

ÄRZTETAG 2011



***Knappe  
Ressourcen  
in der Medizin***

– ethisches Dilemma  
oder gerechte  
Verteilung?

***Dokumentation***



## Inhaltsverzeichnis

### **Weihbischof Hubert Berenbrinker**

Knappe Ressourcen in der Medizin – ethisches Dilemma oder gerechte Verteilung – Eröffnungsworte ..... 4

### **Prof. Dr.Dr. Jens Atzpodien**

Medizinische Verteilungsgerechtigkeit:  
die ärztliche Perspektive ..... 7

### **Prof. Dr. Manfred Spieker**

Gerechtigkeit im Gesundheitswesen? Sozialethische  
Anmerkungen vor dem Hintergrund der demographischen  
Entwicklung und des technischen Fortschritts ..... 17

Biographische Hinweise zu den Referenten ..... 32

Dokumentationen der Ärztetage ..... 33

---

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat  
Hauptabteilung Pastorale Dienste  
Redaktion: Dr. Werner Sosna  
Domplatz 3  
33098 Paderborn

# **Knappe Ressourcen in der Medizin**

## **- ethisches Dilemma oder gerechte Verteilung?**

### **Eröffnungsworte**

#### **von Weihbischof Hubert Berenbrinker**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitbrüder!

Zu unserem diesjährigen Ärztetag hier in der Kaiserpfalz in Paderborn heiße ich Sie alle herzlich willkommen! Es ist für mich eine besondere Freude, Ihre traditionsreiche Veranstaltung in Vertretung von Herrn Erzbischof Becker eröffnen zu dürfen! Er lässt Sie alle herzlich grüßen und wünscht uns einen guten Verlauf dieser Tagung!

Mit seinem Ärztetag möchte Ihnen das Erzbistum Paderborn ein Forum bieten, um aktuelle und grundsätzliche Fragen in ihrem Bereich aus der Perspektive der christlichen Ethik aufzugreifen. Damit entsprechen wir als Kirche unserer sozialen und ethischen Verantwortung, uns den Fragen und Herausforderungen konkreter gesellschaftlicher Situationen zu stellen. Dies kann vernünftigerweise nur in einem Dialog geschehen, in dem verschiedene Fachdisziplinen ihre Perspektiven auf ein gemeinsames Problem darstellen und gemeinsam nach Ansätzen suchen, die der Verantwortung der Gemeinschaft und der Würde des Einzelnen entsprechen.

Dass dies alles andere als ein einfaches oder einvernehmliches Unterfangen ist, wissen wir seit Jahren aus den Debatten um die Gestaltung unseres Gesundheitswesens. So stößt die einfache Wahrheit, dass jeder kranke Mensch gesund werden möchte, heute auf eine Reihe von Faktoren, die auf Ihrer Seite als Ärztinnen und Ärzte vielfach als Belastungsgrenze erlebt werden. Dabei geht es sicher nicht nur um den Umgang mit Abrechnungspauschalen und fehlenden Zeitressourcen,

sondern um die grundlegende Frage, wie soziale, ökonomische und politische Aspekte gesellschaftlich verantwortbar zusammengebracht werden können. Mit anderen Worten: Woran muss gedacht und gearbeitet werden, um weiterhin ethisch legitimiert handeln zu können, d.h. sowohl der Bedürftigkeit des Patienten gerecht zu werden als auch im gesellschaftlichen Kontext eine gerechte Verteilungspraxis für alle Menschen zu ermöglichen. Ihnen sind die gegenwärtig verhandelten Stichworte geläufig: Begriffe wie Priorisierung in der Medizin, Leistungsbeschränkungen im Gesundheitswesen, Rationalisierung und Rationierung, sowie Kosten-Nutzen-Bewertungen gehören längst zum Standard auf der Suche nach den Lösungsmöglichkeiten. Investitionen in den medizinischen Fortschritt und die damit zusammenhängenden Kosten für Diagnose und Therapie, aber auch die demographische Entwicklung unserer Gesellschaft machen mit aller Deutlichkeit auf die Problematik der Knappheit von Ressourcen aufmerksam! Es stellt sich die Frage, wie wir damit in ethisch verantwortlicher Weise umgehen können und umgehen sollen!

Ich freue mich deshalb sehr, dass die Planungsgruppe des Ärztetages dieses wichtige Thema aufgegriffen hat und wir heute dazu zwei herausragende Referenten unter uns begrüßen dürfen: Herrn Prof. Dr. Dr. Jens Atzpodien als Mediziner und Herrn Prof. Dr. Manfred Spieker als Sozialethiker! Ihnen beiden ein herzliches Willkommen hier in Paderborn!

Ich möchte nur einige wenige Hinweise aus Ihren Biographien aufgreifen, um Sie hier kurz vorzustellen:

Professor Atzpodien ist Vorsitzender des Ethikrates der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Seit dem 1. Oktober 2011 ist er Direktor des neu errichteten Zentrums für Onkologie und Hämatologie der Niels-Stensen-Kliniken in Osnabrück. Zuvor leitete er die Abteilung Internistische Onkologie der Fachklinik Hornheide an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Er erhielt die Anerkennung zum Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, und zum Facharzt für Internistische Intensivmedizin. Seine Forschungsarbeit wurde u.a. gefördert durch die Deutsche Forschungsgesellschaft, die Deutsche Krebshilfe, die Wilhelm Sander-Stiftung und die Deutsche Gesellschaft zur Förderung immunologischer Krebstherapien.

Unser zweiter Referent ist Professor Manfred Spieker! Er hatte bis zum Jahr 2009 den Lehrstuhl für Christliche Sozialwissenschaften am Institut für katholische Theologie der Universität Osnabrück inne. Seit 1995 vertritt er als Beobachter den Heiligen Stuhl im Lenkungsausschuss für Sozialpolitik des Europarates. Von 2002 bis 2007 war er Präsident der Internationalen Vereinigung für Christliche Soziallehre. Seine Forschungsschwerpunkte liegen auf den Feldern des Sozialstaates, der Bioethik und der Wirtschaftsethik.

Mein Dank gilt an dieser Stelle auch der Akademie für Ärztliche Fortbildung, die diesen Ärztetag in ihr Programm mit aufgenommen hat und dadurch eine Zertifizierung im Rahmen der ärztlichen Fortbildung ermöglicht. Diese Form der Kooperation macht den Ärztetag unseres Erzbistums zugleich landesweit bekannt und mündet in der tatkräftigen Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen der Akademie hier vor Ort.

Wir dürfen uns nun den Fachvorträgen der Referenten widmen, die Sie gewiss alle mit Spannung erwarten. Ich danke Ihnen für das große Interesse an dieser Thematik und freue mich über Ihr Kommen. Ich bin überzeugt, dieser Tag hält gute Einsichten, wertvolle Gespräche und Begegnungen für uns bereit!

# **Medizinische Verteilungsgerechtigkeit: die ärztliche Perspektive**

**von Jens Atzpodien**

Das deutsche Gesundheitswesen gilt als eines der besten weltweit. Dennoch beklagen wir Ärzte eine zunehmende Ökonomisierung und Industrialisierung der Medizin - von der Zuwendungsmedizin hin zu einer zunehmend profitorientierten Gesundheitswirtschaft.

Aus ärztlicher Perspektive steht aber der Schutz einer unverbrüchlichen und vertrauensvollen Patient-Arzt-Beziehung im Mittelpunkt jedes ärztlichen Handelns. Vor dem Hintergrund dieses zunehmenden Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Zuwendung einerseits und der Industrialisierung des Medizinbetriebs andererseits ist es vorrangiges Anliegen der Ärzteschaft, einen breiten gesellschaftlichen Diskurs über den zukünftigen Umgang mit Kranken und Leidenden, insbesondere über die Grundsätze einer gerechten, am Patienten orientierten medizinischen Versorgung und Ressourcenverteilung zu führen.

In diesem Diskurs kommt den christlichen Kirchen mit dem von ihnen gelebten und tradierten Wertekanon eine wesentliche Rolle zu.

I

Medizin erfordert primär Menschlichkeit, Zuwendung, Fürsorge und Barmherzigkeit. Im Versorgungsalltag der Medizin jedoch werden wir immer wieder von diesen Kernzielen weggeführt; Realität und Anspruch an die medizinische Betreuung klaffen auseinander.

Mangelnde Kommunikation, Intransparenz und auch Irrationalität werden im Medizinbetrieb beklagt. Neben der Versorgungsrealität und ihren

Defiziten werden in der Diskussion jedoch auch Sorgen thematisiert, die auf keiner rational nachvollziehbaren Grundlage fußen:

Sorge bereitet z. B. die Annahme, unsere heutige Medizin sei künftig nicht mehr bezahlbar, eine überbordende Kostenexplosion habe unkontrollierbare Folgen im und für das Gesundheitswesen. Statistisch betrachtet und unbeschadet aller segensreichen medizinischen Neuerungen hat erstaunlicherweise der Anteil der Ausgaben für Gesundheit in Deutschland in den letzten Jahrzehnten – gemessen am jeweiligen Bruttoinlandsprodukt – nur unwesentlich zugenommen.

Eine weitere nicht durch Fakten belegte Behauptung lautet, die Vergreisung der Deutschen führe zu nicht mehr tragbaren Gesundheitskosten für unsere Gesellschaft; so sei beispielsweise der Hüftgelenkersatzes bei Patientinnen und Patienten jenseits des achtzigsten Lebensjahres – pars pro toto gesprochen – weder bezahlbar noch sinnvoll.

