



VEMS-Charta Ethik und Medizin

Olten, Februar 2014

Impressum

Autor: Flavian Kurth

Inhaltliche Begleitung
und Projektverantwortung: Michel Romanens

Nutzungsrecht: Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS
Verwendung der Texte, auch auszugsweise, nur mit
Quellenangabe

Inhalt

Vorwort des Stiftungsratspräsidenten	Seite	4
Einführung	Seite	5
Ausgangslage	Seite	9
Zusammenfassung	Seite	9
Ärztliches Berufsethos	Seite	11
Das prinzipienethische Modell von Beauchamp und Childress	Seite	12
Ethische Konzepte	Seite	14
Hat die Ökonomie eine Ethik?	Seite	14
Was kann der Utilitarismus leisten?	Seite	16
Was können Ethiken in der Tradition Immanuel Kants leisten?	Seite	18
Wie steht es um die Medizinethik?	Seite	20
Das Gesundheitswesen als ökonomisches System	Seite	23
Zusammenfassung	Seite	23
Wie klug im ökonomischen Sinn ist unser Gesundheitswesen	Seite	25
Interessen und Anreize bestimmen das Handeln	Seite	27
Drei Fehlannahmen	Seite	30
Paradigma Kostenexplosion und Obergrenze	Seite	30
Paradigma positive Wirkung des Wettbewerbs	Seite	32
Paradigma Effizienzsteigerung durch Standardisierung	Seite	35
Ein Missverständnis und seine Folgen	Seite	37
Das Gesundheitswesen als Wissenschaftsobjekt	Seite	39
Zusammenfassung	Seite	39
Hat die Wissenschaft ein moralisches Gewissen?	Seite	41
Ideal und Wirklichkeit	Seite	43
Wer wacht über das wissenschaftliche Gewissen und wie gut?	Seite	44
Utilitaristische Betrachtungsweise als problematische Grundhaltung	Seite	46
Drei prinzipielle Mängel	Seite	48
Mangelhafte Datengrundlage	Seite	48
Mangelhaftes Studiendesign	Seite	53
Unlautere Kommunikation der Studienresultate	Seite	55
Eine Instanz nimmt ihre Aufgabe nicht wahr	Seite	57

Das Gesundheitswesen als soziologisches System	Seite	58
Zusammenfassung	Seite	58
Ein besonderes System im System	Seite	60
Ökonomie und Medizin – ein kontraproduktives Verhältnis	Seite	62
Politik und Medizin – ein gefährliches Verhältnis	Seite	64
Recht und Medizin – ein problematisches Verhältnis	Seite	68
Wissenschaft und Medizin – ein Verhältnis der Missverständnisse	Seite	71
Ethik und Medizin – eine Enttäuschung	Seite	73
Die Medizin, ein verstörtes System	Seite	74
Das Ethik-Konzept des VEMS	Seite	77
Zusammenfassung	Seite	77
Kann Ethik die Medizin heilen?	Seite	79
Situationsethik	Seite	81
Diskursethik	Seite	83
Ärztliches Berufsethos 2.0	Seite	84
Ärztliches Berufsethos als Tugendethik	Seite	86
Untergrabung ärztlicher Tugenden	Seite	90
Von der Tugend zur Tugendethik	Seite	92
Forderungen	Seite	93
Zusammenfassung	Seite	93
Die Luhmann-Habermas-Kontroverse	Seite	94
Ein System löst sich auf	Seite	95
Rückbesinnung auf die Kommunikation	Seite	98
Erweiterung der Kompetenz	Seite	99
Erarbeitung einer eigenen ethischen Position	Seite	100
Übernahme der Meinungsführung	Seite	101
Literatur	Seite	103

Vorwort

Die Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen ist Trägerin des Vereins Ethik und Medizin Schweiz VEMS. Seit dieser vor rund zehn Jahren gegründet wurde, stellen wir im Schweizer Gesundheitswesen zwei Paradoxe fest: Bei immer mehr Ökonomie wird dieses immer ineffizienter und bei immer mehr Ethik immer amoralischer. Wie viel eines Prämienfrankens fliesst heute noch in die eigentliche Heilung und Pflege? Wir wissen es nicht, und wir wissen auch nicht, wie sich dies in Zahlen in den letzten Jahren verändert hat. Sicher ist indes, dass – sei es beim Arzt, bei der Ärztin im Spital, bei den Pflegefachleuten oder bei den frei praktizierenden Fachkräften des Gesundheitswesens – immer weniger Zeit für die eigentliche Arbeit beim Patienten bleibt. Die Ökonomisierung der Medizin verzehrt heute einen erheblichen Teil ihrer Ressourcen und dies mit zweifelhaftem Erfolg. Ist sie deshalb schlecht? Der VEMS vertritt nicht diese Meinung, doch denken wir, sie setze am falschen Punkt an: am Indikations- und Behandlungsentscheid. Daraus, dass man diesen immer mehr aus den Händen der medizinischen Fachpersonen nimmt und ökonomischen Werturteilen und Gremien unterwirft, entstehen nicht nur die ethischen Problemzonen, die wir seit einigen Jahren mit Bedenken feststellen, sondern absurderweise auch die wachsende Ineffizienz. Wie sich dieses Missverständnis ausgestaltet und welche Folgen es hat, soll diese Charta aufzeigen.



Dr. med. Michel Romanens,

Präsident Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen

Einführung

Unser Gesundheitswesen krankt, darin sind sich alle einig. Woran es krankt und wie es geheilt werden soll, darüber könnten die Meinungen unterschiedlicher nicht sein. Diese Charta vertritt eine von ihnen. Wir setzen die These, dass es sich bei den Problemen unseres Gesundheitswesens im Wesentlichen um Missverständnisse handelt, von welchen wir deren fünf orten:

- das Ethik-Missverständnis
- das Ökonomie-Missverständnis
- das Wissenschafts-Missverständnis
- das systemische Missverständnis
- das Rollenverteilungs-Missverständnis

1. Das Ethik-Missverständnis

Die Ethik ist eine philosophische Wissenschaftsdisziplin, die sich mit Moralsystemen, deren Begründbarkeit und deren Implikationen befasst. Moralsysteme sind nie einfach da, sie sind historisch gewachsen. Im Gesundheitswesen treffen die sehr unterschiedlichen Teilgebiete Medizin, Ökonomie, Wissenschaft, Recht und Politik aufeinander. Sie alle bringen ihre Vorstellungen ein, was gutes Handeln sei und was schlechtes; sie alle haben ihre Moralsysteme, die jedes Teilgebiet aus seiner Sicht betrachtet für richtig und deshalb für den anderen überlegen hält.

Um ein Richtig und ein Falsch geht es in der Ethik aber nicht, sie ist eine Disziplin des Argumentierens und des Abwägens. Ihr Zweck ist es nicht, letzte Wahrheiten zu finden, sondern in einer Gesellschaft Regeln zu definieren und Bedingungen zu schaffen, die vertretbar sind und von der Mehrheit getragen werden. Dies wird in einer globalisierten Welt mit ihrem Wertpluralismus zusehends schwieriger. Wie problematisch es ist, setzt sich dabei einseitig eine moralische Position gegenüber und auf Kosten der anderen durch, zeigen Gesellschaften wie diejenige Südafrikas zu Zeiten der Apartheid. Nur eine Ausgeglichenheit moralischer Positionen vermag Gerechtigkeit und menschenwürdige Lebensbedingungen für alle zu schaffen.

Das Gesundheitswesen, wie es sich heute ausgestaltet, kann durchaus mit einem Apartheitsregime verglichen werden: Die Minderheit der Ökonomen zwingt der Mehrheit der Mediziner, der Wissenschaftler, der Politiker, ja sogar des Rechtswesens ihre Moral der Nutzenoptimierung für die grösstmögliche Zahl auf. Diese Position hat ihre Berechtigung, wird aber ohne einen Ausgleich durch andere Moralsysteme, namentlich durch das Moralsystem der Medizin, zur Gefahr, indem sie dann Bedingungen schafft, die nicht mehr als menschenwürdig bezeichnet werden können. Wenn heute offen darüber diskutiert wird, medizinisch zweckmässige Leistungen nicht zu erbringen, da der Nutzen, den sie Individuum und Gesellschaft bringen, ihre Kosten nicht rechtfertigt, dann haben wir ein ethisches Problem. Dieses fusst vornehmlich im Missverständnis zwischen dem Moralsystem der Medizin und demjenigen der Ökonomie und in der falschen Annahme, Letzteres sei Ersterem überlegen.

2. Das Ökonomie-Missverständnis

Das Gesundheitswesen hat die Ökonomie gerufen, weil seine Kosten aus dem Ruder zu laufen drohten. Ihre Rolle war die einer Retterin, ihr Auftreten ein Heimspiel. Entsprechend kritiklos war man, als sie ihre Methoden zu entfalten begann. Endlich schien das Unfassbare fassbar, darstellbar, extrapolier- und planbar. Die Frage, ob die Ökonomie ihre Methoden auch wirklich dort einsetzte, wo sie zu tatsächlichen Verbesserungen führen konnten und können, stellten sich viel zu wenige.

Der Zweck der Ökonomie ist es, aus den vorhandenen Ressourcen den maximalen Nutzen zu gewinnen. Dies tut sie, indem sie diesen Nutzen und seine Qualität misst und in ein Verhältnis zum Aufwand stellt, um dementsprechende Massnahmen zur Optimierung vorzunehmen. Richtet sich diese Arbeit auf die Optimierung von Abläufen, Prozessen und Strukturen des Gesundheitswesens, so steht der Beitrag der Ökonomie ausser Zweifel. Sie richtet sich aber vornehmlich auf den medizinischen Indikations- und Behandlungsentscheid. Und hier verursacht sie Schaden, denn das medizinische Kriterium zur Beurteilung einer Intervention ist nicht die Nützlichkeit, sondern die Zweckmässigkeit. Dies mit gutem Grund: Ob eine Massnahme nützt oder nicht, kann der Mediziner nicht sagen, wohl aber, ob sie dem Zweck angemessen ist. Würde er nach der Nützlichkeit fragen, er dürfte viele Behandlungen, die im Einzelfall durchaus wirken, nicht mehr vornehmen; Patienten blieben unbehandelt, die Medizin würde sich nicht weiterentwickeln.

Der Vorteil indes ist, dass sich Nützlichkeitsanalysen extrapolieren lassen, während die Zweckmässigkeit einer medizinischen Intervention für den jeweiligen Fall zu beurteilen ist. Nur diese Beurteilung wird der Medizin aber gerecht und führt sie weiter. Die Methoden der Ökonomie ergeben sich aus ihrer Betrachtungsschablone und stützen sich auf zwei Paradigmen, die bei der Beurteilung des Indikations- und Behandlungsentscheids der Medizin zu komplett falschen Einschätzungen der Sachverhalte führen: dem Nützlichkeitsdiktat und, darauf fussend, dem Mittelwertvergleich. Aus diesen falschen Einschätzungen der Sachverhalte leiten sich Steuerungsentscheide ab, die ihre Wirkung verfehlen oder sogar kontraproduktiv sind, indem sie der Medizin falsche Anreize setzen. Und auf die so geschaffene Verschlechterung der Situation reagiert unser Gesundheitswesen dann mit derselben Art ökonomischer Eingriffe und schafft so einen Teufelskreis der zur steten Verschlechterung der Effizienz bei immer mehr Ökonomie führt.

3. Das Wissenschafts-Missverständnis

Der Wissenschaft eilt der Ruf einer gewissen Objektivität voraus. Zu dieser ist sie indes nur fähig, lässt sie sich in ihrem Betrachten, Analysieren und Schlussfolgern allein vom Wahrheitsglauben, nicht von moralischen Werturteilen und -vorurteilen leiten. Hierzu muss sie ihre Herangehensweise dem untersuchten Gegenstand anpassen, nicht umgekehrt. Dies scheint selbstverständlicher, als es ist: in der Wissenschaft unseres Gesundheitswesens ist das Gegenteil der Fall.

Wissenschaft ist nicht gleich Wissenschaft. Medizinische Wissenschaft ergibt sich aus oben aufgezeigtem Vorgehen der Medizin: sie ist keine Wissenschaft des Mittelwerts, sondern, wie die Medizin selbst, eine solche der Einzelfallbetrachtung. Wenn die Wissenschaft unseres Gesundheitswesens aus Mittelwertvergleichen Schlüsse zieht, die dann auf die Ebene des Individuums heruntergebrochen werden, dann wird sie der Medizin nicht gerecht. Sie sollte vielmehr umgekehrt die Einzelbeobachtungen auf der Ebene des Individuums hochrechnen, um aus den so gewonnenen Erkenntnissen auf der Metaebene tatsächliche Zusammenhänge zu ergründen. Die heutige inadäquate wissenschaftliche Betrachtungsweise im Geiste utilitaristischer Ökonomie führt, vergleichbar dieser Ökonomie, zu kontraproduktiven Steuerungsentscheiden.

4. Das systemische Missverständnis

Betrachtet man das Gesundheitswesen als soziales System, fallen die sehr unterschiedlichen Codes auf, mit welchen seine Teilsysteme arbeiten. Diese werden im Kapitel vier dieser Charta vertieft untersucht. An dieser Stelle soll vorweggenommen werden, dass eine Medizin, die sich über den Code «gesund oder krank» konstituiert und über die Krankheit definiert, zu Fehlanreizen motiviert wird von einer Ökonomie, die sich über den Code «haben oder nicht haben» konstituiert und über das Haben definiert. Wie kann sie sich unter diesen Bedingungen schon anders verhalten, als Krankheiten auszuweiten, um Gewinn zu machen, will sie als eigenständige Grösse im Gesundheitswesen weiterhin bestehen bleiben und nicht vollends in der Ökonomie aufgehen?

5. das Rollenverteilungs-Missverständnis

Wenn die Lösung des Ressourcenproblems unseres Gesundheitswesens immer mehr Ressourcen bindet und ein nie dagewesener Aufwand um die Kontrolle dieser Ressourcen dem Arzt Zeit und Kraft für den Patienten entzieht, dann kann die Antwort des Arztes und seiner Interessenverbände nur die sein, sich auf den Patientenauftrag und das aus diesem abgeleitete Berufsethos des Arztes zurückzubedenken. Und dies bedeutet, entschieden dafür einzustehen, dass dem Arzt der Entscheidungsraum zur Verfügung gestellt wird, den er dazu benötigt. Tut die Wissenschaft dasselbe für sich, fordert sie, was sie fordern muss, um unvoreingenommen und nach internationalen wissenschaftlichen Richtlinien professionell arbeiten zu können, so sind von ihr auch wieder fruchtbare Beiträge zur Ausgestaltung eines Gesundheitswesens für alle zu erwarten. Und dann kann die Ökonomie auch wieder ganz Ökonomie sein und muss nicht auch noch ein bisschen Medizin spielen, wie dies heute der Fall ist. Hierzu möchte diese Charta einen Beitrag leisten.



Flavian Kurth,

Sekretär Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS

Ausgangslage

Zusammenfassung

Dieses Kapitel stellt die beiden heute geläufigsten ethischen Konzepte unseres Gesundheitswesens, das Modell von Beauchamp und Childress und den Utilitarismus, vor und untersucht diese auf ihre Vereinbarkeit mit dem Berufsethos des Arztes gemäss dem Eid des Hippokrates und der Genfer Deklaration des Weltärztebundes. Es stellt diese beiden Konzepte ethischen Konzepten der Ökonomie einerseits und ethischen Konzepten in der Tradition Immanuel Kants andererseits gegenüber und stellt fest:

- Das Gerechtigkeitsprinzip des Modells von Beauchamp und Childress tangiert gerechtigkeitsethische Fragen auf der Gesellschaftsebene, die den Zuständigkeitsbereich des Arztes überschreiten und mit den traditionellen Konzepten des ärztlichen Berufsethos‘ nicht beantwortbar sind.
- Die Ökonomie allein kann diese Fragen nicht beantworten, zu weit hat sie sich von ihrer ethischen Tradition entfernt. Der Utilitarismus verheisst, diese Fragen beantworten zu können, indem er den grösstmöglichen Nutzen für die grösstmögliche Zahl fordert. Er ist dafür aber bereit, auf der individuellen Ebene Ungerechtigkeiten in Kauf zu nehmen, was zu Benachteiligungen und Stigmatisierungen von Alten, Polymorbiden und Behinderten führen kann.
- Prinzipienethische Konzepte in der Tradition Immanuel Kants eignen sich insofern nicht ohne weiteres für die Beurteilung medizinischer Handlungen, als diese unentkoppelbar mit der handelnden Person, dem Arzt, und seiner Haltung verbunden sind. Diese Haltung widerspiegelt sich im ärztlichen Berufsethos, welches die moralische Grundlage eines Ethikkonzeptes ist, das am ehesten als ein Ethikkonzept in der Tradition von Tugendethiken zu verstehen ist.
- Die Beantwortung der gerechtigkeitsethischen Frage und das Abwägen dieses Prinzips mit den Prinzipien, dem Patienten wohl zu tun, ihm nicht zu schaden und

seine Autonomie zu respektieren, ist tägliche Arbeit des Arztes und nicht an eine aus der klinischen Praxis ausgelagerte Ethik delegierbar. Sie jeweils für den jeweiligen Fall zu beantworten bedeutet für den Arzt, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben, Verantwortung zu übernehmen.

Ärztliches Berufsethos

In wohl keinem Bereich ist der Mensch so sehr anderen ausgeliefert wie in der Medizin.

Unsere Unversehrtheit liegt hier in fremden Händen, unterlaufen Fehler, kann das Konsequenzen haben für unser Leben. Medizinische Fachpersonen fühlen sich deshalb traditionell einem Ethos verpflichtet, das an die erste Stelle ihrer Arbeit das Bemühen um das Wohl der Patientinnen und Patienten setzt. In seiner ältesten Form wird dies im Eid des Hippokrates formuliert, welcher das Gebot, Kranken nicht zu schaden, die Schweigepflicht, das Verbot sexueller Handlungen etc. regelt (1).

Obwohl der Eid des Hippokrates heute von Ärztinnen und Ärzten nicht mehr geleistet wird und obwohl er keine verbindliche Gesetzeswirkung hat, wird er als erste Formulierung eines ärztlichen Berufsethos‘ bei medizinethischen Diskussionen noch immer beigezogen und hat, ebenso wie seine moderne Form, die Genfer Deklaration des Weltärztebundes (2), einen Einfluss auf die Ausformulierung gesetzlicher Weisungen, wie sie im Medizinalberufegesetz MedBG und im Krankenversicherungsgesetz KVG, aber auch im Zivil- und Strafrecht, sowie in den Standesordnungen der Ärzteschaft und in den Empfehlungen von Gremien wie der SAMW festgehalten sind. Die Deklaration des Weltärztebunds hält fest:

«Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich: mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren. Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten. Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein. Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden. Dies alles verspreche ich feierlich und frei auf meine Ehre.»

Ob der Eid des Hippokrates und die Deklaration des Weltärztebundes ethische Konzepte sind, darüber lässt sich streiten. Unbestreitbar ist, dass hier eine bestimmte Moralvorstellung und moralische Werte festgehalten sind, ebenso wie moralische Vorschriften, wie ihnen zu genügen sei. Diese haben sich über Jahrhunderte bis heute gehalten und bilden das, was wir hier ärztliches Berufsethos nennen wollen.

Das prinzipienethische Modell von Beauchamp und Childress

Eine Systematisierung und Erweiterung dieses Berufsethos¹, wenn man so will, ist das Vier-Prinzipien-Modell von Beauchamp und Childress (3). Die Entwicklung der Prinzipienethik geht auf eine Kritik des «Tuskegee Syphilis Experiments» zurück, in welchem zwischen 1930 und 1970 sozial schwachen Afroamerikanern, die an Syphilis erkrankt waren, eine kostenlose Behandlung angeboten worden war, die allerdings nur aus der Verabreichung von Placebos bestanden hatte. Damit wollte man die natürliche Ausbreitung der Erkrankung studieren. Als dies bekannt wurde, erliess der Kongress ein Gesetz zum Schutz der Teilnehmer solcher Experimente, wobei eine nationale Expertenkommission eingesetzt wurde, um ethische Prinzipien und Richtlinien für die Durchführung medizinischer Forschung am Menschen zu entwickeln. Tom L. Beauchamp hatte darin als Berater Einsitz und verfasste einen Grossteil des Berichts der Kommission, der als «Belmont Report» veröffentlicht wurde.

Heute hat sich das Modell von Beauchamp und Childress als verbreitetes Werkzeug zur Urteilsfindung in medizinethischen Fragen durchgesetzt, wohl nicht zuletzt deshalb, weil es leicht verständlich ist und ohne philosophisches Studium nachvollzogen und angewendet werden kann. Seine Prinzipien sind:

- das Prinzip, wohlzutun
- das Prinzip, nicht zu schaden
- das Prinzip der Autonomie des Patienten
- das Prinzip der Gerechtigkeit

Diese vier Prinzipien stehen grundsätzlich gleichberechtigt nebeneinander. Es ist aber klar, dass, da sie einen doch recht hohen Abstraktionsgrad haben, bei der Anwendung der Prinzipien auf ein praktisches Problem eine gewisse Gewichtung unvermeidbar ist, allein dadurch, wer die Prinzipien anwendet und damit interpretiert. Darauf zielt denn auch die

Hauptkritik am Modell von Beauchamp und Childress: Ohne Einbettung in eine Moraltheorie ist kaum eine systematische Ausarbeitung der vier Prinzipien in einem bestimmten Kontext möglich. Und ohne diese Einbettung läuft dieser Ansatz dann Gefahr, von Intuitionen oder egoistischen Interessen geleitet zu werden. Denn letztlich ist die Anwendung der Prinzipien von Beauchamp und Childress niemals ganz widerspruchsfrei möglich, beispielsweise in der Frage der begleiteten Sterbehilfe, wo sich das Prinzip, nicht zu schaden, mit dem Prinzip der Achtung der Autonomie des Patienten in die Quere kommt.

Dies sind allerdings Probleme, die auch der Eid des Hippokrates und die Deklaration des Weltärztebundes nicht zu lösen vermögen. Während sich nun aber die Prinzipien, wohlzutun, nicht zu schaden und die Autonomie des Patienten zu achten, aus diesen Grundlagen und damit aus dem ärztlichen Berufsethos durchaus ableiten lassen, ist dies beim Prinzip der Gerechtigkeit schwieriger. Denn wenn es fordert, jeder Person den Anteil an Ressourcen (Güter, Dienstleistungen, Pflegezeit) zukommen zu lassen, auf die sie ein Recht hat, dann werden damit gerechtigkeitsethische Fragen auf der Gesellschaftsebene tangiert. Diese haben mit der klinischen Praxis direkt nichts zu tun. Hier endet der eigentliche Zuständigkeitsbereich des Arztes.

Und hier beginnt ein nicht lösbarer Widerspruch: Wenn einerseits alles getan werden soll für das Wohl des Patienten und alles, um ihm Leid zu ersparen, andererseits aber auch die Ressourcen zu schonen sind, dann haben wir einen Konflikt der Interessen. Wenn zwar die Autonomie des Patienten zu respektieren ist, ihm dann aber mit der Begründung der gerechtigkeitsethischen Verteilung Leistungen vorenthalten werden, dann beisst sich das. In diesem Dilemma befindet sich die Medizinethik: Die vier Prinzipien lassen sich nicht ohne weiteres unter einen Hut bringen. Ob wir von einer effektiven, angewandten und gelebten Medizinethik reden können oder lediglich von einem virtuos ausgearbeiteten, aber letztlich nutzlosen Regelpark, ist davon abhängig, wie gut es gelingt, diese vier Prinzipien, die so oder so ähnlich in den heute geführten medizinethischen Diskursen gegeneinander abgewogen werden, in Einklang zu bringen. Dies heisst, zwei unterschiedliche Sichtweisen auszuloten: ärztliches Berufsethos und gesundheitsökonomische Betrachtung als Haltung des verantwortungsvollen Umgangs mit den zur Verfügung stehenden Mitteln. Hierzu stehen uns verschiedene ethische Konzepte zur Verfügung.

Ethische Konzepte

Wir unterscheiden drei Arten von ethischen Konzepten:

Tugendethik

Die Tugendethik betrachtet den Handelnden und seine Haltung. Sie fragt, in welchen Handlungsweisen sich der Einzelne einüben muss, um ein tauglicher Staatsbürger, ein «guter Mensch» zu werden. Hier wird also die **Person** in den Mittelpunkt der Beurteilung gestellt.

Verpflichtungsethik (deontologische Ethik)

Die Verpflichtungsethik oder deontologische Ethik fragt nach der Handlung selbst und stellt Regeln auf, wie sich rechtfertigen lässt, dass Akteure kategorisch verpflichtet sind, bestimmte Handlungen auszuführen oder zu unterlassen. Hier wird also die **Handlung** in den Mittelpunkt der Beurteilung gestellt.

Nutzenethik (teleologische Ethik)

Die Nutzenethik oder teleologische Ethik versucht Handlungen auszuzeichnen, die für möglichst viele Menschen möglichst erwünschte Erfolge zeigen. Dies kann ein grösstmöglicher Nutzen oder grösstmögliches Glück für die grösstmögliche Zahl sein. Hier wird also das Resultat eines utilitären Optimums, der **Nutzen**, in den Mittelpunkt der Beurteilung gestellt.

Hat die Ökonomie eine Ethik?

Der Arzt stützt sich bei seiner Arbeit auf ein Berufsethos mit grosser Tradition. Dieses gerät in Zeiten des Kostendrucks im Gesundheitswesen vermehrt in Konflikt mit ökonomischen Überlegungen, was sich bei der Anwendung des Gerechtigkeitsprinzips der Medizinethik nach Beauchamp und Childress zeigt. Nun hat auch die Ökonomie zweifellos ihre Vorstellungen darüber, was richtig ist und was falsch, gewiss auch ihre Haltung, doch hat sie auch eine Ethik? Kennen Ökonomen ein Berufsethos, das dem des Arztes vergleichbar ist?

Viele Menschen würden dies heute wohl eher verneinen. Was wir von der Ökonomie wahrnehmen, macht nicht eben einen moralischen Eindruck. Vielmehr entsteht das Gefühl, hier regiere einzig die Moral des Fressens-und-Gefressenwerdens. Der Zweck ist Nutzenoptimierung, nicht die Erhaltung moralischer Werte. Werden diese erhalten, so doch eher als Mittel zum Zweck der Gewinnsteigerung. Es fällt Unternehmen augenscheinlich

nicht schwer, die natürlichen Ressourcen auszubeuten und exorbitante Managerlöhne bei miserablen Löhnen und Arbeitsbedingungen der Arbeiter zu vertreten, so lange sie damit nur wirtschaftlich erfolgreich sind. Hat also die Wirtschaftsethik gar keine Existenzberechtigung, ist sie ein Absurdum, wie der Witz vom Vater unterstellt, der seinem Sohn auf dessen Erklärung, er wolle Wirtschaftsethik studieren, sagt: Du musst dich schon entscheiden. Der Soziologe und Gesellschaftstheoretiker Niklas Luhmann hat es spitzfindig formuliert: «Die Sache hat einen Namen: Wirtschaftsethik. Und ein Geheimnis, nämlich ihre Regeln. Aber meine Vermutung ist, dass sie zu der Sorte von Erscheinungen gehört wie auch die Staatsräson oder die englische Küche, die in der Form eines Geheimnisses auftreten, weil sie geheim halten müssen, dass sie gar nicht existieren» (4).

Diese Betrachtungsweise bildet allerdings nur den heutigen Zustand der Ökonomie ab und unterschlägt ihre Tradition – die bis heute existiert, wenn auch zu wenig ausgeprägt und zu wenig wahrnehmbar. Während der längsten Zeit ihres Daseins (von der griechischen Klassik bis weit in die Neuzeit) hat sich die Ökonomie mehr oder weniger als politische Ökonomie im Sinne der aristotelischen Trias verstanden, als Teil der Politik also, ebenso wie sie die so verstandene Politische Ökonomie wiederum als Teil der Ethik sah. Mit anderen Worten: die Griechen konnten sich eine Teilung von Politik, Ökonomie und Ethik gar nicht vorstellen, und dieses Verständnis hat sehr lange vorgeherrscht. Die Klassiker der Politischen Ökonomie waren denn auch beide nicht Ökonomen und nicht Politwissenschaftler, sondern Moralphilosophen (Adam Smith, John Stuart Mill). In dieser Tradition steht noch das Denken von Antonio Genovesi (1712 bis 1760), der einen Eid für Ökonomen formuliert hat (5), der an den Eid des Hippokrates erinnert. Seine vier Prinzipien sind:

- Entsteht während der Ausübung meines Berufes ein Informationsvorsprung gegenüber anderen Leuten, werde ich diese Informationen nicht zu meinem Vorteil nutzen und gegen andere verwenden.
- Statt Marktbeziehungen als Kampf oder als Wettrennen zu betrachten, wo jemand auf Kosten der anderen gewinnt, werde ich sie als eine Reihe von Möglichkeiten sehen, um gemeinsam wachsen zu können.

- Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen werde ich nie lediglich als Kosten, Humankapital, oder Ressource anschauen, denn sie sind in erster Linie Personen. Sie sollten immer mit dieser Würde behandelt, geachtet, geschätzt und geehrt werden.
- Ich werde den Verdienst hoch schätzen, aber zugleich von einer eindimensionalen und reduktionistischen Sicht des Verdienstes Abstand nehmen.

