



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Ethik in der Gesundheitswirtschaft

ETHIH02



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Dr. Kerstin Friedrich

**Ethik in der
Gesundheitswirtschaft**

ETHIH02



Dr. rer. pol. Kerstin Friedrich

Kerstin Friedrich (Jahrgang 1958) studierte Volks- und Betriebswirtschaftslehre an der Universität Würzburg. Dort war sie nach der Diplomprüfung als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Geldtheorie und Außenwirtschaft bei Professor Dr. Otmar Issing beschäftigt und wurde dort zum Dr. rer. pol. promoviert. In Anschluss daran arbeitete sie als Wissenschaftsredakteurin am Institut der deutschen Wirtschaft in Köln, wo ihre Aufgabe darin bestand, die Forschungsergebnisse der Kollegen für Medien wie Print, Radio und TV aufzuarbeiten und in eine allgemein verständliche Sprache zu übersetzen. 1988 wurde sie leitende Redakteurin bei der Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH Informationsdienste und widmete sich dort ihrem heutigen Spezialgebiet Strategie, Marketing und Kommunikation. Kerstin Friedrich ist seit 1991 selbstständig als Unternehmensberaterin und hat diverse Standardwerke zu den Themen Strategie und Marketing verfasst. Im Jahr 2001 wurde sie vom Stifterverband für die deutschen Wissenschaften für bahnbrechende Ergebnisse in der Handelsforschung ausgezeichnet.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen/verlinken, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf Inhalt und Gestaltung haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Ethik in der Gesundheitswirtschaft

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Kapitel 1	
1 Die Grundfragen der Ethik in der Medizin und Gesundheitswirtschaft	3
1.1 Markt und Gesundheit	3
1.2 Ethiktheorien im Überblick	11
1.3 Ethische Anforderungen an die Akteure in der Gesundheitswirtschaft.....	16
Zusammenfassung	22
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	23
Kapitel 2	
2 Aktuelle Fragen der Bioethik.....	24
2.1 Transplantationsmedizin und Todesdefinitionen	24
2.2 Schwangerschaftsabbruch	28
2.3 Sterbehilfe und Recht auf Sterben	30
2.4 Stammzellenforschung und Gentechnik.....	35
Zusammenfassung	37
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	37
Kapitel 3	
3 Rationierung im Gesundheitswesen	38
3.1 Ursachen der Rationierungsproblematik	38
3.2 Die Rationierungsproblematik.....	40
3.3 Historische Rationierungsbeispiele.....	42
3.4 Ethische Kriterien der Rationierung.....	45
3.5 Rationierungspolitik in Deutschland	48
Zusammenfassung	51
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	51

Kapitel 4

4	Ethikkommissionen.....	52
4.1	Ethikkommissionen in Deutschland.....	53
4.1.1	Der Nationale Ethikrat.....	53
4.1.2	Die Zentrale Ethikkommission	54
4.1.3	Die Enquetekommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages.....	55
4.1.4	Klinische Ethikkommissionen	56
4.2	Ethikkommissionen in der EU	57
	Zusammenfassung.....	58
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	58

	Schlussbetrachtung.....	59
--	-------------------------	----

Anhang

A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen	60
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	61
C.	Literaturverzeichnis	64
D.	Sachwortverzeichnis	67
E.	Einsendeaufgabe.....	69

Einleitung

„Was soll ich tun?“ – so lautet die Grundfrage der Ethik und der Moralphilosophie. Seitdem die Menschen in Wertekonflikte geraten, suchen sie nach Richtlinien, die ihnen bei diesen Entscheidungen Halt und Hilfe geben. Gerade in der Medizin und in der Gesundheitswirtschaft stellen die bahnbrechenden Innovationen der vergangenen Jahrzehnte den Menschen immer häufiger vor ethische Dilemma-Situationen:

- In der Transplantationsmedizin ist heute ein Organ austausch über die Artgrenzen hinweg möglich. Ist es mit der Menschenwürde vereinbar, sich Ersatzorgane tierischen Ursprungs einpflanzen zu lassen?
- Durch die pränatale Diagnostik ist eine zuverlässige Aussage darüber möglich, mit welchen körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen ein Kind geboren werden wird. Damit zwangsläufig verbunden ist die Frage, ob diese Schwangerschaften unterbrochen werden sollen oder nicht – und wo die Grenze zwischen Leben und Sterben lassen verläuft.
- Was medizintechnisch möglich ist, lässt sich längst nicht mehr für alle Versicherten finanzieren. Seit Jahrzehnten schon wird eine mehr oder weniger verdeckte Rationierungspolitik betrieben, die sich in Zukunft weiter verschärfen wird. Doch nach welchen Kriterien sollen diese Rationierungen erfolgen?

