

Ethik und Monetik unlösbarer Grundkonflikt?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Ärzteschaft steht scheinbar vor einem unlösbaren Konflikt zwischen ethischen Ansprüchen, moralischen Wertvorstellungen und ökonomischen Möglichkeiten.

Insbesondere die Erfahrung mit einem planwirtschaftlich geführten, zentralistischen Gesundheitswesens der ehemaligen DDR löst Ängste und Bedürfnisse aus.

Lassen sie uns an den Beginn der Ausführungen grundlegende Definitionen stellen:

1. Die Brockhaus-Enzyklopädie beschreibt den Begriff Ethik wie folgt: **Ethik** – die philosophische Wissenschaft vom Sittlichen. Als Hauptgegenstand ihrer Betrachtungen gelten meist die menschlichen Handlungen und besonders die Gesinnung, aus der diese hervorgehen oder die von ihnen erzeugten Wirkungen. Einige Richtungen der Ethik ergeben sich aus dem Versuch, die sittlichen Erscheinungen auf einen einheitlichen, an sich außersittlichen Wert zurückzuführen, etwa die Glückseligkeit, die Lust, den eigenen oder allgemeinen Nutzen.

2. Die Wikipedia-Bibliothek sagt: Die **medizinische** Ethik beschäftigt sich mit den sittlichen Normen, die für das Gesundheitswesen gelten. Als grundsätzliche Werte, die im Gesundheitswesen verwirklicht werden sollen, gelten das Wohlergehen des Menschen, das Verbot zu schaden („Primum non nocere“) und das Recht auf Selbstbestimmung der Patienten, allgemeiner das Prinzip der Menschenwürde.

3. **Medizinische Ökonomie** ist (Wikipedia-Bibliothek) eine empirische, interdisziplinäre Wissenschaft, die sich mit der Umverteilung von knappen Gesundheitsgütern beschäftigt. Schwerpunkt ist die möglichst optimale Nutzung und faire Verteilung dieser Güter. Dabei sollen Kosteneffizienz und Qualität in Einklang gebracht werden – eigene Anmerkung: Der schmale Grat zur Rationierung ist hierbei leicht überschritten.

Aus dieser Konstellation ergibt sich deutlich erkennbar eine Dreiecksbeziehung, welche, wie im „richtigen Leben“, mit allerlei Schwierigkeiten behaftet ist. Der Patient steht im Zentrum dieser Beziehung und wird als Spielball der Kontrahenten dieser Konstellation missbraucht.



Dr. med. habil. Hans-Joachim Verlohren

Fest steht, dass insbesondere die Ärzteschaft im Reigen der so genannten „Leistungsanbieter im Gesundheitswesen“ (Unwort), eine besondere Stellung einnimmt. Sie entscheidet ständig neu über das Wohlergehen des Patienten, ebenso wie über Kostenerfordernisse, jede Behandlung eines Patienten birgt in sich einen ethischen, wie auch einen ökonomischen Konflikt.

Zentrale Frage ist, wie wir – die Ärzteschaft – diesen gordischen Knoten lösen können.

Seit alters her und in allen Kulturkreisen kommt der Heilkunst eine besondere Wertschätzung zu. Nicht zuletzt der Tatsache geschuldet, dass trotz Verbrechen, welche durch eine Minderheit von Ärzten im Namen der Wissenschaft begangen worden sind (zum Beispiel Nationalsozialismus), sich die Mehrheit unseres Standes seinen ethischen Prinzipien treu verpflichtet hat und diese trotz aller gesellschaftspolitischen Änderungen nicht verließ.

Nun wird eine Diskussion angefacht, welche eine zwingende Entscheidung zwischen medizinischen Ansprüchen und gesundheitsökonomischen – verwechselt mir Sparzwängen – Erfordernissen impliziert. Wir sind der Meinung, dass eine Entscheidung für die eine und gegen die andere Seite obsolet ist, vielmehr bedarf es kluger Gedanken, den Konflikt der Dreierbeziehung immer wieder auf das Neue zu lösen. Es kann und darf nicht



Erik Bodendieck

sein, dass eine einschenklige Beziehung entsteht. Die Ausschließlichkeit der Ethik ist ebenso tödlich für das Gesellschaftssystem wie die Ausschließlichkeit der Ökonomie. Das will heißen, dass alles wissenschaftlich und pseudowissenschaftlich Mögliche für den Patienten zu tun, die ökonomischen Ressourcen eines Landes erschöpft, ebenso wie die alleinige ökonomische, fälschlicherweise oft mit Sparzwang verwechelte, Ausrichtung ethischen Prinzipien zuwiderläuft.

Lösen kann diesen Konflikt nur die Ärzteschaft, da sie Mittler zwischen den Wechselbeziehungen ist. Unabdingbar dazu ist ein gesellschaftlicher Grundkonsens der Werte notwendig. Es drängt sich derzeit der Eindruck eines Wertewandels auf, synonym hierfür sind die Diskussionen um Stammzellforschung, Sterbehilfe, Pflegenotstand, Gesundheitsindustrie, Genmanipulation, Glaubenskonflikte, Moraltheorien und vieles mehr.

