

Es gilt das gesprochene Wort!

Bischof Dr. Franz-Josef Overbeck

Medizinische Entscheidungen im Spannungsfeld von Ökonomie und Ethik – eine stetige Herausforderung

Vortrag beim Wild-West-Symposium am 16. November 2019, 11:30 Uhr,
RWE Pavillon, Essen

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

I.

über die Möglichkeit, im Rahmen des 8. Wild West Symposiums sprechen zu dürfen, freue ich mich sehr. Als Bischof von Essen ist es mir ein besonderes Anliegen, immer tiefere Einblicke in die Krankenhauslandschaft der Ruhrregion zu gewinnen und mit Ihnen, den medizinischen Experten, in einen Dialog einzutreten.

Christentum und Medizin sind seit jeher eng verbundene Dialogpartner. „Ich bin der Herr, dein Arzt“, heißt es im Alten Testament. Jesus selbst verkörpert als „Heiland“ in besonderem Maße das heilende Handeln Gottes. In seiner Person verbinden sich spirituelles Heil und körperliche Heilung auf einzigartige Weise. „Einen Arzt gibt es, Jesus Christus, unseren Herrn“, stellt Ignatius von Antiochien im 2. Jahrhundert fest. Auf dem konkreten heilenden Handeln Jesu fußt die christliche Überzeugung, dass wir eine besondere Verantwortung für die Armen, Schwachen und Kranken dieser Welt tragen. Auf vielfältige Art und Weise hat sich diese Überzeugung in die eng verflochtene Geschichte von Christentum und Medizin eingepreßt. Sie führt zur Etablierung der mittelalterlichen Klostermedizin, zum Bau von Hospitälern und Krankenhäusern und zur Gründung von Orden, die sich in besonderer Weise für die Krankenfürsorge engagieren. Diese lange Tradition ist der Grund dafür, dass z. B. in Nordrhein-Westfalen etwa zwei Drittel aller Patientinnen und Patienten in konfessionellen Krankenhäusern versorgt werden und das Bistum Essen eine besonders hohe Dichte christlicher Gesundheitsanbieter zu verzeichnen hat.

II.

Dieses Erbe verpflichtet. Es stellt uns vor die Frage, wie wir als Kirche an Orten präsent und wirksam bleiben können, an denen kranke Menschen Hilfe erfahren und gesundheitlich versorgt werden. Die kirchliche Trägerschaft von Gesundheitseinrichtungen wird angesichts ökonomischer Herausforderungen immer schwerer. Solche Aufgaben sind enorm herausforderungsvoll. Das aber ändert nichts daran, dass wir im Bistum Essen Strukturen geschaffen haben, um den wichtigen und traditionsreichen Dialogfaden zwischen Christentum und Medizin nicht abreißen zu lassen. Dazu gehört die Beteiligungsgesellschaft des Bistums Essen, die überwiegend Minderheitsbeteiligungen an 29 gemeinnützigen Gesellschaften im Ruhrbistum hält. Diese Gesellschaften unterhalten derzeit 24 Krankenhausstandorte, 30 Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen sowie 56 weitere Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Dazu gehört auch ein so genannter „Rat für Gesundheit und Medizinethik“ im Bistum Essen, der nicht nur ein wichtiges Beratungsgremium des Bischofs ist, sondern den gesellschaftspolitischen Prozess im Ruhrbistum und um diese Thesen aktiv mitgestaltet. Zudem ist das Projekt „Christliches Profil katholischer Krankenhäuser“ an der Katholischen Akademie „Die Wolfsburg“ in Mülheim a. d. R. angesiedelt, das inzwischen fast sechs Jahre erfolgreich unterwegs ist und es sich zum Ziel gesetzt hat, die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen durch Fortbildungsangebote und Maßnahmen der Organisationsentwicklung nachhaltig zu begleiten. Längst geht es dabei nicht mehr nur um Profilfragen im engeren Sinne. Im Zentrum steht vielmehr die Frage, welche Strukturen und welcher Unterstützungsangebote es bedarf, um wertorientiertes Handeln im medizinischen und pflegerischen Alltag zu ermöglichen.