Dilemmata in der Medizin sind zum Großteil Privatsache, sofern der rechtliche Rahmen bereits definiert ist: ob beispielsweise intensivmedizinische Maßnahmen am Lebensende eingeleitet werden sollen oder nicht, liegt heute mit der Patientenverfügung im eigenen Ermessen und im Ermessen der nächsten Angehörigen. Als Führungskraft in der Gesundheitsökonomie werden sie möglicherweise Ihren Mitarbeitern und Kunden durch ethische Dilemmata ganz anderer Art hindurch helfen müssen. Oder sie geraten als unmittelbar Betroffener in schwierige Situationen, beispielsweise wenn Sie Entscheidungen treffen müssen, die Ihren eigenen Moralvorstellungen widersprechen. Oder möglicherweise werden Sie Gremien angehören, in denen ethische Fragen geklärt werden – und in allen diesen Fällen hilft Ihnen das Wissen um die Grundlagen der Ethik und ihre Anwendung in der Gesundheitswirtschaft.

Einige der in diesem Studienheft angesprochenen Themen fordern eine eigene Positionsbestimmung in tiefen, den Kern der menschlichen Persönlichkeit betreffenden Fragen. Diese Themen werden möglicherweise zwiespältige Gefühle, Gedanken und Fragen in Ihnen auslösen, auf die Sie auch am Ende der Lektüre keine eindeutige Antwort haben.

Auf diesem Weg wünsche ich Ihnen alles Gute!



Kerstin Friedrich

Kapitel 1

1 Die Grundfragen der Ethik in der Medizin und Gesundheitswirtschaft

In diesem Kapitel werden zunächst grundlegende Merkmale des Marktes für Gesundheitsleistungen sowie die damit verbundenen ethischen Herausforderungen vorgestellt. Es geht zum einen um die Wertekonflikte von Medizin und Ökonomie sowie um die Besonderheiten des Gutes „Gesundheitsleistungen“, das einer ganz besonderen Verantwortung des Staates unterliegt. Sie schauen kurz zurück auf das Studienheft Ethik I und erinnern sich noch einmal an die wichtigsten, für den Gesundheitsmarkt relevanten Ethiktheorien. Außerdem reflektieren Sie die Motive und ethischen Anforderungen an die wichtigsten Akteure auf dem Gesundheitsmarkt.

1.1 Markt und Gesundheit

Markt und Gesundheit – das sind zwei Begriffe, die in der Welt der ökonomischen Theorie ungefähr so gut zueinander passen wie Feuer und Wasser. Soll es nämlich zu einem Optimum an Effizienz in Sachen Produktion, Allokation und Distribution kommen, so müssen in der Theorie diverse Kriterien auf der Angebots- und Nachfrageseite erfüllt sein – und praktisch keines davon trifft auf das Gut „Gesundheit“ zu. Soll ein vollkommener Markt erfüllt sein, so müssen unter anderem folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- vollständige Information aller Marktteilnehmer und vollständige Markttransparenz
- keine Präferenzen in sachlicher, zeitlicher, räumlicher und persönlicher Hinsicht
- ausschließlich freiwillige Austauschbeziehungen und freier Zugang zu den Märkten
- homogene, das heißt vollkommen gleiche Güter und Leistungen

Der zum vollkommenen Markt passende Akteur ist der homo oeconomicus: ein weitgehend gefühlloses Wesen, das zu jeder Zeit Kosten und Nutzen seiner (Kauf-)Entscheidungen gegeneinander abzuwägen versteht und sich stets das beste aller Angebote herausucht.