Davon ist die Ökonomie heute allerdings weit entfernt. Von Brüderlichkeit und Schwesterlichkeit, wie bei Genovesi zu lesen ist, spürt man wenig, die Ökonomie hat sich von moralischen Konzepten weitgehend emanzipiert. Die Loslösung der Ökonomie von der Ethik und damit ihre Beschränkung auf eine Lehre der Nutzenoptimierung kam, wie Peter Ulrich (6) aufzeigt, mit deren «Reduktion von praktischer Vernunft auf „rein“ ökonomische Rationalität».

Ulrich bezieht sich hier auf die praktische Vernunft im Sinne einer Klugheit, die für die Klassiker der Tugendethik (Platon, Aristoteles, Thomas von Aquin) mehr war als Schlaueit, welche auch Gerissenheit sein kann, also in schlechter Absicht und Gesinnung. Klugheit in diesem Sinne verstanden, ist immer auch Weitsichtigkeit, Weisheit. Aus der Reduktion der Ökonomie auf ökonomische Rationalität hingegen ergeben sich viele der Probleme, mit denen die Wirtschaftsethik heute ringt. Peter Ulrich schreibt dazu: «Mit dem letztlichem Scheitern seines Gesamtprojekts verkörpert der Moralphilosoph Smith in Personalunion den Klassiker, der eigentlich die aristotelische Einheitskonzeption von Politischer Ökonomie als Moralphilosophie erneuern wollte, aber von seiner theorie- und dogmengeschichtlichen Wirkung her ironischerweise der neoklassischen Zwei-Welten-Konzeption, also der Herauslösung der „modernen“ Ökonomik aus dem ethischpolitischen Kontext, Vorschub leistete.»

Was kann der Utilitarismus leisten?

Wir haben also die lange Tradition eines heute noch existierenden und in der klinischen Praxis jeder Ärztin und jedes Arztes tagtäglich gelebten ärztlichen Berufsethos⁴, dessen Verhaltenskodex sich in Gerechtigkeitsfragen der Medizinethik mit einer Ökonomie konfrontiert sieht, die ihre ethische Tradition weitgehend verloren hat. Wie lässt sich

verhindern, dass diese Konfrontation zum Krieg wird, wie lässt sich hier ein fruchtbarer Ausgleich schaffen?

Das ethische Konzept des Utilitarismus (7) scheint dies zu vermögen. Mit seinem Ziel, den grösstmöglichen Nutzen für die grösstmögliche Zahl Menschen zu erreichen, schafft es auf der einen Seite eine Nutzenoptimierung, führt dabei aber eine gerechtigkeitsethische Dimension ein, indem die grösstmögliche Zahl Menschen von diesem Nutzen profitieren soll. Dies dürfte der Grund sein, weshalb sich die utilitaristische Betrachtungsweise in der Gesundheitsökonomie durchgesetzt hat, und einiges spricht auch für sie. Dass der Utilitarismus nun aber bereit ist, für diesen grösstmöglichen Nutzen der grösstmöglichen Zahl auf der individuellen Ebene Ungerechtigkeiten und Nachteile in Kauf zu nehmen, macht eine Relativierung notwendig, denn hier stehen im Prinzip humanitäre Werte wie die Unantastbarkeit des Lebens, die Pflicht, den Bedürftigen zu helfen, und die Achtung des Willens und der Würde des Individuums zur Disposition.

Der Utilitarismus als Nutzenethik ist ein teleologisches Ethikkonzept, was bedeutet: Das erreichte Ziel zählt, nicht der Weg. Vereinfacht gesagt: Der Zweck heiligt die Mittel. Ärztliches Ethos hingegen ist eher als Moral in der Tradition von tugendethischen Konzepten zu verstehen. Die Haltung der handelnden Person ist entscheidend. Diese Haltung befähigt denjenigen, der sie sich angeeignet und verinnerlicht hat, für den jeweiligen Fall das jeweils Richtige zu tun. Hier ist also der Weg das Ziel, es heiligt nicht ein Zweck die Mittel, ein Ziel tut dies, und zwar nicht ein Ziel als Vorteil für den Moment, vielmehr ein Ziel für die Menschheit, eine Bestimmung, was Menschsein bedeuten soll. Wenn der Utilitarismus bereit ist, für die Schaffung des grösstmöglichen Nutzens für die grösstmögliche Zahl Ziele in diesem Sinne, humanitäre Werte also, preiszugeben, dann haben wir mit ihm ebenso viele Probleme geschaffen, wie gelöst.

Die Argumentation des grössten Nutzens für die grösstmögliche Zahl kämpft schon grundsätzlich mit einem Widerspruch: Was ist denn ein Nutzen? Lässt sich diese Frage überhaupt allgemein, also für die grösstmögliche Zahl, beantworten? Zeigen sich nicht gerade hier die Vorstellungen und Werte des Individuums, seine Ziele, denen die Handlungen nützen sollen? Wir alle wollen leben, doch was verstehen wir darunter? Lebt ein Mensch, der von lebenserhaltenden Apparaten abhängt, noch? Wir alle wollen gesund sein, doch was ist das? Ist ein Mensch, der täglich mehrere Medikamente einnehmen muss, noch gesund? Wir alle

wollen genug zu essen haben, doch was ist genug und was zu viel? Der Utilitarismus geht von einer Interessenhomogenität aus, die so nicht gegeben ist.

Im schlimmsten Fall einer Diktatur legt eine Elite diese Interessen fest. Doch auch wenn der anzustrebende Nutzen aus einem Konsensus der Bevölkerung, aus einem Mittelwert der Gemeinschaft, abgeleitet und dann auf das Individuum appliziert wird, kann der Utilitarismus schwerlich als gerechtes Ethikkonzept bezeichnet werden. Und was ist mit jenen, die das Pech haben, vom Mittelwert abzuweichen? In Fragen der Lebensgestaltung kann hier noch argumentiert werden, dass sich in einer Gesellschaft nun mal jeder im Interesse des Gemeinwohls anpassen müsse. Bei gesundheitlichen Fragen geht das nicht. Wir können unsere Voraussetzungen nicht einfach ändern, können unsere Gene nicht anpassen, und wir sollten von einer zivilisierten Gesellschaft erwarten dürfen, dass wir nicht dafür diskriminiert werden, von Mittelwerten abzuweichen.

Was können Ethiken in der Tradition Immanuel Kants leisten?

Die Ethik Immanuel Kants (8) ist eine deontologische oder eine Verpflichtungsethik. Sie beurteilt nicht den Handelnden (Tugendethik) und nicht das Resultat seiner Handlung (teleologische Ethiken), sondern nimmt diese Handlung selbst zum Kriterium der Beurteilung. Diese muss bestimmten Regeln folgen. Um zu erfahren, ob eine Handlung gut ist oder schlecht, sollen wir uns nach Kant fragen, ob wir damit einverstanden sein könnten, dass aus unserem Handeln ein allgemeines Gesetz abgeleitet würde. Wenn wir also beispielsweise lügen, so würde dieses Gesetz lauten: Du sollst lügen. Da dann aber jeder lügen würde, wäre das Gesetz nicht nur schlecht, es ist sogar undenkbar, denn wenn jeder lügen würde, so würde es gar keinen Sinn mehr ergeben, den anderen durch Lügen noch täuschen zu wollen. Deshalb nennt Kant das entsprechende moralische Prinzip «Du sollst nicht lügen» eine vollkommene Pflicht. Dies im Unterschied beispielsweise zur Pflicht, Bedürftigen zu helfen, die laut Kant eine unvollkommene Pflicht ist, weil es zwar schlecht ist, Bedürftigen nicht zu helfen, aber doch denkbar. Das führt dann zur problematischen Schlussfolgerung, dass ich einem Mörder die Wahrheit über den Aufenthaltsort seines Opfers sagen muss, denn hier steht die unvollkommene Pflicht, den Bedürftigen zu helfen, der vollkommenen Pflicht gegenüber, die Wahrheit zu sagen. Solche offensichtlichen Fehler haben Kants System den Vorwurf des Regelfetischismus‘ eingetragen. Das ist insofern ungerecht, als Kants Maximen ja nur zu

erweitern wären, um dies zu vermeiden. Zum Beispiel: Du sollst nicht lügen, es sei denn, du hilfst damit einer bedürftigen Person.

Die Diskursethik nach Jürgen Habermas (9), eine Ethik in der Tradition Immanuel Kants, tut dies so, dass sie Kants kategorischen Imperativ umformuliert: «Jede gültige Norm muss der Bedingung genügen, dass die voraussichtlichen Folgen und Nebenwirkungen, die sich jeweils aus ihrer allgemeinen Befolgung für die Befriedigung der Interessen eines jeden Einzelnen voraussichtlich ergeben, von allen Betroffenen akzeptiert (und den Auswirkungen der bekannten alternativen Regelungsmöglichkeiten vorgezogen) werden können.» Damit schafft sie eine Grundlage, mit obigem Konflikt, der sich aus der Nichtgegebenheit einer Interessenhomogenität ableitet, zielführend umzugehen, ohne in Widerspruch mit der Menschenwürde nach Kant (10) zu geraten. Sie verspricht (11): «Die diskursethische Fassung des Moralprinzips schliesst eine gesinnungsethische Verengung des moralischen Urteils aus. Sie verlangt die Berücksichtigung der Folgen und Nebenwirkungen, die sich in gegebenen Kontexten aus der allgemeinen Befolgung einer strittigen Norm (voraussichtlich) ergeben.»

Dies mag sie auch leisten können, doch kann die Gesundheit jemals ein Bereich des Menschseins frei von Gesinnungen sein? Kann man hier überhaupt die Handlung an sich, losgelöst vom Handelnden betrachten? Der Schutz vor «gesinnungsethischer Verengung» ist verständlich vor dem Hintergrund einer teilweise starken Tendenz zum Moralisieren tugendethischer Konzepte, insbesondere jener in der Tradition Thomas von Aquins, denen auf ihrem religiösen Hintergrund etwas Bekehrendes und Belehrendes nicht abzusprechen ist. Wer würde in unserer pluralistischen Gesellschaft noch Tugenden wie Glaube, Liebe, Hoffnung als allgemeine und verbindliche Tugenden bezeichnen? Haben wir aber tatsächlich keine solchen Tugenden mehr oder verstehen wir sie nur anders? Ist nicht gerade die Gesundheit ein Gut, zu dessen Erhaltung Glaube, Liebe und Hoffnung unabdingbar sind?

Man mag diesen Glauben im alltäglichen Sinn als Glauben an die Heilung verstehen oder tatsächlich im Sinne Thomas von Aquins als Gottglauben, der beflügelt, weil er dem Leidenden in seinem Schmerz das Grundgefühl schenkt, trotz allem aufgehoben, nicht seelisch obdachlos zu sein. In beiden Lesarten ist er zentral für die Genesung. Und in beiden Lesarten ist dabei zentral, dass nicht nur der Patient glaubt, sondern auch der behandelnde Arzt. Gleiches gilt für die Liebe und für die Hoffnung. Die Liebe eines nahen Menschen, eines verständnisvollen Arztes, kann einen Kranken heilen. Für wen man die Hoffnung

aufgegeben hat, der kann auch schwerlich gesunden, wer diese Hoffnung für sich selber aufgegeben hat, vernachlässigt seine Gesundheit, erschwert den Heilungsprozess.

Wir können noch einen Schritt weitergehen und postulieren, in unserer säkularisierten, auf das Diesseits gerichteten Zeit sei die Gesundheit zu einer Art Religion geworden? Wir sagen, wir hätten gesündigt, wenn wir uns überessen haben, nennen Fitnesszentren auch Fitnesstempel, reden von Sportgöttern und von Götterkörpern. Und wenn wir den Arzt gelegentlich noch einen Halbgott in Weiss nennen, dann zeigt sich doch, auch wenn es mit einem ironischen Augenzwinkern geschieht, dass die Gesundheit eben stets mehr ist als physische Tatsache. Will man moralische Werte und Entscheidungen frei machen von «gesinnungsethischer Verengung», wie dies die Diskursethik zu tun beabsichtigt, so stösst man in Gesundheitsfragen an die Grenzen, die sich daraus ergeben, dass Gesundheit immer auch eine Frage der Gesinnung ist und dass der Arzt, ist er noch Arzt im Geiste seines Berufsethos⁴, seine Arbeit mit dem Patienten als Ausdruck dieser Gesinnung leistet, die sich in ärztlichen Tugenden zeigt, wie sie im Eid des Hippokrates und in der Deklaration des Weltärztebundes zum Ausdruck kommen.

Wir würden einen Arzt, der zwar alle diagnostischen und therapeutischen Methoden technisch einwandfrei beherrschte, dabei aber an eine Heilung seines Patienten nicht glaubte, diesem gegenüber kaum zur Empathie fähig wäre und für ihn auch keine Hoffnung hegte, wohl schwerlich noch als guten Arzt bezeichnen, auch wenn er vielleicht dennoch fähig wäre, seinen Patienten zu heilen. Hier sind moralische Tugenden, auf die im Kapitel «Das Ethikkonzept des VEMS» vertieft eingegangen werden soll, nicht ein Extra, sondern Teil der Qualifikation. Ohne sie ergeben technische Fähigkeiten gar keinen Sinn; sie sind unter Umständen sogar kontraproduktiv.

Wie steht es um die Medizinethik?

Obige Aufbereitung der Problemstellung zeigt: Es ist nicht einfach mit der Ethik im Gesundheitswesen. Ein tugendethischer Ansatz der Betrachtung ist einerseits zwar gut mit dem ärztlichen Berufsethos vereinbar, heute aber nicht mehr ohne weiteres zu halten. Die Bemessung der Richtigkeit von Handlungen allein aus der Beurteilung ihres Resultats des teleologischen Ethikkonzepts des Utilitarismus⁵ kann zu einer problematischen Der-Zweck-heiligt-die-Mittel-Haltung führen, welche Diskriminierung und Stigmatisierung nicht nur gutheisst, sondern fördert und schafft. Eine Konzentration auf die Handlung selbst und der

Versuch, ihre Richtigkeit mit logischem Fragen und Schliessen oder mit einem rational geführten Diskurs allgemein und objektiv zu beurteilen, wie dies deontologische Ethiken tun, wird der Sache ebenfalls nur teilweise gerecht. Gesundheitsfragen sind auch Gesinnungsfragen, müssen dabei eingedenk ihrer Folgen für das Individuum und die Gemeinschaft beurteilt werden, was die Antwort auf die Frage, ob eine Handlung richtig oder falsch ist, zur komplexen Fragestellung macht.

Dies fühlt man, liest man die Derivate mancher Ethikkommissionen. Sie sind nicht selten so wortgewandt und scharfsinnig wie letztlich doch nichtssagend. Was ist nun richtig, was ist falsch? Was ist beispielsweise davon zu halten, wenn die Empfehlung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW zu Zwangsausschaffungen von Flüchtlingen aus der Schweiz festhält (13), der Arzt habe das Recht, sich zu weigern, diese zu begleiten, das Verfahren dabei aber nicht verurteilt wird? Wenn das Verfahren medizinethisch so bedenklich ist, dass es die SAMW als berechtigt erachtet, dass der Arzt seine Pflicht, dem Patienten zu helfen, in diesem Fall nicht leistet, dann ist dieses Verfahren doch entschieden zu verurteilen. Hier genügt es doch nicht, dem Arzt lediglich das Recht einzuräumen, es zu verurteilen. Eine Ethikkommission wäre ja auch wohl kaum als solche ernst zu nehmen, würde sie uns lediglich das Recht einräumen, Diebstahl, Raub, Mord etc. zu verurteilen.

Solche als eine Ethik der Verantwortungslosigkeit erscheinende, nutzlose Empfehlungen gibt es im Gesundheitswesen Schweiz nicht wenige: im Bereich der Entscheidungen am Lebensende, der Suizidhilfe, der Behandlung teurer Patienten mit seltenen Krankheiten etc. In anderen Bereichen wie der Regelung von Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen fehlen Regelungen gänzlich, weshalb es heute Usus ist, dass Ärzte sich in Verträgen mit Krankenkassen und Spitälern zur Einhaltung von Budgets oder zu einer bestimmten Anzahl vorzunehmender Eingriffe verpflichten, unabhängig davon, welche Budgets und welche Eingriffe die gegebene Patientensituation dann verlangt. Die FMH hat dies heute erkannt, was sich in ihrer jüngsten Stellungnahme zu Boni und Incentives (12) zeigt. Diese ist als unmissverständliches Zeichen einer Medizin zu werten, die sich ihrer Aufgabe wieder bewusst wird und die ihre Verantwortung für den Patienten wieder wahrnimmt.

Wenn Ethikkommissionen und Instanzen, Fachverbände und -gremien sich diesbezüglich nun aber um eine klare Haltung und entsprechende Weisungen und

Empfehlungen drücken, dann beantworten diese Fragen eben Markt und Politik. Und dann geht es nicht mehr um Werte, jetzt regieren Kräfte, Geldströme, Mächte. Dies ist derzeit klar der Fall und führt dazu, dass der grösste gemeinsame Nenner von Markt und Politik den Diskurs dominiert: das Konzept des Utilitarismus'. Der VEMS stellt eine tendenziell zu starke Gewichtung des Gerechtigkeitsprinzips der Medizinethik und eine tendenziell zu einseitige Auslegung desselben im utilitaristischen Sinn fest. Der Arzt erhält zu wenig Raum, dieses Prinzip gemeinsam mit seinem Patienten und den involvierten Stellen gegen jene Prinzipien abzuwägen, die ärztliches Berufsethos ausmachen: guttun, nicht schaden, die Autonomie der Patientinnen und Patienten respektieren. Vielmehr wird er entweder gezwungen, das Gerechtigkeitsprinzip in diesem Sinne selber und unter Korruption seines ärztlichen Berufsethos' zum wichtigen, wenn nicht zum wichtigsten Massstab seines Handelns zu erheben, oder aus der klinischen Praxis ausgelagerte Organe und Organisationen tun dies für ihn, was dann in Form von Vorschriften mit Strafen bei Verstössen wieder auf den Arzt zurückfällt.

Zweifellos muss die gerechtigkeitsethische Frage im Gesundheitswesen auch in Hinblick auf kommende Generationen gestellt werden, denen dereinst auch noch die Ressourcen für eine adäquate gesundheitliche Versorgung zur Verfügung stehen sollten. Entscheidend ist aber, wie sie gestellt wird. Die derzeitige Grundstimmung einer diffusen Angst, die Gesundheitskosten würden aus dem Ruder laufen, führt zu einem Schwarz-weiss-Denken. Dieses Klima schürt Denunziantentum, jeder versucht, den schwarzen Peter dem anderen zuzuschieben, von gemeinsamen Lösungen sind wir weit entfernt. Wie im nächsten Kapitel aufgezeigt werden soll, verhindert es – neben den medizinethischen Problemen, die es schafft – schon ein im ökonomischen Sinn produktives Zusammenarbeiten.

Bereits eine Analyse der effektiven Probleme ist so kaum möglich. Sie wird im Gegenteil mit einer voreingenommenen utilitaristischen Herangehensweise systematisch verhindert. Dies, indem aus Durchschnittswerten Schlüsse gezogen werden, deren Konsequenzen dem Individuum dann aufgezwungen werden, anstatt umgekehrt aus der Aufsummierung von Einzelbetrachtungen tatsächliche Zusammenhänge herauszufinden, wie es, was im übernächsten Kapitel aufgezeigt werden soll, wissenschaftliches Arbeiten und das diesem zugrundeliegende Ethos verlangen würden. Doch zuerst zur Betrachtung des Gesundheitswesens als ökonomisches System.

Das Gesundheitswesen als ökonomisches System

Zusammenfassung

Dieses Kapitel untersucht das Gesundheitswesen als ökonomisches System und stellt fest, dass darin nicht die Situation eines freien Marktes gegeben ist, sondern dass hier vielmehr ein Auftrag des Souveräns an die Akteure besteht, zusammen die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Obwohl dies an sich weithin erkannt ist, verhalten sich die einzelnen Akteure nicht dementsprechend, was seinen Grund darin hat, dass ihre jeweiligen Partikularinteressen ihr Agieren bestimmen und dass sie der Meinung sind, Mechanismen, die in anderen Märkten funktionieren, würden es auch im Gesundheitswesen tun. Der Versuch, die Leistungserbringer mit Elementen des freien Marktes zu mehr Effizienz anzutreiben, hat nun aber gerade gegenteilige Effekte, indem diese, um zu überleben, für den Markt arbeiten müssen, nicht mehr für den Patienten. Neben medizinethischen Folgen hat uns dies auch in einigen Bereichen Verteuerungen ohne Mehrwert oder sogar verbunden mit einer Verringerung der Qualität beschert. Das Kapitel stellt die drei vorherrschenden Paradigmen unseres Gesundheitswesens «Kostenobergrenze», «Effizienz durch Wettbewerb» und «Effizienz durch Standardisierung» infrage und stellt fest:

- Eine Kostenobergrenze zu formulieren würde bedeuten, davon auszugehen, der Auftrag des Souveräns an das Gesundheitswesen sei verhandelbar. Er ist aber vielmehr das zentrale Anliegen eines Staates, denn ohne seine Bürgerinnen und Bürger existiert der Staat nicht mehr.
- Die Schaffung eines Wettbewerbs, wo keiner ist, bedingt, dass Qualitätsindikatoren eingeführt werden, die einen Vergleich der Leistungen überhaupt erst ermöglichen. Da die Qualität medizinischer Leistungen allerdings kaum objektiv mess- und beurteilbar ist, führt dies dazu, dass die Leistungserbringer ihr Verhalten nicht mehr nach dem Patienten ausrichten, sondern nach der Erfüllung der Qualitätskriterien.

- Das Bestreben, nicht nur Behandlungen und Abläufe, sondern auch die Indikations- und Behandlungsentscheide zu standardisieren, wird der Tatsache nicht gerecht, dass es die intellektuelle Leistung des Arztes ist, diesen Entscheid zusammen mit seinem Patienten für den jeweiligen Fall zu fällen. Die Auslagerung dieses Entscheides aus der klinischen Praxis kann neben medizinethischen Problemen auch zu massiven Verteuerungen durch komplett fehlgeleitete Behandlungspfade führen.

Wie klug im ökonomischen Sinn ist unser Gesundheitswesen?

Dass ein Gesundheitswesen kein freier Markt ist, ist eine Binsenwahrheit. Der Kunde ist hier der Patient, er bezahlt die bezogenen Leistungen nicht direkt, sondern indirekt mit seiner Prämie und bezieht nicht einen Gegenwert für das, was er bezahlt hat, sondern die Leistungen, die er zu seiner Heilung benötigt. Leistungserbringer und Pharmazeutische Industrie verrechnen ihre Dienstleistungen und Waren den Krankenkassen, wobei diese die Rechnungen zugelassener Ärzte prinzipiell bezahlen müssen. Das ist kein freier Markt, und einen solchen darf man auch nicht zulassen. Die Gesundheit ist ein Gut, das allen zusteht, ein freier Markt würde wohl dazu führen, dass sich nicht mehr jeder eine gesundheitliche Grundversorgung leisten könnte.

Im Gesundheitswesen zahlen die Nachfrager (die Patienten) also nicht direkt für die bezogenen Dienstleistungen, sondern indirekt qua Versicherungsbeiträge. In einem solchen System (third-party payment) kommt es naturgemäss sowohl zu einer Überproduktion als auch zu einem Überkonsum, weshalb ohne regulierende Steuerungsmassnahmen die Gefahr einer unkontrollierten Kostenausweitung bestünde. Ziel regulativer Steuerungsmassnahmen ist die optimale Allokation der zur Verfügung stehenden Mittel. Dies ist ein Auftrag des Souveräns an Politik und Behörden, ihm gilt es, Partikularinteressen der verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens unterzuordnen, der Industrie, der Leistungserbringer und der Krankenkassen. Dies kann nicht mit der Situation anderer Märkte verglichen werden; wir haben hier keinen eigentlichen Wettbewerb der Akteure, sondern einen gemeinsam zu erfüllenden Auftrag des Souveräns an diese, dessen Ziel die Erhaltung der Volksgesundheit zu einem vertretbaren Preis ist.

Dennoch ist auch hier im ökonomischen Sinne klug zu agieren, und das Gesundheitswesen sollte in diesem Sinne möglichst optimal funktionieren. Was bedeutet das? Der Bedarf an Gütern und Dienstleistungen muss möglichst genau erfasst werden und die Planung so organisiert sein, dass dieser Bedarf mit einem entsprechenden Angebot zur gewünschten Zeit, im gewünschten Umfang und am gewünschten Ort befriedigt werden kann. Rückmeldungen von Mängeln der Qualität und der Verfügbarkeit des Angebots sollten in die Verbesserung der Abläufe ebenso einfließen wie Erkenntnisse über veränderte Bedürfnisse der Konsumenten, um so eine stetige Optimierung des Angebots zu erreichen. Es versteht sich, dass dies im Gesundheitswesen mehr als in jedem anderen Bereich unabdingbar ist, denn

hier kann es zur Frage von Leben und Tod werden. Einen freien Markt braucht es dazu nicht zwingend, eine gute ökonomische Planung reicht durchaus.

Den Eindruck, eine solche existiere im Gesundheitswesen Schweiz, gewinnt man derzeit eher nicht:

- Was ist von einer Planung zu halten, in welcher einerseits Ärzte aus dem Ausland in die Schweiz zum Arbeiten geholt werden müssen, weil der Bedarf an medizinischen Dienstleistungen mit unseren eigenen Fachkräften offensichtlich nicht befriedigt werden kann, gleichzeitig aber ein Zulassungsstopp für neue Ärzte verhängt wird?
- Was ist von einer Gesundheitspolitik zu halten, die teilweise jahrelang an Vorlagen arbeitet, die dann, wie die Managed-Care-Vorlage im Juni 2012, vom Volk mit grossem Mehr abgelehnt werden, weil sie offensichtlich komplett an dessen Bedürfnissen vorbeiziehen? Was ist von Steuerungsmassnahmen wie den Fallpauschalen DRG zu halten, die mit dem vollmundigen Versprechen einer kostendämpfenden Wirkung angetreten sind, wenn bereits heute allgemein davon ausgegangen wird, dass deren Wirkung wenigstens nicht kostentreibend sein sollte?
- Was ist von einer Bedarfsforschung zu halten, die sich darauf beschränkt, Durchschnittskosten verschiedener Kantone zu vergleichen und sie in einen Bezug zur Anzahl Leistungserbringer pro Kopf zu bringen, um daraus zu schliessen, ein höheres Angebot verursache unnötige Behandlungen, welche die jeweiligen Ärzte nur zur persönlichen Bereicherung leisten würden? Ob dieser Schluss richtig ist, liesse sich herausfinden, hätte man begründende Variablen wie den Wohnkanton der Patienten, um den Migration-bias auszugleichen (Patienten aus anderen Kantonen lassen sich aufgrund eines Unterangebots im eigenen Kanton in einem Fremdkanton behandeln), sowie die Variablen Morbidität und Mortalität. Ebendiese Variablen sind in der Datengrundlage aber nicht erfasst, weil es sich um eine Datenbank des Dachverbands der Schweizer Krankenkassen santésuisse handelt. Ob also in den jeweiligen Kantonen effektive Überversorgung oder

allenfalls nicht sogar Unterversorgung vorliegt, kann so nicht festgestellt werden. Wie soll aber ein Angebot jemals richtig geplant werden, wenn der effektive Bedarf nicht korrekt erfasst wird?

Vergleicht man mit anderen Wirtschaftszweigen, muss festgehalten werden: Keine andere Branche kann es sich leisten, den Bedarf des Marktes so schlecht zu messen, die Effizienz so mangelhaft zu überprüfen, sich über die effektive Messbarkeit der Qualität der erbrachten Dienstleistungen solche Illusionen zu machen und ökonomische Steuerungsentscheide so fahrlässig zu fällen wie das Gesundheitswesen. Weshalb wird hier so schlecht geplant und so wenig weitsichtig entschieden?

Interessen und Anreize bestimmen das Handeln

Die verschiedenen Akteure des Schweizer Gesundheitswesens agieren im betriebswirtschaftlichen Sinn wohl ökonomisch vernünftig, indem jede Entität ihren Teil am Kuchen zu sichern oder möglichst zu vergrössern trachtet. Das System insgesamt und seine Steuerung durch die Gesundheitspolitik können jedoch schwerlich als ökonomisch sinnvoll agierend bezeichnet werden. Lange war nicht einmal eine gesamthafte Strategie dieses Gebildes erkennbar, was sich mit der Herausgabe des Strategiepapiers «Gesundheit2020» (14) des Bundesrats geändert hat. Erstmals werden darin Prioritäten klar gesetzt, Ziele formuliert und Wege zu deren Erreichung formuliert. Die Anreize sind aber nach wie vor so gesetzt, dass die damit provozierten Handlungen dem System als Ganzem schädlich oder zumindest nicht zuträglich sind.

Offensichtlich orten Krankenkassen und Politik bei den frei praktizierenden Ärzten eine gewisse Gefahr, zur persönlichen Bereicherung unnötige Behandlungen vorzunehmen. Dies ist insofern nachvollziehbar, als dazu prinzipiell ein Anreiz besteht, da der Arzt umso mehr verdient, je mehr er behandelt, und der Patient, ist seine Franchise einmal ausgereizt und der maximale Selbstbehalt erreicht, nicht mehr bezahlt für mehr Behandlungen, weshalb er versucht ist, mehr einzufordern, als zwingend notwendig wäre. Folgerichtig werden die frei praktizierenden Ärzte mit den sogenannten WZW-Verfahren daraufhin überprüft, ob ihre Behandlungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wie dies im KVG gesetzlich vorgeschrieben wird.