Ein wissenschaftlicher Blick auf die ökonomischen Daten zeigt demgegenüber, dass der ganz überwiegende Teil der Gesundheitskostentwicklung nicht auf die Alterung unserer Bevölkerung zurückzuführen ist, sondern ursächlich mit der allgemeinen Wohlstandsentwicklung, dem von uns erstrebten technologischen Fortschritt, also mit der Verbesserung der Medizin einhergeht. Dabei kann nicht übersehen werden: Wir verdanken den heutigen Lebensumständen und nicht zuletzt einer immer besser an das Alter adaptierten medizinischen Versorgung die heute schon absehbare, für den Zeitraum der nächsten 30 – 40 Jahre prognostizierte Verdoppelung der Zahl über 80jähriger in Deutschland.

Von steigendem, unbezahlbarem Wert werden gerade in diesem demographischen Kontext Fürsorge, Zuwendung und soziale Einbindung der Älteren und Kranken in unserem Gemeinwesen sein.

Der Auftrag der Versorgung einer alternden Bevölkerung richtet sich nicht nur an die Medizin, sondern an die gesamte Gesellschaft. Es gilt, die rasche Zunahme der Alten und Erfahrensten unter uns als Chance, nicht aber als Last, zu begreifen.



Auch wenn die Gesundheitsaufwendungen in höherem Lebensalter zunehmen, befinden sich derzeit nicht einmal 5 % der Bevölkerung jenseits des 80. Lebensjahres.

Als Onkologe möchte ich dennoch die Frage aufwerfen: Welchen Einfluss hat die demographische Entwicklung unserer Bevölkerung auf die Entstehung, Diagnose und natürlich die Behandlung schwerer, lebensbedrohender Erkrankungen?

Wir wissen, dass Alters-Krebserkrankungen heute erfolgreich zu behandeln sind, während noch vor wenigen Jahrzehnten eine Tumorthherapie jenseits des 60. oder 70. Lebensjahres als meist infaust betrachtet wurde. Die Fortentwicklung der Medizin hat zwischenzeitlich bewirkt, dass wir das Leiden Krebskranker auch in den höchsten Altersstufen lindern und häufig Zeit sowie Lebensqualität hinzugewinnen können; dies sollte für alte Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen ein Gewinn sein.

Durch Weiterentwicklungen der Medizin entstehen zugleich zusätzliche Aufwendungen und Ansprüche an den Medizinapparat; gerade bei Älteren steht uns heute eine viel größere Zahl effektiver diagnostischer und therapeutischer Optionen zur Verfügung als noch in der jüngeren Vergangenheit.

## II

Die Behandlung Krebskranker generell führt zudem immer wieder zu Kontroversen hinsichtlich des Machbaren und Wünschenswerten. Im Zeitalter molekularer Therapien, die wie ein Schlüssel in das genetische Schloss einer Tumorerkrankung greifen und passgenau zur Wachstumshemmung von Krebszellen im Körper betroffener Patienten führen können, stellen sich auch Fragen der Relation von Aufwand und Nutzen:

Zunächst sind die Kosten pro Patient pro Behandlungszyklus mit 20.000 bis 100.000 Euro sehr hoch. Diese Einschätzung erfolgt vor dem Hintergrund eines statistisch messbaren Lebenszeitgewinns von häufig nicht mehr als 3 bis maximal 30 Wochen.

Eine solche Relation von Aufwand und Lebenszeitgewinn erscheint primär unangemessen, aber die vordergründige Betrachtung greift m. E. zu kurz:

Wenn wir beispielsweise 100 Patientinnen und Patienten mit inoperablem Bauchspeicheldrüsenkrebs zu behandeln haben, liegt zwar der Mittelwert des Zeitgewinns aller Behandelten bei nur einem Monat, dieser Wert bezieht sich jedoch auf eine gemischte Patientengruppe, der sowohl sog. Therapieansprecher – etwa 10 bis 20 % Patienten – also auch sog. Nicht-Ansprecher – etwa 80 bis 90% – angehören.

Aus der heute noch weit verbreiteten, auf Erfahrungsstandards basierenden unselektiven Behandlung großer Patientenkollektive resultiert primär der wissenschaftliche Auftrag an die Medizin, Behandlungen künftig viel individueller, d.h. pass- und wirkgenauer, auf jede einzelne Patientin und jeden einzelnen Patienten zuzuschneiden. Hierdurch können die therapeutischen Anstrengungen auf diejenigen Tumorkranken konzentriert werden, die durch die Behandlung eine effektive Verbesserung der Lebensqualität bei möglichst langer leidensarmer Lebenszeit erreichen können. Dies macht die Medizin patientenzentrierter und wirksamer.

### III

Wenn von einer Krise unseres Gesundheitswesens gesprochen wird, sollte m. E. die Frage gestellt werden: Wie können wir mit der Weiterentwicklung der Medizin eine gesellschaftlich als gerecht akzeptierte Ressourcenverteilung verbinden? Welche ist die Basis der zukünftigen Finanzierung medizinischer Leistungen? Trauen wir uns zu, auch explizit das politische Abundanzversprechen, alles für alle möglich zu machen, aufzugeben?

Die ärztliche Heilkunst trifft an dieser Stelle auf ökonomische Fragestellungen und Begrifflichkeiten: „Verbreiterung der Einnahmenseite“, „Rationalisierung“, nicht zuletzt aber auch die Frage der „Effizienzsteigerung“ im Gesundheitswesen.

Leistungsverdichtung ist in der Tat ärztlicher Alltag und wird meist negativ empfunden, da hiermit eine Industrialisierung der Medizin und eine Dominanz der Ökonomie verbunden wird.

Im Sinne einer Versorgungsgerechtigkeit ist die Frage der egalitären Verteilung medizinischer Güter zu debattieren, die in Konsequenz unweigerlich mit der Frage einer Rationierung verknüpft ist. Wenn wir allen alles geben wollen – wie dies immer wieder unsere politische Klasse versucht – dann muss diese vermeintliche Zusage unweigerlich zu einer Leistungsbegrenzung führen.

Noch weiter aber reicht die Frage der Priorisierung in der Medizin: Wie können wir transparent, explizit nachvollziehbar begründet und gerecht medizinische Leistungen in einer Weise verteilen, dass jeder Betroffene die dahinter stehende Zuordnung, d. h. Priorisierung, und deren Grundlagen nachvollziehen und bestenfalls akzeptieren kann?

Eine breite Akzeptanz transparenter und als gerecht verstandener Verteilungskriterien im Gesundheitswesen muss m. E. unbedingtes Ziel unseres gesellschaftlichen Diskurses zu diesem Thema sein.

Die heute sichtbaren Facetten der Ökonomisierung im ärztlichen Alltag sind vielfältig:

Einmal gibt es die patientenferne Rationalisierung; man kann z. B. im Krankenhaus-Einkauf sparen, die Zahl der Produkte, z.B. des Nahtmaterials im OP, der verschiedenen Handschuhtypen etc. reduzieren, ohne dass hierdurch Patienten und ihre Behandlungen gefährdet werden.

An der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung kann die Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Einsparung von Ressourcen verbessert werden, indem Aufgaben zwischen Klinik und ambulanter Medizin sinnvoll aufgeteilt werden: Nicht jede Therapie, die früher stationär durchgeführt wurde, erfordert heute einen Krankenhausaufenthalt; vielmehr kann gegebenenfalls ein Teil medizinischer Leistungen strukturiert und systematisch in die Praxen übergehen.

Viele chirurgische Eingriffe, die früher mit einem drei- bis viertägigen stationären Aufenthalt einhergingen, können routinemäßig im ambulanten Eingriffsraum des Krankenhauses durchgeführt werden; die Patienten benötigen entsprechend eine Weiterversorgung durch den Hausarzt bzw. fachärztliche Spezialisten.

Dies hat zur Sorge vor einer „blutigen Entlassung“ geführt; mit Blick auf die bestehenden Defizite an der Schnittstelle zwischen klinisch-operativer und postoperativ ambulanter häuslicher Versorgung besteht hier unverändert ein hoher ärztlicher Abstimmungsbedarf.

Viel schwieriger ist jedoch das Thema der Einsparung personeller Ressourcen in der Medizin. Zugleich mit dem tariflichen Anstieg der Personalkosten werden von vielen Krankenhausträgern Produktivitätssteigerungen als unabdingbar erachtet.

Personaleinsparungen bei gleichen oder steigenden Leistungsanforderungen stellen einen kritischen Bereich der Ökonomisierung in der heutigen Medizin dar: Zum einen besteht hierdurch die Gefahr einer schleichenden, aber kontinuierlichen Verschlechterung der Versorgungsqualität; zum anderen sind Personalkürzungen unmittelbar sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wenn nicht schmerzhaft so doch spürbar.

Wie wir aus Supervisionsbereichen wissen, wird der Druck des medizinischen Alltags in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens als kaum noch erträglich erlebt.

Eine weitere Eskalation in der Ökonomisierung erfolgt, wenn ganz konkrete Therapieentscheidungen, die sogenannten Indikationsstellungen, eher nach ökonomischen als nach medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien getroffen werden. Aktuelle Erhebungen unter Krankenhausärzten in Deutschland zeigen, dass sich Ärzte bei etwa 70 % ihrer Visiten-Entscheidungen im stationären Bereich von ökonomischen Kriterien geleitet fühlen.

