

Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

W A N Z und das ärztliche Ethos

Verlust des Ärztlichen
in einer ökonomisierten Medizin?

Prof. Dr. Armin G. Wildfeuer, Köln

0. Problemhorizont

0.1 Sozialgesetzbuch

§ 1 SGB V Solidarität und Eigenverantwortung

SGB V § 2 Abs. 1 S. 3:

„**Qualität** und **Wirksamkeit** der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“.

SGB V § 2 Abs 4:

Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, „dass die Leistungen **wirksam** und **wirtschaftlich** erbracht und nur **im notwendigen Umfang** in Anspruch genommen werden“.

SGB V § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen **ausreichend**, **zweckmäßig** und **wirtschaftlich** sein; sie dürfen das **Maß des Notwendigen** nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein **Festbetrag** festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.



0. Problemhorizont

0.2 WANZ

Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

Problem:

Unklare Rechtsbegriffe im SGB

0. Problemhorizont

0.2 WANZ

Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

Zweck-Mittel-Relation: Erreichung eines vorgegebenen Zweckes mit dem geringstmöglichen Einsatz an Mitteln.

Wirtschaftlichkeit im Sinne des **Minimalprinzips:** ein gegebener Zweck soll mit minimalen Mitteln erreicht werden (**Sparsamkeitsprinzip**).

0. Problemhorizont

0.2 WANZ

Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

- *Die Versorgung ist ausreichend, wenn sie nach Art und Umfang hinreichende Chancen für einen Heilerfolg bietet*
- Mindeststandard der Leistungen
- Nicht zu unterschreitende qualitative und quantitative Untergrenze der Versorgung

0. Problemhorizont

0.2 WANZ

Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

Notwendig sind nur diejenigen Leistungen, die nach Art und Umfang unentbehrlich, unvermeidlich und unverzichtbar sind.

- Vorrang der Heilung vor der Linderung von Krankheitsbeschwerden
- Als „**notwendig**“ gelten medizinische Methoden, wenn die zu behandelnde Krankheit relevant ist, im natürlichen Verlauf eine schlechte Prognose hat, die Methode keine Alternative hat und – nach aktueller Evidenzlage – wirksam ist und nützt und nicht mit unangemessenen Risiken und Belastungen verbunden ist.

(in Orientierung an § 17 Abs. 2 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 01.10.2005)

0. Problemhorizont

0.2 WANZ

Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

Zweckmäßig sind Leistungen, die darauf gerichtet und dazu geeignet sind, ein zulässiges Behandlungsziel zu erreichen.

- Synonym: Wirksamkeit - eine zweckmäßige Behandlung verlangt den Einsatz hinreichend wirksamer Mittel.
- § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V: „**Qualität** und **Wirksamkeit** der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Standard der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“.
- Drei Elemente: 1. wissenschaftliche Erkenntnis, 2. die ärztliche Erfahrung, 3. professionelle Akzeptanz

0. Problemhorizont

0.2 WANZ

Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

Rangfolge der vier Teilelemente

(Urteile des Bundessozialgerichts):

Nachrangigkeit der Wirtschaftlichkeit

„nach dem ärztlichen Berufsethos, aber auch unter dem Blickwinkel der kassenärztlichen Pflichten“ ist „noch bedeutsamer“ als die Wirtschaftlichkeit „die Verpflichtung, dem Versicherten eine zweckmäßige und ausreichende, d.h. gründliche und sorgfältige ärztliche Versorgung zuteil werden zu lassen“.

Die Leistungen müssten „zunächst [...] zweckmäßig, d. h. nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst objektiv geeignet sind. [...] Sie müssen ferner im engeren Sinne wirtschaftlich sein“.

„Letztlich ist entscheidend, welcher Behandlungsbedarf medizinisch veranlasst war“. Die Versicherten haben „grundsätzlich ohne Rücksicht auf die Kosten Anspruch auf diejenige Behandlung [...], die dem neuesten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht“.

0. Problemhorizont

0.3 WANZ-Ebenen

Makroebene

Mesoebene

Mikroebene



Politik/Gesetzgeber

GKVen/BÄK

KH/Arzt

Patient

Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

**Problem des
Interessenausgleichs
auf allen Ebenen:**

- Minimierung des Inputs
- Maximierung des Outputs

0. Problemhorizont

0.4 WANZ-Grund: „Allokationsproblematik“

1. Demographische Entwicklung

2. Zuwachs an versicherungsfremden Leistungen

3. Medizinische Entwicklung

- Erweiterung der medizinischen Erkenntnis- und Handlungsmöglichkeiten
- neue Methoden in Diagnostik, Therapie und Nachsorge
- Effizienz- und Leistungsexplosion: Mengen, nicht Preise als Hauptfaktor (Großgeräte, Organverpflanzungen, Ungleichzeitigkeit von Diagnostik/Therapie etc.)
- „Die moderne Medizin ist das Opfer ihres eigenen Erfolgs“

4. Die „relative“ Gesundheit

- Von der Orientierung am Krankheitsbegriff (Gesundheit als „Abwesenheit von Krankheit“, Descartes) zur Orientierung am Gesundheitsbegriff
- Kontinuierliche Veränderung des Krankheitsspektrums
- „mit Krankheit leben lernen“
- Expansion medizinischer Deutungsansprüche: Medikalisierung
- Alternativmedizin
- Entgrenzung der Medizin: Von der Heilung zur Verbesserung

0. Problemhorizont

0.3 WANZ-Grund: „Allokationsproblematik“

Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. €
(absolut und je Einwohner)

Sachverhalt	Jahr (<u>absteigend</u>)							
	⊕ 1992	⊕ 2000	⊕ 2005	2010	2011	2012	2013	2014
Gesundheitsausgaben in Mio. €	158.966	213.804	241.932	290.252	295.510	302.907	314.666	327.951
Anteil am BIP in %	9,4	10,1	10,5	11,2	10,9	11,0	11,2	11,2
Gesundheitsausgaben je Einwohner in €	1.972	2.601	2.934	3.550	3.681	3.766	3.902	4.050

Der jährliche **Bundeszuschuss** (aus Steuermitteln pauschal für sog. versicherungsfremde Leistungen an die GKV - zum Beispiel beitragsfreie Familienversicherung von Kindern und Ehegatten oder Leistungen für Mutterschaft und Schwangerschaft):

2012: 14,0 Milliarden Euro

2013: 11,5 Milliarden Euro

2014: 10,5 Milliarden Euro

2015: 11,5 Milliarden Euro

2016: 14,0 Milliarden Euro

0. Problemhorizont

0.5 WANZ-Strategien



Makroebene

Mesoebene

Mikroebene

Rationalisierung

Priorisierung

Rationierung

Budgetierung

Politik/Gesetzgeber

GKVen/BÄK

Kr

patient

Wirtschaftlich

notwendig

Zweckmäßig

Ökonomisierung

0. Problemhorizont

0.6 „Ökonomisierung“

Schimank und Volkmann (2008*) nennen fünf Grade der Ökonomisierung funktional differenzierter gesellschaftlicher Teilsysteme, die sie anhand der Autonomie und gegebener Verlust- und Gewinnziele eines betrachteten Teilsystems definieren.

Stufe	Bedeutung
1	keinerlei Kostenbewusstsein der Akteure; Zahlungsfähigkeit ist problemlos gegeben; Akteure können völlig autonom handeln
2	Verlustvermeidung als „Soll-Erwartung“ an die Akteure; ansonsten handeln die Akteure autonom
3	Verlustvermeidung als „Muss-Erwartung“ an die Akteure; Autonomie der Akteure in Teilen beschnitten (z. B. in Form von Rationierung)
4	Verlustvermeidung als „Muss-Erwartung“ kombiniert mit Gewinnzielen als „Soll-Erwartung“ ; Akteure sollen ihr Handeln an die Marktgängigkeit anpassen
5	Gewinnerzielung als einziges Ziel des Teilsystems

* Uwe Schimank und Ute Volkmann: Ökonomisierung der Gesellschaft. In: Andrea Maurer (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftssoziologie. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008, S. 385-386.