Auf der Basis der Erfahrungen, die wir durch intensive Zusammenarbeit mit Gesundheitseinrichtungen im Bistum Essen gesammelt haben, ist mir klar, dass Krankenhäuser keine romantischen Orte der Nächstenliebe sein können. Mir ist auch klar, dass Sie in einem teils sehr prekären System arbeiten, das bestimmt ist durch massiven Personal- und Zeitmangel und die zunehmende Ökonomisierung aller Arbeitsabläufe. Ich bin aber der Überzeugung, dass die Kirche genau da gefragt sind, wo es hart auf hart kommt. Gerade da, wo ökonomische Zwänge drohen, das medizinische Ethos zu überformen, gerade da, wo Werte auf dem Prüfstand stehen, ist eine ethische Reflexion vonnöten. Diese können wir Christen leisten! Unsere Denktraditionen und aktuellen Möglichkeiten erlauben das!

III.

Viele von Ihnen kennen die Geschichte vom barmherzigen Samariter (vgl. Lk 10,25-37). Auch der Kontext der Erzählung dürfte geläufig sein: Ein Schriftgelehrter stellt Jesus die Frage, wie er das ewige Leben erwerben könne. Die Antwort liegt zunächst auf der Hand: Derjenige, der das Gebot der Gottes- und Nächstenliebe erfüllt, erwirbt das ewige Leben. Der Schriftgelehrte hakt aber nach und möchte von Jesus wissen, wer denn sein Nächster sei. Daraufhin folgt Jesu berühmte Lehrerzählung, die, bemerkenswerter Weise, mit einem ökonomischen Aspekt schließt. Bei Lukas heißt es: „Und am nächsten Tag holte er zwei Denare hervor, gab sie dem Wirt und sagte: Sorge für ihn, und wenn du mehr für ihn brauchst, werde ich es dir bezahlen, wenn ich wiederkomme.“ (Lk 10,35)

Ich erzähle diese Geschichte nicht mit moralischen Ansprüchen. Das ist auch gar nicht nötig. Aus vielen Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten habe ich eines gelernt: Es mangelt sicher nicht an Barmherzigkeit. Oder allgemeiner ausgedrückt: Es mangelt in Ihrem Berufsstand sicher nicht an Werten. Und darum bin ich auch nicht hier, um über Barmherzigkeit zu sprechen oder daran erinnern zu wollen, Ihre christlichen oder humanistischen Ideale nicht zu vergessen. Vielmehr bin ich überzeugt: In jeder und in jedem von Ihnen steckt ein Samariter. Niemand wird, bis auf wenige Ausnahmen, Ärztin oder Arzt ohne Überzeugung. Es wäre nahezu absurd, wenn ich heute aus der Perspektive eines Wertevermittlers mit moralischen Ansprüchen auftreten wollte. Der Wille zur Barmherzigkeit ist da. Der Wunsch, Menschen zu helfen, ohne dabei auf den Geldbeutel achten zu müssen, ist da. Das Ideal, optimale Versorgung für jeden Menschen zu gewährleisten, jenseits von ethnischer, kultureller oder religiöser Grenzen, ist da. Sie leiden nicht an einem Verlust an Werten, sondern darunter, dass Sie die Werte, die Sie mitbringen, aufgrund teils schwieriger Rahmenbedingungen nicht immer in Ihrem Berufsalltag umsetzen können!

Ich nehme eher die Perspektive eines Zuhörenden ein. Oder die eines Begleiters, der mit Ihnen gemeinsam darum ringt, in schwierigen Zeiten eine stabile Werthaltung zu bewahren und weiter zu entwickeln. Als Zuhörender ist mir klar geworden, dass die Figur des Samariters in einer Krise steckt. Es klingt möglicherweise merkwürdig, weil das beherzte Handeln des Samariters zur Zeit Jesu revolutionär war. Aber: Die Entscheidungssituation des Samariters war vergleichsweise einfach: Hilfe ich oder ziehe ich weiter, so seine Frage. Der Samariter hatte zudem die zeitlichen, materiellen und finanziellen Möglichkeiten, um barmherzig handeln zu können. Damit möchte ich die Leistung des Samariters nicht

schmälern. Er hatte vielmehr das, was wir heute Mut und Zivilcourage nennen würden. Ich möchte damit nur hervorheben, dass die Samariter von heute oft mit Situationen konfrontiert sind, die sich weitaus komplizierter darstellen.