Es ist ein implizit weithin als normal akzeptierter, dabei meist unthematizierter Bereich unseres medizinischen Alltags, dass medizinische Versorgungseinrichtungen bemüht sind, kostenintensive Patienten nicht selber zu versorgen, sondern an andere Institutionen weiter zu reichen; diese Praxis ist ethisch verwerflich, aber ökonomisch begründbar.

Eine von Daniel Strech und Kollegen im Forschungsverbund Allokation des Bundesforschungsministeriums durchgeführte Umfrage unter 524 Klinik-ärzten zeigte unlängst, welche Kriterien im ärztlichen Alltag für die

Mikroallokation der Ressourcen unter realen ärztlichen Versorgungsbedingungen entscheidend sind:

So wie erhofft, steht an erster Stelle die Schwere der Erkrankung der Patienten, wesentlich ist aber auch das Lebensalter, wobei dies gemäß der Erhebung mitunter auch als Grund gesehen wurde, Leistungen zu versagen.

Wenn man die Umfrage weiter betrachtet mit Blick auf die ärztlichen Wertvorstellungen, so spielen diese für Allokationsentscheidungen ebenso eine Rolle wie die angenommenen Wünsche und Wertvorstellungen der Patienten; genannt werden in diesem Zusammenhang auch Faktoren wie Sympathie, Fragen: „Wie komme ich mit dem Patienten zurecht?“, „Wie schätze ich ihn ein als Persönlichkeit?“.

Wir erkennen also anhand dieser Umfrage, dass im ärztlichen Alltag nicht nur objektive, ethisch nachvollziehbare Kriterien der Gerechtigkeit für die Ressourcenzuteilung wesentlich sind, sondern auch emotionale und weltanschauliche Kriterien, die nicht immer einer rationalen Überprüfung standhalten könnten.

#### IV

Wenn wir die Diskussion der letzten Jahre Revue passieren lassen und zugleich nach vorne schauen, so ergibt sich folgendes Bild: Die Zunahme der Gesundheitskosten ist nicht so drastisch, wie es häufig dargestellt wird. Die Altersstruktur der Bevölkerung hat nicht den entscheidenden Einfluss auf die Kostenentwicklung, sondern vielmehr die Qualität und Dynamik des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts.

Vor diesem Hintergrund ist die Frage zu stellen: Welchen Beitrag sollten wir Ärzte zum gesamtgesellschaftlichen Diskurs zur gerechten Verteilung medizinischer Güter leisten?

Grundlage der Notwendigkeit jeder medizinischen Versorgung ist primär das Vorliegen oder zumindest das Risiko einer wesentlichen Gesundheitsstörung; für die Allokation notwendiger Ressourcen scheint mir dies die medizinisch-ärztliche Grundvoraussetzung zu bilden.

An zweiter Stelle steht m. E. ärztlich der Nachweis oder zumindest die nachvollziehbare Annahme einer hohen Nutzenwahrscheinlichkeit der jeweils in Frage stehenden medizinischen Maßnahme.

Wir Ärzte kommen also nicht umhin, uns einer Nutzenbewertung all dessen zu stellen, was medizinisch als möglich und potentiell sinnvoll erscheint. Grundlage muss die Wissenschaftlichkeit unseres Fachs sein, aus der die Aufgabe an den Arzt und die Ärztin erwächst, sich im Einzelfall der Verifizierung oder Falsifizierung seines oder ihres ärztlichen Tuns zu stellen.

In einer limitierten medizinischen Versorgungssituation, die grundsätzlich nicht allen Betroffenen alle Leistungen anbieten kann, müssen wir Ärzte zu einer wissenschaftlich nachvollziehbaren Einschätzung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen einer jeden medizinischen Maßnahme gelangen; dies betrifft grundsätzlich jeden Patienten / jede Patientin, aber auch jedes Leistungsangebot der Medizin.

- Die Umsetzung dieses Abwägungsprozesses im ärztlichen Alltag kann einmal auf der Ebene der individuellen, patientenbezogenen Einzelentscheidung erfolgen.
- Die nächste Ebene ist diejenige der kollegialen ärztlichen Entscheidung, z. B. im Bereich onkologischer Tumorkolloquien, die interdisziplinär mit vielen Fachgruppen gemeinsam eine nach Aufwand und Nutzen bestmögliche Versorgung individueller Patientinnen und Patienten im Kollektiv organisieren.
- Eine weitere, jedoch abstraktere Ebene stellen die Grundsatz-Entscheidungen in wissenschaftlichen Gremien dar, durch die medizinische Versorgungs-Leitlinien für eine gesamte Fachgruppe der Medizin verbindlich formuliert werden.
- Darüber hinaus bestehen institutionelle, finanzielle und rechtliche Vorgaben, nicht zuletzt auch die Bestimmungen des Sozialgesetzbuch V zur Frage der Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit medizinischer Leistungen, die den Arzt in seiner Entscheidung binden.

Welchen Alltagsstellenwert haben aber die verschiedenen Entscheidungsebenen zur Ressourcen-Allokation im Gesundheitswesen? Als Beispiel sei hier die Einführung der Fallpauschalen im stationären Sektor herangezogen:

Vor einigen Jahren ist es in Deutschland zu einem kompletten Paradigmenwechsel stationärer Krankenhaus-Medizin gekommen; in diesem Rahmen hat das Medizincontrolling als zentrales Steuerungsinstrument für klinische Entscheidungen eine außerhalb der Krankenhäuser noch wenig bekannte Rolle im ärztlichen Alltag.

Viele Krankenhausärzte werden zur regelmäßigen Visite von ihrem Controller begleitet, der neben der medizinisch-ärztlichen eine zweite, ökonomische Entscheidungsebene in den Fokus rückt: es wird kontinuierlich beleuchtet, inwieweit medizinischer Aufwand und ökonomischer Erlös eines stationären Patientenaufenthalts in Relation zueinander stehen.

Vor dem Hintergrund der unabweisbaren Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens benötigen wir sicher eine breite gesellschaftliche Diskussion mit Politik, Kirchen, Verbänden, aber auch mit den verschiedenen betroffenen gesellschaftlichen Gruppen, nicht zuletzt Patientinnen und Patienten, aber auch denen, die die Versorgung im Alltag bewerkstelligen!

## V

Zum Abschluss möchte ich einige unterschiedliche gesellschaftliche Grundansätze für eine gerechte Verteilung medizinischer Güter ansprechen:

Zunächst ist da der libertäre Ansatz: „Bürger sollten sich selber absichern und dabei Verantwortung und Reife mitbringen, dies auch zu können und zu wollen.“ Diese Prämisse würde m. E. in letzter Konsequenz die bürgerlichen Grundrechte und auch das Gebot der Grundrechts-Gleichheit verletzen, denn nur diejenigen wären abgesichert, die hierzu aus eigener Kraft objektiv in der Lage sind.

Von der Politik häufig präferiert wird demgegenüber das Ideal einer egalitären Verteilung der Güter im Gesundheitswesen; dies führt jedoch zwangsläufig dazu, dass das Versorgungssystem an seine Grenzen geführt und Rationierungen notwendig werden.

Als alternativer Versorgungsgrundansatz wird die Forderung diskutiert, selbst verschuldete Gesundheitsrisiken – z. B. bei Rauchern – mit höheren Risikoprämien zu sanktionieren. Hierdurch erfahren jedoch diejenigen Bevölkerungsschichten eine Schlechterstellung, die bereits durch Armut und Bildungsmangel benachteiligt sind. In der Regel fehlen in diesen Schichten auf Grund mangelnden Wissens oder Könnens die notwendigen gesundheitlichen Absicherungen, obwohl der Bedarf einer guten Versorgung am höchsten wäre.

Persönlich halte ich es für den einzig gangbaren Weg, uns Ärzten die Pflicht aufzuerlegen, alle in Frage stehenden medizinischen Leistungen und Angebote wissenschaftlich nach Aufwand und medizinischem Nutzen zu bewerten und hierüber transparent und explizit Rechenschaft zu geben. *Nutzen* meint – zumindest aus meiner Perspektive als Krebsarzt – der Gewinn zusätzlicher Lebenszeit bei guter Lebensqualität.

Schließlich bin ich überzeugt, dass die die Werte, mit denen wir leben, auf denen wir fußen, letztendlich entscheidend sind für die Güte unserer medizinischen Versorgung. Ich denke, dass unser Zivilisationsgrad sich im Umgang mit den schwächsten und hilfsbedürftigsten Gliedern dieser Gemeinschaft manifestiert und dass die Humanitas ärztlichen Handelns weit über die ökonomische Seite der Gesundheitsversorgung hinausreicht.

Zuwendung und Fürsorge sind die Zukunftswerte unseres Gesundheitswesens! Die soziale Einbindung der Schwächsten und Kranken ist von unschätzbarem Wert; hier geht es nicht um Ökonomie, sondern um Barmherzigkeit gegenüber den uns Anvertrauten. Dies ist und bleibt zentrale Aufgabe unseres Gemeinwesens.



# **Gerechtigkeit im Gesundheitswesen? Sozialethische Anmerkungen zu einer Ethik der Ressourcenverteilung**

**von Manfred Spieker**

Es sei anzunehmen, schreibt der deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme zum Gesundheitswesen 2011, dass in der Zukunft trotz des Ausschöpfens aller Rationalisierungspotenziale das medizinisch Notwendige nicht mehr in vollem Umfang allen Patienten zur Verfügung gestellt werden kann. Deshalb müsse eine Auswahl getroffen werden, „auf welche medizinischen Maßnahmen für welche Patienten innerhalb des Solidarsystems verzichtet werden muss bzw. was in die Eigenfinanzierung der Betroffenen verlagert wird. Dann stellt sich unweigerlich die Frage, nach welchen Kriterien die Zuteilung von Gesundheitsleistungen geregelt und umgesetzt werden sollte“.<sup>1</sup> In welcher Lage befindet sich das deutsche Gesundheitswesen? Welche Entwicklungen verursachen den Rationierungsdruck, den die EKD-Denkschrift zum gleichen Thema etwas vorsichtiger „Veränderungsdruck“ nennt.<sup>2</sup> Welche Kriterien ermöglichen eine Ethik der Ressourcenverteilung, die die Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung wenn schon nicht löst, dann zumindest mildert und das Fragezeichen im Titel tilgt?

