

Prof. Dr. Walter Krämer

Hippokrates und Sisyphus – Die moderne Medizin als das Opfer ihres eigenen Erfolges

1

(Vortrag im Studium Generale der Universität Mainz, 13. November 2002)

M.D. u. H.,

haben Sie vielen Dank für die Einladung hierher in Ihr Studium Generale, die ich aus mindestens zwei Gründen sehr zu schätzen weiß. Der erste ist ein sehr persönlicher: Vor 33 Jahren, im Wintersemester 1969/70, habe ich als neu eingeschriebener Mathematikstudent der Uni Mainz genau da gesessen, wo Sie jetzt sitzen. Und ich hätte es mir niemals träumen lassen, einmal da zu stehen, wo damals meine Professoren standen. Aus diesem Grund komme ich also heute ganz besonders gern zu Ihnen. Und dann freue ich mich natürlich, daß Sie in einer Vortragsreihe über Ethik in der Medizin auch einen Mathematiker und Ökonomen, also ganz klar einen Außenseiter, aufgenommen haben. Das ist ja in dergleichen Veranstaltungen nicht gerade selbstverständlich.

Auf der anderen Seite stehe ich vermutlich gerade deshalb heute hier. Denn Außenseiter haben auch ihr Gutes. Z. B. sind sie eher vor Betriebsblindheit geschützt, und können gerade aus ihrer Außenseiterposition für Insider ganz nützlich sein.

Ich will also diese Außenseiterposition in den nächsten Minuten dazu nutzen, um einmal über den Tellerrand der aktuellen Tagespolitik, um über kurzfristige, taktische Geplänkel um Honorare, Budgetierung und Pauschalen etwas hinauszusehen. Stattdessen habe ich vor, auf einige langfristige, strategische Dilemmas des modernen Medizinbetriebes hinzuweisen, die völlig unabhängig davon sind, ob unser Gesundheitsminister Schmidt oder Seehofer heißt, und die auch dann vorhanden blieben, wenn alle Ärzte und Patienten Engel wären und die Pharmaindustrie ein Zweig der Heilsarmee.

Dazu habe ich zunächst einmal drei Thesen aufgestellt:

These 1: Das Hauptproblem der modernen Medizin ist nicht die immer wieder aufgewärmte Korruption und Mißwirtschaft, trotz aller Verschwendung und Irrationalität, die es hier an allen Ecken und Enden nur zu offensichtlich gibt.

Das Hauptproblem der modernen Medizin sind nicht ihre **Mängel**, sondern ihre **Möglichkeiten**, das – in gewissem Sinne – Übermaß der guten Dinge, die sie heute anbietet, und gegen das, was aus dieser Ecke noch an sozialen Spannungen und Verteilungskämpfen auf uns zukommt, sind die aktuellen Debatten um Pauschalen und Budgets das reinste Kinderspiel

These 2: Als Konsequenz dieses Übermaßes der guten Dinge ist die moderne Medizin schon heute unbezahlbar, und wird in Zukunft immer unbezahlbarer. Allen

Wahlkampfreden unserer Politiker und allen Parteiprogrammen progressiver Menschenfreunde zum Trotz ist es schon heute nicht mehr möglich, allen Kranken und Patienten unseres Landes eine optimale Versorgung nach dem letzten Stand der Medizin zu garantieren, und diese Lücke, diese Kluft zwischen Verheißung und Erfüllung wird von Tag zu Tag nicht kleiner sondern größer. Mit anderen Worten, wir steuern unausweichlich nicht nur auf eine **Rationalisierung**, sondern ganz dezidiert auf eine **Rationierung** von Gesundheitsgütern zu.

Dazu eine ganz wichtige Klarstellung vorweg: Nämlich die, daß ich hier keine Werturteile fälle, sondern zunächst einmal nur Fakten konstatiere. Ich sage nicht: die Medizin soll rationiert werden, sondern: die Medizin wird rationiert werden, und das ist ein großer Unterschied. Das eine ist ein Wunsch oder ein Werturteil, das andere eine völlig wertneutrale Feststellung einer Tatsache, für die ich als Referent genausowenig etwas kann wie etwa ein Klimaforscher für das Ozonloch etwas kann. Und genausowenig wie Sie einen Klimaforscher beschimpfen, der sagt: über der Antarktis gibt es ein Ozonloch, genausowenig dürfen sie einen Statistiker beschimpfen, der sagt: in der modernen Medizin gibt es ein Bedarfsloch, einen Überhang des theoretisch machbaren über das praktisch finanzierbare, denn in beiden Fällen wird völlig wertneutral allein ein Faktum konstatiert.