Machen wir ein Gedankenexperiment. Stellen Sie sich die folgende Situation vor: Am Wegesrand liegt nicht ein Verletzter, am Wegesrand liegen *drei* Verletzte, die alle gleichermaßen Ihrer Hilfe bedürfen: eine herzkrankte alte Dame zum Beispiel, ein junger Mann nach einem selbstverschuldeten Motorradunfall, ein schwerkranker Flüchtling ohne Geld und Papiere. Nun stellen wir uns weiter vor, der Samariter hätte nur begrenzte Ressourcen: begrenzte Kraft, begrenzte Transportmittel, begrenzte Zeit, begrenzte Betten im Wirtshaus, begrenzte finanzielle Mittel. Wie handelt er? Wie entscheidet er sich? Welche Gefühle, welche Einflussfaktoren und Argumente leiten sein helfendes Handeln? Oder biblisch gefragt: Wer ist sein Nächster? Besser noch: Wem macht er sich zum Nächsten? So nämlich die Pointe der Erzählung (vgl. Lk 10,36).

Natürlich ist dieses Gedankenexperiment konstruiert. Das Beispiel kann aber die Komplexität der Entscheidungen illustrieren, die Sie im Gesundheitssystem treffen müssen. Weil nämlich die Ressourcen knapp sind, muss zwangsläufig rationalisiert und priorisiert werden. Darüber muss gesprochen werden. Priorisierung darf kein Tabuthema sein. Wir dürfen nicht so tun, als ob es diesen Druck nicht gäbe. Daher braucht es einen breiten gesellschaftlichen Diskurs über Fragen der Priorisierung. Ich sage das nicht, weil ich mir idealiter die Priorisierung von Gesundheitsleistungen wünsche. Natürlich wünsche auch ich mir ein Gesundheitssystem, das jedem Menschen, der leidet, fraglos und bedingungslos alle medizinisch sinnvollen Leistungen und alle erdenkliche Unterstützung zur Verfügung stellt. Die Realität sieht aber anders aus. Es steht zu befürchten, dass die Ressourcen wesentlich knapper werden und damit die Frage nach einer sozialen, gerechten und transparenten Gesundheitsfürsorge noch virulenter wird. Wenn die darum notwendigen Entscheidungen nicht auf der Makroebene der Gesundheitspolitik gefällt werden sollen oder gar gefällt werden können bzw. müssen, verlagert sich das Problem auf die Mesoebene des Krankenhauses bzw. auf die je individuelle Mikroebene, auf der Ärztin oder Arzt mit der Frage ringen, wie sich die medizinische Logik mit ethischen und ökonomischen Erwägungen in Einklang bringen lässt.

IV.

„Medizinische Entscheidungen im Spannungsfeld von Ökonomie und Ethik“: So der Titel meiner heutigen Einlassung. Diese Formulierung bringt die Herausforderung auf den Punkt, vor der Sie in Ihrer Arbeit jeden Tag aufs Neue stehen. Daher möchte ich für eine bestimmte Sichtweise werben, die in dieser Lage hilfreich sein kann. Solange wir nämlich Medizin im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie ansiedeln, nehmen wir eine problemorientierte Perspektive ein. Wir manövrieren uns in eine Zerreißprobe, die nicht konstruktiv gelöst werden kann: Wie soll denn die Medizin zwischen Ethik oder Ökonomie wählen? Wird die Frage so gestellt, ist eine Überforderung der Medizin vorprogrammiert. Die Medizin hat eine eigene Handlungslogik, die nicht entweder einer ökonomischen oder einer ethischen Logik folgt. Zudem klingt das Entweder-Oder, das durch dieses Spannungsfeld geschaffen wird, so, als ob ökonomische Erwägungen per se unethisch seien. Ökonomie kann aber nicht als das schlichte Gegenteil von Barmherzigkeit konstruiert werden. Im Gegenteil. Kluge ökonomische Entscheidungen schaffen überhaupt erst die Möglichkeiten für barmherziges Handeln. Solange Ökonomie also nicht im Sinne von Profitgier pervertiert, sondern als vernünftiges Wirtschaften mit knappen Ressourcen verstanden wird, folgt die Ökonomie auch ethischen Geboten. Dass es heute zum Beruf des Arztes gehört, Budgetverantwortung zu übernehmen, und mit ökonomischen Anreizen verantwortungsvoll und reflektiert umzugehen hat, mag zwar nicht jede Medizinerseele mit Glück erfüllen, ist aber unumgänglich. Kurz: Es hilft nicht weiter, Ökonomie und Ethik als Gegensätze aufzufassen und die Medizin in die Mitte eines solch unauflöselichen Spannungsfeldes zu stellen.

V.

