Wirtschaftlichkeit und Ethik in der Medizin - Eine Gratwanderung



Einleitung

Der zentrale Leitgedanke der Medizin und Wirtschaft sollte auf Menschen ausgerichtet sein und dem Bestreben, dessen Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen. In der Medizin steht die Gesundheit der Patienten im Mittelpunkt, in der Wirtschaft die optimale Versorgung der Bürger mit Gütern. Wirtschaftsethik befindet sich gerade im Gesundheitswesen in einem Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit auf der einen und einem sehr hohen sozialethischen Anspruch auf der anderen Seite. Die soziale Marktwirtschaft hat in der Bundesrepublik zu einem in der deutschen Geschichte bisher nicht gekanntem Wohlstand ("Wohlstand für alle") geführt, verbunden mit einer flächendeckenden medizinischen High-Tech-Versorgung (TÜV Rheinland Group, 2018). Die Lebenserwartung in Deutschland hat sich seit den 50er Jahren um circa 11 Jahre verlängert und ist vor allem durch den medizinischen Fortschritt zu erklären (Esslinger, 2011, Bundeszentrale für Politische Bildung, 2018). Auffallend ist, dass bis in die 70-er Jahre zwischen der Qualität der Behandlung (Fortschritt) und Lebenserwartung ein linearer Zusammenhang bestand, der zunehmend abflachte - mehr Ausgaben bedeuten nicht zwingend eine längere Lebenserwartung -, so dass es heute ungleich mehr Ressourcen bedarf, um die Lebenserwartung weiter zu steigern ("ceiling effect"). Hier spielen sicher altersassoziierte Erkrankungen und der mitunter risikobehaftete Lebensstil einer westlichen Wohlstandsgesellschaft eine Rolle.

Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993, in dem das Selbstkostendeckungsprinzip aufgehoben wurde, führte in den Krankenhäusern und Einrichtungen des Gesundheitswesens zu einem verstärkten wirtschaftlichen Druck, was mit der Schließung zahlreicher kleiner unrentabler Krankenhäuser verbunden war. In vielen Fällen mussten kommunale oder konfessionelle Krankenhäuser unter den ?Rettungsschirm? von Klinikkonzernen schlüpfen oder z. B. in Eigenbetriebe, Regiebetriebe bzw. gGmbHs überführt werden (Kuchinke u. Schubert 2002). Während private oder freigemeinnützige Träger nicht mehr auf Gelder der öffentlichen Hand im Falle der Insolvenz zurückgreifen konnten, blieb den Eigenbetrieben und Regiebetrieben dieses ?Hintertürchen? noch offen. Die Versicherten erhielten grundsätzlich die Option, zwischen Krankenkassen zu wählen, was wiederum die Konkurrenz zwischen den Kassen verstärkte und wegen eines Selektionsanreizes einen Risikostrukturausgleich erforderlich machte (Buchner und Wasem, 2013). Die 1993 beschlossene Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) als Finanzierungsgrundlage sollte den Rationalisierungsdruck - auch wegen der mangelnden Investitionskosten-Finanzierung durch die Länder - den Zwang zur Wirtschaftlichkeit zusätzlich erhöhen (Tiemann und Büchner, 2013). Gleichzeitig stiegen - ein Trend der bis heute anhält - die Anforderungen an die Qualität der Behandlung und der damit verbundene Dokumentationsaufwand seit den 90-er Jahren beträchtlich. Ins ethisch-moralische Stammbuch sollte sich die Politik schreiben, dass jeder Druck von oben nach unten weiter gegeben wird und letztlich die schwächsten Gruppen - i. S. des kleinsten wirtschaftlichen Zwangs - trifft, was sich praktisch z. B. an der Praxis des Outsourcings (outside resource using) ablesen lässt (Enelke et al., 2013).

Den Bedürfnissen der Patienten diesem Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und der Qualität im Gesundheitswesen gerecht zu werden, ist eine ethisch fundierte Grundhaltung sinnvoll und wünschenswert. Im folgenden Abschnitt sollen die Prinzipien kurz zusammengefasst und im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen diskutiert werden.