These 3: Dieser Verteilungskampf, diese Rationierung im Gesundheitswesen ist nicht nur unabwendbar, und ich betone nochmals: unabwendbar, sondern kann je nach Ausgestaltung auch human sowie sozialverträglich sein. Sie muß weder die Anbieter noch die Nachfrager erschrecken, wenn wir die Sache nur vernünftig angehen, muß die Menschlichkeit dabei durchaus nicht auf der Strecke bleiben.

1. Mythos Kostenexplosion

Zu den Thesen im einzelnen. These 1: Die moderne Medizin als das Opfer ihres eigenen Erfolges. Denn genau das ist die Situation. Wäre die Medizin auf der Stufe des letzten Jahrhunderts, bei Sauerbruch oder Semmelweiß. bei Koch und Röntgen stehengeblieben, hätte sie heute eine Menge Probleme weniger.

Das erste dieser sozusagen selbstgebastelten Probleme ist die sogenannte "Kostenexplosion". Denn diese "Kostenexplosion", bei Arzneimitteln und anderen Gesundheitsgütern gleichermaßen, ist in Wahrheit keine Kosten-, sondern aller Korruption und Mißwirtschaft zum Trotz vor allem eine Effizienz- und Leistungsexplosion. Ausgaben sind nämlich immer das Produkt von Preis und Menge, und wenn Sie die unbestreitbare Ausgabenexplosion der letzten 50 Jahre einmal auf diese beiden Komponenten aufteilen, stellen Sie fest, daß nicht die Preise, sondern ganz klar die Mengen der Hauptmotor gewesen sind.

Die reinen Preise von Gesundheitsgütern steigen in aller Regel langsamer und nicht schneller als andere Preise; insbesondere bei Arzneimitteln sind die reinen Preise in

den vergangenen Jahrzehnten fast durchweg langsamer gestiegen als der allgemeine Preisindex. Manche sind sogar gefallen. Wenn also trotzdem unsere Arzneimittelausgaben so explodieren, so erstens, weil wir rein mengenmäßig immer mehr davon verbrauchen, wobei ich hier offenlassen will, ob das wirklich nötig ist, und zweitens, weil ständig neue Arzneimittel auf den Markt kommen, die früher auf keiner Rechnung vorgekommen sind

Am deutlichsten wird dieser Wandel der Produktpalette wohl im Krankenhaus. Obwohl hier ein Pfllegetag heute mehrere Tausend Prozent teurer ist als ein Pfllegetag vor 50 Jahren 1950, auch das ist keine Explosion der Preise. Denn ein Pfllegetag im Jahr 2002 ist doch etwas ganz anders als ein Pfllegetag im Jahr 1950, und zwar etwas sehr viel besseres, will ich einmal hoffen! Wer aber früher einen VW-Käfer fuhr und sich heute einen Mercedes leistet, darf auch nicht darüber klagen, daß der Preis des Fahrzeuges gestiegen ist. Hier von einer "Kostenexplosion" zu reden, wäre wenig angebracht. Man könnte ja einmal erwägen, den Kassen eine Behandlung für 8 Mark am Tag zu bieten, wie 1950, aber auch mit den Geräten, dem Personal und dem medizinischen Wissen von dazumal, ohne Intensivstationen und Computertomographen, ohne Herzschrittmacher, Dialyseautomaten oder moderne Antibiotika, ohne Ultraschall und Wehenschreiber und wie die Wunderdinge alle heißen, von denen man damals bestenfalls nur träumen konnte. Ich bin sehr gespannt, ob jemand auf diesen Handel eingehen wird.

Das Prinzip ist also äußerst einfach: was nicht existiert, das kostet auch nichts. Das fängt bei Antibiotika an und hört bei Kernspintomographen und Zellseparatoren auf, und das unterscheidet die Medizin z.B. von der EDV, die ja auch in den letzten Jahrzehnten einen rasanten Fortschritt zu verzeichnen hatte. Aber anders als in der Medizin hat dieser Fortschritt das Angebot nicht verteuert, sondern ganz enorm verbilligt. Der Grund ist, daß der Fortschritt in der EDV vor allem sogenannte "Ersatztechnologien" produziert, also Verfahren, womit eine gegebene Leistung wie etwa die Addition von 1 und 1 effizienter und damit auch billiger herzustellen ist.

Solche Ersatztechnologien gibt es in der Medizin zwar auch, etwa in der Arzneimitteltherapie. Ich habe mir z.B. sagen lassen, daß man heute Magengeschwüre sowohl besser als auch billiger mit Medikamenten statt wie früher mit dem Messer kuriert. Und so gibt es sicher auch noch anderswo die eine oder andere Ersatztechnologie, die eine veraltete oder teure Diagnose- oder Therapiemethode durch eine neue und bessere, vielleicht sogar billigere, ersetzt. Das sind aber ganz klar Ausnahmen. In der modernen Medizin dominieren ganz eindeutig die sogenannten "Zusatztechnologien", also Verfahren, die etwas bis dato prinzipiell unmögliches auf einmal möglich machen. Zusatztechnologien wie Organverpflanzungen oder Operationen am offenen Herz erzeugen aber erst einen Bedarf, der vorher allenfalls latent vorhanden war, und die meisten medizinischen Fortschritte sind genau von diesem Typ.