0. Problemhorizont

0.7 Auswirkungen einer ökonomisierten Medizin

- Aufnahme: Kategorisierung der Patienten nach ökonomischen Kriterien
- Diagnostik: Parallelität von Über- und Unterdiagnostik
- Therapie: Fragmentierung und Ziffer im Kopf
- Entlassen: Kein sanftes Hinausbegleiten
- Patientenkontakt: Handwerklich-technische Qualität vor Beziehungsqualität
- Strategie der Simplifizierung und Entindividualisierung
- Subtile Disziplinierung der Ärzte durch die Kostenträger
- Innere Umprogrammierung der Ärzte
- Sinnentleerung ärztlicher Tätigkeit
- Abschaffung der Geduld und Abwertung der Sorgfalt
- Verlust der Rücksicht
- Vernachlässigung der Ausbildung
- Abschaffung des ärztlichen Ermessensspielraums



0. Problemhorizont

0.7 Auswirkungen einer ökonomisierten Medizin

- Einfassung des Patienten in standardisierte Module
- Austauschbarkeit des Arztes
- Abschaffung der Kreativität
- Legitimierung der Gleichgültigkeit
- Entlegitimierung des Nichtmessbaren
- Herstellen statt Handeln
- Verlust der Ganzheitlichkeit
- Abwertung der ärztlichen Qualität
- Etablierung einer Misstrauenskultur
- Moralische Dissonanz und Verlust der Freude
- Individualisierung struktureller Defizite
- Kalküle des Eigennutzes statt Dasein für andere
- Verlust des Vertrauens in Arzt und Medizin



0. Problemhorizont

0.7 Auswirkungen einer ökonomisierten Medizin

- Vom Patienten zum Kunden
- Vom Vertrauensverhältnis zum Vertragsverhältnis
- Vom Arzt-Patient-Verhältnis zum Rechtsverhältnis
- Profanierung des Arztberufs
- Von der inneren Motivation zum Helfen zur äußeren Motivation durch Gratifikation
- Von der Qualität zur Quantität



0. Problemhorizont

0.8 Kollision von ärztlicher und ökonomischer Handlungslogik

Ethos des Arztes



Ethos der Allokation

Zwei gegenläufige Perspektiven:

- Bestimmt vom Gedanken der **Fürsorge** und **Zuwendung** zum kranken Menschen
- Allein die Sorge um das **Patientenwohl** darf Richtschnur des ärztlichen Handelns sein.
- Der **individuelle Patient** und sein Bedarf an medizinischer Versorgung, Zuwendung und mitmenschlicher Nähe stehen im Vordergrund (bes. Ethos der Pflege)
- Bestimmt vom Gedanken der **Knappheit an Zeit, Ressourcen und medizinischen Gütern**
- Bestimmt von der **Frage der gerechten Zuteilung** dieser knappen Güter.
- Die **Gemeinschaft (Kollektik) der Versicherten** steht im Vordergrund

0. Problemhorizont

0.8 Kollision von ärztlicher und ökonomischer Handlungslogik

Ethos des Arztes

Ethos der Allokation

DILEMMA

- Welcher Logik soll der Arzt vorrangig folgen?
- Wie kann er Ansprüche, Erwartungen und Bedürfnisse seiner Patienten untereinander gewichten?
- Wie lassen sich notwendige Vorzugsentscheidungen ethisch rechtfertigen?
- Wem gegenüber ist er primär verantwortlich?

➤ **Entscheidungen bedürfen einer ethischen Begründung!**

n und

appen

ler
und

Pflege)

0. Problemhorizont

0.8 Kollision von ärztlicher und ökonomischer Handlungslogik

Ethos des Arztes

Ethos der Allokation

Frage nach dem Verhältnis, in dem zwei fundamentale ethische Prinzipien/Leitkategorien/Ideen stehen:

das Gute

das Gerechte

Lösung:

falsch: einseitige Unterordnung

Richtig: wechselseitiges Bedingungsverhältnis

Einseits:

das Gute ist das umfassende Ziel menschlichen Handelns, das auch die Gerechtigkeit umfasst, d.h.: das Gerechte ist ein Teilbereich des Guten.

Andererseits:

das Gerechte ist aber auch eine übergeordnete Bedingung des Guten. „jedem das Seine“

0. Problemhorizont

0.8 Kollision von ärztlicher und ökonomischer Handlungslogik

Ethos des Arztes

Ethos der Allokation

Frage nach dem Verhältnis, in dem zwei fundamentale ethische Prinzipien/Leitkategorien/Ideen stehen:

das Gute

das Gerechte

2 Gerechtigkeitsaspekte:

die gerechte Zuteilung knapper Güter und Leistungen an alle
(**distributive Gerechtigkeit**)

die gerechte Beteiligung aller an den Kosten des
Gesundheitswesens entsprechend ihrem jeweiligen
Leistungsvermögen
(**Beteiligungsgerechtigkeit**)

0. Problemhorizont

0.9 Inhaltsübersicht

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik
2. Handlungslogik der Ressourcenallokation (WANZ)
3. Ethische Leitlinien und Grundsätze

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.1 Zweifache Kriteriologie ärztlichen Handelns

Ärztliches Handeln
steht

nicht nur unter
der **pragmatischen Differenz**
von richtig oder falsch,

sondern auch unter
der **moralischen Differenz**
von gut und böse.

Ethos:

Unter einem “**Ethos**” versteht man das Gesamtmuster von Regeln, Einstellungen und Haltungen, das von einer Gesellschaft oder einer gesellschaftlichen Gruppe in Bezug auf das Handeln als verbindlich betrachtet wird.

Berufsethos - Profession:

Ein “**Berufsethos**” ist dementsprechend das für das berufliche Handeln als verbindlich betrachtete Gesamtmuster der Regeln, Einstellungen und Haltungen, das sich auf dem Hintergrund des geltenden gesamtgesellschaftlichen Ethos die Gilde der diesen Beruf Ausübenden selbst auferlegt.

„**Prinzipien des Berufsethos**“ sind inhaltlichen Gründe und Begründungen, die das Handeln eines Berufsstandes leiten.

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.1 Zweifache Krieriologie ärztlichen Handelns

**Moralische
Differenz:**
gut - böse



Ziele

**Prinzipien und
Grundhaltungen
der ärztlichen
Berufsethos
- WOZU -**

**Pragmatische
Differenz:**
richtig - falsch



Mittel

**Kriteriologien
der ärztlichen Kunst
bzw. Klugheit
- WIE -
- „circumstantiae“ -**

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.2 Prinzipien: Ärztliche Teleologie



Erforderlich:
Orientierungswissen

Ärztliche Teleologie

salus aegroti
suprema lex

Das **Wohl des Kranken**
ist das oberste Gesetz
(benevolence)

voluntas aegroti
suprema lex

Der **Wille des Kranken**
ist das oberste Gesetz
(autonomy)

primo
nil nocere

Nichts ist wichtiger, als dem
Kranken **nicht** zu **schaden**
(non-maleficence)

ärztliche
Tugenden

Spezifisch:
Verschwiegenheit - Wohlwollen
Generell:
Klugheit – Gerechtigkeit
Tapferkeit - Maßhalten

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.2 Prinzipien: Ärztliche Teleologie



Ärztliche Teleologie

salus aegroti
suprema lex

voluntas
suprema lex

non nocere

ärztliche
Tugenden

Der **Wille des Kranken**
ist das oberste Gesetz
(volence)

Der **Wille des Kranken**
ist das oberste Gesetz
(autonomy)

Nichts ist wichtiger, als dem
Kranken **nicht** zu **schaden**
(non-maleficence)

Spezifisch:
Verschwiegenheit - Wohlwollen
Generell:
Klugheit – Gerechtigkeit
Tapferkeit - Maßhalten



Erforderlich:
Orientierungswissen

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.2 Prinzipien: Ärztliche Teleologie

Pragmatische
Differenz:

richtig - falsch



Mittel

Kriteriologien
der ärztlichen Kunst
bzw. Klugheit

„Harte“ Mittel: „lege artis“

„Softe“ Mittel: Patientenbeziehung

Interne Voraussetzungen:

- Empathie
- Klugheit
- Situative Urteilskraft
- Ärztliche Autonomie

Externe Kontingenzbedingungen:

- Mikroallokationsüberlegungen
- Gerechter Ressourceneinsatz
- Wirtschaftlichkeit
- Gerechte Entlohnung
- Vertraglichkeit mit dem Patienten

Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.2 Prinzipien: Ärztliche Teleologie