Ethische Prinzipien]
Mit dem "Georgetown Mantra" von Beauchamp und Childress (Beachchamp, Koch, 2016) werden die prinzipiellen ethischen Grundsätze in der Medizinethik formuliert:

Respect for autonomy (Selbstbestimmungsrecht)
Non-maleficience (primum nil nocere, Nicht-Schadensprinzip)
Beneficience (Wohlergehen, Nützlichkeitsprinzip)
Justice (Soziale Gerechtigkeit)

Autonomie bedeutet streng genommen, dass der Patient per se entscheiden kann, was er zu tun gedenkt. Gleichzeitig übernimmt er damit auch die Verantwortung für seine Entscheidungen und die Konsequenzen. Philosophisch könnte man sagen, nur dann kann er seinen "Freien Willen" auch umsetzen, was uns wiederum zum Begriff der Kompetenz führt. Letzteres wäre die Fähigkeit, die eigene Autonomie - wähle A, B oder C - auszuüben, wobei häufig juristische Erwägungen eine Rolle spielen (Waymack und Taler, 1988). Besteht keine Kompetenz im strengen Sinn, z. B. durch eine akute Erkrankung, beginnt die Gratwanderung zwischen Autonomie und Paternalismus, d. h. es werden Entscheidungen für den Betroffenen getroffen, da dieser sich nicht adäquat äußern kann.

Das 2. und 3. Prinzip sind miteinander verwoben. Das Nicht-Schadens-Prinzip ("above all, do not harm", "Principle of Nonmaleficience", "Primum non nocere") steht in engem Zusammenhang mit dem Wunsch, das Wohlergehen des Patienten zu steigern. Ein kleiner Unterschied zwischen den Grundsätzen besteht darin, dass das Nicht-Schadensprinzip von mir nicht fordert, aktiv im Sinne des Wohlergehens einzugreifen, während das Nützlichkeitsprinzip ("Qualitativer Hedonismus" nach John Stuart Mill; Harris, 1983) geradezu dazu verlangt, das Wohlergehen aktiv zu fördern ("to act for the best welfare of other persons"; Waymack und Taler, 1988). In diesem Zusammenhang ist die "Goldene Regel" zu nennen, dass man andere so behandeln möge, wie man selbst behandelt werden möchte (Morris, 2000). Die Regel stabilisierte frühzeitig die zwischenmenschliche Interaktion, zumal sie sich ab 500 v. Chr. herauskristallisiert hat und schon von Konfuzius formuliert wurde. Im Judentum, Christentum und Islam fungiert sie ausdrücklich als Regel für gutes Handeln. In der Praxis geht die Interpretation aber oft davon aus, wie man sich (manchmal vermeintlich) behandelt fühlt oder vermeintlich behandelt wurde. Hier liegt eine gewisse Unsicherheit. Grundsätzlich fordert die Regel aber, mit Patienten und Kollegen so umzugehen, wie ich möchte, dass sie mit mir umgehen.

Die (soziale) Gerechtigkeit bezieht sich zunächst auf die Verteilung der Ressourcen, sie ist also im strengen Sinn distributiv. Die Frage ist nicht einfach zu beurteilen. Güter sind nun mal beschränkt und das gilt auch im Gesundheitssystem. Nicht jeder hat das Glück, in einem Krankenhaus oder von einem Arzt seiner Wahl betreut zu werden. Der zweite Aspekt der Gerechtigkeit betrifft die Fähigkeit von Verantwortlichen, die (moralisch vernünftigen) Rechte und die Integrität des Patienten zu wahren, wozu auch die Vertraulichkeit oder die Gleichheit vor dem Gesetz gehört (Waymack und Tales, 1988; Zeppelius, 2012). Nur übergeordnete Gründe (z. B. eine drohende Straftat oder ein massives Ansteckungsrisiko zum Schaden von Dritten) können dieses Prinzip vorübergehend außer Kraft setzen.

Albert Schweitzer formulierte als Arzt in Lambarene (Müller, 2010) die Maxime der Ehrfurcht vor dem Leben. Wir merken schon, dass es der tiefen Reflexion bedarf, den ethischen Prinzipien in ihrer Gesamtheit gerecht zu werden, teilweise auch innere und äußere Spannung hervorgerufen wird. Mit Antibiotika töte ich Leben, rette dafür aber dafür ein anderes! Manchmal bedeutet Ehrfurcht auch, jemanden in Würde gehen zu lassen. Eng verbunden mit diesem Grundsatz ist das Prinzip der "Heiligkeit des Lebens" (Waymack und Taler, 1988), was in seiner extremen Interpretation jegliches Leben vor der menschlichen Entscheidung, es zu verkürzen, ausschließen würde. Thomasma (1999) stellt dieses Absolutum in den Kontext der Machbarkeit und Vernunft: Es ist mit dem Lehrsatz vereinbar, auf maximale Therapie im Interesse des Patienten - um Leid zu lindern - zu verzichten. Zentral scheint mir bei diesem Gedanken, dass wir keine vorgefassten Meinungen vertreten, dass wir zuhören und um gute Entscheidungen ringen.