Ich lese Ihnen einmal einige weitere einschlägige Schlagzeilen aus der deutschen Tagespresse vor:

- neues Medikament fördert die Gedächtnisleistung
- neues Medikament stoppt Knochenzerstörung
- erstes Medikament gegen Alzheimer
- Medikamente reinigen auch Herzsclilagadern
- Fortschritte bei Hörschnecken- Implantaten
- Hörtest schon bei Ungeborenen möglich
- bald künstliches Lebersystem
- auch Teilstücke der Leber jetzt erfolgreich übertragen
- per Computersimulation zur Hüftgelenkprothese
- Neue Kombinations-Chemotherapie bei Darmkrebs
- gezielte Laserschüsse in den Herzmuskel
- Mikropumpe für Bypass-Operationen
- Fötus im Mutterleib am Herzen operiert
- Herzschrittmacher für Babys
- Herzschrittmacher mit 86
- Herzschrittmacher mit 96
- Herzschrittmacher mit 102
- neue Klinik für Handchirurgie
- Fuß nach Monaten wieder angenäht
- Blutwäsche auch bei Herzversagen
- Herztransplantationen zunehmend auch bei kleinen Kindern
- Vierjährige erhält fünf neue Organe
- Transplantation von Gehirnzellen
- Hirnschrittmacher hilft bei Bewegungsstörungen
- Mit Wechselstrom gegen die Schuppenflechte
- Dünndarmtransplantat bei Zungenkrebs
- Laser gegen Karies
- Pille gegen Zahnausfall
- der schmerzlose Zahnbohrer

4

und so weiter und so fort. Vergleichen Sie das einmal mit der Medizin der ersten Nachkriegsjahre, und Sie sehen, wie der Horizont des Machbaren, des medizinisch sinnvoll machbaren, um das ganz klarzustellen, wie dieser Horizont sich ausgeweitet hat.

Als Konsequenz dieser Machbarkeitsexplosion ist aber die moderne Medizin schon heute nicht mehr zu bezahlen. Die Forderung auch einer optimalen Medizin für alle ist eine absolute Illusion. Genausogut könnten Sie verlangen, daß der Rhein bergauf in Richtung Basel fließen soll.

2. Medizin macht unzufrieden

Halten wir also vorläufig fest: Wäre die moderne Medizin heute nicht so leistungsfähig, dann wäre sie auch nicht so teuer. Und außerdem hätten dann die Menschen auch weniger Angst davor. Denn das ist das nächste Paradox: Das Gesundheitswesen als medizinisch-technischer Reparaturbetrieb wird zwar immer effizienter, aber die Kunden alias Patienten werden nicht notwendig zufriedener. Dazu gibt es im Englischen ein schönes Wortspiel: der modernen Medizin ist es sowohl um "caring" als auch um "curing" zu tun, und dieser Aspekt des "caring" gerät durch die Betonung des "curing" etwas in Vergessenheit.

Heute sind doch Elektronik und Chemie, nicht Anteilnahme oder Mitgefühl, fast die wichtigsten Zutaten des Heilerfolgs. War früher Mitgefühl fast noch das einzige, was Ärzte ihren Patienten anbieten konnten, so lenkt es heute oft nur von der Arbeit ab. Man kann doch heute als Arzt in Rente gehen, ohne jemals im Berufsleben einen Patienten gesehen zu haben, und der Medizin-Nobelpreis wird mittlerweile auch an Physiker und Ingenieure verliehen (wie z.B. 1979 an Godfrey Hounslow und Allan Cormack für die Entwicklung der Computertomographie), und sogar im Operationssaal werden Menschen heute zunehmend durch Roboter ersetzt.

Das Dumme ist nur: wer liebt schon einen Roboter?

Oder nehmen Sie die folgende Annonce aus der Hamburger Zeit:

Im Krankenhaus X wird ein Medizinphysiker oder Diplom-Ingenieur gesucht. Der Bewerber soll im Bereich Strahlentherapie/Nuklearmedizin und Röntgendiagnostik tätig werden. Das Aufgabengebiet umfaßt: Linearbeschleuniger, Afterloading (Buchler), Oberflächentherapie, Evados, Nuklear diagnostik und Röntgenanlagen. Gesucht wird ein Diplom-Physiker/Diplom-Ingenieur mit fachlicher Ausrichtung auf die Medizinphysik ..."