Pragmatische
Differenz:

richtig - falsch

Mittel

Kriteriologien
der ärztlichen Kunst
bzw. Klugheit

„Harte“ Mittel: „lege artis“

„Softe“ Mittel: Patientenbeziehung

Interne Voraussetzungen:

- Empathie
- Klugheit
- Situationsbewusstsein

Externe Voraussetzungen:

kontingenzbedingungen:

- Mikroallokationsüberlegungen
- Gerechter Ressourceneinsatz
- Wirtschaftlichkeit
- Gerechte Entlohnung
- Vertraglichkeit mit dem Patienten

DILEMMATA

Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.3 Dilemmata ärztlichen Handelns

Moralische
Differenz:

gut - böse

Ziele

Prinzipien und
Grundhaltungen
der ärztlichen
Berufsethos

DILEMMATA

Pragmatische
Differenz:

richtig - falsch

Mittel

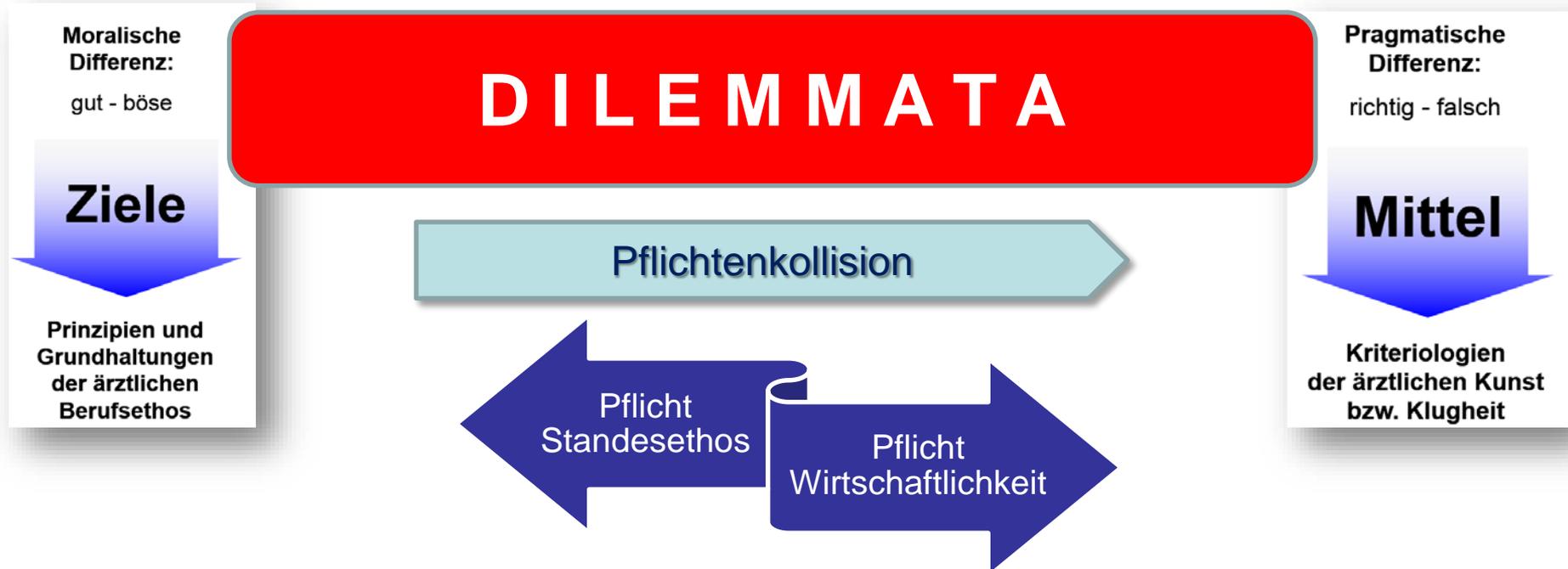
Kriteriologien
der ärztlichen Kunst
bzw. Klugheit

„Dilemmata“ lassen sich als Situationen auffassen, in denen eine Person oder eine Gruppe zwischen mindestens zwei einander widersprechenden Handlungs- bzw. Unterlassungsoptionen zu entscheiden hat, wobei jede Alternative zumindest auf den ersten Blick (prima facie) starke oder gar »zwingende Gründe« auf ihrer Seite hat.

Ziele-Mittel - tendentiell gilt :
Primat der ärztlichen Teleologie
Ziele sind wichtiger als Mittel

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.3 Dilemmata ärztlichen Handelns



»eine Situation, in der ein Handelnder **S** moralisch verpflichtet ist, **A** zu tun [morally ought to do **A**], und moralisch verpflichtet ist, **B** zu tun, aber nicht beides tun kann, weil entweder **B** gerade die Unterlassung von **A** ist oder einige zufällige Merkmale der Welt verhindern, beides zu tun«

(Ch. W. Gowans 1987, S. 3, übers. AGW).

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.3 Dilemmata ärztlichen Handelns

Moralische
Differenz:

gut - böse

Ziele

Prinzipien und
Grundhaltungen
der ärztlichen
Berufsethos



Werttypkollisionen

Pragmatische
Differenz:

richtig - falsch

Mittel

Kriteriologien
der ärztlichen Kunst
bzw. Klugheit

DILEMMATA

Th. Nagel (1996) unterscheidet fünf »fundamentale Werttypen«, die bei Kollisionen zu »echten Dilemmata« führen könnten:

- spezifische Verpflichtungen gegenüber anderen Personen und Institutionen
- allgemeine (Grund-) Rechte
- Nutzen-/Wirtschaftlichkeitserwägungen
- perfektionistische Ziele bzw. Werte
- persönliche Bindungen an Projekte und Aktivitäten

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.3 Dilemmata ärztlichen Handelns

Moralische Differenz:
gut - böse

Ziele

Prinzipien und Grundhaltungen der ärztlichen Berufsethos



DILEMMATA

Moralische Urteilskompetenz

Pragmatische Differenz:
richtig - falsch

Mittel

Kriteriologien der ärztlichen Kunst bzw. Klugheit

L. Kohlberg (1995) führte anhand hypothetischer Dilemmata psychologischen Untersuchungen zur kognitiven Entwicklung der moralischen Urteilskompetenz durch:

Niveau I: Prä-moralisch (physische Macht)	Stufe 1: Orientierung an Strafe und Gehorsam	Befolge Regeln, um Strafe zu vermeiden
	Stufe 2: Naiver instrumenteller Hedonismus, konkrete Reziprozität	Verhalte dich konform, um Belohnung zu bekommen, erwirte Gefälligkeiten
Niveau II: Moral der konventionellen Rollenkonformität (echte Loyalität durch Konformität)	Stufe 3: Moral des „guten“ Kindes, das gute Beziehungen aufrechterhält und die Anerkennung der anderen sucht (echte Gegenseitigkeit)	Verhalte dich konform, um die Mißbilligung und die Abneigung der anderen zu vermeiden
	Stufe 4: Moral der Aufrechterhaltung von Autorität, sozialer Ordnung und und veränderbaren Regeln	Verhalte dich konform, um die Kritik durch legitime Autoritäten und daraus folgende Schuldgefühle zu vermeiden
Niveau III: Moral der selbst-akzeptierten moralischen Prinzipien (postkonventionell, autonom, prinzipienorientiert)	Stufe 5: Moral des Vertrages, der individuellen Rechte (Aufstellen von Regeln nach ihrer Nützlichkeit - Höhere Gesetzes- und Gewissensorientierung)	Entspreche den Regeln (Prinzipien), um die Achtung des uneingenommenen Zuschauers zu bewahren, der im Sinne des allgemeinen Wohlergehens urteilt
	Stufe 6: Moral der individuellen Gewissensprinzipien - Orientierung an universellen ethischen Prinzipien	Entspreche den Regeln (Prinzipien), um Selbstverurteilung zu vermeiden

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.3 Dilemmata ärztlichen Handelns