## **I. Zur Lage des Gesundheitswesens**

Die prekäre Lage des Gesundheitswesens ist bekannt. Die Ausgaben für Gesundheit und Pflege steigen rapide - zwischen 2000 und 2008 jährlich um 2,7% und allein von 2008 auf 2009 um 5,2% auf 278,3 Milliarden Euro. Das sind 11,6% des Bruttoinlandsprodukts (2008 10,7%). Auf jeden

---

<sup>1</sup> Deutscher Ethikrat, Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen. Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, Stellungnahme, Berlin 2011, S. 20f.

<sup>2</sup> „Und unseren kranken Nachbarn auch“. Aktuelle Herausforderungen der Gesundheitspolitik, Eine Denkschrift des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Gütersloh 2011, S. 12 (im Folgenden EKD-Denkschrift)

Einwohner entfielen 2009 Aufwendungen von rund 3400 Euro. Etwa die Hälfte der Ausgaben (138 Mrd.) entfallen auf die sogenannten „ambulanten Einrichtungen“, die Arzt- und Zahnarztpraxen (60 Mrd.), die Apotheken (40 Mrd.) und sonstige ambulante Einrichtungen (38 Mrd.). Rund 100 Milliarden gehen an die stationären Einrichtungen wie Krankenhäuser (71 Mrd.), Pflegeeinrichtungen (21 Mrd.) und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (8 Mrd.). Die verbleibenden rund 40 Milliarden gehen in Investitionen (knapp 10 Mrd.), die Verwaltung (16 Mrd.), Rettungsdienste (3 Mrd.), in Gesundheitsdienstleistungen im Ausland (1 Mrd.) und in sonstige Einrichtungen und private Haushalte (8 Mrd.).<sup>3</sup>

Dass der Zuwachs dieser Ausgaben auch in Zukunft anhalten wird, steht auf Grund verschiedener Entwicklungen in so gut wie allen Stellungnahmen zur Gesundheitspolitik außer Zweifel. Der Deutsche Ethikrat nennt in seinem Gutachten dafür zwei Entwicklungen: den demographisch-epidemiologischen Wandel in modernen Gesellschaften und die Kostendynamik des medizinisch-technischen Fortschritts. Eine dritte Entwicklung wird von ihm ignoriert: der Wandel der Familie. Die EKD-Denkschrift erwähnt diesen Wandel – wengleich knapp und ausschließlich im Hinblick auf die abnehmenden „Ressourcen für Care-Arbeit“.

Die gravierendste und am sichersten zu prognostizierende Ursache der Kostensteigerungen ist die demographische Entwicklung. Auf Grund des seit 1972 anhaltenden Geburtendefizits einerseits und der steigenden Lebenserwartung andererseits unterliegt die Altersstruktur der deutschen Bevölkerung starken Veränderungen. Betrug der Anteil der über 65-jährigen, für die gegenwärtig 47% der gesamten Krankheitskosten anfallen, im Jahr 2008 noch 20%, so wird ihr Anteil bis 2060 auf 34% steigen. Dabei wird der Anteil der über 80-jährigen von 5% (knapp 4 Mill.) auf 14% (10 Mill.) steigen. Zugleich schrumpft der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 20 und 65, also der Beitragszahler zur Kranken- und Pflegeversicherung von 61% auf rund 50%, der Anteil der unter 20-jährigen von 19% auf 16%. In absoluten Zahlen: die Bevölkerung im Erwerbsalter schrumpft von knapp

---

<sup>3</sup> Statistisches Bundesamt, Gesundheitsausgaben (8.11.2011) in:  
[www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistik](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistik),

50 Millionen 2008 je nach Zuwanderung auf 33 (bei jährlich 100.000 Zuwanderern) bis 36 Millionen (bei jährlich 200.000 Zuwanderern) im Jahr 2060. Dies ist im Übrigen auch der Grund für den Paradigmenwechsel in der Familienpolitik, die seit rund einem Jahrzehnt dabei ist, sich in ein Instrument der Arbeitsmarktpolitik zu verwandeln.<sup>4</sup> Im Focus ihrer Fördermaßnahmen steht nicht die Familie, sondern das weibliche Arbeitskräftepotential, die „Erwerbsintegration von Frauen“, wie die Bundesregierung im 7. Familienbericht 2006 ihren Paradigmenwechsel selbst beschrieb.<sup>5</sup> Die Vergreisung der Gesellschaft führt auch zu einer starken Zunahme der pflegebedürftigen Menschen von 2,3 Millionen 2010 auf vermutlich 3,4 Millionen 2040 sowie der Demenzkranken von 1,1 Millionen 2010 auf mehr als zwei Millionen 2040. Schließlich führt sie zu epidemologischen Veränderungen, das heißt zu einer überproportionalen Zunahme altersspezifischer und damit kostenträchtiger Erkrankungen. Auch ohne teure Entwicklungen in den Diagnose- und Therapieverfahren der Medizin und ohne Fortschritte in der Medizintechnik oder in der Pharmazie ist deshalb mit starken Kostensteigerungen zu rechnen.

Der dritte, meist ignorierte oder auf die Auswirkungen auf das Reservoir an Pflegekräften reduzierte Faktor der Kostensteigerungen ist die Lage der Familie. Sie änderte sich allein in den vergangenen 20 Jahren dramatisch. Diese Änderungen ergeben sich nicht aus der demographischen Entwicklung, sondern aus der Entwicklung der Scheidungsziffern. Sie betreffen auch nicht nur die Schrumpfung des familiären Pflegepotentials, sondern die Schwächung der Gesundheit. Die Scheidungsrate, das heißt das Verhältnis der Zahl der Eheschließungen zur Zahl der Scheidungen, hat sich von 12% 1965 über 30% im ersten Jahr nach der Wiedervereinigung (1991) auf rund 50% in den vergangenen Jahren erhöht. Im Jahr 2010 standen den 382.047 Eheschließungen 187.027 Scheidungen gegen-

---

<sup>4</sup> Vgl. Manfred Spieker, Voraussetzungen, Tabus und Ziele der Familienpolitik in Deutschland. Sozialethische Anmerkungen zu Rolle der Familie, in: Kinderbetreuung in der ersten Lebensphase zwischen Familie, Kirche und Staat, Essener Gespräche zum Thema Staat und Kirche, Bd. 43, hrsg. von Burkhard Kämper und Hans-Werner Thönnies, Münster 2009. S. 69ff.

<sup>5</sup> Stellungnahme der Bundesregierung zum 7. Familienbericht, in: Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik, Deutscher Bundestag, Drucksache 16/1360, S. XXIV.

über. Die Betroffenen wird es kaum trösten, wenn der 7. Familienbericht der Bundesregierung, von der Öffentlichkeit und auch den Kirchen weitgehend unbemerkt, feststellt, die Mehrheit der Menschen werde in Zukunft unabhängig davon, ob eine Heirat erfolgte oder nicht, im Laufe ihres Lebens multiple Beziehungen mit verschiedenen Lebenspartnern erfahren und daraus folgert, „der Wechsel von einem Modell der lebenslangen Ehe zu einem Modell der ‚seriellen Monogamie‘ repräsentiert eine grundlegende Veränderung unserer Gesellschaft“,<sup>6</sup> zumal der gleiche Familienbericht unter Verweis auf die Scheidungsforschung die Konsequenzen von Trennung und Scheidung für die Betroffenen ganz unverblümt aufzählt: „Beim systematischen Vergleich mit verheirateten Personen fand sich bei Geschiedenen tendenziell ein niedrigeres Niveau psychischen Wohlbefindens, das u. a. in vermindertem Glücksgefühl, vermehrten Symptomen psychischer Belastung wie Depressionen und psychosomatischen Beschwerden und einem eher negativen Selbstkonzept zum Ausdruck kommt. Geschiedene Personen haben zudem mehr gesundheitliche Probleme und ein erhöhtes Risiko der Sterblichkeit. So kann durch die Belastungssituation eine Überproduktion der corticoiden Hormone ausgelöst werden, was eine Schwächung der Abwehrkräfte bewirkt... Diese kann, in Verbindung mit einem riskanteren Lebensstil, der gleichfalls häufiger bei Geschiedenen festzustellen ist, bei einer Minderheit zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Zirrhosen, Tuberkulose und Lungenkrebs führen... Auch Alkohol- und Drogenmissbrauch treten verstärkt auf.“<sup>7</sup>

Nicht weniger gravierend und über das Gesundheitswesen hinaus die ganze Gesellschaft belastend sind die Konsequenzen von Scheidung und Trennung für die betroffenen Kinder. Welche Kosten in diesem Feld auf die Gesellschaft zukommen, zeigt ein von der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft bei dem Bielefelder Psychologen Rainer Dollase in Auftrag gegebenen Gutachten zur Situation der Schulpsychologie in Deutschland. Dollase fordert ein flächendeckendes Netz von Schulpsychologen und für

---

<sup>6</sup> Siebter Familienbericht der Bundesregierung, a. a. S., 126.