Eine weitere ethische Betrachtungsweise setzt sich mit den Folgen von Handlungen auseinander, u. a. die utilitaristische Ethik als Teil des Konsequenzialismus. Hier steht das Ergebnis eines Handelns (die Konsequenz) im Vordergrund. Eine wichtige Strömung dieses Ansatzes ist der Utilitarismus, vertreten u. a. von John Stuart Mill oder Jeremy Bentham. Auch das Nützlichkeitsprinzip wäre hier einzuordnen. Richtig ist in dieser Ethik, was zum allgemeinen Glück (happiness) beiträgt, falsch, was kein Glück (unhappiness) hervorruft (Sänger, 1993). Die utilitaristische Ethik und nachfolgend erörterte deontologischen Ethik eint, dass das Ziel einer Handlung wichtig ist (teleologisches Prinzip) (Kwiatkowsiki und Ohlig, 1987). Etwas praktischer formuliert, heißt das, welche Folgen hat die Psychiatrische Behandlung und Fürsorge für das allgemeine Glück? Nun, die Psychiatrie trägt ohne Zweifel dazu bei, die Suizidrate zu senken, was sicherlich dem Glück zuzurechnen ist. Der von Bentham (Sänger, 1993) formulierte Hedonistische Kalkül bezieht sich allerdings nicht nur auf die Freude ("pleasure", über einen den Erfolg), er berücksichtigt auch das Leid oder Traurigkeit ("pain", über eine Misserfolg). Es werden also im gewissen Sinn (?Gratifikationsbilanz?) Glück und Leid "verrechnet". Der Begriff Bilanz assoziiert schon wirtschaftliche Aspekte. Höhere Kassenbeiträge sind nicht beliebt und vermindern das allgemeine Glück. In Deutschland wird der Versicherte dazu neigen, die Pflichtversicherung und die Beiträge zu akzeptieren, in den USA ("Obama Care") werden die Akzente sicher anders gewichtet.

Um die Konsequenzen einer Handlung im gewissen Sinn universell erfahrbar zu machen, schlägt Hare (1983) vor, sich einem imaginären Rollentausch zu stellen ("Was sagst du, in einem hypothetischen Fall, in dem du in der Lage des Betroffenen bist?"). Man kann getrost schlussfolgern, dass diese Vorgehensweise auf jeden Fall das Einfühlungsvermögen in eine Erkrankung steigert und die Zustimmung zu Ausgaben für Erkrankte erhöht. Dieser Grundsatz wird vor allem dann wirksam, wenn es sich um einseitige, meiste ablehnende Entscheidungen von Kostenträgern - z. B. bei Erfolg versprechende Behandlungen nach dem Off-label-Prinzip - handelt. Wäre es nicht ethisch vertretbarer, die Therapiestrategie unter Auflagen (Erfolgskontrolle) zu genehmigen? Wie würden Behörden mit Bürgern umgehen, wenn Sie um deren Lese- und Rechtschreibschwäche wüssten? Was nützt eine komplexe Antwort, die der Patient als Antragssteller nicht versteht? Mental sich in die Rolle des Anderen zu versetzen könnte sich heilsam auswirken.

Die deontologische Ethik, dessen bekanntester Vertreter Immanuel Kant ist, richtet sich ebenfalls nach einem Ziel (teleologisch) aus, das allerdings eher universalen Charakter hat und sich mehr an klaren Prinzipien, dem Erforderlichen ("deon" das Erforderliche, die Pflicht) orientiert, nicht am speziellen Ergebnis einer Handlung (Waymack und Taler, 1988; Sänger, 1993). Im Hinblick auf die Kant´sche Pflichtethik müssten wir uns einem Argument stellen ("KKI"[Kant'sche Kategorischer Imperativ]-Argument) und uns fragen: "Wäre es gut, für alle Zeiten und im ganzen Universum, wenn alle psychiatrischen Patienten nur verwahrt würden?" oder "Wäre es gut, wenn alle Mitarbeiter gleich - oder sehr unterschiedlich - verdienen würden?". Wir können die KKI-Frage auch praktischer Stellen: "Malen wir uns dieses Szenario aus, dann kommen wir wahrscheinlich zu dem Schluss, es wäre nicht verantwortbar, allen dasselbe zu geben, zu große Unterschiede zu machen oder Patienten nur zu verwahren! (?One should act only upon those maxims than one would be willing for everyone to act upon", Waymack and Taler, 1988).