Niveau I: Prä-moralisch (physische Macht)	Stufe 1: Orientierung an Strafe und Gehorsam	Befolge Regeln, um Strafe zu vermeiden
	Stufe 2: Naiver instrumenteller Hedonismus, konkrete Reziprozität	Verhalte dich konform, um Belohnung zu bekommen, erwiere Gefälligkeiten
Niveau II: Moral der konventionellen Rollenkonformität (echte Loyalität durch Konformität)	Stufe 3: Moral des „guten“ Kindes, das gute Beziehungen aufrechterhält und die Anerkennung der anderen sucht (echte Gegenseitigkeit)	auf <i>vorkonventionellem</i> Niveau im Lichte der eigenen Lustbilanz auf <i>konventionellem</i> Niveau nach Maßgabe der Rollenerwartungen primärer und sekundärer Bezugsgruppen
	Stufe 4: Moral der Aufrechterhaltung von Autorität, sozialer Ordnung und und veränderbaren Regeln	
Niveau III: Moral der selbst akzeptierten moralischen Prinzipien (postkonventionell, autonom, prinzipienorientiert)	Problem: Mit der Rekonstruktion eines moralischen Konfliktes auch auf postkonventionellem Niveau der Urteilsbildung wird ein Dilemma nicht per se gelöst.	auf <i>postkonventionellem</i> Niveau nach Maßgabe der eigenen moralischen Prinzipien
	Orientierung an universellen ethischen Prinzipien	

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.3 Dilemmata ärztlichen Handelns

Moralische
Differenz:

gut - böse

Ziele

Prinzipien und
Grundhaltungen
der ärztlichen
Berufsethos

DILEMMATA

Dilemmata-Lösungen

Kompromiss (Voraussetzung: Freiheit)
Priorisierung und WANZ auf Mikroebene

Gemeinsame **Güterabwägung** und Entscheidung mit
dem Patienten:

„Unter ansonsten gleichen Bedingungen (ceteris paribus) ist stets
das wichtigste zur Wahl stehende Gut oder das geringste mögliche
Übel zu wählen.“

Vorzugsregeln – Entscheidung unter Unsicherheit

Pragmatische
Differenz:

richtig - falsch

Mittel

Kriteriologien
der ärztlichen Kunst
bzw. Klugheit

Wohl des
Patienten

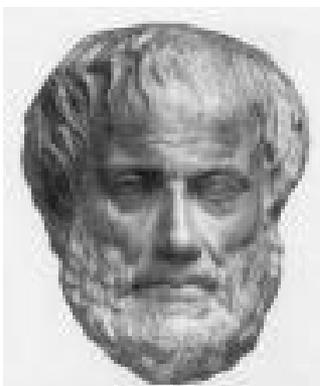
Wirtschaft-
lichkeit

Ärztliche Autonomie

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.4 Ärztliches Handeln als Praxis

- Wird Gesundheit durch ärztliches Handeln „hergestellt“?
- Ist ärztliches Handeln eine „Praxis“ oder ein „Machen“?



Aristoteles
(384-322 v- Chr.)

**Drei Basis-Typen
menschlicher Tätigkeiten:**

Erkennen – Handeln – Herstellen

Der Basis-Typen von Wissenschaften:

- **theoretische Wissenschaften**
- **praktische Wissenschaften**
- **poietische Wissenschaften**

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.4 Ärztliches Handeln als Praxis

Drei Tätigkeitsformen (n. Aristoteles)

Theorie

{ Erkennen }

{ Wahrheit der Erkenntnis }

Praxis

{ Handeln }

{ Qualität der Handlung }

Poiesis

{ Herstellen }

{ Gelingen des Werkes }

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.4 Ärztliches Handeln als Praxis

Praxis

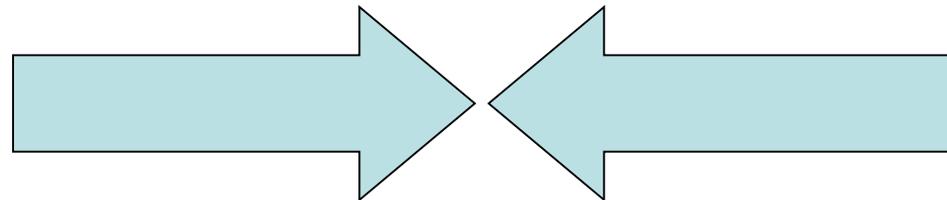
{ Handeln }

{ Qualität der
Handlung }

Poiesis

{ Herstellen }

{ Gelingen des
Werkes }



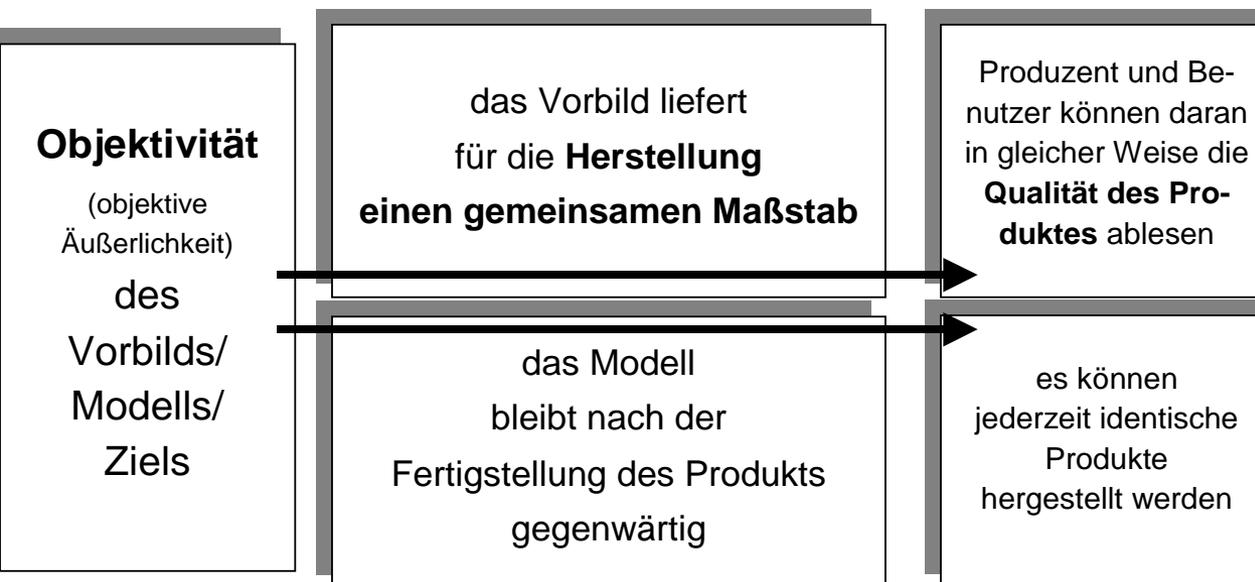
1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.4 Ärztliches Handeln als Praxis

„Gesundheit“

„Gesundheit“

Poiesis



{
Herstellen
}

{
Gelingen des
Werkes
}

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.4 Ärztliches Handeln als Praxis

Wesentliche Merkmale des Herstellens

◆ objektiv überprüfbar

◆ objektiv lehrbar

◆ als identischer Prozeß wiederholbar

◆ nicht situationsabhängig

Es gibt Kriterien, die den Herstellungsprozeß eindeutig zu beurteilen erlauben

Jeder Produktionsvorgang ist im ganzen wie in seinen einzelnen Schritten prinzipiell von jedermann erlernbar

Reproduzierbarkeit identischer Produkte

Die äußeren Umstände des Herstellens werden nach Möglichkeit ausgeblendet

Poiesis

{ Herstellen }

{ Gelingen des Werkes }

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.4 Ärztliches Handeln als Praxis

Praxis

{ Handeln }

{ Qualität der
Handlung }

Grenzen der Objektivität

Grenzen der Planbarkeit

Unwiederholbarkeit

Situationsabhängig

Personal:

Die handelnden Personen selbst sind Instrument

➤ **Prozessuales Geschehen unter
Unsicherheit und Risiko**

1. Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

1.4 Ärztliches Handeln als Praxis

Praxis

{ Handeln }

{ Qualität der
Handlung }

Ärztliches Handeln findet im Raum der personalen Begegnung von Arzt und Patient statt und ist grundsätzlich ein **Raum des Vertrauens**:

- Der Arzt trägt die ungeteilte **Verantwortung** für sein Tun, da er als Handelnder in keine Institution eingebunden ist, sondern nur auf die in seiner Profession verbindlichen Kunstregeln und auf die sittlichen Normen verpflichtet ist.
- Er führt Handlungen aus, die mitsamt ihren Folgen im strengen Sinne **irreversibel** sind.
- Er handelt stets unter **Risiko**, weil er trotz aller Bemühungen die Randbedingungen seines Handelns niemals ganz durchschauen kann;
- Er ist niemals ohne Einschränkung Herr der Situation, weil er den **Erfolg** seiner Tätigkeit immer nur **intendieren**, aber **niemals garantieren** kann – trotz Orientierung von Diagnose, Therapie und Prognose am **Krankheitsbegriff** („ex juvantibus“).