<sup>7</sup> A. a. O., S. 118. Vgl. auch das Manifest des Witherspoon-Instituts „Marriage and Common Good“, Princeton 2006, deutsch Ehe und Gemeinwohl. Zehn Leitlinien, in: Die Neue Ordnung, Sonderheft August 2009, S. 14ff.

jeweils 5000 Schüler einen Schulpsychologen. Sie sollen in erster Linie die Belastungen von Scheidungskindern auffangen, die Aggressivität der Problemschüler und ihre Anfälligkeit für körperliche und seelische Störungen abbauen und ihre Selbstsicherheit, ihre Lernbereitschaft, ihre Sozialkompetenz und ihre Lebensfreude stärken. Angesichts dieser Entwicklungen liegt der Schluss nahe, dass der Schutz von Ehe und Familie durch den Staat, aber auch eine bessere Ehevorbereitung in Schule und Kirchen nicht nur ein wesentlicher Beitrag zum gelingenden Leben der Betroffenen, sondern auch zur Milderung des Kosten- und Rationierungsdrucks im Gesundheitswesen wäre. Nichtsdestotrotz werden Ehe, Familie und Scheidung in den Diskussionen über das Gesundheitswesen fast immer ignoriert. Eine Ausnahme ist Paul Kirchhoff: Der Mensch bewahrt, schreibt Kirchhoff, „ein Stück Jugend nicht nur im Fitnesscenter, sondern vor allem in der Begegnung mit Kindern. Ähnliches gilt für die Ehe als soziale Einrichtung.... Ein Grundrecht auf Gesundheit verpflichtet deshalb auch zum besonderen Schutz von Ehe und Familie“.<sup>8</sup>

## **II. Zur Ethik der Ressourcenverteilung**

Problembeschreibungen präjudizieren die Wege und Prioritäten der Problemlösung. Das gilt nicht nur in der Medizin. Je präziser die Diagnose, desto enger das Spektrum therapeutischer Möglichkeiten. Die Christliche Gesellschaftslehre schlägt seit ihren Anfängen am Ende des 19. Jahrhunderts zur Lösung eines gesellschaftlichen Problems immer einen doppelten Ansatz vor: die Reform der Strukturen und die Reform der Gesinnungen, das heißt der Einstellungen, Erwartungen und Verhaltensweisen. Bei der Reform der Strukturen und Institutionen ist ihr die gleichzeitige Beachtung der klassischen Ordnungsprinzipien der Solidarität, der Subsidiarität und des Gemeinwohls ein Imperativ, der viel zur Implementierung sozialer Gerechtigkeit beizutragen vermag. Das gilt auch für die Probleme des Gesundheitswesens, wobei freilich falschen Erwartungen gleich vorzubeugen ist. Blaupausen für eine große Reform des Gesundheitswesens, eine Reform aus einem Guss, die alle Probleme der Ressourcenverteilung auf längere Frist löst, sind auch von der Christlichen Gesellschaftslehre nicht

---

<sup>8</sup> Paul Kirchhof, Das Recht auf Gesundheit, in: Volker Schumpelick/Bernhard Vogel, Hrsg., Grenzen der Gesundheit, Freiburg 2004, S. 444f.

zu erwarten. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wird reformiert, seit sie im Bismarck-Reich 1883 eingeführt worden ist, allein zwischen 1885 und 1903 elf Mal. Sie ist eine Dauerbaustelle. Auch für die Reformen der vergangenen 30 Jahre gilt: Nach der Reform ist vor der Reform.<sup>9</sup>

Gesundheit, genauer die Therapie einer Krankheit, ist kein Gut, dessen Preis sich nach den Regeln von Angebot und Nachfrage bildet. Gesundheit gehört wie Frieden, Freiheit und Sicherheit zu den „transzendentalen Gütern“, die einer kollektiv-kooperativen Bereitstellung bedürfen. Inbegriff der kollektiv-kooperativen Bereitstellung solcher Güter ist der Staat.<sup>10</sup> Das bedeutet nicht, dass er das Gesundheitswesen vollkommen in die eigene Regie übernehmen muss. Aber er hat durch die Gesetzgebung zu gewährleisten, dass dieses Gut, sei es staatlich, genossenschaftlich oder privat, bereitgestellt wird. Er wird zum „Gesundheitsgewährleistungsstaat“ (Wolfram Höfling), der sich unter Initiierung und Begleitung gesellschaftlicher Selbstregulation auf eine Gewährleistungsverantwortung zurückzieht. Er hat dafür zu sorgen, dass allen eine Grundversorgung zur Verfügung steht, dem obdachlosen, dementen, alten Menschen genauso wie dem jungen Mozart oder dem hochbegabten Naturwissenschaftler, der noch eine glänzende Karriere vor sich hat. Die Würde des Menschen verträgt keine Abstufungen nach Leistungen oder Begabungen. Die Grundversorgung hat die für die Therapie einer Erkrankung notwendigen, aber nicht unbedingt die besten und teuersten Maßnahmen bereitzustellen. Der Staat hat zu gewährleisten, dass die Aufbringung der Mittel für das Gut Gesundheit halbwegs gerecht und solidarisch, das heißt bis zum jeweiligen Höchstbetrag einkommensabhängig und zugleich risikounabhängig, organisiert wird, dass die Mittelverwendung kontrollierbar bleibt und dass die Leistungsanbieter entsprechend ausgebildet werden. Im Sozialgesetzbuch hat sich der deutsche Gesetzgeber der meisten dieser Aufgaben angenommen. In § 1 SGB I setzt er sich selbst das Ziel, durch das Sozialrecht soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit zu verwirklichen und

---

<sup>9</sup> Hartmut Reiners, *Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitswesen*, Berlin 2011, S. 23.

<sup>10</sup> Wolfgang Kersting, *Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung*, in: Ders., Hrsg., *Politische Philosophie des Sozialstaats*, Weilerswist 2000, S. 478.

“dazu beizutragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, die Familie zu schützen und zu fördern, den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen“. Buch V widmet sich dann der Organisation der GKV.

Die Achillesferse in diesem System ist die Aufbringung und Verteilung der finanziellen Mittel. Arbeitgeber und versicherungspflichtige Arbeitnehmer bringen die Mittel für die GKV auf, die nicht versicherungspflichtigen Arbeitnehmer und Selbständige sind entweder freiwillig in der GKV oder schließen mit einer privaten Krankenkasse einen Vertrag. Wettbewerb unter den Krankenkassen und Wechselmöglichkeiten zwischen den Kassen verstoßen nicht gegen das Solidaritätsprinzip. Der Risikostrukturausgleich soll einen das Solidaritätsprinzip zerstörenden Wettbewerb der Kassen durch Risikoselektion verhindern. Die von den Krankenkassen zu bezahlenden Gesundheitsleistungen müssen nach § 12 SGB V „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein. Sie dürfen das „Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten. Andererseits müssen Krankenkassen und Leistungserbringer nach § 71 SGB V ihre Vergütungsvereinbarungen so gestalten, „dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden“, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist nicht mehr zu gewährleisten. Zwischen § 12 und § 71 besteht eine latente Spannung. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 139a SGB V zu errichten beauftragt wurde, versucht seit 2004 die Spannung zu mildern. Es soll unabhängig von Interessenverbänden und pharmazeutischer Industrie diagnostische und therapeutische Verfahren bewerten, die Leistungen der GKV „unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagen-spezifischer Besonderheiten“ beurteilen sowie Nutzen und Kosten von Medikamenten bewerten. Das finanzielle Volumen der GKV lässt sich, wenn Beitragssatzstabilität gewährleistet werden soll, nur durch ein konjunkturelles Wachstum bzw. eine Zunahme der versicherungspflichtigen Arbeitnehmer oder durch höhere Löhne ausdehnen. Um die knappen Mittel, wenn man denn bei 278 Milliarden von knappen Mitteln sprechen will, konkurrieren Ärzte und Zahnärzte, Krankenhäuser, Rettungsdienste

und Rehabilitationszentren, Apotheken und Pharmaindustrie. Da verwundert es nicht, dass sich von den rund 2000 in der Lobbyliste des Deutschen Bundestages akkreditierten Verbänden etwa 400 mit der Gesundheitspolitik beschäftigen. Norbert Blüm hat denn auch die Gesundheitspolitik in seiner Ministerzeit mit einer „Schwimmgymnastik im Haifischbecken“ verglichen.