In der ökonomischen Realität ist diese Konstruktion auf keinem Markt in dieser Extremform anzutreffen, und natürlich auch nicht auf dem Markt für Gesundheitsleistungen. Er weist überdies zwei besonders schwerwiegende strukturelle Merkmale auf, die eine effiziente Preisbildung und ein optimales Angebot beeinträchtigen:

Die Preiselastizität der Nachfrage ist relativ starr.

Die Preiselastizität gibt an, wie sich die nachgefragten Mengen mit Preiserhöhungen oder -senkungen verändern. Die Preiselastizitäten zeigen also unmittelbar, welchen Stellenwert das betreffende Gut in der Präferenzskala des Nachfragers besitzt. Bei den meisten Gütern reagiert die Nachfrage mehr oder weniger stark auf Preisveränderungen. Bei Gesundheitsleistungen haben wir es dagegen mit einer starren Preiselastizität zu tun, das heißt, die nachgefragte Menge ist weitgehend unabhängig vom Preis.

Beispiel: Die Zahlungsbereitschaft eines gesunden und mobilen Menschen für den Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks liegt bei Null – er würde es selbst dann nicht nachfragen, wenn man ihm Geld dafür bieten würde, diese Behandlung über sich ergehen zu lassen. Im Krankheitsfall würde diese Zahlungsbereitschaft jedoch exorbitant steigen. Handelt es sich noch um einen Menschen, dessen Lebensqualität in hohem Maße von seiner Beweglichkeit abhängt, würde er möglicherweise jeden ihm möglichen Preis für ein neues Hüftgelenk zahlen.

In lebensbedrohlichen Notlagen geht die Zahlungsbereitschaft sogar über die Grenze der individuellen Zahlungsfähigkeit hinaus – möglicherweise würden sich todkranke Patienten oder deren Angehörige der Lebensverlängerung willen über die Maßen verschulden, nur um in den Genuss der entsprechenden Therapie zu kommen. Zu rationalen Entscheidungen – sofern es so etwas jenseits der Theorie überhaupt gibt – sind akut Kranke also nicht in der Lage.

Auf Seiten der Nachfrager liegen Informationsasymmetrien vor.

Im vollkommenen Markt kann der Nachfrager die Vor- und Nachteile sämtlicher Angebote gegeneinander abwägen. Dies ist auf dem Markt für Diagnosen und Therapien praktisch unmöglich. Der Patient bringt in aller Regel weder das Wissen noch die Zeit und das Interesse auf, um ärztliche Entscheidungen beurteilen und selbst eine Wahl treffen zu können. Das Verhältnis Arzt-Patient muss darum von großem Vertrauen geprägt sein. In der Theorie spricht man bei Vorliegen solcher Informationsasymmetrien von einer Principal-Agent-Beziehung: der Auftraggeber (der Principal, also hier der Patient) kann nicht kontrollieren, ob der Auftragnehmer (der Agent, also der Arzt) seinen Auftrag im vollen Interesse des Auftraggebers verfolgt. Zudem bestimmt nicht der Konsument – der Patient – über Art und Höhe der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, sondern der Arzt: er entscheidet über Diagnose und Therapie, nicht der Patient.



Übung 1.1:

Überlegen Sie, welche Folgen es für die Gesellschaft hätte, wenn Angebot und Nachfrage des Gutes „Gesundheit“ ausschließlich dem Marktmechanismus unterworfen wären.

Diese Marktunvollkommenheiten bringen den Patienten in eine sehr schwache Position. Sie allein sind per se jedoch noch nicht ausreichend, um eine derart starke Marktreglementierung mit Zwangscharakter zu rechtfertigen, wie wir sie im Gesundheitswesen vorfinden. Auf das Gut „Gerechtigkeit“ treffen diese beiden Strukturmerkmale beispielsweise ebenso zu: das Verhältnis Rechtsanwalt/Mandant ist ebenfalls eine Principal-Agent-Beziehung; und die Preiselastizität der Nachfrage dürfte sich im juristischen Notfall in ähnlichen Dimensionen bewegen wie im Fall einer Krankheit. Und dennoch ist der Markt für juristischen Beistand bei weitem nicht so reglementiert wie der für Gesundheitsleistungen. Der Unterschied ist ein einfacher: das Gut Gesundheit hat einen so hohen ethischen Stellenwert, dass es nach allgemeinem Konsens nicht den Steuerungskräften des Marktes überlassen werden kann – selbst wenn dies zu Lasten einer effizienten Ressourcenallokation geschieht.