2. Allokation und die Logik der Rationierung



Rationalisierung

Allokation

Priorisierung

Rationierung

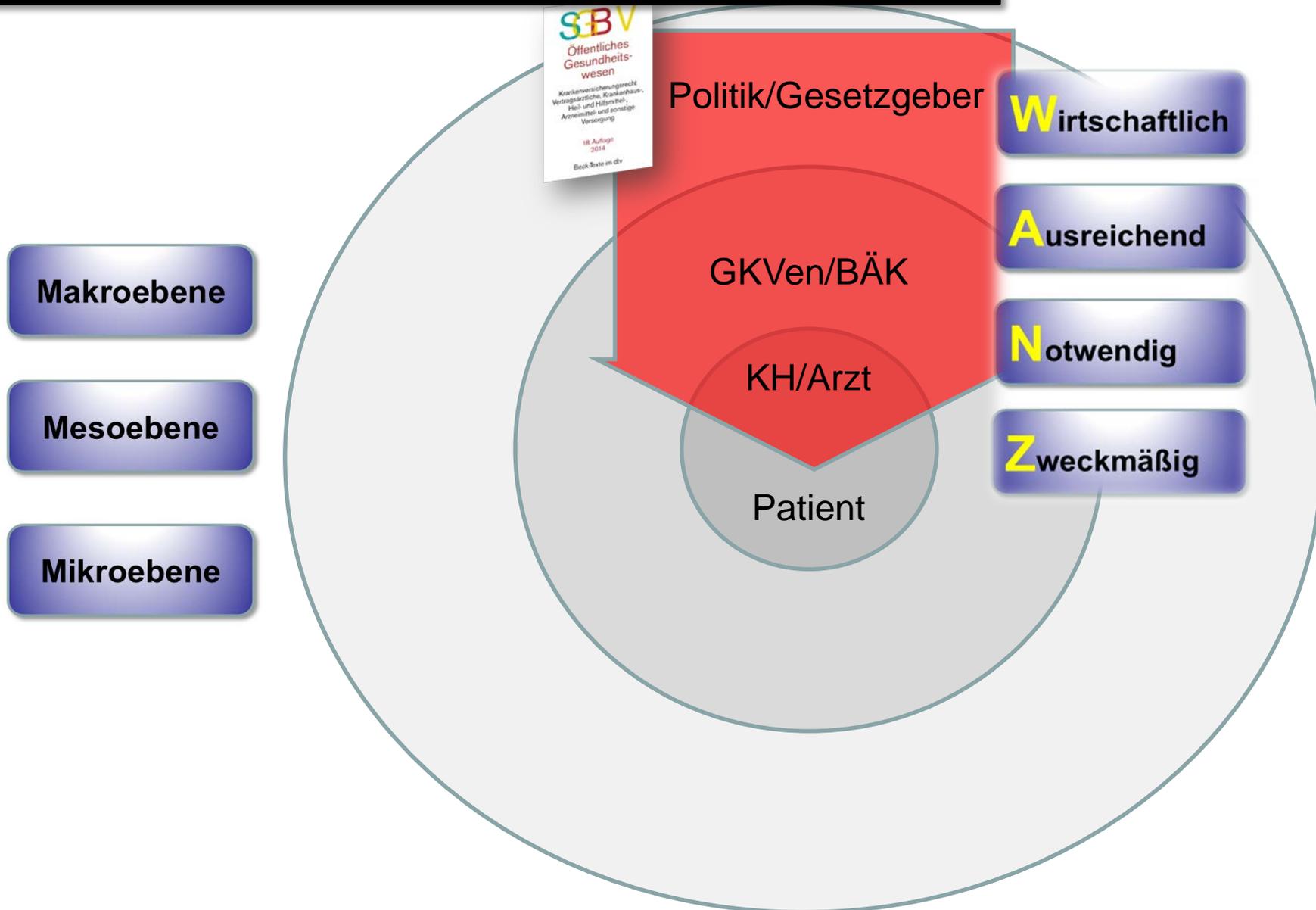
Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

2. Allokation und die Logik der Rationierung



2. Allokation und die Logik der Rationierung

Das ärztliche Ethos und seine Handlungslogik

**Moralische
Differenz:**

gut - böse

Ziele

**Prinzipien und
Grundhaltungen
der ärztlichen
Berufsethos**

**Pragmatische
Differenz:**

richtig - falsch

Mittel

**Kriteriologien
der ärztlichen Kunst
bzw. Klugheit**

Externe Effektdifferenz:

erwünscht – unerwünscht

wirtschaftliche
Folgen

**Externe
Allokationskriteriologien
auf Meso-/Makroebene:
Wirtschaftlichkeit**

2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.1 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

„Rationalisierung“

Begrenzte Ressourcen lassen sich auf zwei Weisen entgrenzen:

1. „unbegrenzt“ durch unbegrenztes zur Verfügung-Stellen von zusätzlichen Mitteln
 2. bis zu einer bestimmten Grenze durch Rationalisierungsmaßnahmen
- Meint bloße Effizienzsteigerung/Optimierung der verwendeten Mittel
 - Steigerung lediglich der Wirtschaftlichkeit der Prozesse
 - Rationalisierungsstrategien sind begrenzt, d.h. wenn sie durchgeführt sind

Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.2 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

„Allokation“ im Staat

Die Notwendigkeit, knappe medizinische Güter unter mehreren Bedürftigen zu verteilen.

- Entscheidungen über die **optimale Aufteilung knapper Ressourcen** unumgänglich.
- Wert des Gutes „Gesundheit“ steht in **Konkurrenz** zum Wert der Güter „Bildung“, „Sicherheit“, „Absicherung“ (Rente, Arbeitslosigkeit), „Infrastruktur“ etc.
- Historisch bedingte Schwankung in der Wertschätzung einzelner Güter: Mittel, die dem Gesundheitssektor zufließen, stehen in anderen Bereichen des öffentlichen Lebens nicht zur Verfügung stehen.
- Organisation des Gesundheitswesens ist Teil der Rationalität des modernen Staates

Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.2 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

„Allokation“ im Gesundheitswesen durch den Staat

Grundsätze der Verteilungsgerechtigkeit:

- **Alle Bürger** sollen weitgehend unabhängig von ihrem Einkommen **freien Zugang zu Gesundheitsleistungen** haben und die medizinisch notwendigen Leistungen auch erhalten.
- **Jeder Bürger hat daher Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung**, die ihm im Falle der Krankheit die medizinisch notwendigen Behandlungsmaßnahmen gewährleistet.
- **Im Mittelpunkt steht der „objektive“ Bedarf**, der durch den Arzt oder die Pflegekräfte festgestellt wird; näherhin muss die medizinische Versorgung, auf die jeder Patient einen gesetzlichen Anspruch hat, **ausreichend, notwendig** und **zweckmäßig** sein.

Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.2 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

„Allokation“ im Gesundheitswesen durch den Staat

Grundsätze der Verteilungsgerechtigkeit:

- Gebot der Wirtschaftlichkeit:

1. Jeweils die kostengünstigere Alternative ist zu wählen, wenn zwei oder mehr Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen.

2. Jeder Patient hat die Möglichkeit, eine Privatversicherung abzuschließen, die ihm im Krankheitsfall die Inanspruchnahme zusätzlicher medizinischer Leistungen ermöglichen soll.

Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.2 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

Allokationsebenen und Verteilung von Gesundheitsgütern

Makroebene

Mesoebene

- Auf der **Ebene der oberen Makroallokation** geht es um die Verteilung von Anteilen am Bruttosozialprodukt auf verschiedene Ausgabenbereiche, mithin um die Gesundheitsausgaben insgesamt.
- Auf der **Ebene der unteren Makroallokation** erfolgt eine Verteilung der Gesamtausgaben auf einzelne Ziele, Sparten und Leistungsbereiche des Gesundheitswesens.
- Auf der **Ebene der oberen Mikroallokation** („Prinzipienebene“) werden prinzipielle Entscheidungen über die Verteilung medizinischer Leistungen an einzelne Personen getroffen; es werden etwa Bevölkerungs- oder Patientengruppen, Altersgruppen oder medizinische Indikationen festgelegt.
- Auf der **Ebene der unteren Mikroallokation** findet schließlich die konkrete Verteilungshandlung statt; es geht um Aufwendungen für den einzelnen Patienten.

2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.2 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

„Priorisierung“ im Gesundheitswesen

Mesebene

Kostensenkungsinstrument

Effizienteste Verteilung der Ressourcen durch

- **Priorisierung** (der wichtigsten Bedarfsposten)
 - **Posteriorisierung** (der am wenigsten wichtigen Bedarfsposten)
-
- Priorisierungstendenzen in Deutschland spät (Jahrtausendwesende)
 - Die Entwicklung von Prioritäten ist ein sehr komplexer und konflikträchtiger Vorgang.
 - Nationaler Ethikrat: „die relative Gewichtung konkurrierender Mittelverwendungen, die sich etwa in Form einer Liste darstellen lässt“ (Infobrief des NER 03/2006 (12), 1, 5)

2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.2 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

„Priorisierung“ im Gesundheitswesen

ZEKO der BÄK:

Priorisierung = die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen.

Priorisierung führt zu einer **mehrstufigen Rangreihe**:

- An deren oberen Ende steht, was nach Datenlage und fachlichem wie öffentlichem Konsens als **unverzichtbar** bzw. wichtig erscheint
- am Ende das, was **wirkungslos** ist bzw. mehr schadet als nützt.

Priorisierungsgegenstände:

- Methoden
- Krankheitsfälle
- Kranken- und Krankheitsgruppen
- Versorgungsziele
- vor allem Indikationen (d. h. Verknüpfungen bestimmter gesundheitlicher Problemlagen mit zu ihrer Lösung geeigneten Leistungen)

2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.2 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

„Priorisierung“ im Gesundheitswesen

„vertikale“ Priorisierung

innerhalb eines abgegrenzten Versorgungsbereichs (z. B. Herzkrankheiten und ihre Versorgung)

„horizontale“ Priorisierung

Priorisierung unterschiedlicher Krankheits- und Krankengruppen bzw. Versorgungsziele

2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.2 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

„Priorisierung“ und ärztliches Ethos

- Auf jeder **Ebene der Priorisierung** ist eine ärztliche Beteiligung denkbar, auf der Microebene (Arzt-Patient) unumgänglich.
- Die deutsche (Muster-)Berufsordnung (MBO) noch das ihr vorangestellte (sog. Genfer) Gelöbnis nehmen auf solche Aufgaben explizit Bezug.
- Gibt es einen „**moralischen Vertrag zwischen der ärztlichen Profession und der Gesellschaft**“?
- **Neue Orientierungen und Verpflichtungen**, die bislang nicht zum Kernbereich ärztlicher Werte, Tugenden oder Pflichten gerechnet werden (**Erweiterung der ärztlichen Teleologie**):
 - Prinzip „Soziale Gerechtigkeit“
 - Förderung der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen
 - Faire Verteilung aller Gesundheitsressourcen
 - Verpflichtung begrenzte medizinische Ressourcen vernünftig und kosteneffektiv einzusetzen



2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.2 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

„Rationierung“ im Gesundheitswesen

- Kein guter Klang in der Bevölkerung und in der ökonomischen Theorie
- Assoziiert mit „staatlicher Zwangsbewirtschaftung“, „Vorenthalten lebensnotwendiger Güter“
- Empörte Abwehrreaktionen im Gesundheitswesen: Diskussion um die Notwendigkeit einer Einschränkung medizinischer Leistungen
- Folge: **Paradigmen- und Perspektivwechsel ärztlichen Handelns**

Früher:

Grundsatz: „jeder Patient besitzt einen Anspruch auf die bestmögliche medizinische Versorgung“. Da die Gesundheit in einer säkularen Gesellschaft als das höchste Gut gilt, erschien dafür **kein Preis zu hoch**.

(freiwillige) Frage der Ärzte: Was können wir noch für den Patienten tun, um seinen gesundheitlichen Nutzen zu steigern?

Heute:

Grundsatz: „jeder Patient besitzt einen Anspruch auf die WANZ-Versorgung“
Debatte: „was ist als ausreichende medizinische Versorgung anzusehen?“

(abverlangte) Antwort der Ärzte auf die Frage: „Auf welche medizinische Maßnahmen können wir verzichten, ohne dem Patienten zu schaden?“

2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.2 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

„Rationierung“ im Gesundheitswesen

- Zentrale Ethikkommission BÄK:

Explizite (harte) Rationierungen:

- nach ausdrücklich festgelegten, allgemein verbindlichen Regeln und Kriterien
- **oberhalb der Arzt-Patient-Beziehung**
- Ziel: Verteilung der vorhandenen Ressourcen gleichmäßig unter Sicherung vordringlicher Bedarfe.

Implizite (weiche) Rationierungen:

- der **Arzt** oder eine andere Instanz entscheidet im Einzelfall
- ohne feste Vorgaben oder
- **nach ökonomischen Steuerungsmechanismen**
- über die Zuteilung oder den Ausschluss medizinischer Leistungen und Belange.

2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.2 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

„Rationierung“ im Gesundheitswesen und das ärztliche Ethos

Verzicht auf das medizinisch Notwendige um des Wirtschaftlichen willen:

wenn

Rationierung „die Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Behandlungsleistungen trotz Nachfrage und zugleich festgestelltem objektiven Bedarf (oder latenten Bedarf)“ ist,

dann

können **Rationierungsentscheidungen** nur auf der Makro- oder Mesoebene, dürfen aber keinesfalls **auf der Mikroebene** (Arzt-Patient) getroffen werden, weil dies dem ärztlichen Auftrag widerspricht.

2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.2 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

„Rationierungsentscheidungen und das ärztliche Ethos

Verpflichtungsdilemma der Ärzte: zugleich

- unbedingt dem Patientenwohl verpflichtet
- Budget-Verantwortlicher in eigener Sache

Mikroebene

Dilemma der Fallpauschalen, Budgetierung, Quartalsdeckelung:

Wieviel kann ich weglassen, ohne dem Patienten zu schaden?

Konsequenzen für den Arzt:

- Patienten werden z.T. früher entlassen werden, als gut für sie ist.
- Diagnose- und Therapieverfahren werden vermieden, weil sie unter Umständen nicht bezahlt werden.
- Belastung der Ärzte durch die vielen Dokumentationspflichten.
- Rationierung durch den Arzt: im Einzelfall bekommt nicht jeder alles, was eigentlich für ihn notwendig wäre.

2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.2 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

„Rationierungsentscheidungen und das ärztliche Ethos

Mikroebene

Indirekte Konsequenzen für den Patienten:

- Rationierung häufig in verdeckter Form (Warteschlange, Hinausschieben von Leistungen)
- Wartezeiten auf einen Behandlungstermin beim Facharzt
- Ärztemangel
- Basarpraktiken von Krankenhäusern

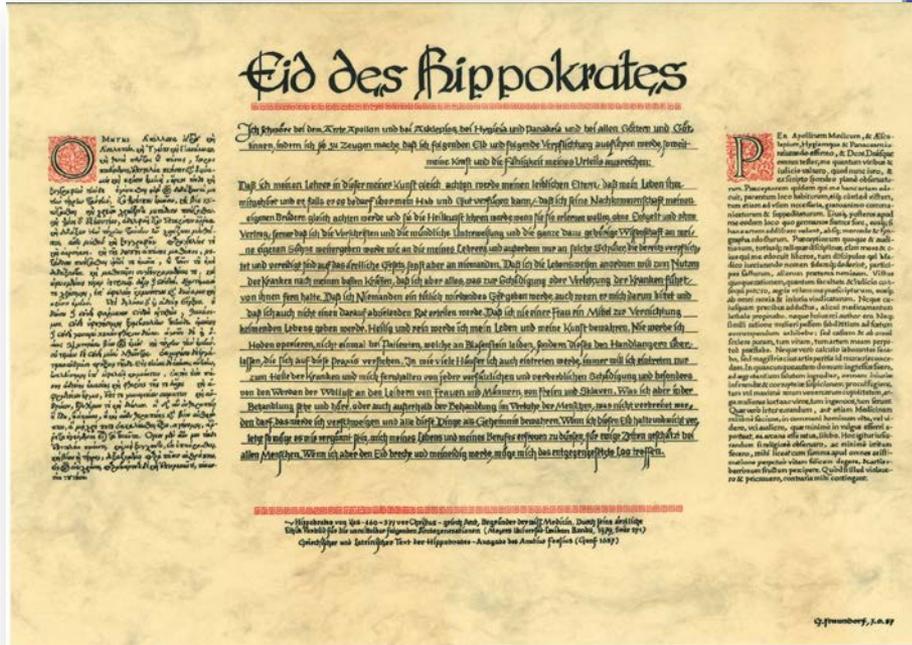
2. Allokation und die Logik der Rationierung