Wie können wir diesem Anspruch gerecht werden?

Momentan macht die deutsche Ärzteschaft eher den Eindruck eines Kaninchens, welches gebannt auf die Schlange – Politik – schaut. Politische Vorgaben und Eingriffe, ja sogar Übergriffe auf Entscheidungen zwischen Patient und Arzt, gepaart mit ausufernder Bürokratie und einem Wahn zur Zentralisierung des Gesundheitswesens erschweren das tägliche Handeln. Eine sinnhafte Zur-Wehr-Setzung

ist in der breiten und inhomogenen Ärzteschaft nicht sichtbar. Grund dafür scheint uns das der Ärzteschaft innewohnende, schwer erschütterliche Vertrauen in ihr eigenes Handeln und ihre ethische Bestimmung zu sein. Das die Ärzteschaft aber ebenso, wie eine Partei in einem Wahlkampf, immer wieder das Vertrauen des Patienten und der Gesellschaft erarbeiten muss, steht außer Frage.

Es gilt also, wie immer wieder beschworen, von der Reaktion zu Aktion zu kommen.

Wie leicht veränderlich der Wille der Massen ist, hat nicht zuletzt der Ausgang der Wahl zum Sächsischen Landtag am 19. 9. 2004 gezeigt. Platte inhaltslose markante Parolen waren und sind ausreichend, große Teile der Bevölkerung zu mobilisieren, aber gerade die Inhalte und Konsequenzen unseres Handelns sind von entscheidender Bedeutung.

Während der Arzt-Patienten-Kontakte wird stündlich und täglich sichtbar, welche Angst der Bürger, der Patient um seine Zukunft empfindet und die Glaubwürdigkeit unseres Gesundheits- und Sozialsystems anzuzweifeln beginnt.

Die vorhandenen Schwierigkeiten, Lösungen im Konsens mit den gesundheitspolitischen Akteuren zu erreichen, sind unverkennbar. Maßgebliche Vertreter der deutschen Ärzteschaft und sachkundige Kreise haben ausreichend sichere Vorschläge mit großer Nachhaltigkeit unterbreitet. Selbst ernannte Expertokraten und Bürokraten erkennen allerdings zu Recht hierin die Bedrohung ihrer Existenz, setzen also massiven Widerstand umwälzenden Veränderungen entgegen.

Aber nicht zuletzt aus diesen Kreisen ist Widerstand zu bemerken, gleichsam ist auch der Mensch eher bestrebt in Gewohntem zu verharren, als neue Wege zu beschreiten – die Geschichte der Untergänge der meisten alten Kulturen mag hierzu als Beweis angeführt sein.

Nicht akzeptiert werden kann jedoch die politisch intendierte mangelnde Gesprächsbereitschaft und die unwissenschaftliche Einseitigkeit, die den politischen Entscheidungen zugrunde liegt. Die reduktionistische Verwendung des Begriffes „evidenzbasierte Medizin“ und die Orientierung der zu praktizierenden Medizin auf solch fragwürdiger Basis,

sind beredtes Zeugnis des fehlenden Austausches von Wissen.

Die Ärzteschaft selbst muss sich festlegen, welche Zukunft Ihrer Berufsausübung ihrem Grundinteresse entspricht – will sie weiterhin und wieder als freier Beruf nur dem Patienten und ihrem eigenen Gewissen verpflichtet sein, oder will sie sich „wieder“ in Abhängigkeit gleich welcher finanzkräftigen oder diktatorisch machtstrotzenden Strukturen begeben, denn dann werden die Mechanismen des lohnabhängigen Arbeitssklavens wirksam. Es ist illusorisch zu glauben, dass in Gesundheitszentren und anderen Konstrukten nach dem GMG (Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung) der freie Arzt frei entscheiden kann. Wir meinen, es ist eine teuflische Verführung, gerade junge, noch

illusionsbeladene Kolleginnen und Kollegen mit den Angeboten der Gesundheitszentren zu locken und zu unterstellen, dass hier ein den alten Werten verpflichteter Arzt handelt. Die Krankenhäuser moderner Prägung mit Profitoptimierungszwang sind beredtes Zeugnis für die Entmündigung des Arztes, nicht zuletzt auch als beispielhaft für Verwaltung planwirtschaftlicher Mangelwirtschaft zu nennen.

Somit muss die Frage gestellt werden, ob die Inhalte des GMG, sowie die das Gesetz begleitenden Stoßrichtungen der Umgestaltung der Finanzierung im Krankenhaus (DRG), aber auch die Umgestaltung im ambulanten Gesundheitswesen, zum Beispiel die Einführung der DMP als adäquate Methode zu be-

trachten sind, ein zukunftsweisendes Gesundheitswesen zu ermöglichen.