Gesundheit ist ein Menschenrecht. In der UN-Charta von 1948 heißt es in Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte:

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen.“ (UNRIC, 2008)

Gesundheit ist in Deutschland ein Grundrecht. In Art. II Abs. 2 heißt es: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ (Bundesministerium der Justiz, 2008)

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gesundheit dabei folgendermaßen:

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (WHO, 2008)

Nach dieser Definition dürften Bedarfs- und Sättigungsgrenzen für das Gut „Gesundheit“ nicht in Sicht sein.

Übung 1.2:

Bitte überlegen Sie: Welche Leistungen müsste die GKV zusätzlich in ihren Leistungskatalog aufnehmen, damit sich alle Menschen gesund fühlen?



Anders als Menschenrechte wie beispielsweise die Meinungsfreiheit ist Gesundheit jedoch nicht kostenlos per Gesetzgebung zu gewährleisten. Im Gegenteil: das Recht auf Gesundheit ist das kostspieligste unter allen Menschenrechten. Und anders als andere Güter, die dem Schutz des menschlichen Lebens gelten (öffentliche Güter wie Verteidigung, innere Sicherheit und Justiz) zählen Gesundheitsleistungen zu den privaten Gütern.

Öffentliche Güter sind gekennzeichnet durch Nicht-Rivalität und Nicht-Ausschließbarkeit im Konsum. Ein typisches Beispiel ist das Gut „Landesverteidigung“: Egal ob ein Land 60 oder 80 Millionen Einwohner hat – die Qualität des Gutes und der Nutzen für den Einzelnen bleiben von der Zahl der Nutznießer insgesamt unberührt. Niemand kann davon ausgenommen werden, und niemand kann sich selbst davon ausschließen. Da solche öffentlichen Güter mangels Anreizsystem durch den Marktmechanismus nicht oder nicht im ausreichenden Maße bereitgestellt werden, sind sie ein klassisches Beispiel für Marktversagen und liefern die Begründung für das Eingreifen und die Existenz des Staates. Das Gut „Gesundheit“ ist dagegen kein öffentliches, sondern ein privates Gut, für das sowohl Ausschließbarkeit als auch Rivalität besteht: jeder Mensch kann von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen werden. Beispielsweise kann man Menschen den Zugang zu Gesundheitsleistungen verwehren, sofern sie nicht die entsprechende Zahlungsfähigkeit mitbringen. Zum anderen ist die Produktion von Gesundheitsleistungen an Kapazitätsgrenzen gekoppelt: jeder Arzt kann beispielsweise nur eine bestimmte Anzahl von Patienten behandeln; beschäftigt er sich mit einem Kranken, sind alle anderen von seiner Behandlung und Aufmerksamkeit ausgeschlossen.

Aus dem Blickwinkel der Angebotsseite zählt das Gut „Gesundheit“ also zu den privaten Gütern. Darüber hinaus zählt Gesundheit zu den so genannten transzendentalen Gütern: es ist zwingend erforderlich, um überhaupt am ökonomischen und sozialen Leben teilhaben zu können. Anders ausgedrückt: Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für die Realisierung von Lebensplänen. Auch aus diesem Grund darf die Produktion und die Verteilung von Gesundheitsleistungen nicht dem Marktmechanismus überlassen werden.

Die Entscheidung über die Angebotsmenge, die Qualität und den Preis privater Güter fällt idealtypisch unter die oben beschriebenen Bedingungen des vollkommenen Marktes. Die Frage, wer welche Mengen konsumieren kann, fällt ausschließlich über das Kriterium der Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit. Würde das Gut „Gesundheitsleistungen“ dem freien Spiel der Marktkräfte überlassen, hätten wohlhabende Bürger Zugang zu jedem gewünschten Grad an medizinischer Versorgung, während ärmere durch Behandlungskosten in existenzielle Not gestürzt oder mangels finanzieller Mittel versterben würden.