Mit solchen Texten sucht man auch den Leiter eines Wasserwerks. Wenn darin nicht explizit von Medizin und Krankenhaus die Rede wäre, käme keine Mensch auf die Idee, hier würde jemand für einen Heilberuf gesucht. Von Nächstenliebe und Mitleid für Patienten ist jedenfalls hier keine Rede. Damit will ich nicht etwa sagen, Strahlentherapeuten oder Medizinphysiker wären inhuman. Wichtig ist nur: ob oder ob nicht sie für ihre Patienten Anteilnahme und Mitgefühl empfinden, ist für den Erfolg der Therapie egal: Das "curing" ist vom "caring" völlig abgekoppelt, und das hat der priesterlichen Aura der Heilberufe alles andere als gut getan.

3. Medizin macht krank

Das war also das zweite Paradox. Aber darüber hinaus ist die moderne Medizin auch noch in einem dritten Sinn zum Opfer ihres eigenen Erfolges geworden, und der wird häufig übersehen, wahrscheinlich, weil wir es nicht sehen wollen: erstens

macht sie das Gesundheitswesen nicht billiger, sondern teurer, und zweitens macht sie die Patienten nicht zufrieden, sondern zusehends rebellisch, und drittens macht sie die Menschen im Durchschnitt nicht gesünder, sondern eher kränker, und auch das meine ich vollkommen im Ernst, wenn auch in einem ganz anderen Sinn als unsere progressive Presse gerne glaubt.

Ich meine damit vielmehr folgendes, das am besten durch ein Zitat eines alten Kleinlers deutlich wird, den ich auf einer Tagung einmal habe sagen hören: „Früher hatten wir es einfach. Da war der Patient nach einer Woche entweder gesund oder tot.“

Das ist heute anders. Heute ist der typische Patient nach einer Woche weder gesund noch tot. Heute hält die Medizin im Gegensatz zu früher ein großes Arsenal von Abwehrwaffen vor, aber dies sind zu einem großen Teil, wie die Amerikaner sagen, nur "halfway-technologies": Sie halten uns zwar am Leben, aber machen uns nicht komplett gesund. Das ist zwar kein hundertprozentiger, aber trotzdem ein Erfolg, um das ganz klarzustellen, aber trotzdem haben wir damit das nächste Paradox. Denn ohne die moderne Medizin wären viele hier im Saal schon lange tot, aber die Überlebenden dafür im Durchschnitt – ich betone: im Durchschnitt – eher gesünder als sie es heute sind.

Lassen Sie mich diesen zentralen Punkt an einem Beispiel verdeutlichen: Angenommen, jeder hier im Publikum, der weniger als einen bestimmten Geldbetrag mit sich führt, sagen wir einmal weniger als 500 Euro, muß diesen schönen Saal verlassen. Wieviel Geld haben dann die anderen, die hier drinnen bleiben, im Durchschnitt in der Tasche?

Nun, in jedem Fall doch mehr als 500 Euro! Das muß per Konstruktion so sein, denn alle, die weniger haben, sind ja nicht mehr hier.

Jetzt senken wir diese kritische Grenze von 500 auf 50 Euro. Das hat zwei Konsequenzen: Erstens bleiben mehr Menschen hier im Saal, und zweitens haben diese im Durchschnitt weniger Geld dabei. Das Vermögen der Stammbesetzung bleibt zwar gleich, aber der Durchschnitt sinkt, weil jetzt viele Personen neu dazukommen, die vorher nicht dabei gewesen sind.

Dieses Spiel können Sie beliebig weitertreiben: bei einer Grenze von 5 Euro bleiben noch mehr Menschen hier im Saal, die aber im Durchschnitt nochmals ärmer sind, und genau diesen Effekt hat grob gesprochen, wenn Sie Geld mit Gesundheit vertauschen, auch die moderne Medizin: Sie gibt vielen, die ohne sie den Saal hätten verlassen müssen, quasi eine Aufenthaltsverlängerung.

Diese massenhaften Aufenthaltsverlängerungen, die ich übrigens durchaus nicht negativ bewerte, allein schon deshalb, weil ich selbst einmal davon zu profitieren hoffe, diese massenhaften Aufenthaltsverlängerungen haben aber den Effekt, daß wir immer mehr zu einem Volk von Kranken werden.

Nehmen Sie Nierenversagen. Wie Sie wissen, haben wir in Deutschland mit die höchsten Raten an Nierenkranken in der ganzen Welt, aber doch nicht, weil unsere Medizin so schlecht ist, sondern weil sie so gut ist. Hätten wir nicht die weltweit vorbildlichen Möglichkeiten der künstlichen Blutwäsche für alle, die sie brauchen, gäbe es heute bei uns sehr viele Nierenkranke weniger. In England z.B. gibt es kaum 100 Nierenkranke pro eine Million Einwohner, verglichen mit mehr als 300 in der Bundesrepublik, aber nicht, weil in England diese Krankheit seltener auftritt, sondern weil dort kaum ein Nierenkranker seinen 60ten Geburtstag überlebt.