Die Stärkung von Wettbewerbsprinzipien in der Behandlung, auch einer steigenden Zahl chronisch kranker Menschen, und betriebswirtschaftlicher Zwänge, kann zum Kollaps der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung führen. Wir meinen auch hierin liegt eine juristische Brisanz, denn höchstrichterlich wurde bereits in mehreren Urteilen die Gefährdung der Volksgesundheit über Persönlichkeitsrechte, nicht zuletzt des Arztes gestellt. Inwieweit integrative Lösungen dazu beitragen können, diesen Prozess zu verlangsamen oder gar aufzuhalten, hängt von der Gestaltung derselben ab. Es steht außer Frage, dass das in der Politik übliche Verständnis marktwirtschaftlicher Prinzipien, dem Grundprinzip „Primum non nocere“ zuwiderläuft. „Wer billig kauft, kauft zweimal“ – kann man aber Gesundheit mehrfach kaufen?

Vergleichsweise außer Kraft gesetzt sind marktwirtschaftliche Prinzipien, obwohl gerade dort unzweifelhaft anwendbar, bei dem Drang nach Zentralisierung und ihrem probaten Mittel der Bürokratie.

So werden allein für verwaltungstechnische Prozesse im DMP offiziell 85 € pro Patient kalkuliert, wobei sich nach Meinung der Techniker Krankenkasse die Summe auf mehr als das Doppelte belaufen wird. Wenn man für die gesetzliche Krankenversicherung eine Hochrechnung vornimmt, so bedeutet dies eine Summe von 1,5 bis 2 Mrd. € für die Entwicklung der vier DMP Programme Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit, Asthma und Brustkrebs. Dabei ist noch kein Cent für die Behandlung des Patienten geflossen. Vergleichsweise gering sind die Kosten für den effizienten Diabetesvertrag in Sachsen gewesen, hier belief sich der Betrag allein für die Evaluierung auf 0,50 € währenddessen die Summe pro Patient im DMP mit 2,55 € angesetzt wird.

Ähnliche Verwerfungen ergeben sich in den Kostenanalysen der Krankenhäuser unter dem Druck der DRG, es werden Krankenhäuser mit breitem Versorgungsspektrum benachteiligt werden.

Nach Schätzungen der Techniker Krankenkasse kann man von Kostenerhöhungen von 6 bis 10 Prozent und mehr ausgehen, wenn man die Vergütung nach neuer Gesetzlichkeit im Vergleich zu den ehemals tagesgleichen

Pflegesätzen zugrunde legt. Dies ist Folge der Erhöhung der Fallzahlen bei Verkürzung der Verweildauer, wobei eine Bewertung der Morbidität erfolgt.

Eine Verknappung der Ressourcen steht außer Frage. Das Einnahmeproblem der Gesetzlichen Krankenversicherung überwiegt über dem Ausgabenproblem. Eine alleinige Verbreiterung der Einnahmeseite durch Erhöhung der Zuzahlung oder Pauschalversicherungsbeiträge oder Bürgerversicherung – der Kanon der Vorschläge ist groß – wird das Problem allein nicht lösen.

Intelligente tragfähige Lösungen stehen zwingend an, um nachhaltig die sozialen Sicherungssysteme auch sicher zu machen.

Die Rechte der Patienten sind durch die Gesundheits- und Sozialgesetzgebung, die auf den Artikeln 1 und 2 des Grundgesetzes basiert, ziemlich exakt festgelegt. Die Gesellschaft muss klar definieren, welche Forderungen an die Solidargemeinschaft zukünftig gestellt werden können und welche Kosten dafür zu tragen bereit sein wird.

Im Konsens muss die Ärzteschaft tragfähige Lösungen anbieten – auch bei nicht exakt definierter Verpflichtung des Arztes im Sozialgesetzbuch V – die sie in der Lage ist zu erbringen, nicht zuletzt muss immer wieder eine Gewichtung zwischen medizinisch Machbarem und medizinisch Sinnvollem erfolgen. Die Ärzteschaft muss bereit sein, neue Wege zu gehen, ohne dabei das Wechselspiel zwischen Ethik und Ökonomie aus den Augen zu verlieren. Dazu bedarf es unzweifelhaft dem Erhalt einigender, Einzelinteressen übergreifender Strukturen, auch wenn der einzelne Arzt, wie auch das einzelne Mitglied der Gesellschaft zuweilen das Gefühl verspürt, nicht ausreichend vertreten zu sein.

Leicht ist das Vertrauen der Gesellschaft verspielt oder wird zunichte gemacht (siehe sinkendes Ansehen der Pädagogen), und die Verführung ist groß zum eigenen Nutzen inadäquaten Vorschlägen oder inakzeptabler Rationierung nachzugeben.

Unser Handeln ist und bleibt, bei Strafe unseres Unterganges, den Grundprinzipien medizinischer Ethik unter Beachtung der medizinischen Ökonomie (siehe oben) unterworfen.

Erik Bodendieck
Dr. med. habil. Hans-Joachim Verlohren