Ein solches System verletzt gleich eine ganze Reihe ethischer Prinzipien:

1. Das Humanitätsprinzip

Dieses Prinzip ist die Grundlage der bereits oben erwähnten Menschenrechte. Humanität (vom Lateinischen *humanitas* – Menschlichkeit) bezeichnet die allgemeine Menschenliebe, die Mitmenschlichkeit und Nächstenliebe. Sie umfasst weiter die Gleichheit aller Menschen unabhängig von äußeren Kriterien wie Herkunft, Alter, Geschlecht, Nationalität oder Religionszugehörigkeit. Humanität ist ein normativer Begriff, das heißt: er beschreibt, was sein soll, und nicht das, was

ist. Das Humanitätsprinzip verpflichtet uns zur Hilfsbereitschaft. Im deutschen Strafrecht findet sich beispielsweise der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung, der Ausdruck einer praktischen Humanität ist.

Das menschliche Leben und die Menschenwürde sind das oberste Gut und der oberste Wert – es hat darum prinzipiell keinen Preis und ist nicht in monetären Kategorien zu werten.

Das Humanitätsprinzip ist ein zentraler Wert in der Medizin, da es die Akteure zur Hilfe verpflichtet

- ohne Ansehen persönlicher Merkmale des Patienten
- ohne Rücksicht auf den Ressourcenaufwand und die Kosten.

Ebenso ist es mit dem Humanitätsprinzip und der Menschenwürde unvereinbar, den leidenden und hilfsbedürftigen Menschen zum Objekt der Gewinnmaximierung zu degradieren oder ihn als Forschungsobjekt zu instrumentalisieren.

2. Das Solidaritätsprinzip

Hier handelt es sich um eines der Grundprinzipien des menschlichen Zusammenlebens, das der Volksmund mit der Losung „Einer für alle – alle für einen“ beschreibt. Das Wort Solidarität wird abgeleitet vom Lateinischen *solidus* (fest, dicht, ganz) beziehungsweise *solidare* (fest zusammenfügen). Im ursprünglichen Sinne beschreibt es das Gefühl einer inneren Verbundenheit und Hilfsbereitschaft in einer Gemeinschaft, das sich aus freien Stücken in entsprechend solidarischen Handlungen manifestiert. Auslöser einer Solidarisierung ist in der Regel eine Bedrohung, die es gemeinsam abzuwenden oder zu meistern gilt. Solidarität setzt eine Geisteshaltung des selbstlosen Gebens und Nehmens voraus und die Freiheit von egoistischem Nutzenmaximieren auf Kosten anderer.

Das Solidaritätsprinzip ist ein normativer Wert, der sich in der gelebten Wirklichkeit auf freiwilliger Basis in aller Regel in kleinen und überschaubaren Gemeinschaften wiederfindet. Wenn auch das Solidaritätsprinzip zum konstituierenden Merkmal beispielsweise der Gesetzlichen Krankenversicherung zählt, kann dort von Freiwilligkeit nicht die Rede sein: zu groß ist in solch anonymen Systemen die Versuchung, als Trittbrettfahrer die Vorteile zu nutzen (über das Sachleistungsprinzip ein theoretisch unbegrenzter Zugang zu Gesundheitsleistungen), und sich gleichzeitig der Belastung (also der Finanzierung) zu entziehen.

Das Solidaritätsprinzip in der GKV findet sich auf unterschiedlichen Ebenen wieder:

- Gesunde finanzieren die Behandlungen der Kranken
- Jüngere, Leistungsfähige und Erwerbstätige sorgen für Ältere und noch nicht (Kinder) oder nicht mehr (Rentner) Erwerbsfähige.

Dieses System kann – wenn es nicht auf selbstloser Nächstenliebe basiert – nur dann funktionieren, wenn sich die Netto-Zahler unter dem Rawls'schen „Schleier des Nichtwissens“ aus dem Modell der Vertragsethiken befinden: denn auch die Jüngeren, Gesunden und Leistungsfähigen können jederzeit durch unvorhersehbare Erkrankungen zur Gruppe der Bedürftigen und Leistungsbezieher zählen (vgl. Rawls, 1971).