Oder nehmen Sie Alzheimer: „Immer mehr Menschen leiden unter Alzheimer“. Ja warum denn? Weil sie nicht vorher an anderen Krankheiten gestorben sind. Oder nehmen Sie den den Diabetes. Heute gibt es zwischen 5 und 8 Millionen Zuckerkranke in der Bundesrepublik, je nachdem wie man es mißt, mehr als 20mal soviel wie zu Zeiten Röntgens oder Kochs. Aber auch das liegt nicht an der Unfähigkeit der Medizin, sondern daran, daß vor 70 Jahren das Insulin erfunden wurde. Auch hier das gleiche Resultat - und ich bitte Sie inständig, dies genauso zu interpretieren wie es gemeint ist, nämlich als reine und völlig wertneutrale Feststellung einer Tatsache: Ohne medizinischen Fortschritt wäre der Durchschnitt der Überlebenden heute gesünder.

Der Punkt ist einfach der, und dabei zitiere ich fast wörtlich den Ex-Präsidenten unserer Bundesärztekammer, daß es, je besser die Medizin ist, umso mehr Kranke geben wird. Der moderne Arzt ist weniger ein weißer Engel, der uns die Tür zum ewigen Leben aufschließt, als vielmehr ein neuer Sysiphus, dessen Mühen und Sorgen mit jedem Erfolg nur immer größer werden. Es ist daher auch eine absolute Illusion zu glauben, daß ein medizinisch effizienteres Gesundheitswesen uns als Kollektiv gesünder macht. Der einzelne Patient ja, aber der Durchschnitt der Überlebenden nein. Die große Gleichung "mehr Geld = mehr Gesundheit" ist ganz eindeutig falsch. Genauso könnten Sie versuchen, einen Brand zu löschen, indem Sie Benzin hineinschütten. Je mehr die Medizin sich anstrengt, desto kränker werden wir, die moderne Medizin sitzt ein für allemal in einer großen Fortschrittsfalle fest.

4. Irrweg Prävention

Bevor ich als nächstes über Möglichkeiten spreche, diesem Dilemma auf humane Weise zu begegnen, möchte ich aber noch vor einem Irrweg warnen, den viele, wie etwa der Sachverständigenrat in seinem jüngsten Jahresgutachten, für einen Ausweg aus dieser Falle halten, der aber die moderne Kluft zwischen Verheißung und Erfüllung im Gesundheitswesen leider auch nicht überbrückt. Dieser Irrweg, zumindest was Kostendämpfung betrifft, heißt "Prävention statt Therapie".

Der Grund für meine Skepsis ist ebenso trivial wie unangenehm. In einem englischen Andenkenladen habe ich dazu einmal einen Aufkleber mit folgendem Spruch

gesehen: "If you give up drinking, smoking and sex, you don't live longer. It just seems like it."

Das ist natürlich falsch, denn Nichtraucher leben nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv länger als andere, enthält aber trotzdem einen wahren Kern. Auch Nichtraucher müssen sterben, genau wie Müsli-Freunde oder Anti-Alkoholiker, und eine per Prävention verhinderte Krankheit macht uns leider nicht unsterblich, wie viele Präventionsverliebte offenbar zu glauben scheinen, sondern in erster Linie doch nur Platz für eine andere.

Die letztendliche Sterblichkeitsrate bleibt immer 100 Prozent, da kann die Medizin machen was sie will. Vielleicht erinnert sich noch der eine oder andere hier im Saal an eine großangelegte Präventionskampagne in den nordbadischen Städten Wiesloch und Eberbach, nicht allzuweit von hier, die anfangs der 80er Jahre in der deutschen Presse für einige Furore sorgte.

Nun, ich war 10 Jahre später in Wiesloch zu Besuch, und habe die folgende Seite aus der dortigen Lokalzeitung für Sie mitgebracht:

Folie Todesanzeigen

Wie Sie sehen, die Leute in Wiesloch sterben immer noch, und sterben sie nicht an Krebs A, dann an Krebs B, und sterben sie nicht an Krebs, dann an Alzheimer und Herzinfarkt, und damit bin ich auch schon bei den Kosten angelangt. Ob nämlich die erfolgreiche Prävention einer bestimmten Krankheit das Gesundheitsbudget als ganzes entlastet oder nicht, hängt offenbar entscheidend davon ab, was billiger ist: die verhinderte Krankheit oder die, die man stattdessen kriegt. Das kann man nicht am grünen Tisch entscheiden, aber ich kenne hier einige sehr seriöse Modellrechnungen, die bezüglich des rein ökonomischen Nutzen von noch mehr Prävention zu eher skeptischen Ergebnissen kommen.