Wieso wird dieses Verfahren nun aber nicht von einer neutralen Stelle wie dem BAG, sondern vom Dachverband der Schweizer Krankenkassen santésuisse durchgeführt, der eigene Interessen und folglich eine voreingenommene Betrachtungsweise haben muss? Und wieso ist dieses Verfahren ein reiner Quervergleich des Mittelwerts der verursachten Kosten auf der Basis aggregierter, folglich verzerrter Daten mit den Kosten einer Vergleichsgruppe, wobei zur Verfeinerung als Variablen Wohnkanton, Durchschnittsalter und Geschlecht der Patienten berücksichtigt werden? Bekanntlich behandelt ein Arzt weder den Kanton, noch das Alter und nur in sehr seltenen Fällen das Geschlecht seiner Patienten.

Ein solches Verfahren kann sowohl Falschpositive wie auch Falschnegative produzieren, und das hat es in der Vergangenheit zweifelsohne auch. Einige Ärzte, die angemessen und nach bestem Wissen und Gewissen gearbeitet haben, sind als Überarzt angezeigt worden und wurden in ein aufreibendes Verfahren gezogen, aus dem sie sich oftmals nur mit einem Vergleich ziehen konnten, der sie in manchen Fällen an die Grenze eines Konkurses getrieben hat. Dies vermittelt den Eindruck einer gewissen Willkür. Die Folge ist eine bis heute herrschende Grundstimmung der Angst, eine tendenziell eher zu restriktive Verschreibungspraxis und schliesslich auch – zusammen mit dem Zulassungsstopp – eine Tendenz der frei praktizierenden Ärzte, vermehrt in Ärztenetzwerken und im Spitalambulatorium zu arbeiten, wo sie bezüglich ihrer Wirtschaftlichkeit nicht überprüft werden, obwohl hier nachweislich mehr Anreize zur Überarztung bestehen (15).

Hier ist ein interessengetriebenes Agieren unleugbar, einerseits der Kantone, die ihre Spitalambulatorien auslasten wollen, andererseits der Krankenkassen, die ein Interesse daran haben, Ärzte in ihren Netzwerken zu binden. Um die Kosten besser kontrollieren zu können, wird argumentiert. Dies mag tatsächlich die Intention sein, es sollen hier keine schlechten Absichten unterstellt werden. Es darf aber auch das ökonomische Gesetz nicht vergessen werden, dass sich ein Angebot in Richtung der Kernkompetenz desjenigen verlagert, der die Kontrolle darüber hat. Und die Kernkompetenz von Krankenkassen ist nun mal die Verwaltung, nicht die Behandlung von Patienten, ebenso wenig, wie Behörden und Politik, die die Auslastung ihrer Spitäler vorantreiben, darauf spezialisiert sind.

So ist denn auch ein starker Trend zu mehr Verwaltung im Gesundheitswesen zu beobachten: auf der Stufe der Steuerung des Gesamtsystems, in den Verbänden, Behörden, Gremien, in den Spitälern und in den freien Praxen, denen ein kaum noch zu bewältigender administrativer Aufwand aufgebürdet wird. Das Resultat ist, dass es immer schwieriger wird,

vor allem Hausärzte zur Betreuung einer eigenen Praxis, vornehmlich auf dem Land, zu bewegen und dass ein Spitalarzt heute nur noch rund ein Viertel seiner Zeit mit seiner eigentlichen Arbeit bei den Patienten verbringt. Dass darunter die Behandlungsqualität leidet, versteht sich von selbst. Vergessen wird dabei aber scheinbar, dass eben diese Behandlungsqualität die Effizienz eines Arztes ausmacht, also gerade das, was vermittels der Verwaltung verbessert werden sollte.

Konkret heisst dies: Frei praktizierende Ärzte schützen sich vor den Verfahren der *santésuisse* mit einem Verhalten, das dem Gesundheitswesen in der Folge Mehrkosten und Schäden beschert: Vermeiden von alten und polymorbiden Patienten, die dann später teurer behandelt werden müssen. Gleiches gilt für die Fallpauschalen DRG, die insgesamt nicht zuletzt deshalb zu einem Kostenanstieg geführt haben, weil sie die Spitäler zu kostentreibendem Verhalten motivieren: Zusammenstellen der Patienten als eine Art Portfolio, das es so zu optimieren gilt, dass rentable Behandlungen möglichst oft durchgeführt und weniger rentable vermieden werden, was einerseits unnötige Eingriffe wie Blinddarm-, Hüft- oder Knieoperationen zur Folge hat. Andererseits führt es dazu, dass Spitäler ihre Planung entsprechend vornehmen: Rentable Abteilungen (vergleichsweise viele und teure Geräte) werden ausgebaut, weniger rentable (personalintensive) baut man ab. Das Resultat sind Versorgungslücken schon innerhalb eines Spitals und Kantons und eine Tendenz zu einer Gerätemedizin, zu deren Amortisation Fälle her müssen, auch wenn die dann vorgenommenen Behandlungen vielleicht nicht unbedingt angezeigt wären.

Auch beim jüngsten Steuerungsinstrument Health Technology Assessments HTA ist eine hohe Gefahr des interessengesteuerten Missbrauchs bereits jetzt erkennbar (16). HTAs sollen helfen, die Effizienz medizinischer Massnahmen zu messen, um zu objektivieren, welche von ihnen weiterhin bezahlt werden sollen und welche nicht. Wie jede Beurteilung kann aber auch die Beurteilung durch HTAs niemals absolut objektiv sein. Wer beurteilt, bestimmt, wie beurteilt wird, wer bei der Beurteilung die Meinungsführung innehat, gestaltet diese nach seinen Interessen. In der Schweiz sind dies der Fachverband der Pharmazeutischen Industrie Interpharma und der Dachverband der Schweizer Krankenkassen *santésuisse*, deren Richtung die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW und der Berufsverband der Schweizer Ärzte FMH mehr oder weniger folgen. Damit droht eine gefährliche Einseitigkeit der Beurteilung auf der Basis reiner Kostenvergleiche, wobei alternative Behandlungsmethoden, auch wenn sie im Einzelfall wirksam sind, tendenziell aus

dem Katalog der Grundversicherung gestrichen werden. Die kostentreibende Wirkung könnte hier die sein, dass, falls die Empfehlungen von Gremien wie dem Swiss Medical Board SMB (www.medical-board.ch) tarifarische Konsequenzen haben, ein für den Einzelfall (oder für eine ganze Patientengruppe) sinnvoller Indikations- und Behandlungsentscheid vom Arzt nicht mehr gefällt wird, obwohl die empfohlene und ergo bezahlte Behandlung unter Umständen teurer ist oder gar medizinische Komplikationen nach sich zieht, die dann Mehrkosten zur Folge haben können.

Drei Fehlannahmen

Wir beobachten also eine Tendenz zu mehr Verwaltung und Standardisierung sowie, in diesem Zuge, zur Auslagerung klinischer Entscheide aus der Klinik. Offensichtlich ist die Bereitschaft zu gering, die Anreize unseres Gesundheitswesens auf ihre effektive Wirkung bezüglich Effizienz hin zu untersuchen und entsprechend positive Anreize zur Kosteneindämmung zu entwickeln. Vielmehr gibt man sich zu unreflektiert einem Glauben an den freien Markt hin, der sich in drei Annahmen zeigt, die nach der Meinung des VEMS als falsch zu bezeichnen sind:

1. das Paradigma der Kostenexplosion und, daraus folgend, dasjenige der notwendigen Formulierung einer Obergrenze
2. das Paradigma der positiven Wirkung des Wettbewerbs
3. das Paradigma der Effizienzsteigerung durch Standardisierung

Diese drei Annahmen bilden die Grundpfeiler eines Denkens, das im Gesundheitswesen zum Mainstream geworden ist und im Folgenden reflektiert werden soll.

Paradigma Kostenexplosion und Obergrenze

Der allgemeine Konsens der Kostenexplosion im Gesundheitswesen führt zum Ruf nach Kostenkontrolle. Der VEMS hält dies für ein Dogma und stellt unter Einbezug aller Faktoren eine effektive Kostenexplosion in seinem «Thesenpapier Gesundheitskosten» (17) infrage.

Auch erachten wir das derzeitige Klima des Sparens um jeden Preis als irrational und wenig geeignet, sinnvolle Entscheide zur Erhaltung eines der zentralen Güter unserer Gemeinschaft zu fällen. Vielmehr befürchten wir, dass immer mehr Verwaltung um die Kostenkontrolle immer mehr Mittel verschlingen wird, die dann für die eigentliche Versorgung fehlen. Dadurch wird diese anfällig auf Fehler, die ihrerseits weit höhere Kosten verursachen, was den Ruf nach mehr Kostenkontrolle dann noch verstärkt.

Die Bevölkerung wird voraussichtlich weiterhin wachsen und weithin insgesamt älter werden. Dies hat einen höheren Anteil an Patienten zur Folge, die hohe Pflegekosten verursachen (alte und polymorbide). Gleichzeitig können diese dank den Fortschritten der Medizin immer besser behandelt werden, was zu stetig steigenden Gesundheitskosten führen wird. Wer eine Stagnation derselben oder deren Eindämmung fordert, fordert folglich de Facto Rationierung. Da es politisch nicht opportun ist, dies zu fordern, fordert man eben Massnahmen, von denen nicht unbekannt sein kann, dass sie letztlich verdeckte Rationierung bedeuten. Diesen Massnahmen (Wirtschaftlichkeitsverfahren, Fallpauschalen, Managed Care, HTA) ist gemeinsam, dass sie den Druck auf die Leistungserbringer erhöhen, die dann zur offenen oder versteckten Rationierung gezwungen sind, um Sanktionen zu vermeiden. Die Folge dieser Grundtendenz kann nur die sein, dass die Behandlungsqualität – insbesondere die Qualität der Beziehung zwischen Arzt und Patient – abnimmt, was eine Abnahme der Effektivität der Behandlung nach sich zieht und damit Mehrkosten verursacht. Die Gesundheitskosten werden weiterhin steigen, in welchem Mass dies geschehen wird, lässt sich extrapolieren. Es gilt, dies einzusehen und gemeinsam pragmatische Wege der Finanzierung unseres Gesundheitswesens zu finden, anstatt weiter den schwarzen Peter hin und her zu schieben.

Wer nun aber eine unkontrollierte Kostenexplosion ortet, der muss auch eine Obergrenze dieser Kosten formulieren, also einen Punkt, ab welchem das Gesundheitswesen nicht mehr bezahlbar ist. Eine solche Obergrenze auszusprechen oder nur schon anzunehmen, auch wenn sie nicht quantifiziert wird, bedeutet jedoch, prinzipiell davon auszugehen, der Auftrag des Souveräns an das Gesundheitswesen, die Bürgerinnen und Bürger unseres Landes gesund zu erhalten, sei verhandelbar. Es ist aber klar, dass dies nicht der Fall ist. Vielmehr handelt es sich bei diesem Auftrag um das zentrale Anliegen eines Staates, denn ohne seine Bürgerinnen und Bürger ist der Staat nicht mehr existent. Hier gälte es im Gegenteil, eine Untergrenze vergleichbar der Armutsgrenze zu formulieren, also ein Kostenminimum,

welches zu unterschreiten zur Folge hätte, dass die adäquate gesundheitliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürgerinnen durch das Gesundheitswesen nicht mehr gewährleistet werden kann. Entsprechend wären dann die Prioritäten zu setzen, indem nun mit anderen staatlich geförderten Bereichen wie der Subvention landwirtschaftlicher Betriebe, der Erhaltung unserer Armee, dem Strassenbau, der Kulturförderung etc. abgewogen werden könnte, um Schwerpunkte zu setzen. Die Formulierung einer solchen Untergrenze würde in jedem Fall helfen, die Diskussionen um das Kostenwachstum unseres Gesundheitswesens zu versachlichen, während die Formulierung einer Obergrenze – insbesondere ohne konkreten Zahlenwert – ein irrationales Klima schafft, das Nährboden für medizinethisch problematische Steuerungsentscheide liefert, weil bereits diese Grundlage eine problematische ist.

Paradigma positive Wirkung des Wettbewerbs

Das Paradigma, dass mehr Wettbewerb die Effizienz im Gesundheitswesen verbessert und damit die Kosten dämpft, hält sich hartnäckig. Entgegen jeder Evidenz, denn was wir sehen, ist das genaue Gegenteil: Je mehr Wettbewerb man einführt, desto ineffizienter wird das Ganze. Das ist auch nicht verwunderlich. Wenn die Anbieter eines Marktes ihr Angebot nach den Bedürfnissen der Nachfrager ausgestalten müssen, ist Wettbewerb ein gutes Mittel zum Zweck der Optimierung dieses Angebots. Dann nämlich sind die Anbieter angehalten, einen Tick innovativer und effizienter zu sein als die Konkurrenz, um kundengerechtere, kostengünstigere und besser verfügbare Produkte auf den Markt zu bringen und sich so eine gute Marktstellung zu erkämpfen, wenn möglich die Marktführerschaft zu erobern.

Diese Situation ist im Gesundheitsmarkt aber nur in Teilbereichen gegeben. Der Patient kann ja nicht einfach frei Dienstleistungen wählen wie im Supermarkt, behandelt wird nicht, was er will, sondern mehr oder weniger das, was medizinisch angezeigt ist. Der Wettbewerb unter Krankenkassen andererseits hat durchaus seine Berechtigung, er zwingt diese zur Innovation, ebenso wie der Wettbewerb unter den Unternehmen der Pharmazeutischen und der Medizintechnischen Industrie. Fordert man nun aber auch für die Leistungserbringer (Ärzte und Spitäler) einen solchen Wettbewerb, so steht man vor einem grundsätzlichen Problem: Wie soll man Qualität hier überhaupt beurteilen, wie lässt sie sich messen? Der Patient muss davon ausgehen, dass sein Arzt eine gute Arbeit gemacht hat, wenn

sich der Heilungserfolg einstellt. Und tut er dies nicht, ist es für den Laien ausser bei groben und offensichtlichen Verletzungen der Sorgfaltspflicht kaum abzuschätzen, weshalb sich allenfalls Komplikationen ergeben haben und ob der Arzt/das Spital die Schuld daran trägt. Seine Zufriedenheit mit der Behandlung ist der einzige offensichtliche Qualitätsindikator, doch das kann auch mit der guten Aussicht aus seinem Krankenzimmer zu tun haben.

Um nun unter den Leistungserbringern einen Wettbewerb zu schaffen, wo eigentlich keiner ist, müssen Qualitätsindikatoren gefunden werden. Das Bundesamt für Gesundheit BAG beispielsweise vermerkt zu den Qualitätsindikatoren (18) der Schweizer Spitäler: «Aus den Fallzahlen geht hervor, wie viel Erfahrung ein bestimmtes Spital bei der Behandlung einer Krankheit hat. Anteilswerte, wie beispielsweise der Anteil Kaiserschnitte an allen Geburten, geben ein detailliertes Bild über die Praxis in den betreffenden Spitälern. Der Anteil der Todesfälle bildet zudem den Ausgangspunkt für vertiefte Analysen und Verbesserungen in den Spitälern. Die Ergebnisse sind risikobereinigt: die effektiv beobachtete Mortalität wird in Beziehung gesetzt mit der zu erwartenden Mortalität, welche sich aus dem Alter und dem Geschlecht der Patienten ergibt.»

Unser Bundesrat sieht dies anders und richtig, wie die Antwort des Bundesrates vom 29.11.2013 auf die Interpellation des CVP-Ständerats Pirmin Bischoff «Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Immer mehr unnötige Operationen?» vom 27.9.2013 (19) zeigt. Auf die Frage, welcher Anteil medizinischer Eingriffe medizinisch begründet sei, hält er klar fest: «Auf der alleinigen Grundlage der statistischen Angaben ist es nicht möglich, die Frage zu beantworten, ob gewisse in der Statistik erfasste Behandlungen nicht medizinisch begründet gewesen sein könnten. Die Beantwortung dieser Frage wie auch der Frage, ob notwendige Behandlungen nicht erbracht worden sein könnten, würde komplexe Analysen mit Beteiligung von Vertretern der Ärzteschaft erfordern.»

Mit anderen Worten: die Qualitätsindikatoren des BAG sind alles andere als bereinigt; es könnten durchaus andere Gründe als eine mangelhafte Leistung sein, die einem Leistungserbringer eine angeblich schlechte Qualität unterstellen. Die Folge: Die Leistungserbringer passen ihre Arbeitsweise den Indikatoren an. Nun geht es nicht mehr darum, eine gute Arbeit zu machen, sondern darum, seine Arbeit so zu machen, dass die fraglichen Indikatoren positiv beeinflusst werden. Dies führt zu Verschiebungen, die sich gerade gegenteilig auswirken können:

- Wenn ein Spital pro Behandlung einen fixen Betrag erhält, unabhängig vom konkreten Fall und vom Patienten, an dem es diese ausführt (DRG), dann wird es Behandlungen und Patienten, die sich lohnen, priorisieren und solche, die dies nicht tun, vermeiden. Die Patienten werden dann anderswo behandelt, eher zu spät und deshalb eher teurer.
- Wenn ein Arzt dafür gebüsst wird, im Vergleich zu seinen Kollegen höhere Kosten zu verursachen, unabhängig von seinem Patientengut (WZW-Verfahren der santésuisse), dann wird er bestimmte Patienten und Behandlungen vermeiden, mit der Folge verspäteter und teurerer Behandlungen.
- Wenn ein Arzt sich vertraglich zur Einhaltung eines Budgets mit Busszahlung bei Überschreitung und Bonus bei Unterschreitung verpflichtet (Managed Care), dann belohnt man ihn dafür, möglichst nicht zu behandeln und an den Spezialisten weiter zu verweisen. Die Folge sind zu späte Behandlungen mit teilweise erheblichen Mehrkosten.
- Wenn Spitäler anhand von Mittelwertvergleichen ohne Einschub begründender Erklärungsvariablen miteinander verglichen und klassifiziert werden, so sind sie angehalten, bestimmte Patienten abzuweisen und bestimmte Spezialisierungen abzubauen (beispielsweise die Entwicklung einer hohen «Sterbekultur», die sich dann in der Mortalitätsstatistik des BAG negativ niederschlägt, obwohl sie offensichtlich eine Qualität des betreffenden Spitals ist).
- Wenn es für ein Spital wirtschaftlich überlebenswichtiger ist, eine geschickte Codierung seiner Patienten vorzunehmen, als eine korrekte Diagnose zu stellen, dann wird der Patient nicht mehr aufgrund dessen behandelt, was sein Leiden ist, sondern aufgrund dessen, was sich für das Spital wirtschaftlich lohnt. Die Folgekosten sind Nachbehandlungen und spitalexterne Nachbetreuung.

Diese Beispiele zeigen, dass die Schaffung eines künstlichen Wettbewerbs im Gesundheitswesen nicht zur Kostenreduktion führt, und die Evidenz spricht dieselbe Sprache: wohl kaum jemand glaubt noch wirklich an die kostendämpfende Wirkung dieser Massnahmen. Der Tenor ist vielmehr der, dass man hofft, wenigstens nicht von einer kostentreibenden Wirkung ausgehen zu müssen. Dies ist allerdings zumindest fraglich. Fraglos hingegen ist ihre negative Wirkung im Sinne einer Motivation zu medizinethisch problematischen Handlungen der Leistungserbringer, was auch Folgekosten nach sich zieht.

Wenn man die Leistungserbringer a priori als potenzielle Überärzter sieht, denen mit Tricks und Kniffen das Handwerk zu legen ist, so zerstört man deren intrinsische Motivation. Und das hat neben moralischen sehr wohl auch monetäre Konsequenzen. Wenn diese intrinsische Motivation dann auch noch durch eine extrinsische Motivation wie Incentives für Ärzte ersetzt wird, dann haben wir erreicht, was niemand wirklich erreichen wollen kann: Motivierte Ärzte, die mit Herzblut und Überzeugung bei der Arbeit sind, werden ausgesiebt, Medizinmanager, für die der Arztberuf in erster Linie eine gute Erwerbsmöglichkeit ist, werden selektiert und gefördert.

Paradigma Effizienzsteigerung durch Standardisierung

Es ist heute weithin erkannt, dass im Bereich der Behandlung durch Standardisierung der Abläufe, Vermeiden von Doppelspurigkeiten und Verbesserung der Effizienz zwar noch einiges Potential brach liegt, die Hauptkosten aber bei der Indikationsstellung und Diagnose anfallen. Was dort entschieden wird, bestimmt den gesamten Verlauf der Behandlung. Eine falsche Behandlung kann im Verlauf noch korrigiert werden, eine falsche Indikationsstellung nur sehr schwer. Fachgesellschaften arbeiten deshalb teilweise seit Jahrzehnten daran, Richtlinien zu entwickeln, die eine gewisse Objektivierung der Fälle ermöglichen. Drei Ziele werden mit diesen Bemühungen verfolgt:

- Erleichtern der Arbeit der Spezialisten
- Verringern unnötiger Eingriffe
- Verringern unterlassener, nötiger Eingriffe

Da die jeweiligen Behandlungspfade sehr komplex sein können, ist die Ausarbeitung und Überarbeitung solcher Richtlinien immer ein langwieriger Prozess, begleitet von einem kontroversen Diskurs innerhalb der Fachgesellschaften und unterstützt von einer intensiven Studienrecherche sowie von eigens hierfür entwickelten Studien. Das Resultat kann dennoch nicht mehr sein als eine Richtlinie.

Als Mittel zur Kostenreduktion scheint es nun auf den ersten Blick plausibel, nicht nur Behandlungen soweit als möglich zu standardisieren, sondern auch die Indikation und die Diagnose. Der Vorteil scheint hier der zu sein, dass unnötige Eingriffe objektiv als Verstösse gegen die aus den Empfehlungen der Fachgesellschaften oder anderer Gremien abgeleiteten Vorschriften geahndet und gebüsst werden könnten; der Arzt, der zu seiner persönlichen Bereicherung Behandlungen verschreibt, die gar nicht angezeigt sind, wäre einfach identifizierbar, sein Vergehen objektiv nachweisbar. Diese Argumentation unterschlägt allerdings, dass es die eigentliche intellektuelle Leistung eines Arztes ist, zusammen mit seinem Patienten den Indikations- und Behandlungsentscheid unter Berücksichtigung aller für den jeweiligen Einzelfall relevanter Parameter zu fällen. Nimmt man ihn aus seinen Händen und delegiert ihn an externe Gremien, wird der Arzt zum reinen Ausführer von Vorgaben, die im Einzelfall unter Umständen gerade die falsche Entscheidung vorsehen. Und dies kann dann neben persönlichem Leid auch Mehrkosten verursachen.

Gremien wie das Swiss Medical Board SMB (www.medical-board.ch) versuchen, mit Health Technology Assessments HTAs Behandlungen einer objektiven Prüfung zu unterziehen, um in sogenannten HTA-Berichten Empfehlungen zu erlassen, welche Leistungen von den Kassen inskünftig innerhalb der obligatorischen Krankenversicherung zu bezahlen sind und welche nicht. Diese Empfehlungen haben also sicherlich zumindest eine starke Tendenz tarifarischer Konsequenzen. Ihr Problem ist der Versuch der Objektivierung des Nicht-Objektivierbaren. Ein Indikations- und Behandlungsentscheid wird immer individuell zu fällen sein, für jede Regel findet sich eine Gegenregel, für jede Richtlinie eine von ihr abweichende. Durch eine selektive Auswahl von Studien und Richtlinien ist es hingegen möglich, eine für bestimmte Interessengruppen wünschenswerte, auf den ersten Blick vielleicht auch kostengünstigere Variante zu einem bestimmten Behandlungspfad zu finden.

Wird dieser Vorschlag/Bericht alsdann den betreffenden Fachgesellschaften zur Revalidierung vorgelegt, ist dagegen auch nichts einzuwenden. In keiner Weise ist es aber

zulässig, dass er ohne deren Revalidierung seinen Weg in den Praxisalltag in Form von verbindlichen Vorschriften mit tarifarischen Konsequenzen findet. Denn neben unter Umständen sogar kostentreibenden Wirkungen, welche eventuell unter einer einseitigen, den Praxisalltag zu wenig berücksichtigenden Sichtweise übersehen werden, können die medizinethischen Konsequenzen eines solchen Berichts insbesondere bei Anwendung des QALY-Konzepts (Bemessung des Wertes eines Lebensjahres) Benachteiligungen ganzer Patientengruppen sein. Hier hat also auch der Patientenschutz ein Wort mitzureden. Der VEMS geht auf diese Frage eingehend in seinem Positionspapier «Rationierung, QALY und die mathematische Maschinerie» (20) ein.

Das Gesundheitswesen ist nicht mit einem Produktionsbetrieb vergleichbar, ebenso wenig wie mit einem Dienstleistungsbetrieb eines anderen Sektors. Während bei Abläufen der produzierenden Industrie oder bei technischen Dienstleistungen eine Standardisierung der Abläufe durchaus eine Verbesserung der Effizienz und damit Kosteneinsparungen bringen kann, verhält es sich in der klinischen Praxis gerade umgekehrt: Standardisierbar sind allenfalls Abläufe wie die des Bestellen und Bereitstellens des Arbeitsmaterials, der Reinigung der Räume etc. sowie gewisse Abläufe in der Behandlung. Der Versuch indes, die Indikation standardisieren zu wollen und den Arzt zum reinen Ausführer von Richtlinien zu machen, birgt neben erheblichen medizinethischen Konsequenzen die Gefahr, teilweise erhebliche Mehrkosten durch völlig fehlgeleitete Behandlungen zuwider jeder klinischen Evidenz zu induzieren.

Ein Missverständnis und seine Folgen

Wir stellen insgesamt fest, dass unser Gesundheitswesen nicht etwa vom Denken des freien Marktes beflügelt, sondern von einem kompletten Missverständnis dieses Denkens behindert, verteuert und verschlechtert wird. Der für das Gesundheitswesen fruchtbarste Teil dieses Denkens, das Setzen positiver, Qualität und Effizienz steigernder Anreize, wird mit dem Schaffen eines künstlichen Wettbewerbs solcherart pervertiert, dass gerade Gegenteiliges resultiert. Anstatt sich einzugestehen, dass das Gesundheitswesen kein freier Markt ist, und daraus eine sinnvolle Planung dieses Marktes abzuleiten, werden Anreize so gesetzt, dass die einzelnen Akteure im Interesse des eigenen Überlebens gar nicht anders können, als sich so zu verhalten, dass bei einer stetigen Verschlechterung der Behandlungsqualität eine stetige Verteuerung des Systems resultiert. Da die Mittel aber nun einmal nicht unendlich sind, ist

das Resultat dieses Wahnsinns, dass für finanziell und gesundheitlich benachteiligte Bürgerinnen und Bürger dereinst keine adäquate Grundversorgung mehr zur Verfügung stehen wird, was einer medizinethischen Katastrophe gleichkommt und mit aller Entschlossenheit zu verhindern ist.

Das Gesundheitswesen als Wissenschaftsobjekt

Zusammenfassung

Dieses Kapitel geht der Frage nach, ob die Wissenschaft in unserem Gesundheitswesen die Voraussetzungen hat, Klarheit im Geflecht der Interessen zu schaffen, und stellt fest, dass ihr dazu die Integrität fehlt, weil sie selber zu sehr in diese Interessen eingeflochten ist. Dies zeigt sich in einer Herangehensweise, die Züge vergleichbar dem ökonomischen Utilitarismus aufweist, indem aus Mittelwertvergleichen Schlüsse gezogen werden, die dann auf die Ebene des Individuums heruntergebrochen werden, anstatt umgekehrt die Einzelbeobachtungen auf der Ebene des Individuums hochzurechnen, um aus den so gewonnenen Erkenntnissen auf der Metaebene tatsächliche Zusammenhänge zu ergründen. Wenn dies dann auch noch als Evidenz verkauft wird, dann erweist die Wissenschaft unserem Gesundheitswesen einen Bärenienst, weil solche Studien – der VEMS nennt sie Janusstudien – anfällig sind auf interessen geleitete Manipulation. Das Kapitel greift auf die diesbezügliche Expertise und Erfahrung des VEMS zurück und stellt Mängel auf drei Ebenen fest:

- Die Datengrundlagen der meisten Studien der Public Health werden nicht aufgrund der Anforderungen des Studiendesigns erstellt, sondern sind Datenbanken, die billig verfügbar sind. Deshalb sind in ihnen nicht selten wichtige begründende Variablen gar nicht erfasst, weshalb es den Studien, gestützt auf diese Datengrundlagen, dann natürlich auch unmöglich ist, Zusammenhänge zu begründen. Es bleibt bei Hypothesen. Diese können auch deshalb komplett falsche Interpretationen sein, weil oftmals mit aggregierten Daten gearbeitet wird, also mit Datenbanken, bei denen durch die Bildung von Subgruppen, die ungleich stark in die Gesamtbeurteilung einfließen, eine Verzerrung des Erklärungsgehalts entsteht.
- Da sich das Studiendesign den nun mal gegebenen Datengrundlagen anpassen muss, verwässert es. Anstatt mögliche begründende Variablen zu identifizieren, den Erklärungsgehalt der Studie vor dem Hintergrund ihrer Ermangelung

offenzulegen und vorzuschlagen, wie ein höherer Evidenzgrad zu erreichen wäre, verschleiern viele Studien diese Tatsache, indem sie sich in zweideutigen Aussagen hüllen. Der VEMS nennt diese Studien deshalb Janusstudien. Studien mit hypothetischen Kosten-Nutzen-Analysen, die mögliche Einsparungen prognostizieren, legen überdies die diesen prospektiven Hochrechnungen zugrundeliegenden Methoden zu wenig offen und stellen so falsche Vergleiche an, indem effektiv existierende Kosten hypothetischen gegenübergestellt werden, als handelte es sich bei beiden um Tatsachen.