Daher bewegt mich eine gedankliche Neuordnung der drei Perspektiven „Medizin“, „Ethik“ und „Ökonomie“. Die Ethik gehört in die Mitte. Wenn Ethik zwischen Medizin und Ökonomie steht, dann lautet die entscheidende Frage nicht mehr: Soll ich als Mediziner ethisch oder ökonomisch handeln? Sondern: Wie kann ich durch ethische Reflektion die medizinische und die ökonomische Logik bestmöglich miteinander vereinbaren? Auf diese Weise wird Ethik zu einer integralen Logik, die uns eine neue lösungsorientierte Perspektive auf das Spannungsfeld zwischen Medizin und Ökonomie eröffnet.

Kehren wir noch einmal zu unserem Gedankenexperiment zurück: Der Samariter, der drei hilfebedürftige Menschen am Wegesrand versorgen muss, stellt sich nicht die Frage, ob er hilft oder ob er Kosten und Mühen spart. Vielmehr muss er die komplexe ethische Frage

beantworten, wie er die Versorgung der drei notleidenden Menschen im Rahmen der ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen bestmöglich organisieren kann. Hier wird Ethik zu einem Instrument, um in hochkomplexen Entscheidungssituationen medizinische Optionen und ökonomische Zwänge zu integrieren. Doch machen wir uns nichts vor: *Die richtige* Entscheidung wird es dabei nicht geben. Ziel kann es nur sein, sich für diejenige Handlungsoption zu entscheiden, die nach reiflicher Überlegung als die Option erscheint, die *ethisch am besten zu begründen* ist. Wenn es uns also gelänge, die unterschiedlichen Logiken nicht mehr nur als Widersprüche aufzufassen, sondern als berechnete Denkweisen nebeneinander zu stellen, und wenn es uns gelänge, Ethik nicht als optionalen Luxus zu marginalisieren, sondern als unerlässliche Entscheidungslogik prinzipiell strukturell im Gesundheitswesen zu verankern, erhöhten wir die Chance, in prekären Situationen zu besser begründeten, transparenteren und tragfähigeren Lösungen zu gelangen. Auf solche Weise schützen wir uns vor der utopischen Vorstellung, Gesundheitseinrichtungen könnten jenseits ökonomischer Logik funktionieren. Gleichzeitig integrierten wir wirtschaftliche Überlegungen in ethische Reflexions- und Entscheidungsprozesse und beugten somit der Gefahr vor, dass die ökonomische Logik ein „heimliches“ und insofern nur schwer kontrollierbares Eigenleben in unserem Gesundheitswesen führt.

Entschieden trete ich dafür ein, Ethik nicht bloß als eine Zugabe für Ihr Handeln zu sehen, die letztlich ohne praktische Relevanz bleibt. Wenn wir den vielfältigen Herausforderungen der Moderne und der gegenwärtigen Problemlage im Gesundheitswesen gerecht werden wollen, können wir es uns nicht mehr leisten, Ethik als Luxus zu betrachten. Ethik – als integrale Logik verstanden – ist das Mittel der ersten Wahl im Gesundheitssystem von heute und morgen.

Dabei werden so wichtige Themen wie Lebensrecht, Wert von behindertem/krankem Leben und die Frage des Mit-Leidens über dem Ankerpunkt Menschenwürde, die unantastbar ist, zu diskutieren sein. Gleiches gilt dringlich für die Reproduktionsmedizin, die in „prekärer Weggefahrtschaft“ (Klaus Demmer) mit der Theologie und der Kirche lebt, vor allem weil es um den Menschen als Person von Anfang an hinsichtlich seiner personalen Beziehungen geht. Das gilt auch für den weiten Bereich von formaler und materialer Mitwirkung in ethisch hochkomplexen und grenzwertigen Behandlungen und Handlungen sowie deren sittlich orientierter Beratung. Überall hier sind Räume von werthaltigen Entscheidungen eröffnet, die sich aus dem Spannungsbogen Ökonomie und Medizin zwar nicht allein, aber doch

wesentlich ergeben. Nehmen wir schließlich noch die Fragehorizonte der Palliativmedizin hinzu, sehen wir erst recht, wie sehr das ethische Integral die ökonomischen und medizinischen Perspektiven über die existenziellen Sinnfragen des Lebens zusammenhält.

Überall hier sind Sie in Ihrem ärztlichen Ethos besonders angesprochen und herausgefordert, weil es um das Leben des Menschen im Rahmen seiner medizinischen, aber auch pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Betreuung geht. Hier bewährt sich die Ethik – wie gesagt – als Mittel der ersten Wahl im Gesundheitswesen von heute und morgen.