Vielleicht kennen Sie die berühmte Untersuchung von Leu und Schaub von der Universität Basel zu Rauchen und Gesundheitskosten in der Schweiz. U.a. kamen die Autoren darin zu dem Resultat, daß die Schweiz langfristig eher mehr statt weniger für die Gesundheit ausgeben müßte, wenn es dort seit hundert Jahren keine Raucher gäbe. So paradox das auf den ersten Blick auch klingt, aber das Gesundheitswesen würde durch ein totales Rauchverbot nicht billiger, sondern langfristig nur noch teurer (weil nämlich die Kosten, die in den Extra-Lebensjahren des Nichtrauchers entstehen, die vorher gesparten Ausgaben mehr als aufwiegen). Wenn man also ernstnimmt, was man immer wieder zu Bonus-Malus beim Krankenkassenbeitrag liest, müßten Raucher keinen Malus, sondern einen Bonus auf ihren Beitrag eingeräumt erhalten (was, nebenbei bemerkt, auch die beste Methode wäre, sie von diesem Laster ein-für-allemal zu heilen).

Unter reinen Kostenaspekten – und lassen Sie mich hier betonen, daß es auch noch andere Aspekte als die Kosten gibt – aber unter reinen Kostenaspekten ist Präven-

tion in der Regel ein Verlustgeschäft. Selbst in der Zahnmedizin, wo die Kostenargumente mich noch am ehesten überzeugen, sind die pro-Argumente längst nicht so wasserdicht wie viele glauben, denn die kurativen Eingriffe werden durch eifriges Zähneputzen ja nicht prinzipiell verhindert, sondern nur ein paar Jahre aufgeschoben. Statt mit 40 bekommt man sein Gebiß dann eben mit 60, aber zahlen muß die Kasse so wie so.

Damit wir uns in diesem wichtigen Punkt nicht mißverstehen: Ich habe überhaupt nichts gegen gesundes Leben und freiwillige Prävention. Auch wenn Prävention keine Kosten spart, kann sie ja trotzdem sinnvoll sein, und in der Regel ist sie das ja auch. Bedenken habe ich daher auch weniger zum ob, sondern mehr zum wie der Prävention. Prävention verlangt nämlich nach Zwang. Freiwillig hat sie auf dieser schönen Erde noch niemals lange funktioniert, so daß hinter dem Zuckerbrot, mit dem man uns gesundes Leben schmackhaft machen will, meist eine große Peitsche droht. Darüber kann auch die bekannte Kundenfänger-Kampagne der deutschen Ortskrankenkassen mit dem Motto "Prävention macht Spaß" nicht hinwegtäuschen. Prävention macht nämlich durchaus keinen Spaß. Mir jedenfalls nicht. Ich muß mich zum Zähneputzen genauso zwingen wie zur Frühgymnastik oder zum Verzicht auf ein weiteres Glas Wein, wenn es mit gerade besonders gut schmeckt.

Natürlich sieht auch ein Liberaler, als den Sie mich inzwischen vielleicht identifiziert haben, bestimmte Zwangsmaßnahmen durchaus ein. Das ist z.B. immer dann der Fall, wenn Prävention sogenannte "externe Effekte" hat, wie das im Fachjargon der Ökonomen heißt. Ein Paradebeispiel sind Schutzimpfungen, denn hier schützt man durch Prävention nicht nur sich selbst, sondern auch andere. Hier ist die Frage "Prävention ja oder nein" eben nicht jedermanns eigenes Bier, hier ist auch nach dem liberalen Credo Zwang durchaus erlaubt. Aber ich habe auch schon Schlagzeilen gelesen wie "Krebsärzte fordern: Vorsorge als Pflicht", und das geht mir eindeutig zu weit. An Krebs hat sich schließlich meines Wissens noch niemals jemand angesteckt.

Hierher gehört auch der von manchen Ärzten propagierte Zwangs-"Gesundheits-Check-up" alle zwei Jahre für alle Versicherten, ob sie wollen oder nicht. Auch hier ist das Motiv zu loben, die Methoden aber weniger. Dann fehlte nämlich nur noch der TÜV-Stempel auf dem Hinterteil, und ehe wir bis drei zählen, hätten wir den totalen medizinischen Überwachungsstaat.

Aus einem Recht auf könnte nämlich sehr schnell eine Pflicht zur Gesundheit werden, wie in vielen totalitären Gesellschaften links wie rechts bereits gehabt. Die russische Wochenzeitung "Literaturnaja Gazeta" etwa klagte vor einigen Jahren darüber, daß 30 Prozent der russischen Kinder übergewichtig seien und daß ihre körperliche Verfassung nicht den Ansprüchen einer modernen Industrie und Armee genüge. Alles in allem müsse die Einstellung zur Gesundheit geändert werden, da diese kein Privateigentum sei, sondern dem Staat gehöre.