- Die Kommunikation der Resultate von Studien dieser Art sollte vor diesem Hintergrund von einer gebotenen Vorsicht geprägt sein. Das Gegenteil ist indes der Fall: Hypothesen werden als erwiesen verkauft. Da die Medien dies zu wenig kritisch aufgreifen, gelangen falsche Einschätzungen der tatsächlichen Zusammenhänge in Umlauf und verhärten sich zu Wahrheiten, die dann allgemein geglaubt und folglich antizipiert werden von den Politikern, die sich, wollen sie wiedergewählt werden, nicht quer zu den Meinungen der Bürgerinnen und Bürger stellen können.

Hat die Wissenschaft ein moralisches Gewissen?

Im vorigen Kapitel wurde aufgezeigt, dass der Markt an sich weder besonders böse, noch besonders gut, weder amoralisch, noch moralisch ist, sondern dass es darauf ankommt, seine Kräfte so zu lenken, dass eine medizinethisch vertretbare Situation geschaffen wird, in der es nicht zu erheblichen Benachteiligungen einzelner Patienten oder ganzer Patientengruppen kommt. Das gelingt derzeit eindeutig nicht. Ein schwer überschaubares Netz von Partikularinteressen, Anreizen, Kräften und Kräfteverhältnissen verhindert dies und bestimmt weitgehend das Geschehen, welches sich in Richtung einer Zweiklassenmedizin entwickelt. Von der Wissenschaft mit ihrem Selbstanspruch einer gewissen Objektivität nun sollte man erwarten dürfen, dass sie in der Lage ist, dieses Netz zu entflechten, Klarheit zu schaffen und so zur Verbesserung der Situation beizutragen. Kann sie dies auch? Oder anders gefragt: Hat sie das moralische Gewissen dazu, ist sie integer? Werner von Braun (21), der eine irritierende Entwicklung vom Nazi zum amerikanischen Nationalhelden und Pionier der Raumfahrt durchlief, meinte dazu pessimistisch: «Die Wissenschaft hat keine moralische Dimension. Sie ist wie ein Messer. Wenn man es einem Chirurgen und einem Mörder gibt, gebraucht es jeder auf seine Weise.» Stimmt das tatsächlich? Hat die Wissenschaft nicht vielmehr sogar ihre Ethik?

Die Rede soll hier nicht von der Wissenschaftsethik sein, welche die ethischen Problemstellungen untersucht, mit denen sich die Wissenschaft herausgefordert sieht, wenn es darum geht, abzuwägen, ob ihre Errungenschaften Folgen nach sich ziehen, die moralisch nicht vertretbar sind (Atombombe, Stammzellenforschung, Gentechnologie etc.). Vielmehr wollen wir die Frage stellen, ob wissenschaftliches Arbeiten an sich schon eine gewisse Ethik voraussetzt. Der Wissenschaftstheoretiker Karl Popper hat diesen Standpunkt offensichtlich vertreten. Hubert Kieseewetter hat Poppers Beiträge zur Ethik untersucht (22), Popper selber seine diesbezügliche Position im Beitrag «Philosophie gegen falsche Propheten» (23) des Bayrischen Rundfunks aus dem Jahr 1974 so formuliert: «Wir brauchen keine wissenschaftliche Ethik, und es kann auch keine wissenschaftliche Ethik geben. Es gibt aber etwas anderes: Ich meine, die Wissenschaft selbst ist sehr stark von ethischen Prinzipien abhängig, und diese Ethik, die sich in der Wissenschaft manifestiert, also in der aufrichtigen Wahrheitssuche, im Versuch des Wissenschaftlers, sein Ich zurückzustellen hinter der Wahrheitssuche – da sind ethische Prinzipien, die sozusagen indirekt in der Wissenschaft verankert sind.» Wenn wir im Folgenden versuchen, diese wissenschaftsinhärente Ethik, von

der Karl Popper spricht, zu formulieren, dann kommen wir auf drei Grundprinzipien, denen wohl jeder Wissenschaftler beipflichten wird:

- **Unvoreingenommenheit**

Eine wissenschaftliche Arbeit darf die in ihr postulierten Thesen nicht zu ihrer Herleitung voraussetzen. Sie muss als Erstes unvoreingenommen hinschauen und beobachten, was ist, bevor sie dazu ansetzt, die beobachteten Phänomene zu erklären.

- **Transparenz**

Eine wissenschaftliche Arbeit muss beim Erklären des Festgestellten ehrlich sein. Sie muss offenlegen, wo sie weshalb welche Schlüsse zieht, andere Ansätze einräumen und Auskunft darüber geben, weshalb diese nicht weiterverfolgt werden.

- **Wissenschaftliche Logik und Methodik**

Eine wissenschaftliche Arbeit muss diskursiv sein, also so ausgestaltet, dass sie es dem Leser ermöglicht, die in ihr formulierten Schlussfolgerungen logisch nachzuvollziehen, damit er, falls er andere Schlüsse zieht, diese begründen und die Theorie so weiterentwickeln kann; sie muss sowohl verifizierbar, als auch falsifizierbar sein.

Dass diese Prinzipien sich grundsätzlich sehr gut mit dem ärztlichen Berufsethos vereinen lassen, zeigt ein Vergleich:

- Das Prinzip der Unvoreingenommenheit findet sich in der ärztlichen Ethik gemäss Genfer Deklaration des Weltärztebundes (2) wieder im Prinzip, sich in seinen ärztlichen Pflichten seinen Patienten gegenüber nicht beeinflussen zu lassen durch «Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung».

- Das Prinzip der Transparenz widerspricht wohl der ärztlichen Schweigepflicht, die besagt: «Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren», steht aber in Einklang mit dem Berufsethos der Weitergabe des Wissens an Kolleginnen und Kollegen: «Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten. Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein.»
- Das Prinzip von Logik und Methodik ist, als Handlungsmaxime, sich nicht korrumpieren zu lassen, in Einklang mit dem ärztlichen Berufsethos: «Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.»

Ideal und Wirklichkeit

Wir können also einen wissenschaftlichen Habitus, ein Berufsethos der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler feststellen, das ärztlichem Berufsethos durchaus verwandt ist. Es versteht sich allerdings, dass dies ein Idealbild ist. Die Wirklichkeit sieht anders aus, und die Wissenschaft hat in jüngster Zeit nicht eben an Glaubwürdigkeit gewonnen. Der Deutsche Hochschulverband hält in seiner «Resolution des 60. DHV-Tages», datiert auf den 23. März 2010 (24), denn auch fest: «Die weltweite Wirtschafts- und Finanzkrise kann auch als Versagen einer wissenschaftlichen Ausbildung verstanden werden, die ihre ethischen Wurzeln verloren hat». Im gleichen Papier wird eine «Tendenz weg von der Wissenschaft, hin zum reinen Forschen» moniert. Was könnte damit gemeint sein?

Forschen kann man, ohne Stellung zu beziehen. Es genügt, beim argumentativen Abwägen die Gepflogenheiten und den Jargon des jeweiligen Wissensgebiets zu beachten, um eine Arbeit abzuliefern, gegen die nichts einzuwenden ist – auch wenn vielleicht ebenso wenig für sie spricht. Eine solche Arbeit kommt in einem wissenschaftlichen Habitus daher, tut aber nicht, was den Unterschied zwischen reinem Forschen und echter Wissenschaft ausmacht: Eine wirklich wissenschaftliche Arbeit bezieht Stellung, übernimmt Verantwortung für ihre Aussagen, die folglich eindeutig sind und in klaren, einfachen Worten formuliert werden, damit sie jedermann nachvollziehbar sind, der gewillt ist, sie zu verstehen. Hier wird

sich nicht hinter zweideutigen Aussagen versteckt, hier herrscht Transparenz, denn nur so kann Wissen weiterentwickelt werden, nur so ist Wissenschaft überhaupt möglich, und anders eben lediglich Forschen.

Was ist nun beispielsweise davon zu halten, wenn Prof. Thomas Rosemann, Ordinarius am Institut für Hausarztmedizin Zürich, auf unseren Einwand gegen seine in der Nachrichtensendung 10vor10 vom 18. Juni 2012 geäußerte Behauptung, es bestünde ein Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Überarztung einräumt (25): «... Forschungsgelder für eine Versorgungsforschung, die solche Zusammenhänge untersucht fehlt – wohl weil niemand an der entsprechenden Transparenz interessiert ist ...»? Wozu, wenn nicht zur Schaffung eben dieser Transparenz, soll denn ein Professor seinem Auftrag nachgehen? Oder was wirft es für einen Blick auf die Arbeitsweise und -einstellung von Prof. Reto Schleiniger der ZHAW, Fachstelle Wirtschaftspolitik, wenn er auf den Einwand der ForBig GmbH und Prof. Jürgen Wasem (26), seine Studie für santésuisse «Mengen und Preise der OKP-Leistungen» verwende keine begründenden Erklärungsvariablen, um ihre postulierte These zu untermauern, in einer E-Mail vom 3. Juli 2013 an den VEMS schreibt (27): «Falls Morbiditätsdaten als weitere erklärende Variable verwendet werden, ergibt sich allerdings auch dabei die Frage nach der Exogenität dieser Variablen bzw. die Frage nach der kausalen Verknüpfung mit anderen Variablen. Mit anderen Worten kann auch der umfassendste Einbezug von weiteren denkbaren Faktoren die Frage nach der Kausalität empirisch nicht klären»? Müssen wir daraus schliessen, dass, da ja auch noch so viele Erklärungsvariablen eine Sache grundsätzlich niemals zu hundert Prozent erklären können, diese Erklärungsvariablen auch gleich ganz weggelassen werden dürfen, um bei der reinen Hypothese zu verbleiben? Ist dies die Antwort eines Wissenschaftlers, spricht hier wissenschaftliches Berufsethos oder nicht vielmehr der Opportunismus eines Institutsleiters, der sein Institut mit Auftragsarbeiten über Wasser halten muss?

Wer wacht über das wissenschaftliche Gewissen und wie gut?

Dies sind beileibe keine Einzelbeispiele. Es steht nicht zum Besten mit dem Berufsethos der Wissenschaftler unseres Gesundheitswesens. Studien im Auftrag der Pharmazeutischen Industrie wurden immer schon mit Argusaugen beobachtet, denn es ist klar, dass es der Industrie letztlich darum geht, Medikamente zu verkaufen. Wie im letzten Kapitel aufgezeigt wurde, haben aber alle Akteure des Gesundheitswesens ihre Partikularinteressen. Folglich

sind sämtliche diesbezüglichen wissenschaftlichen Arbeiten einer kritischen Betrachtung zu unterziehen, also auch jene, die im Auftrag anderer Akteure wie der Krankenkassen, staatlicher Behörden, der Leistungserbringer, der Politik und von Interessenverbänden erstellt wurden. Wer tut dies?

Die Prinzipien wissenschaftlichen Arbeitens finden ihren Niederschlag in wissenschaftlichen Standards wie beispielsweise den Grundlagen der Good Epidemiological Practice GEP (28) bezüglich Planung, Durchführung, Analyse und Beurteilung der Resultate einer wissenschaftlichen Arbeit im Bereich Public Health (Versorgungsforschung). Dass diese Grundlagen auch eingehalten werden, dafür sollte einerseits der wissenschaftsinterne Prozess des Peer-Reviewings sorgen. Andererseits haben Behörden wie der Ethikrat der öffentlichen Statistiken der Schweiz, aber auch Gremien wie die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW mit ihrem Ethikrat oder die Akademien der Wissenschaften Schweiz die Funktion eines gewissen Korrektivs inne. Werden diese Richtlinien eingehalten und spielen diese Korrektive, ist professionelles wissenschaftliches Arbeiten prinzipiell möglich. Letztlich können aber nur wissenschaftlicher Pluralismus und intellektuelle Verantwortung der Wissenschaftler selbst die Wissenschaft glaubwürdig machen.

Wenn besagte Gremien ihrer Aufgabe nur bedingt und selektiv nachkommen, was derzeit bedauerlicherweise der Fall ist, dann ist mit ihrer Arbeit eben auch keinerlei Garantie für die Einhaltung solcher Standards verbunden, sondern vielmehr die gefährliche, weil trügerische Illusion, dies sei der Fall. Richtlinien bilden nur die Grundlage des wissenschaftlichen Bereinigungsprozesses, den entscheidenden Teil tun Menschen, die Verantwortung übernehmen. Dabei tut man sich in der Schweiz als kleinem Land, wo keiner dem anderen auf den Füßen stehen will, offensichtlich etwas schwer, was der Qualität unseres wissenschaftlichen Outputs im Bereich des Gesundheitswesens nicht eben zuträglich ist. Wahrheitsfindung ist ja keine Sache der demokratischen Abstimmung unter Experten, sondern ein mit aller Härte zu führender wissenschaftlicher Diskurs nach den Regeln der Wissenschaftlichkeit.

So einfach ist es allerdings nicht. Ein Wissenschaftler ist, wie jeder Mensch, immer auch ein Homo Politicus. Dies bedeutet: Das Hineinpassen neuer Thesen, Theorien und Behauptungen in das jeweilige Überzeugungsnetz des wissenschaftlichen Mainstreams erleichtert es einer Arbeit, von der wissenschaftlichen Gemeinde aufgenommen und auch

ernstgenommen zu werden. Hier besteht ein Interessenkonflikt mit dem wissenschaftlichen Prinzip der Unvoreingenommenheit, und nicht selten kommt es vor, dass Wissenschaftler ihre wirklich kritischen Arbeiten eher zu Ende ihrer Karriere herausbringen (oder herauszubringen wagen?), wenn sie nicht mehr unter den Erfolgswängen des Anfangs stehen. Im Folgenden soll deshalb der Versuch unternommen werden, das Überzeugungsnetz des wissenschaftlichen Mainstreams im Gesundheitswesen Schweiz abzubilden, beziehungsweise aufzuzeigen, wo es sich in offensichtlichem Konflikt mit der Evidenz oder nur schon mit dem gesunden Menschenverstand befindet.

Utilitaristische Betrachtungsweise als problematische Grundhaltung

Tendenziell ist bei der Herangehensweise an wissenschaftliche Arbeiten und Betrachtungen des Gesundheitswesens Schweiz eine gewisse Voreingenommenheit auf eine utilitaristische Sicht festzustellen. Dies geschieht so, dass aus Mittelwertvergleichen auf der Basis von Durchschnittswerten ohne oder unter ungenügendem Einschub begründender Erklärungsvariablen Schlüsse gezogen werden, die dann Konsequenzen für das Individuum haben, ungeachtet seiner spezifischen Situation. Hierzu sei in Erinnerung gerufen: Abweichungen vom Mittelwert sind das, was die Wissenschaft interessiert. Denn hier beginnt ihre Arbeit, hier zeigen sich interessante Zusammenhänge, die uns der Wahrheit näherbringen können. Wenn Abweichung vom Mittelwert nun aber nicht mehr untersucht, sondern gebüsst werden, dann hat sich die Wissenschaft selber abgeschafft.

Wie dieses Vorgehen gerechtfertigt wird, zeigt sich exemplarisch am Beispiel der WZW-Verfahren der santésuisse: Es wird argumentiert, die Verschreibungskosten seien dadurch insgesamt zurückgegangen, die Sache ergo als Erfolg zu verbuchen. Kaum jemand ist also so dreist und geht hin, zu behaupten, das Verfahren habe exakt und zweifelsfrei jene Ärzte gebüsst, die auch tatsächlich zu ihrer persönlichen Bereicherung mehr verschrieben haben, als nötig gewesen wäre. Dies ist eine utilitaristische Argumentation: Der Zweck heiligt die Mittel, das Ziel für die Allgemeinheit ist erreicht. Und wenn auf der individuellen Ebene damit auch dem einen oder dem anderen Arzt ein Unrecht angetan wurde, so ist dies im Interesse des grösstmöglichen Nutzens für die grösstmögliche Zahl doch vertretbar.

Das ist es eben nicht, denn ein Arzt, der fürchten muss, ihm werde ein Unrecht getan, ist auch eher bereit, selber eines zu begehen, um dies zu verhindern. Man kann nicht erwarten,

dass sich korrekt verhält, wer nicht korrekt behandelt wird, insbesondere dann nicht, wenn gerade sein inkorrektes Verhalten ihn davor schützt, inkorrekt behandelt zu werden. Und dies schafft dann auf der individuellen Ebene für die Patienten seinerseits ein Unrecht, indem Patienten, die für den Arzt «gefährlich» werden können, nicht mehr mit einer korrekten Behandlung, ja nicht einmal mehr mit einer offenen Kommunikation durch den Arzt rechnen dürfen.

Gleiches gilt für Rankings, die Spitäler mit komplett verschiedenen Aufträgen, Rahmenbedingungen und Patientenkollektiven auf der Basis von Mittelwertvergleichen von Qualitätsindikatoren einander gegenüberstellen und so zur Angleichung an die definierten Qualitätsindikatoren und damit zur Angleichung aneinander zwingen. Ebenfalls zu beobachten ist dies bei Studien unserer Versorgungsforschung, in denen Kantone mit ganz unterschiedlichen Voraussetzungen über einen Klee geschlagen und damit Versorgungsunterschiede nicht begründet, sondern bekämpft werden, um so unter Umständen gefährliche Versorgungslücken zu schaffen, die dann in jahrelanger Aufbauarbeit wieder zu korrigieren sind. Bezüglich der Anstrengungen schliesslich, mit Health Technology Assessments HTAs Indikations- und Behandlungsentscheide zunehmend zu standardisieren, sei in Erinnerung gerufen: In Deutschland sterben derzeit jährlich bis zu 40'000 Menschen durch Wechselwirkungen von Medikamenten. Für die Schweiz dürften ähnliche Zahlen gelten. Und wo, wenn nicht auf der individuellen Ebene, sind solche Wechselwirkungen zu erkennen? Auch hier arbeiten wissenschaftliche Studien zu oft mit einer gewissen utilitaristischen Voreingenommenheit, die dazu führt, dass Patienten mit seltenen oder komplexen Krankheiten aus dem Blickfeld geraten, bzw. die Unterschiede zwischen Kranken- und Lebenssituationen viel zu wenig in die Betrachtung mit einbezogen werden. Dies gelingt nur, wenn auf der Ebene der Einzelbeobachtungen gearbeitet wird, um aus diesen Schlüsse zu ziehen, die dann mehr sind als Hypothesen.

Eine utilitaristische Grundhaltung hält der VEMS aus diesen Gründen als Herangehensweise bei medizinischen Problemstellungen für nicht adäquat; sie schafft eine gefährliche Verengung des Blickes. Bedauerlicherweise stellt sie aber noch immer und ungeachtet der hier skizzierten und begründeten Einwände wissenschaftlichen Mainstream dar, gegen den anzukämpfen nicht eben leicht ist. Es ist zu hoffen, dass in Zukunft mehr Wissenschaftler dazu den Mut finden. Hier sei an Bertrand Russells Wort erinnert: «Wenn alle Experten sich einig sind, ist Vorsicht geboten.»

Drei prinzipielle Mängel

Konkret äussert sich die utilitaristische Grundhaltung in wissenschaftlichen Betrachtungen und Beurteilungen des Gesundheitswesens Schweiz auf drei Ebenen:

- mangelhafte Datengrundlage
- mangelhaftes Studiendesign
- unlautere Kommunikation der Studienresultate

Im Folgenden sollen diese drei Ebenen untersucht werden.

Mangelhafte Datengrundlage

Eine Studie oder wissenschaftliche Beurteilung untersucht einen Zusammenhang von zwei oder mehr Ereignissen, stellt eine These über eine Korrelation auf und argumentiert, was für diese spricht und was dagegen, beziehungsweise, in welchen Fällen sie mit welcher Wahrscheinlichkeit gegeben sein dürfte. Verifizierbar ist die Theorie, wenn dieser Zusammenhang mit Stichproben überhaupt untersucht werden kann, verifiziert, wenn er es auch tatsächlich wurde und sich jeweils bestätigt hat. Falsifizierbar ist die Theorie, wenn auch Fälle aufgezeigt werden können, in denen dieser Zusammenhang so nicht gegeben ist, falsifiziert, wenn solche Fälle gefunden wurden.

Grundlage der Studie oder Beurteilung ist eine Datenbank, in welcher verschiedene Indikatoren erfasst werden. Wenn man beispielsweise Menschen auf der Strasse nach ihrem allgemeinen Befinden fragt und jeweils das Wetter erfasst, wird man wohl feststellen, dass sich die meisten Leute bei Regen schlechter fühlen als wenn die Sonne scheint. In diesem Fall ist der Zusammenhang einfach. Medizinische Zusammenhänge sind unvergleichlich komplexer. Kommen wie im Gesundheitswesen neben der medizinischen weitere Ebenen dazu, die ihrerseits bereits eine hohe Komplexität aufweisen, soziologische, politische, ökonomische, psychologische, so wird die Untersuchung hochkomplex und datenintensiv.

Erfassen wir in unserem Beispiel statt des Wetters das Alter, die soziale Stellung, das Einkommen, den Zivilstand und vielleicht noch die Konfession, wird es schon schwieriger, aus diesen Daten einen Zusammenhang festzustellen. Sind gläubige Menschen tendenziell glücklicher als Atheisten und Agnostiker? Oder spielt das Einkommen dabei eine viel wichtigere Rolle? Oder der Zivilstand? Die Methode, mit welcher man solche

Zusammenhänge sichtbar macht und zu erkennen versucht, nennt man Varianzanalyse. Dabei wird ein Wert R^2 errechnet, welcher in unserem Fall des Zusammenhangs zwischen Wetter und seelischem Wohlbefinden wohl gegen eins laufen würde, wobei ein r -Wert von eins bedeutet, dass der Zusammenhang absolut und in jedem Fall besteht. Je kleiner dieser Wert R^2 andererseits ist, desto weniger stark ist der Zusammenhang.

Im Idealfall entwickelt man zuerst das Studiendesign, um dann zu definieren, welche Daten verfügbar sein müssen, und diese in der Folge zu erfassen. Diese Situation ist im Gesundheitswesen nur sehr selten gegeben. Im Normalfall wird mit Datenbasen gearbeitet, die bereits verfügbar sind. Daraus ergeben sich zwei Probleme:

- es sind nicht alle zur Betrachtung benötigten, den Sachverhalt begründenden Variablen erfasst
- man arbeitet mit aggregierten Daten (anhand einer Variable wurden Subgruppen gebildet, die das Resultat verzerren)

Zum ersten Problem: Wenn wir in unserem Beispiel das Einkommen aus datenrechtlichen Gründen nicht erfassen dürften, so könnten wir hingehen und die Beurteilung anhand der Variable «soziale Stellung» vornehmen und in Unterschicht, Mittelschicht und Oberschicht unterteilen, wobei wir annehmen würden, dass Unterschicht niedriges Einkommen, Mittelschicht mittleres und Oberschicht hohes Einkommen bedeutet. Das könnte dann zu so verwirrenden Schlussfolgerungen führen wie der, dass in einer Stadt, in der viele Bewohner zwar noch den oberen Gesellschaftsklassen angehören, de facto aber verarmt sind, und andererseits viele soziale Aufsteiger wohnen, Menschen, die sich leisten können, was sie wollen (Oberschicht und falsch gefolgert hohes Einkommen), dennoch nicht glücklich sind und solche, die jeden Franken zweimal umdrehen müssen (Unterschicht und falsch gefolgert tiefes Einkommen), sich als glücklich bezeichnen würden. In Wahrheit wäre wohl eher das Gegenteil der Fall, aber natürlich ist die Sache bei dieser Untersuchung noch komplexer.

Die Datengrundlage definiert, wie wir aus diesem Beispiel sehen, den Evidenzgrad, den eine Studie überhaupt erreichen kann. Und beobachte die Studie auch noch so scharfsinnig, und argumentiere sie auch noch so rational und stringent, fehlen in der

Datenbank Variablen, die den untersuchten Sachverhalt begründen, kann die Studie nicht mehr liefern als Hypothesen. Zwei Beispiele aus dem Gesundheitswesen:

- Die meisten Studien der Versorgungsforschung greifen auf bestehende Datenbanken der santésuisse zurück, weil diese nun mal verfügbar sind. Hier fehlt dann zum Beispiel als wichtige begründende Variable zur Untersuchung von Unterschieden der Gesundheitskosten verschiedener Kantone der Wohnkanton der behandelten Patienten. Wenn nun aber nicht klar ist, woher ein Patient kommt, dann kann auch nicht gesagt werden, ob er sich aufgrund eines Unterangebots in seinem eigenen Kanton oder aufgrund eines Überangebots, also angebotsinduziert, behandeln lässt. Letzteres wird dann aber oft behauptet und als erwiesen proklamiert; in Wahrheit lässt es sich auf dieser Basis gar nicht beurteilen. Siehe dazu auch Interpellation Bischoff (19).
- Die Basis der Beurteilung ärztlicher Leistungen durch die santésuisse in den WZW-Verfahren ist ihre eigene Datenbank. Darin werden alle Rechnungen erfasst, die an die Kassen geschickt wurden. Was folglich fehlt, ist der in der Schweiz nicht unerhebliche Anteil der Selbstzahler, Rechnungen also, die aus eigener Tasche beglichen und nie der Krankenkasse geschickt wurden. Das führt zusammen mit der Tatsache, dass die Spitalärzte (immerhin 30% der ambulanten Kosten) gar nicht in den Vergleich einfließen, zu einer Verzerrung. Verglichen werden dann Durchschnittswerte der Kosten pro Arzt und Patient, wobei das Krankengut eines Arztes nicht berücksichtigt wird. Hier macht man den Fehler des Rückschlusses aus einer Variable auf eine andere unseres Beispiels. Die Variable «Alter» sollte reichen, den Gesundheitszustand einzuteilen, denn hier besteht ja eine bekannte Relation: ältere Patienten verursachen mehr Kosten. Wirklich? Ein Arzt, der viele vergleichsweise junge, aber schwerkranke Patienten in seinem Kollektiv hat, Aidskranke, Krebskranke, Diabetiker, Übergewichtige etc., wird auf diese Weise jedenfalls unfair beurteilt. Die verursachten Kosten lassen sich aus dem Alter der Patienten

und dem Fachgebiet plus Kanton der Praxis nicht hinreichend begründen, sondern in erster Linie aus den Krankheiten der Patienten, die der Arzt behandelt. Eine eigentlich banale Feststellung, die allerdings bei der *santésuisse* noch nicht gefestigt zu sein scheint. Pharmaceutical Cost Groups PCGs bilden hier eine bessere Grundlage, denn ein Medikament, das verschrieben wurde, weist direkt auf die Krankheit hin, die es behandeln soll. Hier besteht auch wenig Betrugspotential, denn wenn ein Arzt dieses ohne gegebene Indikation verschreibt, so läuft er Gefahr, seinen Patienten damit zu töten und sich straffällig zu machen. Siehe hierzu auch die Arbeit Arbeitsgruppe WZW der FMH (28), in welcher der VEMS Einsitz hat.

Dies mündet in das zweite Problem bezüglich der verwendeten Datenbasen: das Problem der Bildung von Subgruppen, die dann mit unterschiedlichem Gewicht in die Gesamtbeurteilung einfließen und diese verfälschen. Man nennt dieses Phänomen auch Ecological Fallacy. Am Beispiel der Korrelation von Alter und Gesundheitskosten erklärt: Nehmen wir das Alter von 1'484 Patienten und korrelieren dieses mit den Gesamtkosten in der Grundversorgung. Das Durchschnittsalter beträgt 58 Jahre, die Durchschnittskosten pro Jahr 127 Franken. Die Korrelationsanalyse auf der Mikroebene unter Verwendung nicht aggregierter Daten ergibt eine nur schwache Korrelation von $R^2=0.004$. Da die Kosten jedoch nicht normal verteilt sind, wird in der Regel eine logarithmische Transformation durchgeführt. Im Ergebnis resultiert nun eine bessere Korrelation von $R^2=0.096$. Dies bedeutet, dass das Alter lediglich zu 9.6% die Kosten erklärt. Verwenden wir nun Aggregate von Altersklassen von fünf Jahren, so zeigt sich, dass eine sehr hohe Korrelation zwischen aggregierten Durchschnittskosten pro Altersklasse resultiert ($R^2=0.929$). Dies bedeutet, dass die Altersklassen die Durchschnittskosten zu 92.9% erklären. In diesem Modell auf der Makroebene erklärt also das Alter zu 93% statt zu 10% die Kosten.