Das Dilemma bei der Verteilung der Mittel besteht darin, dass weder der Markt allein noch der demokratische Sozialstaat allein das Gerechtigkeitsproblem lösen können. Würde das Problem allein dem Markt überlassen, auf dem der Anbieter der Gesundheitsleistung einen Nachfrager sucht, müsste dies dazu führen, dass der nicht zahlungsfähige Patient in der Gesundheitsversorgung marginalisiert wird. Würde das Problem allein dem demokratischen Sozialstaat überlassen, der sich am gesellschaftlichen Bedarf bzw. an der Nachfrage orientiert und in dem die Regierenden an Wiederwahl interessiert sind, müsste dies dazu führen, dass das Gesundheitssystem schnell überfordert ist, weil der Bedarf die Mittel immer übersteigt. Die Ausweitung der Einnahmehasis der GKV und der Pflegeversicherung auf alle Einkommensarten, in der die EKD-Denkschrift die Lösung sieht, dürfte deshalb das Problem nur verschieben, nicht lösen. Die „Abundanzrethorik“ (Wolfgang Kersting), zu der der sozialstaatliche Gesetzgeber neigt, würde schnell an der Ressourcenknappheit scheitern. Der sozialstaatliche Gesetzgeber wäre dann gezwungen, entweder ein Rationierungssystem einzuführen, das nicht nur die freie Arztwahl des Patienten und die Therapiefreiheit des Arztes einschränkt, sondern auch ein sicherer Weg wäre, bei der nächsten Wahl in der Opposition zu landen, oder die Lösung des Problems auf die Ärzte abzuwälzen und sich die Hände in Unschuld zu waschen. Die Budgetierung ist solch eine Abwälzung. Sie ist eine verdeckte Form der Rationierung. Sie tendiert dazu, die freie Berufsausübung des Arztes zu beschränken und sein Recht auf angemessene Honorierung zu verletzen. Josef Isensee nennt sie denn auch „ein Meisterstück des demokratischen Machiavellismus“, weil der Gesetzgeber sich der Pflicht entzieht, das gesetzliche Leistungsangebot nur durch Gesetz zu rationieren. Im SGB I hat er sich selbst auf den Gesetzesvorbehalt verpflichtet. Er verstößt gegen diese Prämisse aber in Buch V und verlagert wesentliche Regelungskompetenzen auf die Selbst-



verwaltungsorgane der Leistungsanbieter oder auf die Ärzte selbst.<sup>11</sup> Auch der Deutsche Ethikrat unterstreicht in seinem Gutachten zur Gesundheitspolitik, dass notwendige Rationierungsentscheidungen nicht an den einzelnen Arzt oder die einzelne Pflegekraft delegiert werden dürfen, sondern im gesellschaftlichen Diskurs und auf politischem Wege getroffen werden müssen.

Wettbewerbselemente in das Gesundheitssystem einzuführen mag nützlich sein, um das Rationalisierungspotential auszuschöpfen, das, darin sind sich alle Beteiligten einig, Vorrang vor einer Rationierung hat. Aber sie sind keine Garantie für eine Kostendämpfung. Rationalisierung, sofern sie nicht nur die Verwaltung betreffen soll, kann nur erfolgreich sein, wenn sie die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient mildert. Diese Asymmetrie gehört naturgemäß zum Verhältnis zwischen Arzt und Patient, das nie ein Markt- bzw. Kunden-Verhältnis, sondern immer ein Verhältnis der Fürsorge ist und auf dem Vertrauen des Patienten beruht – sieht man einmal von den IGeL-Leistungen ab, die für Ärzte eine starke Versuchung sind, sich in einen Verkäufer zu verwandeln.<sup>12</sup> Das gleiche Problem stellt sich, wenn Klinikträger mit ihren Chefärzten Umsatzvereinbarungen mit Bonuszahlungen treffen oder wenn Ärzte sich beim Einsatz bestimmter Medikamente vom Sponsoring pharmazeutischer Firmen abhängig machen.<sup>13</sup> Wenn es um Fachärzte oder Operationen geht, dann beruht das Arzt-Patienten-Verhältnis sicher auch auf dem „On dit“. Man erkundigt sich bei Freunden und Bekannten, nicht nur beim Hausarzt, wo man hingehen soll, weil es auch bei Medizinern ein Leistungsgefälle gibt. Die angebotsinduzierte Nachfrage, die es in das Ermessen des Leistungsanbieters stellt, zu bestimmen, was nachgefragt wird, ist eine Achillesferse im Gesundheitssystem, vermutlich eine unvermeidliche. Bekanntlich hängt die Zahl der Erkrankungen von der Zahl der Untersuchungen ab: bei fünf Untersuchungen sind noch 95% gesund, bei 20 Untersuchungen 36% und bei 100 Untersuchungen niemand mehr. Gesund ist demnach eine Person, die

---

<sup>11</sup> Josef Isensee, Verwaltung des Mangels im Gesundheitswesen – verfassungsrechtliche Maßstäbe der Kontingenzierung, in: Alfred Söllner, u. a., Hrsg., Gedächtnisschrift für Meinhard Heinze, München 2005, S. 425f.

<sup>12</sup> Kritik an der „Vermarktung von IGeL“ auch in der EKD-Denkschrift, a. a. O., S. 57f.

<sup>13</sup> Klaus Lieb, David Klemperer und Wolf-Dieter Ludwig, Hrsg., Interessenkonflikte in der Medizin, Berlin/Heidelberg 2011, S. 163f.

nicht ausreichend untersucht wurde.<sup>14</sup> Deshalb wäre es ratsam, den Appell an das ärztliche Ethos durch Kontrollmechanismen zu ergänzen. Das Prinzip der Kostenerstattung, das freilich einen mündigen Patienten unterstellt und ihm die selbst verursachten Kosten transparent macht, wäre ein kleiner Beitrag zur Kontrolle, wenn auch noch nicht zur Senkung der Kosten. Die Kopfpauschale bei den niedergelassenen Ärzten mag die Untersuchungsflut dämpfen, die Fallpauschale in den Krankenhäusern dagegen anschwellen lassen. Die Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups), also der Diagnose bezogenen Fallgruppen im Krankenhaus hat nach verbreiteter Meinung zur Kostendämpfung noch nichts beigetragen. Sie enthält auch keine Anreize zur Kostensenkung – sieht man von der Verkürzung der stationären Verweildauer ab, die aber auch – nicht nur im Fall der „blutigen Entlassung“ dazu führen kann, Kosten der Weiterbehandlung auf die Haus- oder Fachärzte abzuwälzen. Die Zunahme der Dokumentationsaufgaben in diesem System erhöht andererseits wieder die administrativen Kosten. Der Wettbewerb unter den Krankenkassen ist ein weiterer kleiner Schritt zur Ausschöpfung des Rationalisierungspotentials. Aber selbst dann, wenn der Risikostrukturausgleich und der Kontrahierungszwang die Möglichkeit der Risikoselektion mildert, bleibt immer noch das Problem, dass die Kassen ihren Wettbewerb entweder mehr zugunsten der Beitragszahler auf Kosten der Patienten oder mehr zugunsten der Patienten auf Kosten der Beitragszahler führen können. Im Zweifel führen sie ihn zugunsten der Beitragszahler. Dass es auch bei den privaten Krankenkassen Einsparpotentiale gibt, zweigt die gesetzliche Beschränkung von Provisionen für Versicherungsvermittler, die bisher Versicherte nach zwölf Monaten zur Kündigung ihrer Verträge und zu neuen, angeblich günstigeren Verträgen überreden konnten, um neue Provisionen einzustreichen, und in Zukunft fünf Jahre warten müssen.

Wenn weder Markt und Wettbewerb noch der demokratische Sozialstaat der Königsweg zur gerechten Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen sind, die Gewährleistung des sozio-kulturellen Existenzminimums auch im Gesundheitswesen aber zu den Legitimitätsbedingungen des Sozialstaats gehört, wird wohl ein Mischsystem aus kollektiver

---

<sup>14</sup> Manfred Lütz, *Gesundheit - das höchste Gut?*, Köln 2006, S. 4. Lütz zitiert hier den Internisten Rudolf Gross.

Basisversorgung und privater Zusatzversorgung als ökonomisch und moralisch vorzugswürdig akzeptiert werden müssen. Zur Gewährleistung des sozio-kulturellen Existenzminimums gehört es, eine Grundversorgung bereitzustellen, Krankheiten zu therapieren und, wenn sie nicht mehr therapierbar sind, Schmerzen zu lindern und den Patienten in seinem oft unvermeidlichen Leiden zu begleiten. Der Gesetzgeber im demokratischen Sozialstaat darf sich nicht darum herumdrücken, festzulegen, dass zur Grundversorgung nicht das Beste, sondern das Ausreichende gehört. Zur Grundversorgung gehört es nicht, den Leistungsumfang den subjektiven Befindlichkeiten in der Gesellschaft oder dem uferlosen Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity) anzupassen, von dem die EKD-Denkschrift allerdings meint, er habe doch sein Gutes. Wenn aber Gesundheit „der Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ ist, dann werden sich die Krankenkassen kaum noch gegen die Kostenübernahme bei Wohlfühlmedizin, Lifestyle-Medikamenten und Fliege-Essenzen wehren können.

### **III. Zum Begriff der Gesundheit**

Anpassungen an die subjektiven Befindlichkeiten aber hat der sozialstaatliche Gesetzgeber bereits vorgenommen. Die Verpflichtung der Krankenkassen, Mittel der Empfängnisverhütung (§ 24a), Sterilisationen und Abtreibungen (§ 24b) und die künstliche Befruchtung (§ 27) zu bezahlen, haben mit ihrer Aufgabe, das Risiko einer Erkrankung zu versichern, nichts zu tun. Mit der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik am 7. Juli 2011 ist erneut eine Entscheidung getroffen worden, die mit Therapie nichts zu tun hat und Auswirkungen auf das Leistungsspektrum der Krankenkassen haben wird, obgleich sie gegen die Menschenwürdegarantie in Art.1 Abs.1, das Lebensrecht in Art.2 Abs.2 und das Diskriminierungsverbot Behinderter in Art.3 Abs.3 GG verstößt.<sup>15</sup> Die PID öffnet das Tor zu einer eugenischen Gesellschaft, in der die

---

<sup>15</sup> Manfred Spieker, Präimplantationsselektion und Demokratie. Die blinden Flecken der PID-Debatte, in: Die Neue Ordnung, 65. Jg. (2011), S. 84ff., auch in: Peter Schallenberg/Rainer Beckmann, Hrsg., Abschied vom Embryonenschutz? Der Streit um die PID in Deutschland, Köln 2011, S.65ff.