Die private Krankenversicherung ist dagegen nach dem Äquivalenzprinzip organisiert, das im Gegensatz zum Solidaritätsprinzip steht. Der Begriff Äquivalenz beschreibt die Gleichwertigkeit von Sachverhalten. Er stammt aus dem Lateinischen und setzt sich zusammen aus *aequus* = gleich sowie *valere* = wert sein. Dieses Prinzip liegt der privaten Krankenversicherung zugrunde: wer am stärksten vom System profitiert, soll auch die höchsten Beiträge zahlen. Daher staffeln sich die Beiträge und Leistungen je nach Alter, Geschlecht und Gesundheitsstatus, also nach individuellem Risiko und Leistungsstatus.

Das Leitmotiv des Äquivalenzprinzips lautet „Jeder gibt nach seiner *wahrscheinlichen Bedürftigkeit* und empfängt nach seiner *tatsächlichen*“. Das Leitmotiv des Solidaritätsprinzips lautet dagegen „Jeder gibt nach seiner *Leistungskraft* und empfängt nach seiner *Bedürftigkeit*.“ (Bohrmann, 2002, S. 103)

Angesichts dieses Wertekanons wäre es kaum verwunderlich, wenn das Gut „Gesundheit“ im Rahmen eines staatlichen Gesundheitssystems für jedermann frei zugänglich und aus Steuermitteln finanziert angeboten würde, so wie es in Großbritannien der Fall ist. Schließlich wäre dies die perfekte Verbindung aus Solidaritäts- und Humanitätsprinzip: es wäre gewährleistet, dass alle Bürger im gleichen Maße Zugang zu Gesundheitsleistungen haben; zudem würde ein entsprechend ausgestaltetes steuerfinanziertes System dafür sorgen, dass die Leistungsfähigen und Wohlhabenden überproportional zur Finanzierung beitragen und damit dem Solidaritätsprinzip genügen.

3. Das Ökonomische Prinzip

Es ist unmittelbar einsichtig, dass eine solche Konstruktion mit einem gravierenden Nachteil verbunden ist: staatlich und bürokratisch organisierten Systemen fehlen die immanenten Anreizsysteme für eine effiziente Mittelverwendung und -allokation. Sie erfordern einen hohen bürokratischen Planungs- und Kontrollaufwand, damit die vorgegebenen Ziele mit möglichst geringem Ressourcenaufwand erreicht werden. Diese Konstruktionen stehen darum im Widerspruch zum ökonomischen Prinzip. Dieses fordert ein möglichst günstiges Verhältnis von Aufwand und Ertrag, das heißt

- ein zuvor definiertes Ergebnis soll mit dem geringst möglichen Mitteleinsatz erzielt werden (ökonomisches Minimumprinzip) oder
- mit einem zuvor definierten Mitteleinsatz soll das maximal mögliche Ergebnis erzielt werden (ökonomisches Maximumprinzip).

Auch das ökonomische Prinzip repräsentiert einen ethischen Wert, nämlich den möglichst achtsamen und effizienten Umgang mit den materiellen und immateriellen Ressourcen. Jede Ressource – egal ob es sich um Rohstoffe, Vorleistungen, Dienstleistungen, Know-how oder Kapital handelt – repräsentiert menschliche Arbeitsleistung, und/oder belastet in seiner Produktion die Umwelt. Aus moralischer Sicht muss also ein respektabler (also ökonomischer) Umgang mit diesen Ressourcen gepflegt werden.

Unter dem ökonomischem Aspekt bekommt der Wert „Gesundheit“ noch über das individuelle und humanitäre Interesse hinaus eine gesellschaftliche Bedeutung: Je gesünder die Bevölkerung ist

- desto größer ist ihre Fähigkeit, zur ökonomischen Wertschöpfung beizutragen,
- desto geringer sind die Ressourcen, die zur Beseitigung von Krankheiten aufzuwenden sind,
- desto geringer wird das Solidaritätsprinzip strapaziert. Es besteht also keineswegs ein immanenter Interessenkonflikt zwischen ökonomischen und humanitären Werten, sondern beide ergänzen sich.