Eine gewisse Zusammenführung deontologischer und utilitaristischer Elemente ist die Fairness-Ethik von John Rawls (Sänger, 1993). Ein zentraler Satz seiner Ethik ist: "Jedermann soll gleiches Recht auf das umfangreichste System gleicher Grundfreiheiten haben, das mit dem gleichen System für alle anderen verträglich ist" (Rawls, 1979). Freiheit, Handlungsfreiheit - die Freiheit hat in seiner Ethik einen sehr hohen Stellenwert - ja, aber es muss für die Anderen verträglich sein. Das Prinzip der Fairness impliziert ein wechselseitiges Beachten der Wirkungen meines Handelns auf andere. Die Protagonisten befinden sich quasi in einer Art vertraglichen Übereinkunft, was diese Theorie z. B. vom Utilitarismus unterscheidet.

Auf die Praxis angewandt würde das bedeuten, dass zwei Vertragspartner einen "Vertrag" abschließen, indem sie erklären, fair und gerecht miteinander umzugehen. Jeder darf die bestehenden Ressourcen nutzen und verschafft sich keinen einseitigen Vorteil. Das wäre dann quasi ein "K.o.-Kriterium" für mangelnde Qualität aber auch fehlende Wirtschaftlichkeit. Mit Ressourcen, die der Beitragszahler zur Verfügung stellt, geht man fair um! Weicht man von der Fairness ab, würde man den gemeinsamen Nenner verlassen.

Ein ökoethischer Begriff, der sich oft wirtschaftlich auswirkt, darf nicht fehlen: Der Moral Hazard (Dembe und Boden, 2000). Wikpedia übersetzt den Begriff mit "moralisches Risiko", "moralische Versuchung" oder "Rationalitätsfalle". Der individuelle Vorteil wird subjektiviert und das Risiko großzügig generalisiert oder kollektiviert. Wir können solche Tendenzen im Gesundheitswesen beobachten. Menschen, deren Risiko durch eine Versicherung abgedeckt wird, verhalten sich anders, also solche,

die das Risiko selbst tragen müssen. Wenn ich mit dem Geld meiner Kunden Geschäfte mache - dafür gibt es genug Beispiele, etwa jenes der Leipziger Wasserwerke, das in der Presse ausführlich dargestellt wurde. Die Schwelle, mit fremdem Geld zu spekulieren ist relativ niedrig; so gehe ich sicherlich größere Risiken ein, als wenn es mein privates Vermögen wäre. Ein sehr bekanntes Beispiel aus der praktischen Medizin ist die Bedeutung des Schleudertraumas (Schrader et al., 1966). Ob man medizinische Leistungen in Anspruch nimmt, hängt nicht allein vom Faktum eines HWS-Traumas ab, sondern auch von soziokulturellen Faktoren sowie den Möglichkeiten, die das System bietet. In diesem Zusammenhang ist auch der juristische Druck zu nennen, der letztlich zur fast totalen Absicherung zwingt und zum lukrativen Geschäftsmodell für Anwälte, insbesondere in den USA, geworden ist. Langfristig würde eine solche Tendenz der Qualität auf jeden Fall schweren Schaden zufügen, da jeder Arzt danach streben wird, sich nur auf sicherem Terrain zu bewegen. Ich kann es gar nicht riskieren, einen Fehler zu machen, also unterlasse ich die Hilfe besser; dies ist wahrscheinlich ein Grund dafür, warum es in den USA keinen Notarztwagen im engeren Sinn gibt, sondern Paramedics. Andererseits ist der Fakt, dass Rettungsstellen und Notfallambulanzen bei Unpässlichkeiten - für die normalerweise der Hausarzt oder kassenärztliche Dienst zuständig wäre, ein praktisches Beispiel für den Moral Hazard.

Praktische Schlussfolgerungen

Aus den Maximen der Ethik leiten wir ab, dass es anzustreben ist, eine hohe Qualität der psychiatrischen oder medizinischen Behandlung ("to the best of our knowledge") und dass mit den finanziellen Ressourcen wirtschaftlich umzugehen ist. Gleichzeitig weisen die Prinzipien aber auch darauf hin, dass alle am wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens einerseits teilhaben und andererseits ihre Fähigkeiten und Talente einbringen sollten. Die Gesundheit des Menschen ist das zentrale Prinzip der Vernunft, der fehlbare Mensch aber gleichzeitig auch ein Risikofaktor, quasi der "Locus minoris resistentiae". Diese Fehlbarkeit verpflichtet uns aber, im Sinne von Kaizen - stetiger Wandel zum Besseren-, stets nach dem "Besseren" zu streben und gemeinsam vertretbare und vernünftige Lösungen zu suchen.