2.2 Rationalisierung, Allokation, Priorisierung und Rationierung

Diskussion möglicher Strategien der Rationierung

- **Zahlungsfähigkeit der Patienten**
- **Alter der Patienten**
- **Selbstverschuldung**
- **Compliance (das in die Zukunft gedachte Verhalten von Patienten)**
- **Dringlichkeit und Ausgangsniveau**
- **Kosten-Nutzen-Bilanz (WANZ)**
- **Los oder Wartezeit (z.B. Organtransplantation)**

3. Ethische Grundsätze



Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

3. Ethische Grundsätze

3.1 Prinzipien der Rechtfertigung von Rationierung

3 Kriterien der ethischen und rechtlichen Legitimation der Begrenzung medizinischer Leistungen

Gebot der Transparenz

Gebot der „weichen“ Rationierung

Gebot der Ebenenverantwortung

3. Ethische Grundsätze

3.1 Prinzipien der Rechtfertigung von Rationierung

Gebot der Transparenz

- Allokationsentscheidungen müssen **transparent** sein.
- Allokationsentscheidungen müssen **explizit** sein.
Von „expliziter Rationierung“ kann gesprochen werden, wenn die Erstellung des Leistungskatalogs und die Zuweisung medizinischer Leistungen auf einzelne Patientengruppen oder individuelle Patienten nach zuvor festgelegten Kriterien (**ex-ante-Prinzip**) erfolgen.
- Voraussetzung: **klare Indikatoren**, anhand derer über die Aufnahme von Medikamenten und Therapien in den Katalog der erstattungsfähigen Leistungen entschieden wird.
- *Eine implizite und verdeckte Rationierung ist mit dem demokratischen Transparenzgebot unvereinbar.*

3. Ethische Grundsätze

3.1 Prinzipien der Rechtfertigung von Rationierung

Gebot der „weichen“ Rationierung

- „Weiche Rationierung“
 - Möglichkeit, die ausgeschlossenen Leistungen privat zu bezahlen (privater Zukauf).
 - Möglichkeit, nichterstattungsfähige Leistungen durch eine **private Zusatzversicherung** zu finanzieren.
- **Undurchführbarkeit einer „harten Rationierung“**
 - In einer offenen (NHS) Gesellschaft: „**Medizintourismus**“ ins Ausland
 - Beispiel: **2009 NHS** - Abweichen Großbritanniens vom lange praktizierten Grundsatz einer harten Rationierung – Richtlinie des Gesundheitsdepartements für das National Health System

3. Ethische Grundsätze

3.1 Prinzipien der Rechtfertigung von Rationierung

Gebot der Ebenenverantwortung

- Rationierungsentscheidungen müssen auf der **Ebene** getroffen werden, auf der sie anstehen und auf der sie zu verantworten sind (**Ursachenverantwortung**).
- **Keine Verlagerung** auf die unterste Ebene (Ärzte/Pflegekräfte), die entscheiden soll, welche verfügbaren Leistungen einzelnen Patienten angeboten werden können.
- **Verlagerung mit ärztlichem Ethos unvereinbar:** Der Arzt ist primär dem individuellen Wohl des Patienten und dem Anspruch einer bestmöglichen Behandlung nach professionellen Sorgfaltsregeln verpflichtet. Seine Entscheidungen erfolgen primär nach medizinischen Kriterien.
- Die **Beachtung ökonomischer Effizienzgebote** muss auf der Makro- und Mesoebene erfolgen, so dass für alle Beteiligten - Patienten, Ärzte und Versicherte - transparent ist, welche medizinischen Leistungen für welche Krankheitsbilder zur Verfügung stehen.

3. Ethische Grundsätze

3.2 Unverzichtbare ethische Rahmenbedingungen für Allokationsentscheidungen

Normative Voraussetzungen der Verfassung und ihres Menschenbildes:

- Eine **Begrenzung** medizinischer Leistung ist ethisch nur dann gerechtfertigt, wenn sie nicht die **Menschenwürde** verletzt und mit den Grundsätzen der **Solidarität, Gleichbehandlung, Gerechtigkeit** und **Eigenverantwortung** übereinstimmt.
- Aus diesen Grundsätzen lässt sich **nicht unmittelbar** ableiten, welche medizinischen Leistungen durch einen Nutzen-Kosten-Vergleich priorisiert und welche zurückgestellt werden dürfen.
- **Spielraum** für Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie hat Grenzen:

No-Go-Prinzipien (Verbote)

Positive Leitsätze (Gebote)

3. Ethische Grundsätze

3.2 Unverzichtbare ethische Rahmenbedingungen für Allokationsentscheidungen

No-Go-Prinzipien (Verbote)

1. Rationierungsentscheidungen dürfen nicht auf Grundlage des (errechneten oder vermuteten) sozio-ökonomischen Wertes von Individuen oder Gruppen erfolgen.
 - Auf der **Makroebene**: Gerechtigkeitskriterien
 - Auf der **Mikroebene**: medizinische Kriterien
 - **Allokationsentscheidungen** dürfen niemals im Blick auf den gesellschaftlichen Status, den Beruf oder das Vermögen einzelner Patienten fallen.
 - **Grundlage**: Prinzip der Menschenwürde, des Rechtes auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit, allgemeiner Gleichheitsgrundsatz (GG Art. 1-3).

3. Ethische Grundsätze

3.2 Unverzichtbare ethische Rahmenbedingungen für Allokationsentscheidungen

No-Go-Prinzipien (Verbote)

2. **Simplizistische Rationierungsregeln wie etwa starre Altersgrenzen für bestimmte Behandlungen sind mit dem Gleichheits- und Gerechtigkeits-grundsatz unvereinbar und daher auf allen Ebenen abzulehnen.**

Alter eines Patienten:

- kein hinreichender Ausschlussgrund für medizinische Behandlungen.
- lediglich relevanter Faktor für die Abschätzung von Behandlungsrisiken sein (nur unter medizinischen Kriterien)

3. Ethische Grundsätze

3.2 Unverzichtbare ethische Rahmenbedingungen für Allokationsentscheidungen

No-Go-Prinzipien (Verbote)

3. Die Intention einer erforderlichen Rationierung auf der Mikroebene darf nicht die Belohnung oder die Bestrafung von Individuen sein, um ein gesellschaftlich erwünschtes Verhalten oder einen bestimmten Lebensstil zu erzwingen.