Altersklasse in Jahre	Anzahl Personen	Durchschnittskosten in CHF
35-39	12	29
40-44	42	51
45-49	177	57
50-54	287	91
55-59	293	114
60-64	328	129
65-69	209	166
70-74	97	259
75-79	43	312
80-84	10	342

Ob das Alter die Gesundheitskosten zu 90% erklärt wie auf der Basis aggregierter Daten festgestellt (Makroebene), oder zu nur 10% wie auf der Basis der Einzelfallbetrachtung (Mikroebene), macht also einen erheblichen Unterschied. Wenn das Alter nun aber insgesamt die Gesundheitskosten nicht hinreichend erklärt, dann sind auch Vergleiche von Durchschnittskosten unter Berücksichtigung des Durchschnittsalters der Patienten nicht zulässig.

Die Medizin ist eine Wissenschaft der Einzelfallbetrachtung, man wird ihr nicht gerecht, arbeitet man mit aggregierten Daten. Diese bilden für viele Studien und Beurteilungen des Gesundheitswesens Schweiz aber die Grundlage: für die Public-Health-Studien der Versorgungsforschung, für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Ärzte, für HTA-Studien, wo teilweise auf die Daten der Pharmazeutischen Industrie zurückgegriffen wird, die für Marketingzwecke erstellt wurden und deshalb bereits auf Patientengruppen aggregiert sind, etc.

Hier besteht eine grosse Gefahr, die Sachverhalte komplett falsch zu sehen. Da diese Beurteilungen aber in einem wissenschaftlichen Habitus daherkommen, werden sie von Medien und Politik leicht aufgenommen und führen nicht nur zu falschen Meinungen und Vorurteilen, die sich dann hartnäckig halten, sondern überdies zum Fällen kontraproduktiver Steuerungsentscheide mit neben gegenteiligen monetären Effekten auch erheblichen medizinethischen Konsequenzen, die aber hingenommen werden, agiert man doch auf einer «wissenschaftlichen» Basis.

Mangelhaftes Studiendesign

Die Richtlinien der Good Epidemiological Practice GEP (29) bezüglich Planung, Durchführung, Analyse und Beurteilung der Resultate einer wissenschaftlichen Arbeit im Bereich Public Health sehen unter anderem vor, vorgängig in einem Studienprotokoll zu definieren, welche Daten für die Studie erforderlich sein werden. Hier sollte eingedankt werden, was zur Datengrundlage der meisten Schweizer Studien festgestellt wurde, zumindest ehrlich eingestanden werden, was auf der Basis der verfügbaren Daten überhaupt gesagt werden kann, bzw. welcher Evidenzgrad erreichbar ist. Hierzu folgende Strukturierung verschiedener Studien und ihre möglichen Evidenzgrade:

Randomisierte Studie

Probanden erhalten auf zufälliger Basis den Wirkstoff und werden mit jenen verglichen, die an dessen Stelle ein Placebo erhielten. Das Ursachen-Wirkungs-Prinzip lässt sich gut untersuchen, vorausgesetzt, die Teilnehmer sind gut vergleichbar.

Beobachtungsstudie

Aus beobachteten Unterschieden werden Schlüsse gezogen, wobei der Erklärungsgehalt davon abhängt, wie gut der Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang untersucht wurde.

Randomisierte Studien sind für die Pharmazeutische Industrie Pflicht, im Bereich der Public-Health aber eher die Ausnahme, weil oftmals schlicht zu teuer. Folglich haben wir hier drei Typen von Beobachtungsstudien:

Typ A, Mittelwertvergleichsstudien ohne Einschluss von Erklärungsvariablen

Der VEMS nennt solche Studien Janusstudien ohne wirklichen Erklärungsgehalt, anfällig für Manipulation und gefährlich, weil sie dazu benutzt werden können, Handlungen zu motivieren, die gerade gegenteilige Effekte haben.

Typ B, Mittelwertvergleichsstudien mit Einschluss von Erklärungsvariablen

Unterschiede werden erfasst, um mögliche Erklärungsvariablen zu finden, wie dies beispielsweise beim BERNCA-Index geschieht.

Typ C, Audit-Studien (Zweckmässigkeitsforschung)

Vermutete Ursachen werden auf der Ebene der Krankengeschichten systematisch untersucht, um die in Studien vom Typ B vermuteten Erklärungsvariablen zu validieren.

Daraus ergibt sich der Evidenzgrad einer Studie:

Level I

Mehrere randomisierte Studien haben den Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang bewiesen, es gibt kaum noch Zweifel daran.

Level IIa

Es gibt noch zu wenige randomisierte Studien, die den Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang belegen, aber doch schon so viele, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit von diesem ausgegangen werden kann.

Level IIb

Es gibt keine randomisierten Studien, aber die Mehrheit der Experten ist sich einig darin, dass der Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang überwiegt.

Level IIc

Es gibt noch zu wenige Beobachtungsdaten, die den Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang belegen, von diesem auszugehen ist aber sicher nicht falsch.

Level III

Der Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang ist nicht belegt, Handlungen, die sich auf ihn stützen, bringen nicht die gewünschte Wirkung oder schaden gar.

Eine diesbezügliche Offenlegung würde Missverständnissen vorbeugen. Denn neben einigen anderen Verstössen gegen die GEP-Richtlinien besteht der häufigste Mangel vieler Public-Health-Studien der Schweiz in einer ungenügenden Risikostrukturadjustierung: Faktoren, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang haben, wurden gar nicht oder zu wenig berücksichtigt – nicht selten eben, weil sie auf der Grundlage der verfügbaren Datenbank gar nicht berücksichtigt werden konnten. Ist dies aber nun einmal so, dürfte zumindest mehr Transparenz erwartet werden darüber, was auf diesem Hintergrund nicht nur zu vermuten ist, sondern sich nahelegt und mit welcher Wahrscheinlichkeit.

Bei einigen HTA-Studien ist das Problem noch grundlegender: Um Kostenvergleiche und mögliche Einsparungen zu errechnen, müssen entsprechende Determinanten einer nicht gegebenen Situation angenommen werden. Die Modelle, mit denen dies getan wird, sind folglich spekulativ, ergo auch die aus ihnen errechneten Kosten. Hier wird oftmals Gegebenes Annahmen gegenübergestellt, als handelte es sich bei beidem um Tatsachen.

Mitunter schützen sich die Autoren der Studien dann so, dass sie in der Zusammenfassung eine These aufstellen, die wohl den Erwartungen des Auftraggebers entgegenkommt, diese dann aber innerhalb der Arbeit selber relativieren oder ihr gar widersprechen, womit sie als Wissenschaftler doch noch irgendwie ihre Pflicht getan haben und ergo aus dem Schneider sind. Hierzu ist als Beispiel die 2011 publizierte Studie von André Busato, Pius Matter et al. der Universität Bern mit dem Titel «Geographic variation in the costs of ambulatory care in Switzerland» (30) zu erwähnen. Die Studie proklamiert, dass eine höhere Verfügbarkeit medizinischer Leistungen tendenziell zu mehr unangebrachten Behandlungen führe, stellt diese These dann aber im weiteren Text selber infrage, indem eingeräumt wird, dass aus den beobachteten Phänomenen auch Gegenteiliges gefolgert werden könne. Dies ist der krasse Fall einer Irreführung, was ins nächste Problem mündet: die Kommunikation der Studienresultate.

Unlautere Kommunikation der Studienresultate

Es ist klar, dass Medien an schlagkräftigen, wirkungsstarken und deshalb dann oftmals auch vereinfachenden Thesen interessiert sind. Dies ist ein grundsätzliches Problem, mit dem die Wissenschaft sich konfrontiert sieht. Von Albert Einstein kursiert eine Anekdote, die dies gut veranschaulicht: Auf die Frage einer Journalistin, ob er die Relativitätstheorie in ein paar

einfachen Sätzen erklären könne, soll Einstein sinngemäss gesagt haben: Versuchen Sie einmal, jemandem, der nicht weiss, was Eier sind und was Mehl ist, zu erklären, wie man einen Kuchen backt.

Das Interesse für Fragen des Gesundheitswesens ist gross, denn wir spüren hier am Ende jedes Monats, wenn die Rechnung der Krankenkasse kommt, eine gewisse Unzufriedenheit mit den bestehenden Verhältnissen. Dass sich diese nicht so einfach erklären lassen, wurde hier aufgezeigt. Auch das spürt jeder mehr oder weniger. Und der Mensch tendiert nun leider dazu, in Situationen einer ihn überfordernden Komplexität nicht mehr ad rem, also zur Sache zu gehen, sondern ad personam. Sündenböcke müssen her, jemand muss die Schuld tragen. In diese Rolle sind die Leistungserbringer bedauerlicherweise, teilweise auch durch eigenes Verschulden geraten. Sie selber haben viel zu lange Studien Glauben geschenkt, die im Auftrag oder auf der Basis ungenügender Daten wie derjenigen der Krankenversicherer und mit mangelhaftem Studiendesign und spekulativen Methoden Zusammenhänge behaupteten, die so nicht gegeben sind.

Die Fachmedien der Ärzteschaft haben inzwischen darauf reagiert und eine gesunde Distanz zu dieser Art der Wissenschaft entwickelt. In den Publikumsmedien herrscht indes weitgehend noch ungebremst der Tenor, die Ärzteschaft sei tendenziell eine Gilde von Abzockern. Hier hätten die Publikumsmedien die Aufgabe, kritischer hinzuschauen. Denn die behaupteten Thesen widersprechen doch arg der Empirie. Wenn einerseits ein Überangebot an medizinischen Dienstleistungen behauptet wird, der Einzelne dann aber Wochen auf einen Termin beim Arzt warten muss, dann sollte das doch aufhorchen lassen.

Dass Wissenschaftler bei der Präsentation ihrer Studien vor den Medien reine Vermutungen als Evidenz verkaufen, ist nur die Hälfte des Unglücks. Die andere besteht darin, dass die Medien dies viel zu unreflektiert aufnehmen. Denn damit machen sie Meinungen, die dann auf die Politikerinnen und Politiker zurückfallen, die letztlich gezwungen sind, populäre Entscheidungen zu fällen, um wiedergewählt zu werden. Dadurch schliesst sich der Kreis, Vermutungen erhärten sich zu «Wahrheiten», und wir werden uns wohl dereinst fragen, wie um alles in der Welt wir ihnen Glauben schenken konnten.

Eine Instanz nimmt ihre Aufgabe nicht wahr

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Wissenschaft ihre Aufgabe im Gesundheitswesen Schweiz derzeit zu wenig wahrnimmt und dass dies einer Grundhaltung zuzuschreiben ist, die ein Berufsethos vermissen lässt, wie es grundsätzlich existiert und seinen Niederschlag in wissenschaftlichen Standards und Guidelines bis heute findet. Dieses Verhalten hat seine Ursache zweifelsohne auch in einer mangelhaften Eigenständigkeit der betreffenden Institute, deren Businessmodell eine Teilfinanzierung durch Auftragsarbeiten vorsieht. Zu viele und zu kleine Institute arbeiten so mit Budgets, die die Erstellung eigener Datengrundlagen nicht erlauben.

Einerseits würde die Bündelung von Kräften durch Zusammenschlüsse hier wohl eine Besserung bringen. Andererseits wäre aber auch die Unabhängigkeit der Institute und damit die Wissenschaftlichkeit der Wissenschaft durch die Sprechung von öffentlichen Geldern zu fördern und zu verbessern. Dafür sollten neben diesen Instituten selber auch Gremien wie die SAMW und die Akademien der Schweiz eintreten, anstatt ihre Kräfte darauf zu verwenden, die Mangelhaftigkeit schlechter Arbeiten zu verschweigen und zu verschleiern oder sie sogar bei der Argumentation für medizinethisch zweifelhafte und ökonomisch kontraproduktive Steuerungsmassnahmen unseres Gesundheitswesens zu missbrauchen.

Das Gesundheitswesen als soziologisches System

Zusammenfassung

Dieses Kapitel betrachtet das Gesundheitssystem als soziologisches System mit den Teilsystemen Medizin, Ökonomie, Politik, Recht, Wissenschaft und Ethik. All diese Teilsysteme haben ihre Systemcodes, die Medizin den Code «gesund oder krank», die Wirtschaft den Code «haben oder nicht haben», die Politik den Code «mächtig oder machtlos», das Recht den Code «recht oder unrecht», die Wissenschaft den Code «wahr oder falsch», die Ethik den Code «gut oder böse». Die Überlagerung dieser Codes im System Gesundheitswesen führt dazu, dass sich systemfremde Codes ins Teilsystem Medizin einweben. Zu untersuchen, was dabei aus der Sicht der Soziologischen Systemtheorie passiert, hilft, einige Zusammenhänge besser zu verstehen:

- Webt sich der Code der Ökonomie, die sich über die Allokation von Gütern definiert, in die Medizin ein, die sich über die Krankheit definiert, so muss diese neue Medizin, will sie mehr sein als eine Abteilung der Ökonomie, sich solcherart konstituieren, dass sie Gewinn erwirtschaftet, indem sie Krankheiten und Kranke schafft.
- Webt sich der Code der Politik, die sich über die Macht definiert, in die Medizin ein, die sich über die Krankheit definiert, so wird die Kompetenz der Medizin, zu definieren, was gesund ist und was krank, zur Machtfrage. Mit verheerenden Folgen für jene, die als krank gelten.
- Lässt das Recht die Medizin mit dringenden, sich aus den Möglichkeiten der modernen Medizin ergebenden Fragen allein, so entwickelt die Medizin ihr eigenes Rechtsverständnis, in welchem recht ist, was an der Krankheit arbeitet, und unrecht, was dies nicht tut. Damit nimmt sie eine Haltung ein, die problematisch ist.

- Setzt sich die Forschung des Gesundheitswesens über die aus der klinischen Praxis gewachsene Forschung der Medizin hinweg, so verschiebt sich deren Code von «wahr oder falsch» im Sinne von «wirkt oder wirkt nicht», zu «wahr oder falsch» im Sinne von «erwiesen oder nicht erwiesen». Dies widerspricht der medizinischen Forschung diametral, denn hier geht es immer um die Frage, ob und bei welchen Patienten eine Behandlung wirkt und unter welchen Bedingungen. Dieser Sachverhalt ist jeweils im Zusammenhang zu beurteilen und niemals in jedem Fall gegeben.

- Erschöpfen sich Verlautbarungen aus der klinischen Praxis ausgelagerter Ethikkommissionen in rein argumentativen Empfehlungen, die keine eindeutige Stellung nehmen und Entscheidungen und Verantwortung letztlich dem Arzt überantworten, so verstören sie diesen, indem sie ihn alleinlassen. Denn Ethik versteht er im Sinne seines ärztlichen Berufsethos' als eine Haltung, die nicht einfach nur scharfsinnig argumentiert, sondern, gestützt auf Tugenden und Werten, handelnd Verantwortung übernimmt.

Ein besonderes System im System

Die in dieser Charta aufbereitete Skizze des Gesundheitswesens Schweiz lässt unschwer erkennen, dass die Dinge doch arg aus dem Gleichgewicht geraten sind. Beim Versuch, die weitere Betrachtung zu systematisieren und die Problemfelder besser zu identifizieren, soll im Folgenden auf die Theorie Niklas Luhmanns (31) zurückgegriffen werden, der die Soziologische Systemtheorie nach Talcott Parson erweitert und neu formuliert hat. Wir betrachten das Gesundheitswesen also als ein System aus Teilsystemen. Parson benannte im von ihm entwickelten AGIL-Schema vier Funktionen, die ein solches System erfüllen muss:

- **Adaption (Anpassung)**
die Fähigkeit eines Systems, auf die sich verändernden äusseren Bedingungen zu reagieren, sich anzupassen

- **Goal Attainment (Zielerreichung)**
die Fähigkeit eines Systems, Ziele zu definieren und zu verfolgen

- **Integration (Integration)**
die Fähigkeit eines Systems, Kohäsion (Zusammenhalt) und Inklusion (Einschluss) herzustellen und abzusichern

- **Latency (Strukturerhaltung)**
die Fähigkeit eines Systems, grundlegende Strukturen und Wertmuster aufrechtzuerhalten

Die Einheiten eines Systems, die diese Funktionen wahrnehmen, machen das System zwar aus, sind aber nicht das System. Nach Luhmann besteht dieses nicht aus seinen Elementen, sondern aus den Relationen dieser Elemente zueinander. Damit ist einerseits gesagt, dass jedes System sein Gleichgewicht hat, aus dem es folglich auch geraten kann, geraten seine Einheiten und ihre Relationen zueinander durcheinander, ebenso, wie jedes System einen Grad an Komplexität hat, ab welchem es nicht mehr einwandfrei funktionieren kann, weil diese Relationen dann nicht mehr zu handhaben sind. Andererseits wird damit die Kommunikation zum Konstituierenden eines Systems; es definiert sich durch Differenz,

durch seine Abgrenzung von der Umwelt, und dies geschieht vermittels seiner Kommunikation. Hier zeigen sich die Eigenarten eines Systems also nicht nur, hier erschafft und erhält sich das System vielmehr. Für Luhmann ist jedes System ein soziales System und Kommunikation das, woraus all diese sozialen Systeme bestehen.

Das System Wirtschaft beispielsweise kommuniziert über Geld. Deshalb hat dann auch alles in diesem System seinen Preis. Und setzt sich die Ökonomie mit Dingen auseinander, die mit Geld tatsächlich zu erwerben sind, entwickelt sie dabei auch ihre Fruchtbarkeit, schafft Märkte, Möglichkeiten, Dimensionen des Menschseins. Geht es jedoch um Dinge, die mit Geld nicht zu erwerben sind, wie Liebe, Freundschaft, Vertrauen, so hat das System Wirtschaft nichts beizutragen. Verlangt man von ihm, dies dennoch zu tun, überfordert man es und kann folglich keine fruchtbaren Beiträge mehr von ihm erwarten, was dann nicht an der Wirtschaft liegt, sondern an unseren falschen Erwartungen an sie.

Luhmann spricht von einem Code, in welchem sich dies für jedes System zusammenfassen lässt. Zergliedern wir das Gesundheitswesen in seine Teilsysteme, so kommen wir auf sechs solche Systeme mit ihren jeweiligen Codes:

- Medizin: «gesund oder krank»
- Ökonomie: «haben oder nicht haben»
- Politik: «mächtig oder machtlos»
- Recht: «recht oder unrecht»
- Wissenschaft: «wahr oder falsch»
- Ethik: «gut oder böse»

Mit der Beobachtung, dass diese Teilsysteme des Gesundheitswesens ganz unterschiedliche Codes haben, folglich über diese ganz unterschiedlich kommunizieren, wird das in den vorigen beiden Kapiteln beschriebene Durcheinander schon etwas lichter. Es ist aber nicht nur eine Frage des Codes und es ist mehr als ein blosses Verständigungsproblem. Wir haben hier ein Problem grundverschiedener Funktionsweisen. Interessant dabei ist, dass sich die Funktionsweise der Medizin diametral von den Funktionsweisen der anderen Teilsysteme des Gesundheitswesens unterscheidet: Die Medizin definiert sich über die Krankheit, also als einziges Teilsystem über das, was ist, wenn sie nicht ist. Das tun die anderen Teilsysteme gerade nicht. Die Ökonomie definiert sich vielmehr über den Besitz, also über das, was ist,

wenn sie ist, die Politik über die Macht, das Recht über die Durchsetzung des Rechts, die Wissenschaft über die Wahrheit, die Ethik über das Gute.

Nun liegt es in der Natur jedes Systems, das, worüber es sich definiert, zu erhalten. Wenn es keine Kranken gibt, dann braucht es keine Medizin. Folglich muss die Medizin immer mehr Krankheiten behandelbar machen und auch behandeln, und dies genau ist der Vorwurf, den man ihr ja macht: sie schaffe Krankheiten, um sich zu bereichern. Ist dem aber tatsächlich so? Ist es nicht vielmehr so, dass dieses Streben der Medizin, immer mehr Krankheiten behandelbar zu machen und diese dann immer besser zu behandeln, an sich ein durchaus positives ist, von dem die Gemeinschaft und also auch die Wirtschaft doch zweifelsohne profitiert? Dies, indem es medizinische Fortschritte schafft, die nicht nur die Lebensqualität verbessern und die Lebensdauer erhöhen, sondern auch die wirtschaftliche Produktivität. Wo liegt also das Problem?

Ökonomie und Medizin – ein kontraproduktives Verhältnis

Wenn wir sagen, die Medizin definiere sich über die Krankheit, so könnten wir stattdessen auch sagen, sie arbeite problemorientiert. Eine Lösung indes kann sie nicht garantieren, es gibt unheilbare Krankheiten, Situationen, in denen die Aufgabe der Medizin in der Pflege liegt, nicht in der Heilung. Insofern arbeitet sie nicht in dem Sinne auf das Ziel Gesundheit hin, wie die Ökonomie auf die Schaffung materieller Werte zielt. Sie arbeitet vielmehr an und mit der Krankheit, am Problem also. Das ist der Ökonomie komplett fremd, hier wird lösungsorientiert gearbeitet. Und in der Medizin sieht die Ökonomie nun ein Problem: unkontrolliertes Kostenwachstum mit der Gefahr der Vernichtung materieller Werte. Folglich will sie dieses Problem lösen, mehr noch: will die Medizin dazu anhalten, an seiner Lösung mitzuarbeiten, ihren Beitrag zur Problemlösung zu leisten. Dabei zwingt die Ökonomie der Medizin nun aber ihren Code auf, ihre Operations- und Kommunikationsmodi, ihre Ziele, ihre Wertvorstellungen, ihre Logik. Die Medizin soll nun auch Ökonomie sein, soll auch im ökonomischen Sinn verantwortungsvoll handeln, nicht nur im medizinischen.

Dies ist fatal, denn nun geht es in der Medizin auch um «haben oder nicht haben», nicht mehr nur um «gesund oder krank». Da sich die Medizin jedoch über die Krankheit definiert und die Ökonomie über die monetäre Allokation, entsteht damit eine ungesunde Verschmelzung: Die Medizin integriert die ökonomische Logik so in ihr System, dass sie nun Krankheiten schafft, um Profit zu machen. Dies muss sie, will sie ihre Existenz unter der

Voraussetzung dieser neuen Rolle, die man ihr da aufzwingt, als Teilsystem des Gesundheitswesens erhalten und nicht gänzlich in der Ökonomie aufgehen. Natürlich könnte man provokativ fragen, was daran denn so schlecht wäre, täte sie Letzteres. In diesem Fall würde man hingehen und den Menschen auf seine Wertschöpfung reduzieren, die zu erhalten und wiederherzustellen Aufgabe einer solchen Medizinökonomie als «Reparaturabteilung des Menschenparks» wäre. Neben ethisch unhaltbaren Konsequenzen wäre es dann aber auch fraglich, ob Menschen, die man solcherart auf reine Automaten reduziert, noch bereit wären, sich schöpferisch in die Gemeinschaft einzubringen.

Es scheint fraglos, dass es die Medizin als eigenständiges Teilsystem des Gesundheitswesens braucht. In welchem Verhalten sich obiger Übergriff ökonomischer Systemlogik auf die Medizin und die daraus resultierende ungünstige Verschmelzung jedoch zeigt, haben wir im vorletzten Kapitel gesehen: eine Tendenz zur Mengenausweitung medizinischer Leistungen durch Schaffung von Kranken und Krankheiten. Dies irritiert dann wiederum die Ökonomie, denn sie tritt an die Medizin mit Erwartungen, die ihrem eigenen Selbstverständnis entspringen: Die Medizin soll sich, so wie die Ökonomie, nicht über das definieren, was ist, wenn sie nicht ist, sondern über das, was ist, wenn sie ist: über die Gesundheit, welche folglich mit Qualitätsindikatoren objektiv messbar und abbildbar zu sein hat, wie dies in anderen Wirtschaftszweigen doch auch gelingt. Das gerade kann die Medizin aber eben nicht, will sie ehrlich bleiben. Wie sollte sie sich denn auch über etwas definieren, das zu schaffen sie letztlich ja nicht garantieren kann? Und gelingt die Heilung, so ist das überdies noch nicht einmal das Werk der Medizin allein; es braucht dazu neben vielen anderen Faktoren vor allem auch den Patienten, der an seiner Heilung mitarbeiten muss, soll sie gelingen.

Hier liegt das Missverständnis der Medizin mit der Ökonomie, tritt diese der Medizin in der Rolle von Krankenkassen und anderen Instanzen mit dem Auftrag der Kostenkontrolle entgegen. Tritt die Ökonomie ihr in der Rolle und mit den Erwartungen der Pharmazeutischen und Medizintechnischen Industrie entgegen, besteht dieses Problem zwar auch, es führt dann aber zum von der Ökonomie gewünschten Effekt der Mengenausweitung und wird deshalb eher gefördert als bekämpft. Was nicht minder problematisch ist, überfordert man diese Industrie ihrerseits doch schon mit einer Aufgabe, die nicht lösbar, weil widersprüchlich ist: als Teil des Gesundheitswesens soll sie Kosten dämpfen, als Teil des Wirtschaftssystems

erwartet man von ihr eine stetige Mengenausweitung, die materielle Werte, Arbeitsplätze, Wachstum zu schaffen hat.

Politik und Medizin – ein gefährliches Verhältnis

Während sich das System Wirtschaft über Geld konstituiert, konstituiert sich das System Politik über Macht. Es ist klar, dass es nicht weniger gefährlich ist, wenn die Politik, die an der Macht arbeitet, um diese zu mehren, der Medizin, die an der Krankheit arbeitet, um diese zu heilen oder zu lindern, ihren Code aufzwingt. Dass auch die Medizin selbst über Macht kommuniziert, soll hier nicht unterschlagen werden. Dies ist allerdings keine Besonderheit der Medizin, jedes System kommuniziert zu seiner Erhaltung auch über Macht. Eine These, wie sich dies für die Medizin und die Geschichte ihrer Entstehung, bzw. ihrer Entwicklung von der Medizin in der Arztpraxis ihrer Anfänge hin zur klinischen Medizin als Institution von heute ausgestaltet hat, ist bei Michel Foucault (32) nachzulesen und soll hier nicht untersucht werden.

Was uns interessiert, ist also nicht der zweifelsohne bis heute anhaltende Einfluss der Medizin auf unsere Selbstwahrnehmung und ihre damit einhergehende Macht über den modernen Menschen und sein Verständnis davon, was Diesseits ist und was Jenseits, was Normalität und was Wahnsinn, was gesund und was krank. Wir wollen vielmehr untersuchen, inwiefern sich die Politik der Medizin bedient, um von deren Macht zu profitieren, und welche Gefahren lauern, geht sie dabei so weit, der Medizin ihren Code aufzuzwingen, um diese – vergleichbar dem Übergriff der Ökonomie auf die Medizin – zu verstören und in ihren Funktionsweisen fehlzulenken.

Wieso sieht sich die Politik überhaupt veranlasst, dies zu tun? Einerseits ist hier eine Tendenz der Instrumentalisierung nicht von der Hand zu weisen. Wenn die Medizin über ihre Kompetenz, zu definieren, was gesund ist und was krank, Macht ausüben kann, dann ist es verständlich, dass die Politik teilhaben möchte an dieser Macht. Andererseits führt obiger Konflikt mit der Ökonomie und der aus ihm resultierende Verlust monetärer Werte auch zu einem Verlust politischer Macht, dem es für die Politik entgegenzuwirken gilt. Drittens schliesslich hat die Politik auch einen Auftrag des Souveräns, Rahmenbedingungen zu schaffen, die auf eine optimale Allokation und Lenkung der zur medizinischen Versorgung verfügbaren Mittel hinarbeiten, um diese medizinische Versorgung nicht nur zu gewährleisten, sondern auch möglichst gerecht auszugestalten.

Ungeachtet ihrer Motivation gerät die Politik dabei in ähnliche Probleme, wie sie die Ökonomie bei ihrer Verschränkung mit der Medizin erfährt: Das, woran die Medizin arbeitet, die Krankheit, ist eine Determinante des Menschseins, der wir letztlich machtlos gegenüberstehen. Wir werden alle irgendwann sterben, wir können dies nicht verhindern, nur hinauszögern. Der Kampf gegen die Krankheit ist aussichtslos, sich in ihn zu begeben, an der Krankheit zu arbeiten, wie die Medizin dies tut, ein Unterfangen, das machtlos macht. Damit situiert sich die Medizin an der Antipode politischen Wirkens, und hier liegen die Missverständnisse zwischen Medizin und Politik.

Wie die Wirtschaft, so verlangt auch die Politik von der Medizin, sich über die Gesundheit zu definieren, um so mit ihrer Arbeit auf jene Ziele hinzuarbeiten, die die Ziele des Systems Politik sind. Dies zeigt sich denn auch in vergleichbaren Tendenzen: Konzepte wie Managed Care geniessen die Unterstützung der Politik, weil der Arzt hier angeblich für die Gesundheit bezahlt wird, nicht für die Krankheit, Gesundheitskosten werden moniert, Obergrenzen proklamiert, Gesundheit wird als Ziel promoviert. Der Medizin hingegen begegnet die Politik mit dem unterschwelligem oder offen ausgesprochenen Verdacht, nur an der Krankheit interessiert zu sein, und dies nur der persönlichen Bereicherung wegen. Ersteres ist richtig, als Vorwurf aber unhaltbar, weil systemimmanent, Letzteres ist insofern falsch, als es nicht Grund für die Einmischungen anderer Systeme in die Medizin sein kann, weil es dessen Folge ist, wie aufgezeigt wurde. Was dabei vergessen geht, ist der Kranke, der im Zentrum medizinischen Wirkens steht. Nun wird Medizin zum Zentrum der Macht pervertiert und der Gesunde zum Träger dieser Macht.