Damit will ich den Präventionsverfechtern hierzulande durchaus keine totalitären Tendenzen unterstellen. Aber die Gefahr ist nicht von der Hand zu weisen. Hier kämpfen offensichtlich linke Zwangsbeglücker und rechte Paternalisten Hand in Hand, und steht der Liberale einsam in der Mitte.

Karl der Große soll zu seinen Ärzten gesagt haben, als diese ihm gebratenes Fleisch verboten, an dessen Stelle er gekochtes essen könne, sie sollten sich zum Teufel scheren. Was Karl dem Großen Recht war, sollte uns billig sein. Eine wirklich freie Gesellschaft sollte sich im Zweifelsfall dazu durchringen, ihre Bürger nach eigener Fassung leben, aber auch nach eigener Fassung krank werden und sterben zu lassen.

5. Konsequenzen

Damit sind wir bei den Konsequenzen. Die kann man positiv und negativ bewerten. Erstens (und aus der Warte der Heilberufe sicher positiv): Sie brauchen keine Angst zu haben, daß ihnen jemals die Kunden ausgehen. Anders als etwa die Kollegen in der Steuerberatung oder Unterhaltungselektronik, die nicht sicher sind, ob es diese Branchen in 30 Jahren überhaupt noch gibt, können unsere Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sicher sein, daß es auch noch in 30 und 300 Jahren eine große und immer größere Nachfrage nach ihren Leistungen geben wird.

Verabschieden müssen sie sich allerdings von der Vorstellung, daß jeder medizinisch begründete Bedarf einen quasi eingebauten Anspruch auf Befriedigung besitzt. Wie wir die Sache auch drehen und wenden, und damit bin ich bei zweiten, weniger angenehmen und deshalb gern verdrängen Konsequenz der Machbarkeitsexplosion im modernen Gesundheitswesen. Wenn wir nicht so leben wollen wie die Bettler hier vor den Klinikpalästen, müssen wir so oder so das Bedarfsdeckungsprinzip im Gesundheitswesen aufgeben.

Folie Bettler vor Klinikpalast

Die Frage ist nur, wie. Hier gibt es leider kein Patentrezept. Ein großer Schritt in die richtige Richtung wäre ganz sicher ein größeres Vertrauen in die Marktwirtschaft. Ich kann es überhaupt nicht nachvollziehen, warum Menschen, die mehrere 10.000 Euro für ein neues Auto oder teure Urlaubsreisen ausgeben, nicht auch ein paar Tausend Euro für neue Zähne ausgeben sollten. Auch Gesundheitsgüter wie Kuren oder sonstige Befindlichkeitsverbesserungen, die auch einen hohen Konsumgutanteil haben, könnte man getrost und ohne inhuman zu werden dem freien Spiel von Angebot und Nachfrage überlassen.

Leider ist aber das Wundermittel Marktwirtschaft nicht flächendeckend einzusetzen. Steht etwa der Sensenmann schon vor der Tür, d.h. geht es um Leben oder Tod, ist

Rationierung durch den Markt, wie elegant und effizient auch immer, auch mit dem Weltbild eines extremen Wirtschaftsliberalen nicht mehr unter einen Hut zu bringen.

Die Frage ist daher, wenn nicht Rationierung durch den Markt, wie dann?

11

Dabei wären unter anderem die folgenden Prinzipien denkbar (von denen mir, um das gleich zu anfang klarzustellen, eines so suspekt ist wie das andere): Erstens: Wir verteilen wie auf der Titanic die Rettungsboote nur noch an die erste Klasse. In den USA z.B. haben Sie ohne dickes Bankkonto kaum eine Chance auf ein neues Herz. Außerdem sind überproportional viele Herz-Patienten männlich oder weiß, oder aus Saudi-Arabien. Mit anderen Worten, die großen Geldverdiener haben erstes Zugriffsrecht. Zweitens: Der "soziale Wert" bestimmt, wer leben darf und wer sterben muß. Das ist die Situation aus den Kindertagen der künstlichen Blutwäsche, als es noch nicht genug Dialysegeräte für alle Nierenkranken gab. Ein arbeitsloser Junggeselle zieht dann gegen einen seriösen Familienvater mit acht Kindern u. U. den kürzeren. Drittens: Keine Herzverpflanzungen oder andere teure Therapien für Patienten ab einem bestimmten Lebensalter, wie heute schon in durchaus zivilisierten Ländern wie Großbritannien oder Schweden standardmäßig praktiziert. Wenn Sie etwa in England als über 65jähriger ein Nierenleiden entwickeln, machen Sie besser gleich Ihr Testament.

Ich glaube, hier sind wir uns wieder alle einig: solche Methoden wollen wir in Deutschland lieber nicht. Und wir brauchen Sie auch nicht. Es gibt nämlich noch einen vierten Weg, den ich hier, um keinen unnötigen Defätismus aufkommen zu lassen, zum Abschluß kurz skizzieren will.