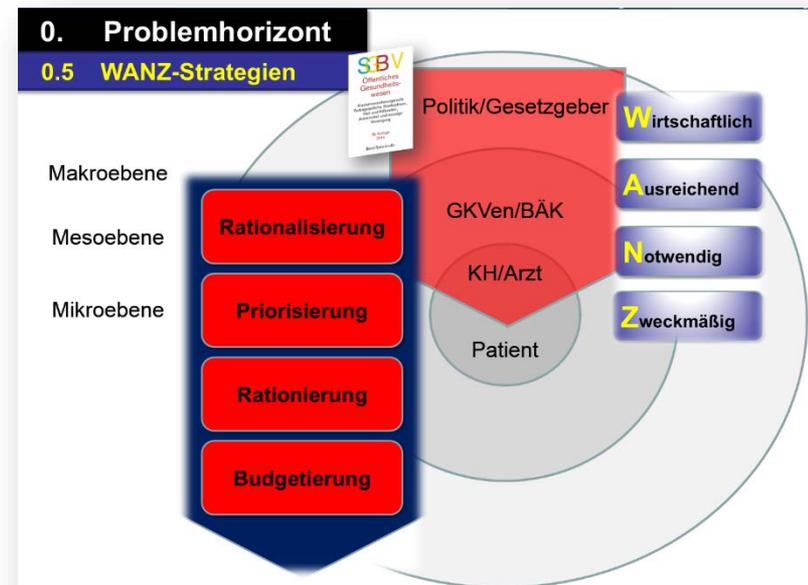
- **Sinn der Allokation** liegt in der möglichst effizienten Nutzung knapper Ressourcen zur Erzielung des besten Nutzens.
- **Kriterienkatalog** auf der Mikroebene muss daher prinzipiell **prospektiv** sein (z.B. darf die Überlebensaussicht eines Spenderorgans im Vergleich zu anderen Empfängern berücksichtigt werden).
- Grund: Der **Raum für die individuelle Gestaltung der eigenen Lebensführung** ist in einer freiheitlichen Gesellschaft auch dann zu wahren, wenn knappe medizinische Güter gerecht verteilt werden sollen.

3. Ethische Grundsätze

3.2 Unverzichtbare ethische Rahmenbedingungen für Allokationsentscheidungen

No-Go-Prinzipien (Verbote)

4. Notwendige Rationierungsentscheidungen müssen auf der oberen und mittleren Ebene geführt und von ihren Folgen her kompensiert werden (Ursachenverantwortung = Folgenverantwortung); sie dürfen nicht nach unten weitergegeben werden, weil dies Ärzte und Pflegekräfte daran hindert, ihrem eigenen Ethos zu folgen.



3. Ethische Grundsätze

3.2 Unverzichtbare ethische Rahmenbedingungen für Allokationsentscheidungen

Positive Leitsätze (Gebote)

Korrespondenz der „no-go-Prinzipien“ mit vier positiven Leitsätze:

1. Grundsatz

Keinem Patienten darf medizinisch notwendige Behandlungen verweigert werden. Die Festsetzung eines „decent minimum“ muss sich am medizinischen Behandlungsstandard („state of the art“) orientieren und darf nicht allein nach ökonomischen Kriterien erfolgen.

2. Grundsatz

Alle Bürger müssen gleichen Zugang zu den Leistungen des Gesundheitssystems besitzen. Wenn eine Einschränkung medizinischer Leistungen erfolgt, muss der freie Zukauf der ausgeschlossenen Maßnahmen möglich sein.

3. Grundsatz

Jeder ist im Rahmen seiner finanziellen Leistungsfähigkeit dazu aufgerufen, **Eigenverantwortung** für die Wiedererlangung und Erhaltung seiner Gesundheit wahrzunehmen.

4. Grundsatz

Kosteneffizienz und die **Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes** sind auch aus sozialetischen Gründen gefordert. Eine Verschwendung medizinischer Güter ist unethisch, da sie anderen Patienten einen höheren medizinischen Nutzen vorenthält.

3. Ethische Grundsätze

3.3 Pflicht zur Verantwortungsübernahme des Staates

Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 („Nikolaus-Entscheidung“):

Ein Staat, der seine Bürger in ein beitragspflichtiges Solidarsystem zwingt, muss zugleich auch dafür Sorge tragen, dass im Bedarfsfall Leistungen zur Verfügung stehen.

Kommentar:

„Diese höchstrichterliche Aussage ist notwendig und zu begrüßen. Und doch: In der Versorgungsrealität des Versicherten stehen der den Restriktionen des Vertragsarztrechts ausgesetzte Arzt und der für Anträge und Genehmigungen zuständige „Beamte“ seiner Krankenversicherung im Vordergrund, und die Spruchpraxis der höchsten Richter in Karlsruhe liegt in weiter Ferne.“

Christian Dierks: Das Sozialrecht als Kostenkontrolle im Gesundheitswesen? Kritische Anmerkungen zur Normgebung, in: Gunnar Duttge (Hg.), Perspektiven des Medizinrechts im 21. Jahrhundert (= Göttinger Schriften zum Medizinrecht, Bd. 1), Göttingen 2007, 37-47, hier: 47.

3. Ethische Grundsätze

3.3 Pflicht zur Verantwortungsübernahme des Staates

FAZIT von Dierkes:

„Eine Kollision mit den Rechtsgütern der Patienten und der Ärzte ist dem System als Konflikt immanent.“

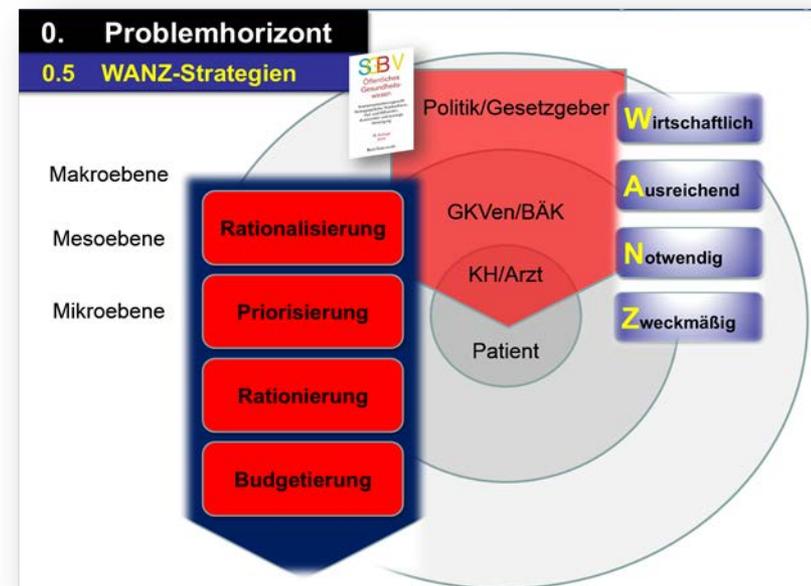
- Ärzte werden durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens massiv in ihrer **Berufsausübung** beeinträchtigt.
- Sie sind permanenten **Interessenskonflikten** ausgesetzt, indem sie abwägen müssen, ob sie den Interessen der Patienten, der „Solidargemeinschaft“ oder den eigenen finanziellen Interessen den Vorrang geben.
- Eine persönliche Patientenbindung und ärztliche Basiskompetenzen sind die **Grundlage der beruflichen Identität und des ärztlichen Handelns**. Die Werte werden **systematisch ausgehöhlt**, indem sie vorausgesetzt, aber nicht honoriert werden.
- **Ärzte** werden durch die Vergütungsmodalitäten ständig **gegeneinander ausgespielt**. Dadurch wird kollegiale Unterstützung und Anerkennung erschwert.
- Die **Regularien** werden **häufig verändert** und sind immer weniger durchschaubar.
- Ärzte werden in **steter Planungsunsicherheit** gehalten, die sie nicht selbst beeinflussen können (Verunmöglicht einen verantwortlichen Umgang mit Wirtschaftlichkeitsüberlegungen).
- Die **Folgen** sind vielfach: **Angst**, Gefühle von **Ausgeliefertsein** und **Resignation**.

3. Ethische Grundsätze

3.3 Pflicht zur Verantwortungsübernahme des Staates

Solidarität zwischen Makro-, Meso- und Mikroebene – eine „Einbahnstraße“?

- Beachtung der **Rechte auf der Mikroebene** (nicht nur Patient, sondern auch Arzt)
- Der Gesetzgeber hat dafür zu sorgen, dass Ärzte in ihrem Handlungsfeld trotz eines steigenden Kostendrucks **Arbeitsbedingungen** antreffen, die sie nicht ständig dazu zwingen, dem **ärztlichen Ethos** zuwiderzuhandeln.
- Die Gesundheitspolitik darf nicht *nur* nach weiteren Möglichkeiten der Kosteneinsparung suchen; sie hat auch zu gewährleisten, dass die geforderte **Balance zwischen den Ebenen** nicht zur strukturellen Überforderung wird, die ärztliches Handeln unmöglich macht.



Wirtschaftlich

Ausreichend

Notwendig

Zweckmäßig

WANZ und das ärztliche Ethos

Verlust des Ärztlichen
in einer ökonomisierten Medizin?

Prof. Dr. Armin G. Wildfeuer, Köln