, könnten wir wahrscheinlich kurz vor dem Erreichen des Rentenalters mit der Arztausbildung fertig sein. Das ist ein Problem. Also muss man immer den Weg finden, wie man die einzelnen Anliegen einbeziehen kann und einen vernünftigen Mittelweg findet. Das gilt für die Ausbildung wie für die Weiterbildung.

Das Positive, das ich Ihnen sagen kann: Ich glaube, wir erleben momentan einen Paradigmenwechsel. In den 50er, 60er Jahren hat es die Tendenz gegeben hin zu einer Technisierung der Medizin. Die stärkere Technikausrichtung hat viel Positives, hat aber natürlich

auch Probleme mit sich gebracht. Momentan stellen wir fest, dass es in dem Bereich der Technik eine Menge Professoren gibt, die die Arbeit an vielen Stellen genauso gut oder vielleicht noch besser können als die Ärzte. Ärzte werden in Zukunft sehr viel mit Technik umgehen müssen, die Technik beherrschen müssen. Das wird man von uns verlangen und erwarten. Die eigentliche Kompetenz des Arztes liegt dann im sozialen Bereich, in der Sozialkompetenz des Arztes, darin, wie er mit diesen Mitteln zusammen mit dem Patienten umgeht, wie er dem Patienten helfen kann, und zwar in der Weise, wie der Patient das vom Arzt erwartet. Die Stärkung der sozialen Kompetenz des Arztes wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten stärker in den Vordergrund rücken. Der Arzt ist nicht mehr allein als Techniker gefragt, wie es sich in den 60er Jahren in Sprüchen ausdrückte nach dem Motto: Opas Praxis ist tot, jetzt geht's an die Apparate! Hier zeichnet sich eine Umkehr ab, die Sozialkompetenz rückt in den Vordergrund.

Herr Prof. Dr. Kodalle, das Credo kenne ich wohl: Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung. Eigenverantwortung ist ganz wichtig, Eigenverantwortung baut auf Mündigkeit, Eigenverantwortung fordert Mündigkeit und die negieren wir auch nicht. Aber: Alles zu seiner Zeit. Sie haben es in der klinischen Situation nun einmal in sehr vielen Fällen, gerade in Fällen in denen es um ernste Erkrankungen geht, mit einem Patienten zu tun, der in der akuten Situation sehr wenig Mündigkeit haben kann. Nicht die Mündigkeit dieser Person an sich wird in Frage gestellt, sondern es geht um den situativen Bezug. An der Stelle ist es dann – so sehe ich das zumindest – Aufgabe des Arztes, den Patienten in die Mündigkeit zurückzusetzen, sie ihm zurückzugeben. Wenn ein Patient in eine akute Situation kommt, dann muss der Arzt ihm helfen, wieder in eine Situation zu kommen, in der er mitentscheiden kann. Ich glaube, das ist unbestritten und das sehen die meisten der Kollegen so.

Natürlich wird es in einem Behandlungsverlauf Punkte geben, an denen der Patient wissen will, wie geht es mit mir und meiner Behandlung weiter, was machen wir als Nächstes? Diese Fragen stellen nicht alle Patienten, müssen sie auch nicht, das ist keine Verpflichtung, die ein Patient hat in dieser Situation. Aber wenn diese Lage so eintritt, akzeptieren die Kollegen das und die meisten sind in der Lage, damit umzugehen und das wahrzunehmen. Die Pointe brauche ich nicht

zurückzunehmen. Sie stammt gar nicht von mir. Herr Dr. Giesen hat sie in die Welt gesetzt. Ich nehme insofern auch keinen Kredit dafür in Anspruch.

Vorsitzende: Herr Dr. Wunder, Sie sind der Nächste.

Sachverständiger Dr. Wunder: Ich finde die Kategorie „Kunde“ richtig gut, da sie so provozierend ist, dass sie uns zum Nachdenken bringt. Wer ist eigentlich das Agens und wer ist das Reagens im Gesundheitswesen? Die Reaktionen machen mich so hellhörig, dass ich mich immer mehr in den Begriff „Kunde“ verliebe, obwohl ich seinen provokanten Gehalt teilweise gar nicht mag. Ich arbeite als Psychologe in der Behindertenhilfe. Dort ist der Begriff, wenn er mir ganz nah kommt, ein bisschen widerlich. Man kann doch einen behinderten Menschen nicht als Kunden darstellen. Ich schlage aber vor, dieses Wortspiel ganz anders aufzulösen. Der Patient ist in erster Linie krank. Diese Aussage halte ich tatsächlich für einen unheimlichen Rückschritt, den Patienten mit dem Kunden gleichzusetzen als heuristische Figur dagegen für total hilfreich.

Ich glaube, der Patient ist in aller erster Linie Mitmensch und das wäre für mich der Aufforderungscharakter, den ich aus dieser Veranstaltung hier mitnehme. Wenn wir nämlich wirklich das alte paternalistische Modell der Medizin überwinden wollen und nicht in eine neue Verwahrlosung kommen wollen, vor der ja auch hier gewarnt wurde, mit der Autonomie die ganze Verantwortung wegzuschieben, dann ist die Mitmenschlichkeit das, was uns von unserem Gewissen her in den Mittelpunkt geraten sollte. Wir sollten den Patienten tatsächlich wieder als Hilfe suchenden Mitmenschen betrachten. Das gilt dann übrigens nicht nur für die Medizin, die sich vielleicht überfordert fühlt durch verschiedene Spezialanforderungen. Es gibt ja noch andere Gesundheitswissenschaften, die zum Beispiel im Bereich der Alten-Medizin in Zukunft entscheidenden Einfluss haben sollten.