Eine überspitzte Satire, wohin dies führen kann, zeichnet Juli Zehs Roman «Corpus Delicti» aus dem Jahr 2009 (33), der die Probleme einer imaginären Gesundheitsdiktatur in einer möglichen Zukunft behandelt, wobei die Autorin von Tendenzen ausgeht, die bereits heute durchaus gegeben sind, um diese weiterzuspinnen und aufzuzeigen, wohin sie führen können, lassen wir ihnen freien Lauf. Die Protagonistin Mia Holl, eine junge Biologin, steht vor Gericht, weil sie ihren Schlaf- und ihren Ernährungsbericht nicht eingereicht, ihre häusliche Blutdruckmessung und die Urintests nicht durchgeführt und viel zu lange schon nicht mehr auf dem Hometrainer gesessen hat. Überdies missbraucht sie dann auch noch toxische Substanzen und raucht eine Zigarette, womit sie zur Systemgegnerin wird. Der Spiegel, den uns Juli Zeh vorhält, ist unschwer erkennbar. Wenn Gesundheit zum Diktat wird, zum ideologischen Korsett, dann schaffen wir uns damit absurderweise gerade das Gegenteil

dessen, was mit ihr bezweckt werden soll: wir leben in dieser Idee, nicht mehr im Leben, werden zu toten Automaten einer Gesundheitsdiktatur. Setzt eine Gesellschaft körperliches Wohl mit seelischem Wohl gleich, so lässt das wenig Raum übrig für Menschen, die für sich andere Prioritäten setzen als ein möglichst langes Leben, dessen Ziel es ist, am Ende möglichst gesund zu sterben.

Die Medizin an sich würde solche Verirrungen nicht zulassen, sondern im Gegenteil gerade verhindern. Indem sie an der Krankheit arbeitet und sich über die Krankheit definiert, bleibt Krankheit eine Lebensform wie das Gesundsein, behält der Kranke seine Würde und sein Recht zu leben, auch dann, wenn sein Verständnis dieses Lebens Verhaltensformen nach sich zieht, die seiner Krankheit vielleicht eher förderlich sind und seiner Gesundheit eher schaden. Erst der Übergriff der Politik auf die Medizin kann solche Entgleisungen zuwider der Menschenwürde ermöglichen, wie Juli Zeh sie beschreibt.

Dass dies nicht lediglich Übertreibung, Schwarzmalerei, Fiktion aus dem Schosse der regen Fantasie einer Autorin ist, zeigt ein Blick auf bereits heute gängiges Denken, gängige Herangehensweisen und gängige Praxis. Dabei geht es nicht lediglich um den Versuch der Politik, Medizin zu instrumentalisieren, und eine zunehmende Bereitschaft der Medizin, dies in der trügerischen Annahme, damit ihre geschwächte Position zu festigen, zuzulassen, sondern viel wesentlicher und viel folgenschwerer um ihre Tendenz, sich dabei den Code der Politik anzueignen und ihn in ihr System zu integrieren. Und die Folge davon ist auch nicht lediglich, dass nun auch Politik in der Medizin «eine Rolle spielt» (als hätte sie dies nicht immer schon getan), sondern, dass sich die Codes überlagern: Gesund oder krank ist nun auch eine Frage von mächtig oder machtlos, womit die Medizin in eine gefährliche Anfälligkeit gerät, totalitären Strömungen nicht nur zu folgen, sondern diese aktiv mitzugestalten und überhaupt erst zu ermöglichen.

Dies soll an einem besonders krassen Beispiel aufgezeigt werden: Der VEMS hat sich früh schon kritisch gegen die Zwangsauslieferung von Flüchtlingen aus unserem Land im sogenannten Verfahren Level IV geäußert. Dies nicht politisch; als wissenschaftlicher Verein nehmen wir grundsätzlich keine politische Stellung. Das Verfahren Level IV ist aber von der reinen Pathologie her medizinisch so bedenklich, dass es grobfahrlässig ist, die auszuschießenden Asylanten diesem auszusetzen und damit der Gefahr, bleibende gesundheitliche Schäden davonzutragen oder dabei gar ihr Leben zu verlieren. Dieser

Sachverhalt wurde vom VEMS eingehend untersucht und durch das Gutachten eines international renommierten Spezialisten bestätigt (34).

Wir haben diese Unterlagen Bundesrätin Simonetta Sommaruga und ihren Beratern zugänglich gemacht. Ihre Argumentation, das Verfahren dennoch nicht zu stoppen, war die, dass es notwendig sei, um unsere Asylpolitik glaubhaft zu machen (35). Die Frage, ob ein Verfahren gesundheitsschädlich oder gar tödlich ist, ist aber keine Frage der politischen Glaubwürdigkeit, keine Frage der Macht, sondern allein eine Frage klinischer Evidenz. Wenn unsere Regierung dies negiert und Ärzte diese Ausschaffungen begleiten lässt, so ist dies ein klarer Missbrauch der Medizin durch die Politik. Weitaus bedenklicher stimmt aber, dass sich die Medizin dies teilweise verinnerlicht hat, indem beispielsweise die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW in ihrer diesbezüglichen Weisung den Ärzten lediglich das Recht einräumt, die Begleitung solcher Flüge zu verweigern, das Verfahren dabei aber gutheisst. Der Berufsverband der Schweizer Ärzte FMH verurteilt es, ebenso wie der Weltärztebund, doch mit viel zu wenig Nachdruck. Es scheint nicht klar zu sein, welche einschneidenden Konsequenzen es hat, wenn politische Überlegungen über Gesundheit oder Krankheit bestimmen, weshalb sich die Frage stellt, wie tief sich der Code des Systems Politik bereits ins System Medizin eingewoben hat.

Wir leben in einer Demokratie, gewiss, es scheint übertrieben, mahnt man an die Schreckgespenster aus der Vergangenheit des Nationalsozialismus', dessen instrumentalisierte Medizin den Irrsinn einer sozialdarwinistischen Rassenhygiene in hunderttausendfach durchgeführten Zwangssterilisationen, grausamen Menschenversuchen und euphemistisch als Euthanasie bezeichneten Massenmorden an Kranken und Behinderten umsetzte, weil sie sich den politischen Code der Macht verinnerlicht hatte: Sie eignete sich Macht an, indem sie das förderte, was als gesund galt (Züchtung möglichst reiner Arier), und das bekämpfte, was als krank galt, indem sie an der Krankheit so arbeitete, dass sie diese nicht linderte oder heilte, sondern beseitigte – Menschen, die als krank galten, ermordete.

Wenn die FMH heute als Mitglied von Gremien wie der SwissHTA und dem Swiss Medical Board (www.medical-board.ch) im Rahmen von Health Technology Assessments und im Rahmen von Entscheidungen am Lebensende mit Konzepten arbeitet, die den Wert eines Lebens bemessen (QALY-Konzept), dann sollte das mehr als bedenklich stimmen. Zur Erinnerung: Die Verantwortlichen des Nationalsozialismus' haben bei der Entscheidungsfindung, ob Häftlinge weiter am Leben zu erhalten seien oder nicht, mit

vergleichbaren Nutzwertanalysen des Lebens gearbeitet. Hier haben Teile des Systems Medizin den Code ihres Systems wohl etwas aus den Augen verloren und eine durchaus als faschistoid zu bezeichnende Tendenz entwickelt.

Recht und Medizin – ein problematisches Verhältnis

Das Teilsystem Recht des Gesundheitswesens arbeitet mit dem Code «recht oder unrecht». Für den Juristen ist das unrecht, was gegen geltendes Recht verstösst, und recht ist das, was rechtens ist, was diesem Recht entspricht, welches durchzusetzen Inhalt seiner Arbeit ist. Für den Mediziner andererseits ist recht das, was geeignet ist, zur Heilung oder zur Linderung der Krankheit beizutragen, an der zu arbeiten der Inhalt seiner Tätigkeit ist. Diese beiden Teilsysteme des Gesundheitswesens haben also sehr unterschiedliche Vorstellungen von Recht und Unrecht. Arbeitet nun die Medizin quasi im Auftragsverhältnis als Auftragnehmerin des Rechts wie beispielsweise in der Forensik der Gerichtsmedizin, so gestaltet sich diese Zusammenarbeit in der Regel auch problemlos, denn hier sind die Verhältnisse und Verantwortlichkeiten klar geregelt. Sind jedoch die Rollen vertauscht, erwartet die Medizin etwas vom Recht, beginnen die Probleme.

Die Möglichkeiten, die sich aus den enormen Fortschritten der Medizin der letzten Jahre und Jahrzehnte ergeben, reissen auch ihre Lücken in Form von Unsicherheiten auf. Soll alles, was getan werden kann, auch getan werden? Dürfen beim Abwägen, was getan werden soll und was nicht, ökonomische Aspekte überhaupt eine Rolle spielen? Ist es mit ärztlichem Berufsethos vereinbar, den gewünschten Suizid seines Patienten zu begleiten, zu ermöglichen, allenfalls sogar auszuführen? Teilweise kann das Recht Antworten auf solche Fragen zur Verfügung stellen, teilweise aber auch nicht, oder sie sind für die Medizin nicht befriedigend, entweder, weil sie zu wenig klar und eindeutig, oder weil sie mit ärztlichem Ethos nicht ohne weiteres vereinbar sind.

Letztlich sind diese Fragen moralische Fragen, und hier liegt der unausgesprochene Auftrag der Medizin an das Rechtswesen: Sie erwartet von ihm, diese Fragen mit der Ethik zu klären, um dann in klaren Weisungen moralischen Konsens der Gesellschaft abzubilden und so den Mediziner zu entlasten, ihm, gesetzt, er hält diesen ausgehandelten rechtlichen Rahmen ein, das gute Gewissen zu geben, beim Einhalten dieses Rahmens zu tun, was nicht nur rechtens, sondern auch recht ist. Mit anderen Worten: Ohne rechtliche

Rahmenbedingungen ist die Medizin ratlos, und so fühlt sie sich heute auch zusehends. Das Rechtswesen wird den Erwartungen der Medizin immer weniger gerecht. Wir stellen fest, dass die Medizin sich von diesem alleingelassen fühlt, und wollen dies an drei Beispielen aufzeigen:

- Die bereits erwähnte Problematik der Zwangsausschaffungen im Verfahren Level IV stösst den begleitenden Arzt nicht nur in ein medizinethisches Dilemma, sondern auch in ein rechtliches, indem völlig unklar ist, welche Konsequenzen die möglicherweise eintretende gesundheitliche Schädigung oder der möglicherweise eintretende Tod eines Auszuschaffenden im Rahmen dieser Art der Ausschaffung für den begleitenden Arzt hätte.
- Die Kosten, welche die Einführung von DRG (Fallpauschalen) verursacht hat (Investitionen in den Verwaltungsapparat) und noch verursacht wird (wiederkehrenden Betriebskosten für Codierung, Kontrollen und Korrekturen), sind nicht transparent und gehen letztlich zu Lasten der Patientenversorgung. Ob diese zweckfremde Verwendung von Prämiegeldern rechtlich überhaupt haltbar ist, wurde bisher nicht untersucht. Auch fraglich ist die Ahndung von Ärzten und Spitälern, die sich in Konflikt mit geltendem Recht bringen, weil sie das System DRG zu einem Verhalten anreizt oder gar nötigt, das in rechtliche Problemzonen führen muss, indem dem Patientenauftrag und der Sorgfaltspflicht dann nicht mehr unbedingt und immer entsprochen werden kann.
- Die WZW-Verfahren der santésuisse haben nachweislich zur Ahndung von Ärztinnen und Ärzten geführt, die sich keines Vergehens schuldig gemacht haben. Ihr einziges «Verbrechen» war es, vom Mittelwert eines Vergleichskollektivs abzuweichen, was in erster Linie mit ihrem Patientengut und nicht zwingend mit ihrer Verschreibungspraxis zu tun hat. Wenn sie sich diesem Unrecht machtlos ausgeliefert sehen und ihren Kopf nur mit einem Vergleich aus der Schlinge ziehen können, so lässt sie das mit einem grundsätzlichen Gefühl des Ausgeliefertseins zurück.

Die Folge dieser schmerzlichen Erfahrung der Medizin mit dem Rechtswesen ist ein problematisches Verhältnis zum Recht. Wenn sich ein System in seiner Kommunikation konstituiert, wie festgestellt wurde, und wenn die stärkste Kommunikation jene Kommunikation ist, die sich nicht in Worten, sondern in Taten zeigt, so löst sich das System Recht in den Augen des Systems Medizin auf, indem es diesbezüglich nicht wahrnehmbar, nicht präsent ist.

Während also die Ökonomie und die Politik die Medizin durch ihr Eindringen in deren System stören und verstören, verstört das Recht die Medizin mit seiner Abwesenheit. Die Folge ist das komplett falsche Verständnis, Recht sei grundsätzlich ein verhandelbares Gut, vielmehr: was rechtens sei, liesse sich nach der jeweiligen Vorstellung davon ausgestalten, was recht sei und was falsch, wobei die Medizin dies dann so tut, dass sie als rechtens definiert, was ihrem Zweck nützt, weil es an der Krankheit arbeitet. Dies sehen wir exemplarisch in folgendem Verhalten der Medizin:

- Die Verträge innerhalb von Ärztenetzwerken sehen ein Bonus-Malus-System vor, das den Arzt oder das Netzwerk bei Überschreitung eines festgelegten Budgets anteilmässig büsst und bei Unterschreitung desselben ebenso anteilmässig am solcherart erwirtschafteten «Gewinn» auf Kosten des Patienten beteiligt (36). Die SAMW scheint sich indes nicht daran zu stören, dass diese Art der Zahlung von Kickbacks nicht nur kontraproduktiv, sondern auch rechtswidrig ist (37). Der Grund, weshalb man hier offensichtlich auf einem Auge blind ist, dürfte der sein, dass man letztlich an die gesundende Wirkung solcher Netzwerke für unser krankes Gesundheitswesen glaubt. So argumentiert Recht aber eben gerade nicht, und so darf Recht auch nicht argumentieren.
- Incentives für Spitalärzte sollen der Finanzabteilung der jeweiligen Spitäler bei ihrer Planung helfen, indem sie eine gewisse Auslastung «garantieren». Solche Retrozessionszahlungen sind aber klar rechtswidrig, und es dürfte auch ein Verstoss gegen geltendes Recht sein, wenn ein Arzt Eingriffe anhand eines einzuhaltenden Plansolls durchführt und nicht aus dem einzigen Grund, der sich rechtfertigt und aus seinem Patientenauftrag

ergibt: dass die jeweilige Situation des jeweiligen Patienten diesen Eingriff nötig macht. Auch hier schaut man weg, wohl weil man denkt, der Zweck heilige die Mittel, was dann einer Bankrotterklärung des Rechtswesens gleichkommt. Wie im Kapitel «Ausgangslage» dieser Charta erwähnt, hat zumindest die FMH dies heute erkannt (12).

Hier konstituiert also ein System sein Nichtsein durch seine weitgehende Abwesenheit, mit der Folge, dass dieses System innerhalb des Systems Gesundheitswesen vom Teilsystem Medizin, und zwar von einer ökonomisch gesinnten Fraktion desselben, nach seinen eigenen Bedürfnissen ausgestaltet wird. Und auch hier sei an die dunkle Vergangenheit des Nationalsozialismus‘ erinnert, in welchem sich eine der Politik zudienende Medizin mit deren Verständnis davon, was gesund schien und was krank, über das System Recht hinwegsetzen konnte.

Wissenschaft und Medizin – ein Verhältnis der Missverständnisse

Dass sich das Berufsethos des Wissenschaftlers durchaus in Einklang mit ärztlichem Berufsethos befindet, wurde im letzten Kapitel aufgezeigt. Ebenfalls wurde dort aber auch aufgezeigt, welche Missverständnisse hier herrschen. Diese soll nun aus Sicht der Soziologischen Systemtheorie beleuchtet werden. Im Kreuzfeld von Wissenschaft und Medizin hat sich ein Gebiet herausgebildet, zu welchem die Ärzteschaft ein gespaltenes Verhältnis hat: evidenzbasierte Medizin EBM. Diese Haltung, die vor allem von Fachärzten spürbar ist und sich mitunter auch in durchaus polemischen Auseinandersetzungen zeigt, wollen wir im Folgenden auf ihre Ursache hin untersuchen.

Auf die zunehmende Komplexität durch exponentiell wachsendes medizinisches Wissen hat die Medizin mit Spezialisierung reagiert. Indikationsgebiete bildeten sich heraus, Fachgesellschaften entstanden und konstituierten sich über eine intensive Forschung, die ihren Niederschlag in Studien und Guidelines für die klinische Praxis der jeweiligen Spezialisten findet. Vergleichen wir dies mit der Forschung in anderen Disziplinen, so stellen wir eine andere Ausgangslage fest: Die Medizin forscht, indem sie sich selber betrachtet, und dies nun nicht im Labor, sondern in der klinischen Praxis. Hier heisst Forschen also immer auch Behandeln, und diese Art des behandelnden Forschens führt zwangsläufig zur

Spezialisierung, denn wo Wissen so direkt an und in der Praxis verfeinert wird, da verästelt es sich auch.

Der Ruf nach einer Stärkung der Allgemeinmedizin mag aus ökonomischer und politischer Sicht seine Berechtigung haben, läuft dieser Entwicklung aber entgegen und ist deshalb letztlich der Ruf nach Stillstand der Medizin. Wer mit dem Anspruch einer aus der klinischen Praxis ausgelagerten Laborforschung auf der medizinischen Metaebene antritt, fasst die moderne Medizin nicht, denn er erfasst nicht, dass sie sich durch ihre stetige Weiterentwicklung in der medizinischen Praxis konstituiert – bei der Arbeit an und mit der Krankheit.

Der Code der medizinischen Forschung ist folglich als «wahr oder falsch» im Sinne von «wirkt oder wirkt nicht» zu verstehen, denn er leitet sich aus dem Code «gesund oder krank» der Medizin ab, während eine aus der Klinik ausgelagerte Forschung diesen Code als «wahr oder falsch» im Sinne von «erwiesen oder nicht erwiesen» sehen will. Dabei stösst sie an Grenzen, die in der Natur der Medizin liegen: Diese arbeitet auf der Ebene der Einzelfallbetrachtung, und dies mit gutem Grund. Was bei einem Patienten wirkt, in diesem Sinne also wahr ist, verfehlt beim anderen seine Wirkung, ist so gesehen also falsch. Für die klinisch-medizinische Forschung stellt dieser Umstand kein Problem, sondern praktischer Alltag dar. Eine Forschung, die nicht aus dieser Praxis heraus gewachsen ist, kann damit jedoch nicht umgehen und versteht die Zusammenhänge unter Umständen komplett falsch, was zu gefährlichen Missverständnissen führt, wenn sich diese über die medizinische Forschung hinwegsetzt, um aus einer falschen Perspektive heraus Sachverhalte falsch zu beurteilen, Schlüsse falsch zu ziehen und daraus Empfehlungen abzuleiten, die ihre Wirkung dann folglich auch verfehlen oder gar kontraproduktiv sind. Dies soll an drei Beispielen aufgezeigt werden:

- Wenn die Wirtschaftlichkeitsverfahren der santésuisse Ärzte mittels der Variablen Wohnkanton, Facharztgruppe und Patientengut in 21 Altersklassen beurteilen, dann zeigt sich darin, wie weit weg von der klinischen Praxis dieses Gremium ist. Eine Beurteilung, welche die Krankheiten der behandelten Patienten gar nicht erst berücksichtigt, die damit verursachten Kosten dann aber abwägt, mag ökonomisch sinnvoll

sein, medizinisch ist es nicht nur unwissenschaftlich, sondern kompletter Unsinn.

- Wenn Gremien wie das Swiss Medical Board SMB in ihren HTA-Berichten in der klinischen Praxis bewährte Behandlungspfade umpflügen, ohne ihre Berichte dann den Fachgesellschaften zur Stellungnahme vorzulegen, dann setzen sie sich über jahrzehntelange Forschungsarbeit in der klinischen Praxis am Patienten hinweg. Sie produzieren folglich Berichte, die diesem Patienten nicht gerecht werden und seine Sicherheit gefährden, fliessen sie als Weisungen mit Sanktionen in die klinische Praxis ein.
- Eine Bedarfsforschung, die mit reinen Mittelwertvergleichen arbeitet, ohne nach dem effektiven Bedarf der Patienten zu fragen, nützt diesem auch nichts, sondern führt vielmehr zu einer Angebotsplanung, die an ihm vorbeiläuft. Public-Health-Forschung sollte sich an der Forschung in und aus der klinischen Praxis orientieren, nicht umgekehrt.

Wir haben hier also eine aus der medizinischen Praxis ausgekoppelte Wissenschaft, die sich zusehends über die Wissenschaft in der klinischen Praxis setzt, diese negiert und ihre Erkenntnisse als Versuch abtut, mit ihren Studien lediglich ihre eigenen Pfründen schützen zu wollen. Es ist aber klar, dass eine Forschung, die sich am Patienten orientiert, um die letztlich entscheidende «Wahrheit» nicht herumkommt, die dieser darstellt, während beim Forschen am Schreibpult der Patient schnell mal ausser Sichtweite geraten kann.

Ethik und Medizin – eine Enttäuschung

Eingangs dieser Charta wurde an die moralischen Grundlagen erinnert, die der Arztberuf von jeher kennt. Es wurde dabei festgestellt, dass der Eid des Hippokrates und die Deklaration des Weltärztebundes insofern als ethische Konzepte bezeichnet werden können, als hier eine bestimmte Moralvorstellung und moralische Werte festgehalten sind, ebenso wie moralische Vorschriften, wie ihnen zu genügen sei. Diese Grundlagen reichen für die heutigen ethischen Probleme der Medizin nicht mehr aus, so der Tenor, Ethikinstitute, Ethikkommissionen,

Ethikbeiräte, -spezialisten und -berater kümmern sich um die ethischen Belange der Medizin. Sie alle bringen ihre Wertvorstellungen ein, und die Ethik ist ein weites Feld.

Es ist auch der Medizin klar, dass es fatal wäre, ihren Code «gesund oder krank» mit dem Code «gut oder böse» der Ethik zu überlagern. Gut oder böse ist hier in einem anderen Sinne auszudifferenzieren, als wenn es darum geht, dem Patienten die «böse Krankheit» auszutreiben, und hier kommt die Medizin alleine nicht weiter. Sie braucht die Ethik, mehr denn je, doch ist sie von ihrem Beitrag zur Lösung ihrer Probleme zusehends enttäuscht. Wenn Weisungen von Ethikkommissionen so ausgestaltet sind, dass sie je nach Bedarf und Gutdünken verstanden werden können und auch verstanden werden, dann ist dem Arzt mit ihnen nicht geholfen. Er sieht sich vielmehr nicht selten mit einer Art des Denkens, des Argumentierens und des Formulierens konfrontiert, die ihn befremdet und in der er sich nicht findet, sondern verliert.

Wenn dann auch noch ethisch eindeutig problematische Situationen wie die Zwangsausschaffungen von Flüchtlingen aus unserem Land im Verfahren Level IV, die geheimen Rezessionsverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen und die unfaire Behandlung von Ärzten in den Verfahren der *santésuisse* von diesen Kommissionen unkommentiert bleiben, nicht eindeutig verurteilt oder gar gutgeheissen werden, dann verliert der Arzt das Vertrauen in diese Art, Ethik zu betreiben, die wohl scharfsinnig denkt und argumentiert, dabei aber das vermissen lässt, was Ethik für den Arzt bedeutet: Haltung einnehmen, Stellung beziehen, Verantwortung übernehmen. Wir werden uns im nächsten Kapitel damit auseinandersetzen, welche Probleme aus diesem Konflikt erwachsen, und einen Vorschlag unterbreiten, wie mit ihnen umgegangen werden könnte.

Die Medizin, ein verstörtes System

Ludwig Wittgenstein schreibt im *Tractatus Logico-Philosophicus*: «Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt» (38). Wenn sich die Teilsysteme des Gesundheitswesens missverstehen, so nicht nur, weil sie verschiedene Sprachen sprechen, sondern weil sich in diesen Sprachen ganz verschiedene Welten nicht nur abbilden, sondern konstituieren. Die Probleme, die sich aus den Überlagerungen der Teilsysteme und ihrer Codes ergeben, habe ich hier aus der Sicht der Soziologischen Systemtheorie besser zu verstehen versucht, wobei ich von der Medizin ausgegangen bin, die im Mittelpunkt der Betrachtungen dieser Charta steht. Dass ich damit der Komplexität des Gesundheitswesens

nicht ganz gerecht werden kann, versteht sich. Einerseits bestehen diese Interaktionen und Übergriffe natürlich auch zwischen anderen Teilsystemen und gestaltet sich auch differenzierter, als ich dies hier verfolgen konnte. Andererseits kann auch die Soziologische Systemtheorie, wie jedes Modell, letztlich nicht mehr sein als ein Versuch, Wirklichkeit zu verstehen und zu deuten, indem wir sie durch das Raster dieses Modells betrachten. Was wir indes alle wahrnehmen, ist, dass unser Gesundheitswesen in hohem Masse verstört ist und dass die Medizin, ihr Epizentrum gewissermassen, am stärksten von dieser Verstörung betroffen ist. Wie konnte dies geschehen?

Die Medizin hat nicht nur, wie aufgezeigt wurde, die Besonderheit, sich als einziges Teilsystem des Gesundheitswesens nicht über das zu definieren, was ist, wenn sie ist, sondern über das, was ist, wenn sie nicht ist: die Krankheit. Sie hat überdies den «Vorteil», wenn man so will, dass ihre Daseinsberechtigung nicht infrage gestellt werden kann. Man kann sich fragen, was wäre, wenn wir keine Ökonomie, keine Politik, kein Rechtswesen, keine Wissenschaft, kein Moralsystem hätten, und kommt in all diesen Fällen zum Schluss, dass der Mensch auch dann denkbar wäre. Seine Krankheiten hingegen wird er immer zu heilen oder zu lindern versuchen, und damit geniesst die Medizin einen Status, der die Ausbildung sinnstiftender Funktionen für die längste Zeit der Geschichte der Medizin überflüssig gemacht hat. Dies hat seinen Niederschlag wohl durchaus in einer gewissen Selbstgefälligkeit, die man Medizinern ja mitunter auch vorwirft. In den letzten Jahrzehnten ist nun aber etwas passiert, was die Medizin in ihrem Kern erschüttert hat: Sie ist zum Opfer ihres eigenen Erfolgs geworden.

Der stetige Fortschritt der Medizin, vor allem ihre enormen Fortschritte der letzten Jahre und Jahrzehnte haben dazu geführt, dass die Medizin immer tiefer in fast alle Bereiche der Gesellschaft vorgedrungen ist. Sie kann heute Krankheiten heilen, die lange als nun mal zu akzeptierende Schicksalsschläge galten, kann Vorgänge unseres Körpers sichtbar machen, die uns zuvor verborgen und geheimnisvoll waren. Die zeitgleich stattfindende Abkehr von metaphysischen Konzepten hat eine Lücke aufgetan, die die Medizin seither auszufüllen begann: sie ist zur Ideologie, wenn nicht gar zur Religion geworden. Und damit sieht sie sich nun mit dem Skeptizismus konfrontiert, mit dem wir Ideologien und Religionen nun mal begegnen. Sie wird infrage gestellt. Und stellt sich deshalb selber (nun vielleicht etwas zu sehr) infrage.

Wir spüren diese Verunsicherung nicht offensichtlich, sehen sie erst auf den zweiten Blick, denn auf den ersten tritt die Medizin heute so selbstsicher auf wie ehemals. Unterziehen wir sie einem Röntgenblick, wie wir es in diesem Kapitel getan haben, so zeigt sich indes, wo sich ihre Verunsicherung verrät: in der Applizierung medizinfremder Systemcodes auf ihr System und im integrativen Einweben dieser Codes in ihren Code. Damit verliert die Medizin ihre Identität, ihr Profil verwässert. Was ist sie noch, was will sie sein? Eine Abteilung der Ökonomie? Ein Departement der Politik? Wer soll sie dort noch konstituieren, wer garantieren, dass sie Medizin im Sinne und im Auftrag des Patienten bleibt?

Der VEMS ist der Meinung, dies konnte immer schon nur der einzelne Arzt, der Verantwortung übernimmt, und dies wird auch immer nur jeder einzelne Arzt können, auf den es folglich ankommt, wollen wir ein gesundes, menschenwürdiges Gesundheitswesen für die Zukunft gestalten. Dies ist vielleicht die grösste Herausforderung, mit der sich die Medizin je konfrontiert sah. Schafft sie dies nicht, wird sie hinnehmen müssen, dass Patienten an der inakzeptabelsten aller Krankheiten sterben: der Gleichgültigkeit.

Das Ethik-Konzept des VEMS

Zusammenfassung

Dieses Kapitel stellt das Ethik-Konzept des VEMS vor. Es schlägt vor, dass sich die Medizin auf ihre Tradition des ärztlichen Berufsethos‘ zurückbesinnt, dieses Berufsethos in ein ethisches Konzept überführt und dessen Wertvorstellungen in den Diskurs einbringt, anstatt sich bei der Ausarbeitung seiner Standesordnungen und Weisungen auf Empfehlungen von aus der klinischen Praxis ausgelagerten Ethikkommissionen und -gremien wie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW zu stützen.