Menschen nach selbst gesetzten Kriterien selektiert werden. Embryonen, die diesen Kriterien nicht entsprechen, werden, verbrämt mit einer grundgesetzwidrigen „Ethik des Helfens“, getötet.<sup>16</sup> Vor dieser eugenischen Mentalität haben die Behindertenverbände, große Teile der Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen sowie die Päpste Johannes Paul II. und Benedikt XVI. wiederholt gewarnt. In der Biomedizin steht gegenwärtig, so Benedikt XVI. in *Caritas in Veritate*, „die Möglichkeit einer ganzheitlichen menschlichen Entwicklung selbst auf dem Spiel“. Sie ist „der wichtigste und entscheidende Bereich der kulturellen Auseinandersetzung zwischen dem Absolutheitsanspruch der Technik und der moralischen Verantwortung des Menschen“. Deshalb sei die soziale Frage, mit der sich die christliche Gesellschaftslehre seit über 120 Jahren beschäftigt, „in radikaler Weise zu einer anthropologischen Frage geworden“, zu einem Kampf zwischen der Kultur des Lebens und der Kultur des Todes.<sup>17</sup> Wenn das Kind vom gezeugten Geschöpf zum bestellten Produkt wird, dann ist die Präimplantationsdiagnostik die logische Konsequenz der künstlichen Befruchtung und die Genmanipulation die logische Konsequenz der Präimplantationsdiagnostik.<sup>18</sup> Wenn die Medizin dazu übergeht, Wünsche zu behandeln statt Krankheiten, gibt es dann noch einen Grund, „warum Ärzte sich sträuben sollten, auf die Wünsche von Eltern einzugehen, die lieber ein Mädchen möchten als einen Jungen, lieber ein blondes Kind als ein rothaariges, lieber ein Genie als einen Trottel?“ (Martin Spiewak).

Mit Fürsorge für den Patienten, auch den ungeborenen, mit Vorsorge gegen Erkrankungen, mit Behandlung von Krankheiten und Behinderungen hat die Entwicklung der Reproduktionsmedizin nichts zu tun. Reproduktionsmedizin ist wie Schönheitschirurgie gewinnträchtige Life-Style-Medizin. Das Kind ist nicht mehr eigenständiges Subjekt, sondern Objekt

---

<sup>16</sup> Manfred Spieker, Die „Ethik des Helfens“ und das Grundgesetz. Kritische Anmerkungen zur PID-Entscheidung des Bundestages, in: Zeitschrift für Lebensrecht, 20. Jg. (2011), S. 80ff.

<sup>17</sup> Benedikt XVI., *Caritas in Veritate* (2009) 75; Glaubenskongregation, Instruktion *Dignitas Personae* über einige Fragen der Bioethik (2008) 22; Johannes Paul II., *Evangelium Vitae* (1995) 63.

<sup>18</sup> Manfred Spieker, Menschenwürde und In-vitro-Fertilisation. Zur Problematik der Zertifizierung der Zeugung, in: Zeitschrift für medizinische Ethik, 51. Jg. (2005), S. 343ff., auch in: Ders., *Der verleugnete Rechtsstaat. Anmerkungen zur Kultur des Todes in Europa*, 2. erw. Aufl. Paderborn 2011, S. 83ff.

der Wünsche von Erwachsenen und Dekor ihres Wohlbefindens. Reproduktionsmedizin und Schönheitschirurgie haben die Medizin von ihrer Kernaufgabe, der Heilkunst, gelöst und den Gesundheitsbegriff aufgebläht. Das Einsparpotential, das sich den Krankenkassen hier öffnet, mag quantitativ nicht sehr ins Gewicht fallen. Aber die Krankenkassen, der GBA und der Gesetzgeber, der in einigen Bundesländern bereits über die Krankenkassen hinaus die künstliche Befruchtung bezuschusst, haben auch die pädagogische bzw. aufklärerische Aufgabe, den Begriffen von Gesundheit und Krankheit schärfere Konturen zu verleihen. Gesundheit ist kein herstellbares Produkt, sondern ein vielschichtiger anthropologischer Zustand, in dem auch Sterben und Tod ihren Platz haben. Gesund sei, so zitiert Manfred Lütz einen erfahrenen Hausarzt aus der Eifel, der Mensch, „der mit seinen Krankheiten einigermaßen glücklich leben kann“. Auch die Pflege alter Menschen ist kein herstellbares Produkt. Die Modularisierung, Standardisierung und Segmentierung der Pflegedienste scheint von der Vorstellung geleitet zu sein, die Pflege sei ein Produkt. Sie verträgt sich nicht mit der Tatsache, dass Heilung und der Umgang mit Verletzlichkeit personale, existenzielle und auch religiöse Geschehen sind. Ärzte und Pfleger stehen in einer sittlichen Beziehung zu ihren Patienten, mit der sich das Modell des Homo Faber nicht verträgt. Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit, den die Gesundheitspolitik bis zum Jahr 2013 zu definieren beabsichtigt, sollte dieser Tatsache Rechnung tragen.

Die demographische Entwicklung birgt zusammen mit der Ressourcenknappheit für die Altenpflege, aber auch für jede Pflege schwerkranker Patienten noch eine weitere Gefahr. Sie kann zu einem sozialen Druck auf die pflegebedürftigen Menschen führen, „ihr Leben mittels einer Patientenverfügung willentlich beenden zu lassen... Gerade in Zeiten der Ressourcenknappheit ist die Gefahr nicht von der Hand zu weisen, dass Patientenverfügungen ohne Reichweitenbeschränkung zum Mittel der Kostensenkung instrumentalisiert werden“.<sup>19</sup> Stimmen, die unter dem Deckmantel der Selbstbestimmung zu einer generationenverträglichen Selbstentsorgung aufrufen, nehmen zu. Suizidwillige Personen sollten zwar die negativen Konsequenzen ihrer Selbsttötung auf ihr soziales Umfeld in

---

<sup>19</sup> Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des 15. Deutschen Bundestages, Zwischenbericht Patientenverfügungen (2004), Bundestagsdrucksache 15/3700, S. 38.

Rechnung stellen. „Noch viel mehr dürfte man dann aber von jemandem im Falle einer unheilbaren und höchst pflegeintensiven Krankheit erwarten, dass er die emotionale Belastung, zeitliche Inanspruchnahme und finanziellen Lasten seiner Existenz für die Angehörigen und Freunde wahrnimmt. Denn nicht nur für die negativen sozialen Folgen des Aus-dem-Leben-Scheidens sind wir verantwortlich, sondern selbstverständlich auch für diejenigen des Weiterlebens“. Die Beihilfe zu einem „altruistischen Suizid“, der letztlich ja gar nicht so ganz altruistisch sei, sondern auch im Eigeninteresse der suizidwilligen Person liege, sei deshalb „ein letzter humaner solidarischer Akt“.<sup>20</sup> Gegen diesen Trend hatte sich schon Johannes Rau in seiner Berliner Rede zu bioethischen Fragen 2001 gewandt: „Wo das Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, wird jeder rechenschaftspflichtig, der anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet“.<sup>21</sup> Eine Ethik der Ressourcenverteilung hat deshalb darauf zu achten, dass Patientenverfügungen nicht zum Mittel der Kostensenkung instrumentalisiert werden.

Dem Begriff der Gesundheit schärfere Konturen zu geben, ist schließlich nicht nur eine Aufgabe der Ärzte, der Selbstverwaltungsorgane und des sozialstaatlichen Gesetzgebers. Auch der Patient hat seinen Beitrag zu leisten. Das Solidaritätsprinzip ist keine Einbahnstraße. Nicht nur der Sozialstaat hat Solidaritätspflichten gegenüber dem Kranken, Behinderten und Pflegebedürftigen. Auch der Einzelne hat die Pflicht, aus Solidarität mit den Mitbürgern, für seine Gesundheit bzw. seine Gesundung soweit möglich selbst zu sorgen sowie Krankheiten, Behinderungen oder der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Bereits das Subsidiaritätsprinzip gebietet, die nächst größere Solidargemeinschaft erst dann einzuschalten, wenn der Einzelne oder die kleinere Einheit definitiv überfordert sind. Das Solidaritätsprinzip gebietet bei Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit zu helfen, das Notwendige und Hinreichende zu tun. Es gebietet nicht, das Beste, sondern das Gemeinwohlverträgliche zu tun.

---

<sup>20</sup> Dagmar Fenner, Ist die Institutionalisierung und Legalisierung der Suizidbeihilfe gefährlich? Eine kritische Analyse der Gegenargumente, in: Ethik in der Medizin, 19.Jg. (2007), S. 206ff. Manfred von Lewinski, Ausharren oder Gehen? Für und wider die Freiheit zum Tode, München 2008, S. 193ff.

<sup>21</sup> Johannes Rau, Wird alles gut? Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß, Frankfurt 2001, S. 27f.