Literatur

Ludwig Erhard: Wohlstand für alle. Econ Verlag, Berlin 1957

Bundeszentrale für Politische Bildung: Lebenserwartung in Deutschland. http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61547/lebenserwartung. entnommen 23.10.2018

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F.: Principles of Biomedical Ethics. 6th Edition. Oxford University Press 2008

Buchner F und Wasem J: Finanzmanagement in Krankenversicherungen. In: Management im Gesundheitswesen; Busse et al. (hrsg.). Springer Verlag, Heidelberg 2013, 260-278

Dembe AE, Boden LI: Moral hazard, a question of morality. New Solutions 2000; 10,3: 257-279

Enelke DR, Schmidt-Rettig B, Winter C: Personalmanagement in Krankenhäusern. In: Busse R et al.: Management im Gesundheitswesen. Springer Verlag, Heidelberg 2013, 347-364

Esslinger, K: Wesentliche Auswirkungen des medizinischen Fortschritts auf die Gesellschaft. Thesis, Verwaltungs- und Wirtschaftakademie Göttingen, Göttingen 2011

Hare RM: Freiheit und Vernunft. Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 1983, S. 127 ff.

Harris, G: Mill´s qualitative hedonism. The Southern Journal of Philosophie 1983; 21,4: 503-512

Koch HJ: Über Meme und ethische Aspekte des Dopings. Doping 2016; 3: 50-53

Kuchinke B, Schubert JM: Defizitausgleich öffentlicher Krankenhäuser aus öffentlichen Kassen - Verstoß gegen europäisches Recht? Eine Studie über die Rechtsmäßigkeit staatlicher Beihilfen. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2002; 19: 524-530

Kwiatkowski G, Ohlig R (hrsg.): Meyers kleines Lexikon der Philosophie. Bibliographisches Institut, Berlin 1987

Meyers Kleines Lexikon der Philosophie; Redaktion für Philosophie (hrsg.). Bibliographisches Institut, Mannheim 1987

Morris T: Philosophie für Dummies. MITP Verlag, Bonn 2000, S. 140 ff

Müller C: Albert Schweitzers ethische Mystik der Ehrfurcht vor dem Leben. Int Z f Philosophie und Psychosomatik 2010; 1: 1-8

Rawls J: Eine Theorie der Gerechtigkeit (A theory of Justice). Suhrkamp, 1979, S. 81

Sänger M: Praktische Philosophie und Ethik. Klett Verlag, Stuttgart, pp. 159-164

Schrader H, Obelieniene G, Bovim D et al.: Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. Lancet 1966, 347:1207

Thomasma DC: The sanctity-of-human-life-doctrine. In: Pellegrino ED et al. (eds.). Jewish and Catholic Bioethics. An Ecumenical Dialogue. Georgetown University Press, Washington DC 1999, pp 54-73

Tiemann und Büchner, 2013 Tiemann O und Büchner VA: Finanzmanagement in Krankenhäusern. In: Management im Gesundheitswesen; Busse R et al. (hrsg). Springer Verlag 2013, S. 279-301

TÜV Rheinland Group/TÜV Media GmbH:
https://www.mt-medizintechnik.de/innovation-und-hightech-in-der-medizin-xpomet/.entnommen am 23.10.2018

Waymack MH, Taler AT: Medical ethics in the elderly - A case book. Pluribus Press, Chicago 1988, pp. 225-230

Zeppelius R: Das Wesen des Rechts - 6.Aufl. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2012

https://de.wikipedia.org/wiki/Moral_Hazard.entnommen am 07.08.2017

Der Autor



Dr. med. Dr. rer. nat. Horst J. Koch MFPM DCPSA MHBA

Dr. Koch studierte in Mainz Medizin und Zoologie mit Schwerpunkt Neurobiologie und schloss sein Studium 1985 ab. Nach der Promotion in Neurobiologie folgte die Ausbildung zum FA für Klinische Pharmakologie (Byk Gulden Konstanz) und ab 1995 war im Universitätsklinikum Regensburg in den Kliniken für Psychiatrie und Neurologie als Weiterbildungsassistent tätig. 2007 wurde er zum Chefarzt der Klinik für Psychiatrie in Aue und 2014 zum Chefarzt der Klinik für Psychiatrie im Heinrich-Braun-Klinikum berufen. Sein wissenschaftliches Interesse gilt neben den klinischen Fächern der Neurobiologie, Pharmakologie und wirtschaftlich-ethischen Fragestellungen.