Eine situationsethische Betrachtung auf der Einzelfallebene durch interdisziplinäre Teams und eine diskursethische Auseinandersetzung auf der Metaebene des Gesundheitswesens sollen eine gelebte Ethik etablieren und die unüberschaubare Flut von Empfehlungen und Weisungen ersetzen, die den Arzt letztlich oftmals ohne konkrete Hilfe zurücklassen. Die Werte, welche die Medizin in solche Betrachtungen und in einen solcherart geführten Diskurs einzubringen hat, lassen sich aus dem Text der Genfer Deklaration des Weltärztebundes ableiten. Es werden sieben Kardinaltugenden des Arztes aus diesem Text destilliert:

- Selbstlosigkeit
- Bescheidenheit
- Zuverlässigkeit
- Wohlwollen
- Diskretion
- Unvoreingenommenheit
- Respekt

Zu verstehen sind diese Werte nicht als hehre Ziele, sondern als zu etablierende Tugenden. Indem eine Ethik gefördert wird, die denjenigen, der diese Tugenden besitzt, begünstigt und denjenigen, der sie nicht besitzt, benachteiligt, wird ein Klima geschaffen, in welchem es erstrebenswert ist, sich diese Tugenden anzueignen und sich in ihnen einzuüben. Und mit diesen Tugenden ausgestattet, vermag der einzelne Arzt im jeweiligen Fall dann auch das

jeweils richtige zu tun. Dies stellt eine Abkehr dar von einer überregulierten Prinzipienethik und von Weisungen, bei deren Einhaltung teilweise gerade diese Kardinaltugenden eines guten Arztes eher hinderlich sind, hin zu einer gelebten Ethik in der ärztlichen Tradition und Praxis.

Kann Ethik die Medizin heilen?

Wir müssen der Medizin wohl eine gewisse Identitätsstörung attestieren. Mit dieser Störung verstört sie ihrerseits das Gesundheitswesen, welches dann mit noch mehr Intervention reagiert, womit sich die Identitätsstörung der Medizin akzentuiert. Diesen Teufelskreis gilt es zu durchbrechen. Hätten wir die Medizin als Patientin auf der Couch, würden wir sie vielleicht bitten, von ihrer Kindheit zu erzählen. Sie war nicht unbeschwert, würde sie sagen, doch durchaus glücklich. Das Kind Medizin fühlte sich angenommen, nicht so wie heute, wo sie nur noch Kostenverursacherin und Ärgernis zu sein scheint und man ihre Verdienste dabei fast vergisst.

Die Heilung dieser Patientin sieht der VEMS nun in einer Rückbesinnung auf ihren Kern, auf ihr Berufsethos, und in dessen Weiterentwicklung zu einem ethischen Konzept. Dieses kann dann in den ethischen Diskurs des Gesundheitswesens eingebracht werden und dort als Agent für die Medizin wirken, die ihrerseits, besinnt sie sich auf ihre Werte, stets der Anwalt des Patienten ist. Damit kann es der Medizin gelingen, aus der Defensive zu geraten, womit sie dann auch den Vorwurf entschärfen dürfte, ihr Agieren sei ein egoistisches Verteidigen von Status und Besitz, die Sorge um das Patientenwohl nur vorgeschoben. Solange sie hingegen den ökonomischen und den politischen Code weiter und immer tiefer in ihr System einwebt, ist die Argumentation über das Wohl des Patienten eher unglaubwürdig. Die Medizin soll wieder Medizin sein, nicht Ökonomie und nicht Politik. Sie soll wieder souverän ihren Werten gemäss auftreten und für diese eintreten. Sie soll aufhören, für die anderen Teilsysteme des Gesundheitswesens zu denken, und wieder an das denken, worum es in der Medizin geht: den Patienten.

Bevor aufgezeigt werden kann, wie dies zu gelingen ist, muss die Problemstellung «Medizin und Ethik» noch etwas präziser aufbereitet werden: Die Ethik ist eine Denkart, die nicht akzeptiert, dass das nicht Wünschenswerte unvermeidbar sei. Sie «wagt» es, den wünschenswerten Zustand menschlichen Zusammenseins anzustreben. Sie formuliert eine Utopie und fragt, wie wir Menschen handeln müssen, um dieser möglichst nahe zu kommen, und mit welchen Handlungen wir dies erschweren oder verunmöglichen. Dass im Gesundheitswesen an ihr grosser Bedarf besteht, zeigt die fast inflationäre Vermehrung von Ethikinstitutionen, Ethikkommissionen, Ethikbeiräten, -spezialisten und -beratern, ohne die heute kaum eine Firma, ein Departement, eine Behörde, ein Verein, eine gemeinnützige Organisation des Gesundheitswesens auszukommen meint. Nicht nur spiegelt sich darin ein

Anwachsen ethischer Problemzonen und eine gewisse Unsicherheit wider, wie mit diesen umzugehen ist, sondern auch eine Unzufriedenheit mit der gegebenen Situation und Entwicklung.

Wie lässt es sich nun aber erklären, dass dieses Gesundheitswesen bei offensichtlich immer mehr Ethik immer amoralischer wird? Dies dürfte wohl an einer Herangehensweise an ethische Fragen liegen, die heute zum intellektuellen Mainstream geworden ist. Viele moralische Handlungsmuster begründen wir im Alltag ja intuitiv, also aus dem reinen Gefühl heraus, das Richtige zu tun. Das bedeutet jedoch nicht, dass wir damit auch tatsächlich das Richtige tun. Beispielsweise erscheint es uns richtig, Tauben zu füttern, wenn diese um Essen betteln, denn sie würden sonst ja vielleicht verhungern. Haben wir nun aber Einsicht in die vollen Konsequenzen unseres Handelns, ergibt sich ein anderes Bild: Indem wir die Tauben füttern, vermehren wir ihren Bestand unnatürlich, unter Umständen bis zum Punkt, da sie in ihren Taubenverschlägen nicht mehr artgerecht leben können, folglich leiden, sich gegenseitig bekämpfen, unwürdig verenden. Taubenfüttern ist also das Beispiel einer moralischen Handlung, die uns intuitiv als richtig erscheint, bei kritischer, rationaler Betrachtung aber als falsch erkennbar ist. Um solche Fehleinschätzungen zu verhindern, argumentiert die moderne Ethik rational; sie sucht nach argumentativen Begründungen für moralische Urteile und klammert beim Begründen derselben die eigentlichen praktischen Gründe aus.

Was sie damit verliert, zeigt Johannes Fischer in seinem Buch «Verstehen statt Begründen – Warum es in der Ethik um mehr als um Handlungen geht» (39) auf. Er unterscheidet zwischen Klugheit als der Fähigkeit, das Richtige aus den richtigen Gründen zu treffen, und Scharfsinn als der Fähigkeit, rational geschickt zu argumentieren, und stellt fest: «Die Gründe, die jemand für ein Urteil anführt, können scharfsinnig sein und dennoch dumm, wenn sie nämlich nicht diejenigen Gründe sind, auf die es bei dem Sachverhalt ankommt, um den es in dem Urteil geht.» Ob die Gründe, die wir für ein Urteil anführen nun aber die richtigen sind, können wir nur in der praktischen Anwendung der Ethik feststellen. Dies kann keine Ethikkommission leisten. Ethik ist eine Methode, eine Disziplin, und eine Disziplin kann man nicht wissen, man muss sie tun.

Dies ist vergleichbar einer sportlichen Disziplin. Niemand kann beispielsweise Stabhochspringen, wenn er alle Handgriffe kennt, die dazu erforderlich sind. Auch wenn er die Handgriffe kennen muss, ein Stabhochspringer ist er erst, wenn er sie anwendet. Was man von Ethikkommissionen heute indes verlangt, ist, dass sie dem gescheiterten

Stabhochspringer bescheinigen, er habe alle Regeln des Stabhochspringens befolgt, auch wenn er die Latte leider nicht übersprungen habe. Diese Art, Ethik zu betreiben, kann schwerlich als viel mehr bezeichnet werden, denn als ein Verfassen ethischer Ablastbriefe, und dass sie ihre Ziele verfehlt, zeigt sich eben daran, dass unser Gesundheitswesen bei immer mehr Ethik immer amoralischer wird. Der VEMS denkt, dass hier einzig eine situative und eine diskursethische Herangehensweise zielführend sein können.

Situationsethik

Laut Wikipedia ist die Situationsethik «ein ethisches Modell, welches versucht, das sittliche Verhalten nicht durch höchste Normen und Werte zu begründen, sondern allein orientiert an den Lebenssituationen und Gegebenheiten (Umwelt) des Einzelnen. Grundgedanke ist dabei, dass die Einzigkeit und Unwiederholbarkeit sowohl des Individuums als auch der jeweiligen konkreten Situation, in der dieses seine Handlungsentscheidung zu treffen hat, die Aufstellung und Begründung allgemeiner Prinzipien und Normen unmöglich macht».

Dieser in der Existenzphilosophie fassende Ansatz mag die Mehrzahl der Menschen in den Entscheidungen des täglichen Lebens überfordern und den Ruf nach verbindlichen Normen als Orientierungspunkte im Meer menschlicher Möglichkeiten laut werden lassen. Das ist ein grundsätzliches Problem des Existenzialismus', der den Menschen ganz auf sich selbst zurückwirft. Bei klinischen Entscheidungsprozessen indes liegt dieser Ansatz in der Tradition der medizinischen Kasuistik der Fallbetrachtung, und hier ist der Arzt eben gerade auf sich selbst zurückgeworfen. Das «gute», das «richtige» Handeln soll in der situativen Ethik nicht durch Normen fest- und vorgeschrieben werden, sondern ist aus der jeweiligen Situation heraus entwickelt, was exakt das ist, was ein Arzt im Gespräch mit seinem Patienten und im Austausch mit Kolleginnen und Kollegen tut, wenn es darum geht, eine Indikation zu stellen, die nächsten Schritte einer Behandlung festzulegen.

Dass dieser Prozess heute nicht mehr allein zwischen Medizinern und Patienten stattfinden kann, ist vor dem Hintergrund einer Medizin, deren Fortschritte Möglichkeiten schaffen, die unter Umständen nicht bezahlbar oder gar nicht wünschenswert sind, fraglos, und in der Praxis wird dieser Kreis auch entsprechend erweitert. In solchen ethischen Entscheidungskomitees haben dann jeweils Vertreter aus den Disziplinen aller für die Entscheidung relevanter Aspekte Einsitz, wobei die Interdisziplinarität prinzipiell gegen oben

offen sein kann. Ein solches Team kann folgende Bereiche der Entscheidungsfindung abdecken:

- medizinische
- psychologische/psychiatrische
- theologische/ethische/philosophische
- ökonomische
- soziologische
- rechtliche

Insbesondere bei End-of-life-Entscheidungen und dort insbesondere in Fällen, in denen eine eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit des Patienten vorliegt, kann nur eine gesamtheitliche Betrachtung in vertretbare Entscheide münden. Hierbei gilt es, gemeinsam Antworten auf vier Grundfragen zu finden:

- Frage des Wohltuns: Welche Massnahmen erhöhen die Lebensqualität des Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit?
- Frage des Nichtschadens: Welche Massnahmen verschlechtern die Lebensqualität des Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht?
- Frage der Autonomie: Wurde alles getan, den Patienten oder gegebenenfalls dessen Angehörige in die Lage zu versetzen, autonom handeln und entscheiden zu können?
- Frage der Gerechtigkeit: Ist es unter gerechtigkeithethischen Aspekten betrachtet vertretbar, dem Patienten die medizinisch beste Behandlung zukommen zu lassen?

Man mag gegen dieses Vorgehen einwenden, es sei zu aufwändig und nur in Einzelfällen angezeigt. Wer so argumentiert, unterschätzt allerdings die paradigmatische Implikationskraft, welche gerade die medizinische Kasuistik bewiesen hat, indem das über die Jahre aus solchen

Einzelfallbetrachtungen angehäufte Wissen sich zu Richtlinien verdichten lässt, die spätere Einzelfallbetrachtungen vereinfachen. Auch sei in Erinnerung gerufen, was hierzu die Alternative und heutige Praxis, bzw. Tendenz ist: Allgemeine Vorschriften und Beurteilungsskalen auf der Basis von Nutzwertanalysen des Lebenswerts nötigen den Arzt, Entscheidungen zu fällen, die im Individualfall unter Umständen nicht nur unvereinbar mit seinem ärztlichen Berufsethos sind, sondern klinisch schlichtweg falsch.

Diskursethik

Als Diskursethik bezeichnet man ethische Modelle, die davon ausgehen, die Richtigkeit einer Handlung lasse sich nicht normativ festlegen, sondern ethische Aussagen seien vielmehr so auszuformulieren, dass sie sich mit den Regeln des vernünftigen Denkens und Argumentierens jedermann erschliessen. Dieser Ansatz wurde vor allem im deutschsprachigen Raum von Karl-Otto Apel und Jürgen Habermas anfangs der 1970er Jahre entwickelt. Seine Prinzipien wurden später von Wolfgang Kuhlmann wie folgt griffig verdichtet:

- Argumentiere rational.
- Bemühe dich um einen vernünftigen Konsens.
- Bemühe dich in allen Fällen, in denen deine Interessen mit denen anderer kollidieren können, um einen vernünftigen praktischen Konsens mit ihnen.
- Bemühe dich stets darum, zur (langfristigen) Realisierung solcher Verhältnisse beizutragen, die der idealen Kommunikationsgemeinschaft näher kommen, und trage stets Sorge dafür, dass die schon existierenden Bedingungen der möglichen Realisierung einer idealen Kommunikationsgemeinschaft bewahrt werden!

Betrachtet man nun das Verhalten unserer Politik, unserer Behörden und insbesondere von Gremien wie dem Swiss Medical Board SMB, so muss festgehalten werden, dass hier eine starke Tendenz zu normativer Ethik im Sinne eines einseitigen Utilitarismus‘, wo immer möglich unter Vermeidung eines Diskurses, zu beobachten ist. Dieser Diskurs mag

kräftezehrend sein, er ist aber in einer offenen, demokratischen Gesellschaft wie der unseren eine *conditio sine qua non*. Hierzu sollen beispielhaft die Verstösse des Swiss Medical Boards gegen die Kuhlmann'schen Regeln der Diskursethik festhalten werden:

- Die Interessen werden nicht offengelegt. Folglich ist es unmöglich, abzuwägen, wo diese mit anderen Interessen kollidieren, weshalb die Findung eines praktischen Konsenses der Interessen ein Ding der Unmöglichkeit ist.
- Die Kommunikationskultur wird verletzt, indem:
 - o Methodenpapiere, die alle betreffen, im Alleingang und für sich selbst entwickelt werden.
 - o Empfehlungen unter scheinbarem Beizug von Fachexperten verfasst werden, deren Input dann aber nicht berücksichtigt wird, wenn er nicht oportun ist.
 - o Diskurse unter Ausschluss unliebsamer Experten, Expertisen und Positionen stattfinden (SAMW, SMB, FMH in ihrem Engagement für das SMB).

Ärztliches Berufsethos 2.0

Eine gelebte Situationsethik in der Kasuistik und eine gelebte Diskursethik auf der Metaebene der Entscheidungen des Gesundheitswesens sind nach Meinung des VEMS in der Lage, die derzeitige Tendenz seiner Ethik umzukehren, also zu bewirken, dass unser Gesundheitswesen bei tendenziell immer weniger Ethik in Form ethischer Konzepte, Verlautbarungen, Beurteilungen, Empfehlungen und Weisungen realiter immer moralischer wird. Auf welcher Basis soll die Medizin nun aber situativ entscheiden und was soll sie in einen solchen ethischen Diskurs tragen? Die Rede ist hier ja nicht von Dingen, die in unserem Gesundheitswesen überhaupt nicht bekannt sind und gar nicht bestehen. Teilweise existieren sie wohl nur zum Schein, viel wesentlicher ist jedoch, dass die Medizin in diese Strukturen

nicht ihre Werte einbringt, sondern sich darin vielmehr die Werte anderer Teilsysteme des Gesundheitswesens aneignet, diese antizipiert und in ihren Code einwebt. Was sind also die Werte, für die sie einstehen müsste, was soll sie in den Diskurs einbringen?

Es wurde eingangs dieser Charta der Eid des Hippokrates in Erinnerung gerufen und an ihren Anfang die Deklaration des Weltärztebundes gestellt. Dies sind die Grundlagen des ärztlichen Berufsethos'. Das, was die in der Praxis angewandte Ethik des Gesundheitswesens von der Medizin jedoch explizit oder implizit verlangt, steht in einem gewissen Widerspruch zu diesen Grundlagen. Dies fühlt die Medizin wohl, setzt sich dagegen aber nicht entschieden genug ein, weil sie stets befürchtet, man werfe ihr dann vor, nicht mit der Zeit zu gehen, reaktionär zu sein, in einer Welt, in der nun mal alles ökonomisch zu sein habe, verknöchert an alten Zöpfen und Privilegien zu hängen. Durch ihr knurrendes Hinnehmen bestätigt sie diesen Eindruck dann aber gerade, anstatt ihn zu entkräften, indem sie darlegt, was ihre Rolle ist: die des Anwalts ihrer Patienten.

Eine Argumentation basierend auf der Moralvorstellung einer Berufsgruppe hat es nun mal schwer, sich gegen ausgefeilte, intellektuell und argumentativ scharfsinnige ethische Konzepte durchzusetzen, denn diese argumentieren nicht nur eloquenter, sondern auch auf einer Metaebene, womit sie sich als frei von Individualinteressen und Egoismen zu etablieren vermögen. Dass dem mitnichten so ist, wurde im zweiten und im dritten Kapitel dieser Charta aufgezeigt: Es geht sehr wohl um die Durchsetzung von Partikularinteressen einzelner Akteure unter dem Deckmantel des Utilitarismus'. «Erst kommt das Fressen, dann kommt die Moral!», hat Bertold Brecht in der «Ballade über die Frage: Wovon lebt der Mensch?» in seiner Dreigroschenoper (40) einer Elite vorgehalten, die aus materiell sicherer Position heraus Moral für die niederen Schichten predigte.

Der Utilitarismus lebt moralisch über seine Verhältnisse, masst er sich die Rolle eines Wächters über die Gerechtigkeit an. Er ist vielmehr besonders anfällig auf Machtmissbrauch: Es werden von ihm immer vor allem jene profitieren, die über die Mittel verfügen, zu definieren, was in einer Gesellschaft der grösstmögliche Nutzen, das grösstmögliche Glück zu sein hat, um diese Wertvorstellungen dann der grösstmöglichen Zahl aufzuzwingen. Hier wird nicht Gemeinschaft gefördert, sondern zerstört. Wie es Friedrich Nietzsche in «Vom Nutzen und Nachteil der Historie für das Leben» (41) spitz formulierte: «... so soll es Niemanden Wunder nehmen, wenn das Volk am egoistischen Kleinen und Elenden, an Verknöcherung und Selbstsucht zugrunde geht, zuerst nämlich auseinanderfällt und aufhört Volk zu sein: an

dessen Stelle dann vielleicht Systeme von Einzelegoismen, Verbrüderungen zum Zweck raubsüchtiger Ausbeutung der Nicht-Brüder und ähnliche Schöpfungen utilitaristischer Gemeinheit auf dem Schauplatz der Zukunft auftreten werden ...»

Gerechtigkeit sieht anders aus, als sie der Utilitarismus sehen will, und welche Ungerechtigkeiten und Benachteiligungen eine einseitig utilitaristische Ausgestaltung unseres Gesundheitswesens mit sich bringt, wurde in dieser Charta aufgezeigt: Die Abstraktion von Individuen zu Aggregaten einer Masse des Mittelwerts kann für das Individuum dann gefährlich werden, wenn diese Mittelwerte auf seine Ebene zurückgespiegelt werden, um Entwicklungen im Interesse bestimmter Gruppen zu steuern, anstatt Abweichungen zu untersuchen und zu begründen. Der Arzt könnte hier einen Ausgleich schaffen, indem er seine Rolle als der Anwalt des Patienten wahrnimmt – und zwar nicht des Patienten als abstrakter Gruppe, sondern jedes einzelnen seiner Patienten. Hierzu muss es ihm gelingen, die Werte, denen er traditionell verpflichtet ist, von der Moralvorstellung einer Berufsgruppe in ein ethisches Konzept überzuführen. Diesen Versuch wollen wir im Folgenden unternehmen.

Ärztliches Berufsethos als Tugendethik

Ethische Konzepte werden, wie wir gesehen haben, in drei Kategorien unterteilt: Die Tugendethik betrachtet den Handelnden und seine Haltung. Sie fragt, in welchen Handlungsweisen sich der Einzelne einüben muss, um ein tauglicher Staatsbürger, ein «guter Mensch» zu werden. Hier wird also die Person in den Mittelpunkt der Bewertung gestellt. Die Verpflichtungsethik oder deontologische Ethik fragt nach der Handlung selbst und stellt Regeln auf, wie sich rechtfertigen lässt, dass Akteure kategorisch verpflichtet sind, bestimmte Handlungen auszuführen oder zu unterlassen. Hier wird also die Handlung in den Mittelpunkt der Beurteilung gestellt. Die Nutzenethik oder teleologische Ethik versucht Handlungen auszuzeichnen, die für möglichst viele Menschen möglichst erwünschte Erfolge zeigen. Dies kann ein grösstmöglicher Nutzen oder grösstmögliches Glück für die grösstmögliche Zahl sein. Hier wird also das Resultat eines utilitären Optimums in den Mittelpunkt der Beurteilung gestellt.

Es scheint klar, dass ärztliches Berufsethos eine eigentliche Tugendethik ist. Um dies zu veranschaulichen, schauen wir uns das Beispiel einer Operation an, die leider zum Tod des Patienten geführt hat, um hier die Handlung ethisch zu beurteilen. Einen Arzt, der seinen Patienten mit dem Ziel, ihn zu heilen, und unter Inkaufnahme eines möglichen Todes des

Patienten behandelt, beurteilen wir in diesem Fall anders als einen, dessen Ziel es war, den Patienten zu töten, wobei er dessen Heilung in Kauf nahm. Letzteren würden wir wohl kaum als moralisch handelnden Menschen bezeichnen, Ersteren sehr wohl, obwohl auch er mit seiner Handlung einen Tod verursacht hat. Die Handlung selbst war in beiden Fällen dieselbe (der Patient wurde operiert), ebenso wie ihr Resultat (der Patient ist gestorben), die Haltung des Handelnden macht jedoch den Unterschied in der Beurteilung nicht nur des Handelnden, sondern auch der Handlung selbst und deren Resultat.

Dies zeigt recht deutlich, dass es zur ethischen Beurteilung medizinischer Handlungen zumindest nicht ausreicht, nur die Handlung selbst zu beurteilen, wie dies deontologische Ethiken tun, oder nur ihr Resultat, wie es teleologische Ethiken wie der Utilitarismus tun. Gehen wir noch einen Schritt weiter und postulieren wir, ärztliche Tugenden seien nicht bloss etwas, das dem Arzt gut ansteht, ohne das er aber nicht zwingend ein schlechterer Arzt wäre, sondern vielmehr unabdingbare Grundvoraussetzungen nicht nur für seine Motive und für seine Motivation, sondern für seine Qualifikation. Verfügte er nicht über diese Tugenden, so wäre er nicht einfach ein moralisch zwar nicht makelloser Mensch, doch vielleicht dennoch ein guter Arzt, er wäre vielmehr auch ein schlechter Arzt. Was bliebe denn dann noch von ihm? Intellektuelle und technische Fähigkeiten, Fertigkeiten, die auch eine Maschine erlernen könnte. Und wie soll eine Maschine Menschen menschengerecht behandeln?

Tugendethische Konzepte haben heute allerdings einen schweren Stand. Sie gelten als veraltet, moralisierend, der Situation unserer modernen, globalen Welt mit ihrem Wertpluralismus nicht mehr entsprechend. Im Folgenden soll aufgezeigt werden, dass dies zumindest für die Medizin nicht unbedingt gilt und wir hier durchaus von Tugenden ausgehen können, ohne die ein Arzt nicht mehr Arzt ist, unabhängig davon, wo er arbeitet, welche Religion er hat, welche übrigen Wertvorstellungen und Konzepte darüber, was für ihn richtig ist und was falsch. Hierzu gehen wir von der Grundlage aus, die diese Tugenden ausdrückt, der Genfer Deklaration des Weltärztebundes (2), um aus dieser sieben ärztliche Tugenden zu extrahieren:

Selbstlosigkeit

Gemeint ist hier nicht Selbstaufgabe, sondern die Fähigkeit, sein Ich hinter das Patientenwohl als zu erreichendes Ziel zu stellen. Dies drückt die Deklaration des Weltärztebundes in ihrem ersten Satz aus: «Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich: mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.»

Bescheidenheit

Ein selbstgefälliger Arzt wird unter Umständen berechnete Einwände seiner Kolleginnen und Kollegen übergehen und den Patienten damit gefährden. Dies drücken zwei Sätze der Genfer Deklaration des Weltärztebundes aus: «Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen» und «Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein».

Zuverlässigkeit

Ein Arzt, auf den kein Verlass ist, wird schwerlich noch ein guter Arzt sein. Diese für einen Arzt unabdingbare Tugend findet ihren Ausdruck im Satz: «Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben», aber auch im Satz: «Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten».

Wohlwollen

Das grundsätzliche Bedürfnis, seinen Patienten Gutes zu tun, drückt die Deklaration des Weltärztebundes so aus: «Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein».

Diskretion

Diese von allen ärztlichen Tugenden allgemein bekannteste Tugend spricht aus dem Satz: «Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren».

Unvoreingenommenheit

Ein Arzt, der schon weiss, was sein Patient hat, noch bevor er ihn gesehen hat, kann seinem Patienten nicht helfen. Die für den Arzt unabdingbare Haltung der Unvoreingenommenheit drückt sich in der Deklaration so aus: «Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung».

Respekt

Die Forderung nach der Tugend Respekt findet sich im letzten Satz der Deklaration: «Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden».

Die Tugendethik von Aristoteles geht davon aus, solche Tugenden würden immer eine Mitte darstellen, zum Beispiel der Mut die Mitte von Feigheit und Tollkühnheit oder die Freigiebigkeit die Mitte von Geiz und Verschwendung. Dies ist freilich ein ganz anderes Verständnis von Tugenden, als wir es heute haben, wo es meistens darum geht, mit solchen Tugenden nicht Mitte, sondern vielmehr Exzellenz zu erreichen, aus der Masse herauszustechen als besonders kluger, besonders grosszügiger, besonders guter Mensch, um sich im Konkurrenzkampf mit seinen Mitmenschen einen Vorteil zu verschaffen. In diesem problematischen Verständnis fusst denn auch die Skepsis, die wir allen Tugenden und tugendhaften Menschen gegenüber im Allgemeinen haben.

Eine Rückbesinnung auf die ärztlichen Tugenden ist also gut beraten, jedwede Form einer Zurschaustellung oder Übertreibung zu meiden, will sie sich als einen Wert einbringen und nicht als ein reiner Effekt missverstanden werden. Schematisch können wir dies wie folgt darstellen:

Mangel	Tugend	Übermass
Selbstsucht	Selbstlosigkeit	Selbstverachtung
Prahlerei	Bescheidenheit	Minderwertigkeitskomplex
Unzuverlässigkeit	Zuverlässigkeit	Pflichthörigkeit
Missgunst	Wohlwollen	Überschwang
Indiskretion	Diskretion	Geheimniskrämerei
Voreingenommenheit	Unvoreingenommenheit	Beliebigkeit
Respektlosigkeit	Respekt	Hörigkeit

Selbstverständlich liessen sich diesen Tugenden weitere hinzufügen, die für den Arzt wichtig sind. Ich gehe allerdings davon aus, diese liessen sich aus den hier extrahierten sieben Kardinaltugenden ableiten. So ergibt sich beispielsweise der für einen Arzt erforderliche Mut, Entscheidungen zu fällen, aus seiner Selbstlosigkeit, indem er bereit ist, im Interesse einer mutigen Entscheidung für den Patienten sich selbst in Gefahr zu bringen, sein Eigenwohl also hinter das des Patienten zu stellen, wenn es die Situation erwartet und ein Zögern für den Patienten vielleicht den Tod bedeuten würde. Dies liesse sich mit weiteren für einen Arzt wichtigen Charaktereigenschaften durchdeklinieren, wofür hier der Platz fehlt. Ich gehe für die weitere Betrachtung also von diesen sieben Kardinaltugenden aus und verfolge die Frage, wo und von welchen Massnahmen sie heute untergraben werden.

Untergrabungen ärztlicher Tugenden

Betrachten wir die medizinethischen Problemzonen, die in dieser Charta offengelegt wurden, so wird deutlich, dass sie ärztliches Berufsethos im Sinne der hier vorgeschlagenen sieben Kardinaltugenden des Arztes untergraben:

- Finanzielle Anreize untergraben die Selbstlosigkeit, indem sie zuerst die intrinsische Motivation des Arztes zerstören, um diese dann durch eine extrinsische, monetäre Motivation zu ersetzen. Dies ist geschehen, weil die Ökonomie sich eine andere Motivation als finanzielle Anreize offensichtlich nur sehr schwer vorstellen kann. Die Medizin wäre aber gar nicht denkbar ohne ein Höchstmass an intrinsischer Motivation jedes

Einzelnen, der in ihrem Dienst arbeitet, und sie zerfällt, entfällt diese. Wird die solcherart zerstörte intrinsische Motivation ersetzt durch eine extrinsische wie Incentives, so selektiert man systematisch jene Ärzte, die ihren Beruf nicht mehr aus Freude und aus Selbstaufgabe verrichten, sondern einzig des Status‘ und der finanziellen Anreize wegen.