Vorsitzende: Danke sehr. Herr Prof. Dr. Tanner.

Sachverständiger Prof. Dr. Tanner: Ich knüpfe noch einmal kurz an Herrn Prof. Dr. Kodalle an. Ich habe ihn so verstanden, dass er für Realismus im Umgang mit der eigenen Biografie, mit dem

eigenen Kranksein, mit den eigenen Möglichkeiten votiert hat. Die Ethik wird schnell diskreditiert, wenn sie die Bodenhaftung verliert. Realistisch die Probleme der Ethik in der Klinik oder wo immer zu diskutieren bedeutet, die Knappheitsprobleme, die es überall gibt an Zeit, an Geld, an Personal in den Blick zu nehmen. Realismus in der Ethik heißt auch, zu sehen, dass medizinisches Handeln nie fehlerfreies Handeln ist wie anderes Handeln auch. Hier ist es für die Gesamtdiskussion, für die Wiedergewinnung der Vertrauenswürdigkeit, auch dem System gegenüber, den medizinischen Rollen gegenüber, in der Tat wichtig, dass nicht der Eindruck erzeugt wird, Forschung geht glatt und medizinisches Handeln geht immer glatt. Nur eine fehlerfreundliche Welt ist auch eine menschenfreundliche Welt, hat jemand einmal gesagt. Wir müssen auch über unsere Fehler ein Stück offener reden können.

Die zweite Bemerkung zum Umgang mit und zur Ausbildung von ethischer Kompetenz, womit natürlich kein Führerschein für Ethik gemeint ist. Wir haben ja andere Modelle. Die Amerikaner haben sehr früh Modelle etabliert, die schon im Grundstudium der Medizin eine Wahrnehmung des Körpers einüben, die mehrdimensional angelegt sind. Krankheit ist ein biologisches, naturwissenschaftlich konstatierbares Faktum, aber Krankheit ist immer auch etwas, was in einer Biografie verortet ist, in einem sozialen Kommunikationszusammenhang steht. Wenn man nur eine Seite hat, ist es immer nur die Hälfte. Man kann nicht nur sozial oder mitmenschlich über die Krankheit reden, man muss über die naturwissenschaftlichen Fakten reden, aber man braucht auch das andere. Die Frage, vor der wir auch politisch stehen, lautet, ob die Austarierung stimmt oder ob wir ein Übermaß an Hard-Facts-Orientierung haben und glauben, damit Probleme lösen zu können. Das, glaube ich, ist eine gemeinsame Aufgabe.

Vorsitzende: Prof. Dr. Luther, bitte.

Sachverständiger Prof. Dr. Luther: Ich habe die Zahlen nicht im Kopf, wie viele Menschen jedes Jahr sterben in der Bundesrepublik. Ich schätze es sind rund 600.000. Wenn ich eine Wohnung beziehe, brauche ich einen Mietvertrag. Wird es in Zukunft so aussehen, dass jede und jeder Sterbende eine Vollmacht oder eine Patientenverfügung benötigt, um in Geborgenheit und in Mitmenschlichkeit sterben zu können? Sie merken aus meiner Frage, ich habe die Sorge, dass wir

an die Stelle von persönlicher Kommunikation zwischen Arzt und Patient alle möglichen Papiere setzen und Rechtsstreitigkeiten provozieren. Ich möchte nicht gern den Kunden haben, sondern die Mitmenschlichkeit. Deshalb habe ich gesagt, ich möchte die Autonomiefrage gegen den Strich bürsten und bin am Ende zu der Forderung gelangt, dass Ärzte anders auf Patienten zugehen müssen, sie sozusagen als Kunden sehen müssen. Bondolfi spricht von der Demut. Ist das altmodisch? Dörner spricht von der „Haltung vom Anspruch des anderen her“. Ich sprach von Geborgenheit. Ich bitte zu bedenken, ob wir den Streit um die Autonomie mit mehr Papieren, mehr Verfügungen lösen? Das soll natürlich nicht heißen, dass in bestimmten Bereichen Verfügungen, wenn sie schon gewollt werden, nicht ordentlich sein sollen. Nur die Hoffnung, ich erkämpfe mir gegenüber meinem Arzt, indem ich festhalte, was mit mir passiert, eine bessere Atmosphäre von Geborgenheit, die teile ich nicht. Danke.

Vorsitzende: So, meine Damen und Herren, wir sind am Ende einer, wie ich hoffe, auch für Sie sehr interessanten, sehr spannungsreichen Diskussion, in der vieles zur Sprache gekommen ist, was Sie, was uns bewegt zum Teil als Ärzte, zum Teil als Patienten. Wenn sich jetzt noch die Juristen eingemischt hätten, hätte es hier eine interessante Kakophonie gegeben. Philosophie, Medizin und anderes mehr sind ausgiebig zu Wort gekommen. Auch der Kunde, wie ich gehört habe. Wir nehmen viel mit. Dieser Tag in Jena war eine großartige Zeit und dazu haben Sie beigetragen. Dafür vielen Dank und auf Wiedersehen.