Last but not least hat sich der Einzelne seiner Endlichkeit zu stellen. Keine Solidargemeinschaft kann ihm diese Aufgabe abnehmen. Die Aspirationen, Erwartungen und Ansprüche des Einzelnen sind von der Bewältigung der Endlichkeit nicht zu trennen. Sie wachsen und überfordern die Ressourcen in dem Maße, in dem sie die Distanz zu den Dingen dieser Welt verlieren und Sterben und Tod ignorieren.<sup>22</sup> Wer stets den Tod verdrängt, verpasst das Leben. Nur wer mit dem Tod seinen Frieden gemacht hat, ist wirklich frei. Am Ende des Lebens verwandelt sich die Selbstbestimmung in Selbsthingabe. Dass diese Selbsthingabe die eigentliche Bestimmung des Menschen ist, haben die Päpste Johannes Paul II. und Benedikt XVI. immer wieder unterstrichen und Johannes Paul II. hat es vorgelebt bis in seinen Tod hinein. Das erklärt wohl auch, weshalb sich zu seinem Begräbnis in Rom vier Millionen Menschen eingefunden haben.

---

<sup>22</sup> Manfred Spieker, Legitimitätsprobleme des Sozialstaats. Konkurrierende Sozialstaatskonzeptionen in Deutschland, Bern 1986, S. 329ff.

## Die Referenten:

### **Weihbischof Hubert Berenbrinker**

geboren 1950 in Verl; Studium der Theologie und Philosophie in Paderborn und Innsbruck; Priesterweihe 1977, anschließend Tätigkeit in der Gemeindeseelsorge als Vikar in Hagen, Löhne und Bünde-Holsen, seit 1989 als Pfarrer und Dechant in Siegen; von 1998 bis 2004 Regionaldekan der Seelsorgeregion Siegerland-Südsauerland; 2001 Ernennung zum Domkapitular; 2004 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn und 2005 Ernennung zum Päpstlichen Ehrenkaplan. 2008 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn und Titularbischof von Panatoria. Mitglied der Ökumenekommission sowie der Kommission für Erziehung und Schule der Deutschen Bischofskonferenz.

### **Jens Atzpodien, Prof. Dr. med., Dr. phil.**

geboren 1960 in Düren, Studium der Medizin, Geschichte und Philosophie an der Universität Bonn sowie der Harvard Medical School als Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes. 1985 Promotion im Fach Medizin sowie Promotion im Fach Philosophie an der Universität Bonn. Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie am Sloan-Kettering Cancer Center der Cornell University New York sowie an der Medizinischen Hochschule Hannover. 1993 Habilitation im Fach Innere Medizin, 1998 Ernennung zum Professor für Innere Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Von 2002 bis 2011 Leitender Arzt der Fachklinik Hornheide an der Universität Münster, seit 2011 Direktor des Zentrums für Onkologie und Hämatologie der Niels-Stensen-Kliniken in Osnabrück. Vorsitzender des Ethikrates der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

### **Manfred Spieker, Prof. Dr. phil.**

geboren 1943 in München, Studium der Politikwissenschaft, Philosophie und Geschichte an den Universitäten Freiburg, Berlin und München. 1973 Promotion an der Universität München und 1982 Habilitation für das Fach Politische Wissenschaft an der Universität Köln. Von 1972 bis 1982 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Forschungsinstitut für Politische Wissenschaft. 1983 bis 2009 Professor für Christliche Sozialwissenschaften am Institut für katholische Theologie der Universität Osnabrück. Forschungsschwerpunkte auf den Feldern des Sozialstaates, der Bioethik, der Friedens- und Wirtschaftsethik. In der Zeit 1995 bis 2001 als Beobachter des Heiligen Stuhls im Lenkungsausschuss für Sozialpolitik des Europarates sowie bei den Konferenzen der Sozialminister des Europarates. Von 2002 bis 2007 Präsident der Internationalen Vereinigung für Christliche Soziallehre.



## **Bisher erschienen:**

- 1985      **Freiheit und Lebensengagement**  
Beiträge von:      Prof. Dr. J. Splett, Frankfurt am Main  
                         Prof. Dr. H.-B. Wuermeling, Erlangen
- 1986      **Technik und Humanität im ärztlichen Dienst**  
Beiträge von:      Prof. DDr. H. Schipperges, Heidelberg  
                         Prof. Dr. A. Auer, Tübingen
- 1987      **Heil und Heilung in der Medizin**  
Beiträge von:      Prof. Dr. E. Seidler, Freiburg  
                         Prof. DDr. E. Biser, München
- 1988      **Sucht – ein Alarmsignal**  
Beiträge von:      Dr. med. F. Böcker, Erlangen  
                         Prof. Dr. J. Gründel, München
- 1989      **Pränatale Diagnostik und Schutz des Lebens**  
Beiträge von:      Prof. Dr. R. A. Pfeiffer, Erlangen  
                         Prof. Dr. G. Hunold, Tübingen
- 1990      **Wahrheit am Krankenbett**  
Beiträge von:      Prof. Dr. J. van de Loo, Münster  
                         Prof. Dr. H. Kramer, Bochum
- 1991      **Medizinische Altersversorgung**  
Beiträge von:      PD Dr. A. Kruse, Heidelberg  
                         Prof. Dr. J. Müller, Freiburg
- 1992      **„Mens sana in corpore sano“ – Pastorale und medizinische Fragen zur Zunahme psychosomatischer Erkrankungen**  
Beiträge von:      Prof. DDr. A. Görres, München  
                         Prof. Dr. E. Schockenhoff, Regensburg
- 1993      **Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht**  
Beiträge von:      Dr. med. T. Kruse, Marburg  
                         Dr. med. G. Markus, Paderborn  
                         Prof. Dr. F. Furger, Münster  
                         Prof. Dr. H. L. Schreiber, Göttingen
- 1994      **Hat dein Glaube dich gesund gemacht? – Konventionelle und nicht-konventionelle Methoden in der Medizin**  
Beiträge von:      Prof. Dr. I. Oepen, Marburg  
                         P. Dr. U. Niemann SJ, Frankfurt am Main
- 1995      **Angst als Grund von Krankheit**  
Beiträge von:      Prof. Dr. W. Fiegenbaum, Münster  
                         Prof. Dr. R. Haskamp OFM, Münster

- 1996 **Von der Not der Sprachlosigkeit – Schwierigkeiten und Wege des ärztlichen Gesprächs mit dem Patienten**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Hannes Friedrichs, Göttingen  
 Prof. Dr. Josef Kopperschmidt, Erkelenz  
 Sr. Ursula Bittner, Paderborn
- 1997 **Öffentliches Image und Selbstverständnis. Auf dem Weg zu einem neuen Arztbild**  
 Beiträge von: Günter Haaf  
 Prof. Dr. Dietmar Mieth, Tübingen
- 1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums“**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Heinz Angstwurm, München  
 Prof. Dr. Bernhard Fraling, Würzburg
- 1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Josef Römel, Erfurt  
 Dr. Dr. Ulla Pruss-Kaddatz, Bielefeld
- 2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**  
 Beiträge von: Erzbischof. Dr. Degenhardt, Paderborn  
 Bernward Büchner, Freiburg  
 Prof. Dr. Hansjakob Müller, Basel  
 Prof. Dr. Hans Gleixner, Paderborn
- 2001 **Als Mensch beginnen - als Organ enden? Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und moderner Medizin**  
 Beiträge von: Kardinal Johannes Joachim Degenhardt  
 Prof. Dr. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen  
 Christa Nickels MdB, Berlin  
 Prof. Dr. Ulrich Lüke, Aachen
- 2002 **Wi(e)der die Illusion vom perfekten Menschen! Medizinische und ethische Argumente zur Fragmentalität des Lebens**  
 Beiträge von: Diözesanadministrator Hans-Josef Becker  
 Prof. Dr. Gerd Fasselt, Münster  
 Dr. Gerd Lütz, Köln
- 2003 **Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag**  
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker  
 Prof. Dr. Eggert Beleites, Jena  
 Prof. Dr. Stephan Ernst, Würzburg  
 Hildegard Müller MdB, Berlin

- 2004      **Eu thanatos – Medizin und Ethik an der Grenze des Lebens**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                          Dr. Hermann-Josef Pielken, Dortmund  
                          Prof. Dr. Klaus Arntz, Augsburg  
                          Dr. Peter Liese, MdEP
- 2005      **Wie alt werden in unserer Gesellschaft - Lebensqualität nur durch Medizin?**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                          Dr. Michael Pries, Hamburg  
                          Prof. Dr. Peter Schallenberg, Fulda  
                          Prof. DDr. Paul Michael Zulehner, Wien
- 2006      **(K)ein Platz für die Seele – Neurobiologie und Transzendenz im Widerspruch?**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                          Prof. Dr. Dr. Dieter Hattrup, Paderborn  
                          Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze, Magdeburg
- 2007      **Arzt und Patient – wider den Vertrauensverlust**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                          Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln  
                          Prof. Dr. Volker Eid, Bamberg
- 2008      **Leben bis zuletzt – Palliativmedizin in Sorge um den ganzen Menschen**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                          Prof. Dr. Eberhard Klaschik, Bonn  
                          Dr. Erhard Weiher, Mainz
- 2009      **Vom Umgang mit der Verantwortung – Behandlungsfehler im ärztlichen Alltag**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                          Prof. Dr. Johannes Köbberling, Wuppertal  
                          Prof. Dr. Thomas Schwartz, Augsburg
- 2010      **Ärztliches Selbstverständnis zwischen Dienstleistung und Nächstenliebe – Anspruch und Wirklichkeit**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                          Prof. Dr. Giovanni Maio, Freiburg  
                          Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff, Freiburg
- 2011      **Knappe Ressourcen in der Medizin – ethisches Dilemma oder gerechte Verteilung?**  
 Beiträge von:      Weihbischof Hubert Berenbrinker  
                          Prof. Dr. Dr. Jens Atzpodien, Münster / Osnabrück  
                          Prof. Dr. Manfred Spieker, Osnabrück