- Eine Überregulierung des Arbeitsablaufs des medizinischen Fachpersonals und die Tendenz, medizinische Indikations- und Behandlungsentscheide aus den Händen des Arztes zu nehmen und an Gremien und Vorschriften zu delegieren, lassen den Arzt mutlos werden. Im Zweifelsfalle geht er bei seinen Entscheidungen lieber auf sicher. Damit verliert er seine Zuverlässigkeit, denn Arzt sein heisst entscheiden, und auf diese Entscheidungsbereitschaft kann sich der Patient nun nicht mehr verlassen.
- Im Rahmen von Ärztenetzwerken werden gleich mehrere ärztliche Tugenden untergraben, begonnen bei der Untergrabung von Selbstlosigkeit und Bescheidenheit durch Kickback-Zahlungen über die Untergrabung der Diskretion durch den Austausch geheimer Informationen zwischen Krankenkasse und Arzt und die Aushandlung ebenfalls geheimer Verträge zwischen diesen zur Untergrabung des Wohnwollens und des Respektes einem Patienten gegenüber, den der Arzt nun so behandeln muss, dass er sein Budget einhält, nicht mehr so, wie es die medizinische Situation verlangt.
- Konzepte wie das QALY-Konzept, die den Wert eines Menschenlebens beurteilen, untergraben den Respekt vor dem Patienten und sind in aller Deutlichkeit zu verurteilen.

Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie zu erweitern wäre eine erste Aufgabe zum Beispiel einer Arbeitsgruppe der FMH. Ein solches Gremium hätte den Vorteil, dass es eine Medizinethik zu entwickeln vermöchte, die in der Praxis erarbeitet und an der Praxis gewachsen ist, folglich in dieser Praxis validiert werden kann. Sie wäre ein

erster Schritt in Richtung Emanzipation von ethischen Konzepten und Weisungen von Gremien wie der SAMW, die in der Vergangenheit wenig Verständnis für die Anliegen, ja nur schon für die Zusammenhänge und Gegebenheiten der medizinischen Praxis gezeigt haben, da dieses Gremium offensichtlich von einer utilitaristischen Grundhaltung angetrieben ist, welche sich, wie hier aufgezeigt wurde, schlecht mit ärztlichem Berufsethos verträgt. Der Versuch der SAMW, dieses Denken ins System Medizin einzuweben, muss weitgehend als gescheitert angesehen werden, betrachtet man die zahlreichen Baustellen und Scherbenhaufen, die derzeit leider zu beklagen sind.

Von der Tugend zur Tugendethik

Eine Auflistung von Tugenden macht nun aber noch lange keine Tugendethik. Diese würde vielmehr als Moralvorstellung im Sinne hehrer Wünsche missverstanden und entsprechend kaum ernstgenommen werden. Ein tugendethisches Konzept zielt darauf ab, moralische Gesetze so auszugestalten, dass sie geeignet sind, in jedem Einzelnen gewisse Tugenden zu fördern, vergleichbar eines Trainings zur körperlichen Erbauung, das die Muskeln stärkt und so für die Arbeit vorbereitet. Indem Bedingungen geschaffen werden, in denen derjenige, der diese Tugenden nicht hat, mit Nachteilen und mit der Ächtung durch die Gemeinschaft bestraft wird, und derjenige, der sie hat, Vorteile und Ansehen genießt, motiviert man jeden Einzelnen, sich diese Tugenden anzueignen, sie zu erlernen und zu verinnerlichen. Und mit diesen Tugenden ausgestattet soll der Einzelne dann auch in der Lage sein, im jeweils gegebenen Fall das jeweils Richtige zu tun, also situativ und so, wie es der jeweilige Diskurs verlangt.

Dies zu etablieren ist eine Arbeit, die eine Charta nicht zu leisten vermag. Hier sind die Organe des Medizinwesens Schweiz gefordert, die FMH, die Fachgesellschaften, die Landesverbände der Kantone. Welche konkreten Massnahmen hierzu gefordert wären, soll im letzten Kapitel dieser Charta skizziert werden.

Forderungen

Zusammenfassung

In diesem Kapitel wird, wieder gestützt auf die soziologische Systemtheorie nach Niklas Luhmann, die Wichtigkeit des Anschlusses von Kommunikation in einem System untersucht, beziehungsweise die Probleme, die sich aus einer Kommunikation ergeben, an die innerhalb des Systems nicht angeschlossen werden kann. Diese schwächt ein System, trägt zu seiner Auflösung bei, und eben dies ist im System Medizin derzeit der Fall. Ausgehend von einer Analyse der diesbezüglichen Probleme, schlägt der VEMS schliesslich Massnahmen vor, wie der Zustand des Systems Medizin zu verbessern wäre.

Die Luhmann-Habermas-Kontroverse

In den vorigen beiden Kapiteln wurde teilweise auf Niklas Luhmann Bezug genommen, teilweise auf Jürgen Habermas, wobei darüber hinweggesehen wurde, dass sich diese beiden Positionen nicht ohne weiteres vereinen lassen. Wenn nun konkrete Forderungen an die Organe des Medizinwesens Schweiz gestellt werden, so betreffen diese einerseits die Kommunikation und andererseits Handlungen. Folglich sind zunächst diese beiden Begriffe zu klären, die von Luhmann und Habermas recht unterschiedlich verstanden wurden, was mit ihrer grundsätzlich verschiedenen Auffassung darüber zusammenhängt, was ein System sei und wie es funktioniert.

Das übliche Verständnis eines Systems ist dasjenige eines Verbunds von Einzelteilen, die in einer Beziehung zueinander stehen und in ihrem Verbund auf eine bestimmte Weise funktionieren, so, wie dies beispielsweise bei einem Uhrwerk der Fall ist. Übertragen auf soziale Systeme würde eine Gemeinschaft nach dieser Vorstellung aus einzelnen Menschen bestehen, die in Beziehungen zueinander stehen. Jürgen Habermas denkt mehr oder weniger in dieser Tradition, die in die Antike zurückreicht, wo Entstehung und Organisation von Gesellschaften göttlichen Mächten zugesprochen wurde.

Für Niklas Luhmann hingegen erschafft sich ein soziales System selbst (autopoietisch), und zwar durch seine Abgrenzung, also nicht durch etwas, was es im Innersten zusammenhält, durch ein Herz, wenn man so will, sondern durch seine Haut. Indem es sich von aussen abgrenzt, konstituiert es sich, und diese Abgrenzung leistet die Kommunikation. Diese muss innerhalb des Systems anschlussfähig sein, also zu weiterer Kommunikation im System führen. Gelingt dies nicht, kommt die Kommunikation zum Erliegen, und so verliert das System an Zusammenhalt und löst sich schliesslich auf.

Kommunikation wird hier also als Systemoperation verstanden, ebenso wie das Handeln. Hier handeln und kommunizieren nicht Individuen, sondern das System – vielmehr: die Kommunikation selbst kommuniziert und erfüllt damit eine lebenserhaltende Systemoperation. Folglich sieht sich Luhmann als Beobachter dieses Systems und hütet sich, Teil dieses Systems, der er ja selber ist, Kritik zu üben, wohingegen Habermas direkt kritisieren kann, da sein Modell von Subjekten als Teilen eines sozialen Systems ausgeht, die kommunizieren und damit das System vermittels ihrer Gestaltungskraft formen. Luhmann sagt also, wie die Dinge sind, und Habermas postuliert, wie sie sein sollten. Diese grobe

Unterscheidung soll für die weitere Betrachtung reichen, um den Rahmen dieser Charta nicht zu sprengen, wobei sie fragmentarisch bleiben muss, für unsere Zwecke aber ausreicht.

Die Frage ist nun nicht, welche dieser Theorien «wahr» ist und welche «falsch», sondern vielmehr, welche sich besser eignet, das Phänomen der Verstörung der Medizin, welches wir in den letzten beiden Kapiteln festgestellt haben, zu erklären. Dies bringt das Luhmann'sche Modell insofern besser zuwege, als hier Kommunizieren und Handeln in einem abstrakteren Sinn verstanden werden, was davor bewahrt, anzunehmen, ein neues Leitbild oder eine Imagekampagne der FMH oder dergleichen vermöchten die Verstörung der Medizin zu beheben. Solche Massnahmen würden zweifelsohne ihre Wirkung haben, doch ist es fraglich, wie nachhaltig diese wäre, insbesondere dann, wenn nicht gleichzeitig auch an den systemimmanenten Fehlfunktionen gearbeitet wird, ja wenn diese noch nicht einmal erkannt sind. Es scheint daher erbaulicher, erst einmal hinzuschauen, was mit dem System Medizin überhaupt geschehen ist, als Kommunikation zu empfehlen und diese dann als reine Tätigkeit von Sender zu Empfänger zu verstehen, und nicht als das, was sie laut Luhmann ist: systemerhaltende Funktion.

Ein System löst sich auf

Ein zentraler Begriff der Luhmann'schen Systemtheorie ist der der Anschlussfähigkeit. So wie in einem biologischen System eine Gattung ihre Gene nur an die eigene Gattung weitergeben kann, so kann auch in einem sozialen System nur eine Kommunikation, die über die systemeigene DNA verfügt, an weitere Kommunikation im System anschliessen. Diesen Anschluss gewährleistet gemäss Luhmann ein Code. Für das System Medizin können wir diesen Code als «gesund oder krank» fassen, im Gegensatz zum Code «haben oder nicht haben» der Ökonomie oder «mächtig oder machtlos» der Politik, wie wir festgestellt haben.

Das Einweben systemfremder Codes in die Medizin führt nun dazu, dass innerhalb des Systems eine Kommunikation entsteht, die nicht mehr anschlussfähig ist, weil sie mit dem systemeigenen Code nicht kompatibel ist. Wenn ein soziales System, wie Luhmann postuliert, aus Kommunikation und nur aus Kommunikation besteht, so löst sich folglich mit einer Kommunikation, die zum Erliegen kommen muss, weil sie nicht anschlussfähig ist, das System auf.

Was dies für die Medizin bedeuten kann, soll am praktischen Beispiel des Dokuments «Das Leitbild ärztliche Qualität» (42) aufgezeigt werden, welches am 21. April 2005 dem damaligen FMH-Präsidenten, Dr. med. Jacques de Haller, Dr. med. L. T. Heuss, ZV FMH, sowie den Präsidentinnen und Präsidenten der in der Ärztekammer vertretenen Organisationen vorgestellt wurde. Darin sind unter anderen Leitsätzen die folgenden vier zu lesen, die wir näher anschauen wollen:

- Wir verstehen unsere Arbeit als Koprodukt.
- Wir arbeiten partnerschaftlich mit unseren Koproduzenten.
- Wir arbeiten effizient, kostengünstig, ohne unnötige Belastung des Patienten.
- Wir berücksichtigen die Forderungen von Gesellschaft, Politik, Ethik, Wirtschaft und Versicherungen.

Wie soll im Code «gesund oder krank» an diese Kommunikation angeschlossen werden? Sie lässt sich wohl aus dem Code «haben oder nicht haben» der Ökonomie oder aus dem Code «mächtig oder machtlos» der Politik ausdifferenzieren, doch schwerlich aus dem Code «gesund oder krank» der Medizin.

Ökonomie produziert Güter, gegebenenfalls zusammen mit Koproduzenten, mit denen sie effizient und kostengünstig zusammenarbeitet, doch Medizin? Abgesehen davon, dass Medizin nichts produziert: kann sie überhaupt effizient sein, beziehungsweise kann sie effizienter sein, als es die medizinischen Gegebenheiten der Patienten nun einmal vorgeben? Müsste sie nicht eigentlich, wollte sie Effizienz garantieren, den Patienten, der sich «weigert», effizient gesund zu werden, zur Effizienz nötigen? Es ist das Kernanliegen der Ökonomie und ihre Existenzberechtigung, mit den Ressourcen, die letztlich immer mehr oder weniger beschränkt sind, ökonomisch umzugehen, kostengünstig zu wirtschaften, doch kann das auch eine Priorität der Medizin sein?

Der Code der Politik «mächtig oder machtlos» bedeutet, so zu handeln, dass die Forderungen verschiedener Akteure unter einen Hut zu bringen sind, dank der Politik

vereinbar werden, woraus sie ihre Macht zieht, doch die Medizin? Kann sie versprechen, Gleiches zu leisten, lässt sich das irgendwie aus ihrem Code «gesund oder krank» ableiten?

Um es klarzustellen: Es soll hier nicht fragliches Dokument kritisiert werden, schon gar nicht dessen Verfasser. Vielmehr zeigt sich in diesen wenigen Sätzen, wie die Medizin mit einer Kommunikation, mit der sie wohl an andere Systeme anzuschliessen gedenkt, die aber innerhalb ihres Systems nicht anschlussfähig ist, sich selber sukzessive von innen her auflöst. Um sich dann über eben diese Auflösung zu beklagen und ihr mit weiterem Anschluss an andere Systeme entgegenzuwirken, was den Auflösungsprozess noch beschleunigt.

Betrachten wir das Verhalten des FMH Zentralsekretariats in wichtigen Dossiers der letzten Jahre, so bestätigt sich dieser Eindruck:

- Die FMH hat die WZW-Verfahren der santésuisse jahrelang toleriert, obwohl sie wusste und in ihrer Arbeitsgruppe WZW auch festgestellt hat, dass diese unfair, statistisch mangelhaft und kontraproduktiv sind, da sie dem Arzt ein Verhalten aufzwingen, das in keiner Weise im Interesse seiner Patienten ist.
- Die FMH hat sich viel zu wenig deutlich gegen die Fallpauschalen DRG stark gemacht und darauf hingewiesen, dass hier erhebliche Probleme drohen, die letztlich auf den Patienten zurückfallen, der nun fürchten muss, aus ökonomischen Überlegungen des Spitals nicht behandelt zu werden, wenn er es sollte, oder behandelt zu werden, wenn dies medizinisch nicht angezeigt wäre.
- Die FMH hat sich für die Managed-Care-Vorlage stark gemacht und erst in den letzten Wochen vor der Abstimmung realisiert, wie einschneidend es das Verhältnis zwischen Arzt und Patient belastet, wenn Ersterer eine geheime Vereinbarung bezüglich eines einzuhaltenden Budgets für Letzteren mit Krankenkasse oder Ärztenetzwerk eingeht.

- Gegen diese Verträge, von denen rund 5'000 noch immer existieren, tun – die Stellungnahme der FMH zu den Boni (12) darf darüber nicht hinwegtäuschen – weder FMH noch SAMW noch BAG etwas, obwohl der VEMS beim BAG eine entsprechende Aufsichtsbeschwerde mit Kenntnis Bundesrat Alain Berset, EDI, deponiert hat.
- Die FMH beteiligt sich aktiv an der Einführung von Health Technology Assessments HTA. Diese werden in der Schweiz im Gegensatz zu anderen Ländern unter Anwendung des QALY-Konzepts durchgeführt, welches den Wert eines Menschenlebens in einer Skala erfasst, was so umstritten ist, dass die Anwendung dieses Konzepts in den USA seit 2010 per Gesetz verboten ist. HTAs sind ein Zugeständnis der Ärzteschaft an die Versicherer und an die Pharmazeutische Industrie auf Kosten der Patienten, die durch die Beschneidung der Behandlungsvielfalt Benachteiligungen oder sogar gesundheitliche Schäden riskieren.

Stellen wir uns doch einmal vor, der Dachverband der Schweizer Unternehmen Economiesuisse würde in einem Leitbild festhalten, die Erhaltung der Volksgesundheit oder die Wahrung der Würde finanziell und gesundheitlich benachteiligter Patienten anzustreben – wir würden uns wohl berechtigte Sorgen um unsere Wirtschaft machen und uns des Gefühls nicht erwehren können, sie löse sich mit solchen Absichtserklärungen selber auf. Eben dies tut aber die Medizin, und hier ist die Reaktion gerade gegenteilig: Man applaudiert und attestiert ihr, endlich ihre Bodenhaftung wiedererlangt zu haben. Davon sollte sie sich nicht täuschen lassen.

Rückbesinnung auf die Kommunikation

Die Luhmann'sche Theorie zeigt sehr gut, wie wichtig eine anschlussfähige Kommunikation innerhalb eines Systems ist und wie gefährlich das Einweben systemfremder Codes und die daraus abgeleitete Kommunikation ohne Anschlussfähigkeit mit ihrer Folge der Schwächung und Auflösung des Systems. Luhmann würde es bei diesen Feststellungen belassen; er sah sich als Beobachter zweiter Ordnung (also als Beobachter von Beobachtern), weshalb er von Kritik absah, was er scherzhaft so formulierte, dass er meinte, er sei keineswegs dagegen,

Mängel zu monieren – «in der Metaphysik oder bei der Müllabfuhr». Das Kritisieren schien ihm aber kein theoretisch ausgereifter Ansatz.

Diese Charta hingegen will keine Wissenschaft betreiben und postuliert keine Theorie. Sie will einen Beitrag dazu leisten, die Verhältnisse zu verbessern, weshalb ich sie mit einigen Anregungen an die Adresse der Organe des Medizinwesens Schweiz beenden will. Diese sieht der VEMS auf drei Ebenen:

- Erweiterung der Kompetenz
- Erarbeitung einer eigenen ethischen Position
- Übernahme der Meinungsführung

Erweiterung der Kompetenz

Die meisten Mediziner kennen sich mit der klinischen Forschung mehr oder weniger aus, sehr wenige aber mit der Forschung ausserhalb der klinischen Praxis. Deshalb sind ihnen die statistischen und methodischen Mängel vieler Studien und Beurteilungen nicht bekannt, die in dieser Charta aufgezeigt wurden. Diese betreffen jedoch direkt den Patientenauftrag, beziehungsweise sind in der Lage, diesen zu untergraben. Folglich gehört die Kenntnis dieser Mängel zum Kompetenzbereich der Medizin. Hier muss sie sich im Auftrag ihrer Patienten für faire Beurteilungen der Versorgungsqualität, der Versorgungsdichte und der Wirtschaftlichkeit einsetzen, denn werden diese Dinge nicht korrekt beurteilt, so leidet letztlich der Patient darunter, der dann mit Qualitätseinbussen und einer Unterversorgung rechnen muss.

Um diese Situation zu verbessern, schlägt der VEMS eine Stelle innerhalb der FMH vor, die sich diesen Problemen widmet, Studien prüft, gegebenenfalls externe Gutachten einholt, fehlerhafte Studien moniert und sich für die Einhaltung der internationalen Richtlinien der GEP einsetzt. Eine solche Stelle würde sich dann auch in den Fach- und Publikumsmedien eine Stimme verschaffen, Artikel verfassen und bei schlecht recherchierten Artikeln von Journalisten reagieren. Hätte die FMH über ein solches verbandsinternes Kompetenzzentrum verfügt, als im Rahmen der WZW-Verfahren der santésuisse die ersten falschen Beurteilungen und Klagen gegen korrekt arbeitende Ärzte eingingen, so hätte man

gegen diese fachlich kompetent reagieren und die santésuisse bereits damals dazu bringen können, das Verfahren zu verfeinern.

Eine weitere Kompetenzlücke der meisten Mediziner ist die Medizinethik. Meistens sind diesbezüglich, wenn überhaupt, dann nur gerade die beiden Modelle Utilitarismus und Beauchamp und Childress bekannt, selten ihre Probleme in Hinblick auf den Patientenauftrag des Arztes. Bisher hat sich die FMH diesbezüglich auf die Expertise der SAMW gestützt, um diese in ihre Standesordnungen und Verlautbarungen einfliessen zu lassen. Mit der Folge einer einseitig utilitaristischen Infiltration. Auch hier wären eigene Ressourcen aufzubauen, die dann auch in der Lage wären, eigene Standpunkte zu entwickeln und zu vertreten. Ebenfalls wäre es sinnvoll, FMH-eigene Schulungen zu diesem Thema zu entwickeln und durchzuführen, anstatt sich auf die Schulungen der SAMW abzustützen. Es scheint offensichtlich, dass die SAMW hier Standpunkte und Werte vertritt, die einem ärztlichen Berufsethos, wie ihn diese Charta aufzeigt, zuwiderlaufen.

Die dritte Lücke schliesslich tut sich in Form von Unsicherheiten bezüglich einiger rechtlicher Situationen auf. Diese wurden in dieser Charta skizziert: geheime Vereinbarungen von Ärzten mit Netzwerken oder Krankenkassen, Incentive-Vereinbarungen mit Spitälern etc. Kursieren solche Verträge weiterhin und wird dagegen nichts gemacht, so erweist sich die Medizin einen Bären dienst, indem sie sich verwundbar und damit manipulierbar macht. Hier ist von der FMH Klarheit zu schaffen und entschlossen zu handeln.

Erarbeitung einer eigenen ethischen Position

Das System Medizin ist, wie wir aufgezeigt haben, lange um die Ausbildung sinnstiftender Funktionen gekommen, da sie davon profitiert, grundsätzlich nicht infrage gestellt werden zu können. Heute wird sie es, und davon wurde sie überrascht. Mit der Folge, dass sie in den ethischen Diskurs, der sich aus den heutigen Möglichkeiten der Medizin ergibt, viel zu wenig eine eigene Position eingebracht hat. Der VEMS hat mit dieser Charta einen Vorschlag gemacht, wie eine solche eigene Position aussehen könnte. Auszuarbeiten wäre ein solches Konzept von einer Arbeitsgruppe der FMH, welche zu bilden wäre.

Der VEMS hofft, diese Charta habe diesbezüglich die eine und die andere Anregung leisten können und stellt seine Expertise im Rahmen einer solchen Arbeitsgruppe gerne zur Verfügung. Der VEMS sieht eine solche Ethik als Konzept, ärztliche Tugenden in der

Medizin wieder zu etablieren. Diese sind ebenso auszuarbeiten wie die Methoden, die ihre Etablierung und ihr Einweben ins System leisten sollen.

Übernahme der Meinungsführung

Eine Medizin, die sich solcherart vorbereitet hat und gerüstet ist, kann in ihrem System wieder die Meinungsführung übernehmen. Folgende Forderungen wären an sie zu stellen:

- Verträge zwischen zwei oder mehr Akteuren des Gesundheitswesens sind sämtlichen Parteien offenzulegen, die von diesen direkt oder indirekt betroffen sind.
- Die Akteure haben ihre Interessen offenzulegen, personelle Überkreuzungen von Ämtern, die einen offensichtlichen Interessenkonflikt schaffen, sind zu rügen und zu beseitigen.
- Grundlagenpapiere, die alle Akteure betreffen, sind auch von allen Akteuren gemeinsam zu erarbeiten. Eine Organisation kann sich nicht selber und im Alleingang eine Methode geben, ebenso, wie sie sich nicht selber überwachen kann.
- Thesen und Empfehlungen einzelner Akteure sind als solche zu kennzeichnen und dürfen nicht ohne die Möglichkeit einer Revidierung durch die anderen Akteure tarifarische oder anderweitige Konsequenzen für alle haben oder für sich einfordern.
- Wenn Thesen, Empfehlungen, Weisungen oder Handhabungen direkt oder indirekt Grundwerte verletzen, auf die sich unsere Gemeinschaft geeinigt hat und die nicht verhandelbar sind, so sind diese unzulässig, bzw. von entsprechenden Kommissionen (Ethikkommissionen, Behörden) als unzulässig zu rügen.

- Vorgehensweisen, Untersuchungen, Beurteilungen und Studien, die klar die Regeln der Wissenschaftlichkeit verletzen, sind nicht zulässig. Behörden wie der Ethikrat für Statistik (43) sind angehalten, ihren Auftrag zu erfüllen und solche Studien zu rügen.
- Die Presse ist angehalten, ein ausgeglichenes Bild der Positionen zu vermitteln. In keiner Weise ist es zulässig, dass Journalisten in öffentlichen Medien Artikel als journalistische Arbeiten platzieren, die einseitig die Interessen eines oder mehrerer Akteure bedienen, insbesondere dann nicht, wenn sie mit diesen in einem Auftragsverhältnis stehen oder anderswie von ihnen abhängig sind.

Olten, Januar 2014

Literatur

1.
http://de.wikipedia.org/wiki/Eid_des_Hippokrates
2.
http://de.wikipedia.org/wiki/Genfer_Deklaration_des_Welt%C3%A4rztgebundes
3.
Principles of Biomedical Ethics, Tom L. Beauchamp, James F. Childress
4.
Niklas Luhmann: „Wirtschaftsethik - als Ethik?“, in: Wirtschaftsethik und Theorie der Gesellschaft, hg. von Josef Wieland, Frankfurt: Suhrkamp, S., 1993, 134-147, hier S. 134
5.
<http://www.edc-online.org/it/pubblicazioni/articoli-di/luigino-bruni/7443-il-giuramento-di-genovesi.html>
6.
http://www.zfwu.de/fileadmin/pdf/2_2006/7_2_08_Hauptbeitrag_Ulrich.pdf
7.
Mill JS (1976) Der Utilitarismus (Utilitarianism): Übersetzt, herausgegeben und eingeleitet von Dieter Birnbacher. Philipp Reclam jun., Stuttgart
8.
Immanuel Kant: „Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten: BD 7 (suhrkamp taschenbuch wissenschaft)
9.
Jürgen Habermas, Erläuterungen zur Diskursethik. 1. Auflage. Frankfurt am Main : Suhrkamp, 1991 (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft ; Band 975), S. 134:
10.
Stefan Martini: „Die Formulierung der Menschenwürde bei Immanuel Kant“
<http://akj.rewi.hu-berlin.de/projekte/seminararbeiten/marini2.pdf>
11.
Jürgen Habermas, Diskursethik – Notizen zu einem Begründungsprogramm. In: Jürgen Habermas, Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln. 1. Auflage. Frankfurt am Main : Suhrkamp, 1983 (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft ; Band 422), S. 42 – 43:
12.
http://www.fmh.ch/files/pdf14/Boni_-_die_Position_der_FMH_SAEZ_2013_51-52.pdf

13.
<http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>
14.
<http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/>
15.
<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbX2ZXJlaW5ldGhpa3VuZG1lZGl6aW5zY2h3ZWl6fGd4OjM4OGVmM2RjZmJmZlZkZTM>
16.
<http://www.physicianprofiling.ch/VEMSPressedossierHTA.pdf>
17.
<http://www.physicianprofiling.ch/VEMSThesenGesundheitskosten2013.pdf>
18.
http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoL2t1di9zcGl0YWxzZGF0aXN0aWsvG9ydGFsX2RlLnBocD9sYW5nPWRIJmFtcDtuYXZpZD1xaXNz&lang=de
19.
http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20133995
20.
<http://www.physicianprofiling.ch/VEMSRationierung012014.pdf>
21.
http://de.wikipedia.org/wiki/Wernher_von_Braun
22.
Hubert Kiesewetter, (Hrsg.) / Helmut Zenz: Karl Poppers Beiträge zur Ethik. Mohr Siebeck Verlag, Tübingen 2002, ISBN 3-16-147773-1
23.
<http://www.youtube.com/watch?v=ZO2az5Eb3H0> (Minute 29:20 bis 30:15)
24.
<http://www.hochschulverband.de/cms1/779.html>
25.
<http://physicianprofiling.ch/VEMSKorrespondenzRosemann062012.pdf>
26.
<http://www.physicianprofiling.ch/Forbig062013.pdf>

27.
<http://www.physicianprofiling.ch/Schleiniger072013.pdf>
28.
<http://www.physicianprofiling.ch/VEMSKassenWZW012014.pdf>
29.
http://webcast.hrsa.gov/conferences/mchb/mchepi_2009/communicating_research/Ethical_guidelines/IEA_guidelines.pdf
30.
<http://physicianprofiling.ch/VariationAmbulatoryBusato2011.pdf>
31.
http://de.wikipedia.org/wiki/Niklas_Luhmann
32.
http://de.wikipedia.org/wiki/Michel_Foucault
33.
<http://www.amazon.de/Corpus-Delicti-Prozess-Juli-Zeh/dp/3895614343>
34.
<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbX2ZXJlaW5ldGhpa3VuZG11ZGl6aW5zY2h3ZWl6fGd4OjZhOGJkOGU3ZWU4M2QyZWMM>
35.
<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbX2ZXJlaW5ldGhpa3VuZG11ZGl6aW5zY2h3ZWl6fGd4OjRmMjI4MGJjNTYxNzFhY2U>
36.
<http://physicianprofiling.ch/VisanaVertragAufsichtsbeschwerde.pdf>
37.
<http://www.vems.ch/geheimvertraege>
38.
http://de.wikipedia.org/wiki/Tractatus_logico-philosophicus
39.
Johannes Fischer, Verstehen statt Begründen. Warum es in der Ethik um mehr als nur Handlungen geht (Kohlhammer, Stuttgart 2012)
40.
http://de.wikipedia.org/wiki/Die_Dreigroschenoper

41.

http://de.wikipedia.org/wiki/Vom_Nutzen_und_Nachteil_der_Historie_f%C3%BCr_das_Leben

42.

http://www.fmh.ch/files/pdf8/leitbild_aerztliche_qualitaet_D1.pdf

43.

<http://www.stat.ch/index.php/de/stat/ethikrat.html>