Das Stichwort heißt dabei "Statistische versus individuelle Menschenleben". Lassen Sie mich an einem Beispiel verdeutlichen, was ich damit meine. Angenommen, ein Schiff ist in Seenot. Keine Frage, daß zur Rettung der bedrohten Besatzung alles Menschenmögliche zu unternehmen ist. Meinetwegen mag dafür die gesamte deutsche Seenotrettungsflotte auslaufen. Bei einem individuellen, konkreten Menschenleben haben Kosten-Nutzen-Analysen keinen Platz. Ein konkretes Menschenleben ist kein ökonomisches Gut und hat daher auch keinen Preis. Punkt. Hier gibt es überhaupt nichts rumzudeuteln.

Heißt das aber, frage ich Sie jetzt, daß wir in jedem Nordseehafen zehn Seenotrettungskreuzer stationieren müssen?

Ich glaube nein, und dieses Prinzip gilt auch im Gesundheitswesen. Auch hier sind zur Rettung konkreter Menschen keine Kosten und Mühen zu scheuen, Kostendämpfung hin oder her. Das heißt aber nicht, daß wir nicht vor Eintreten des Eventualfalls ich betone: **vor** Eintreten des Eventualfalls die Kapazitäten beschränken dürften, denn das trifft keine konkreten Patienten, sondern nur die Wahrscheinlichkeit eines frühzeitigen Todesfalls nähme für alle Bundesbürger zu, und das ist ein ganz großer und zentraler Unterschied.

Im amerikanischen New York z.B. hat man in den 80er Jahren eine geplante Spezialklinik für Brandverletzungen mit der Begründung abgelehnt, für die dadurch pro Jahr geretteten 12 Menschenleben wäre das Projekt zu teuer. Jetzt frage ich sie: ist der damalige Oberbürgermeister Edmund Koch ein Massenmörder?

12

Ich glaube nein, denn durch die eingesparte Brandklinik in New York wurden doch nicht 12 Bürger jährlich zum Tode durch Verbrennen verurteilt, auch wenn die Heilberufe das gerne so darstellen, sondern allein die Wahrscheinlichkeit, durch Brandverletzungen zu sterben, hat für jeden New Yorker um einen zehntausendstel Prozentpunkt zugenommen, und das ist ein großer Unterschied.

So könnte eine humane Rationierung im Gesundheitswesen idealerweise aussehen: weg von der Mikroebene, weg von der Front, wenn Sie so wollen, hin auf eine möglichst hohe, abstrakte Ebene, wo es nur um Wahrscheinlichkeiten und nicht um individuelle Menschenleben geht.

Der Punkt ist aber, und damit komme ich zum Schluß: Wie auch immer wir die knappen Gesundheitsgüter verteilen, ob per Versteigerung an den Meistbietenden, ob über Warteschlangen, über staatliche Zuteilung oder, wie ich hier zum Abschluß vorgeschlagen habe, durch Sparen auf der Planungsebene, daß rationiert werden muß, steht fest. Wir haben überhaupt nicht mehr die Wahl. Durch die enormen Erfolge der Vergangenheit hat die moderne Medizin sich selbst und die Gesellschaft als ganzes in eine regelrecht tragische Situation geführt, in der es wie in einer griechischen Tragödie nur sehr schwer einen ehrenvollen Ausweg gibt.

Das ist die Situation, und obwohl tragisch genug, mein Appell an die hier anwesenden Ärzte und anderen modernen Produzenten von Gesundheitsgütern als diejenigen, die das alles ausbaden haben, deswegen nicht im Büßerhemd herumzulaufen. Denn daß die Medizin heute soviel mehr kann als vor 50 Jahren, ist doch alles anderes als ein Grund zur Schande. Schließlich entschuldigt sich ja auch der Herr Witzigmann nicht dafür, daß er besser kocht als McDonalds, auch wenn er sehr viel teurer ist. Genauso aber wie Sie Ihre Kinder zum McDonalds schicken können und sagen: "Eßt was ihr wollt, alles wird bezahlt", zum Witzigmann aber nicht, genauso konnte man vor 50 Jahren zu den Heilberufen sagen: "Macht was Ihr könnt, alles wird bezahlt," heute aber nicht. Denn heute hält die Medizin im Gegensatz zu damals ein Riesenmenü der exquisitesten Heilmitteldelikatessen bereit, die nur den einen Nachteil haben, daß sich nicht mehr alle Hungrigen daran sattessen können, und ich als Außenseiter bin schon sehr gespannt darauf, und das soll vorläufig auch mein letztes Wort für heute abend sein, wie die Schöpfer dieses Gabentisches mit diesem Dilemma fertig werden.