Das ökonomische Prinzip wird unter marktwirtschaftlichen Bedingungen bestmöglich realisiert. Da es sich beim Gut Gesundheit um ein privates Gut handelt, kann dies prinzipiell unter marktwirtschaftlichen Bedingungen erzeugt werden. Es sprechen jedoch die oben angeführten Gründe dafür, dass dieses Gut unter diesen Bedingungen nicht im gesamtwirtschaftlich optimalen Umfang bereitgestellt wird.

Besteht die Möglichkeit, dass der Marktmechanismus nicht für eine als ausreichend angesehene Versorgung der Bevölkerung sorgt, so spricht man von meritokratischen Gütern: diese bilden ebenso wie die öffentlichen Güter eine weitere Begründung für ein Eingreifen des Staates in den Markt. Das Gut Gesundheit zählt dazu ebenso wie beispielsweise das Gut Bildung, das von seiner Natur her auch zu den privaten Gütern zählt, jedoch ebenfalls nicht dem Marktmechanismus überlassen wird.

Die Marktkräfte müssen jedoch so reglementiert werden, dass sie mit dem Humanitäts- und dem Solidaritätsprinzip vereinbar sind. Wie diese sich teilweise widersprechenden ethischen Prinzipien unter einen Hut gebracht werden, ist an den Sozialsystemen weltweit zu beobachten. Die folgenden Erörterungen ethischer Fragestellungen geschehen jeweils vor dem Hintergrund des deutschen Gesundheitssystems.

Als transzendentes Gut genießt die Gesundheit einen Sonderstatuts. Bereits oben haben wir angeführt, dass das Recht auf Gesundheit eng verbunden ist mit dem Grundrecht der Menschenwürde. Im Laufe der Jahrhunderte hat der Begriff „Gesundheit“ jedoch einen Bedeutungswandel erfahren.

Im Lateinischen versteht man unter *salus* (Gesundheit) nicht wie heute die Abwesenheit von Krankheit, sondern auch die Fähigkeit, mit Schicksalsschlägen und Krankheiten umgehen zu können. *Salus* bedeutet nicht nur Gesundheit, sondern auch „Heil“. Für dieses Heil waren neben den Medizinern auch Philosophen, Theologen („Seelsorger“) und Pädagogen zuständig. „Heil“ zu sein war demnach auch Ausdruck einer entwickelten und reifen Persönlichkeit. In religiös geprägten Gesellschaften gehörten und gehört das Unglück und das Leiden ebenso zum Leben wie das Glück und das Wohlbefinden. Das Heil wird in der Hinwendung und in der Verbindung zum Göttlichen erfahren und auch von dort über den Tod hinaus erwartet. Wer glaubt, dass das Leben nicht mit dem körperlichen Tod endet, wird sich darum auch nicht mit seinem Körper identifizieren, da er weiß, dass sein unsterblicher Wesenskern, die Seele, weiter existieren wird. Aus diesem Verständnis heraus verlieren Krankheit und Tod einen großen Teil ihrer Bedrohlichkeit.



Übung 1.3:

Bitte machen Sie sich Ihr Menschenbild bewusst.

Wenn die religiöse Perspektive fehlt und das Selbst vollkommen mit dem Körper identifiziert wird, so muss der Erhalt desselben höchsten Stellenwert haben. Der Tod muss um jeden Preis hinausgeschoben, und das Leben im Hier und Jetzt so leidensfrei wie möglich gestaltet werden. In der Übersteigerung führt diese Geisteshaltung zu Körperkult und Gesundheitswahn, wie sie immer häufiger in der Gesellschaft zu beobachten sind. Diese Zeitgeisterscheinungen sind die unmittelbare Folge weltlicher Wertvorstellungen. In dem Maße, wie das Göttliche als Heilsbringer entfällt, ist letztlich der Mensch selbst verantwortlich für sein Heil in körperlicher und psychischer Hinsicht. Da ihm selbst dafür häufig die Mittel fehlen, wird diese Heilserwartung auf den medizinischen Sektor übertragen: vom Medikament gegen Befindlichkeitsstörungen und Verstimmungen bis hin zur lebensrettenden Organtransplantation und Lebensverlängerung via Intensivmedizin wird von der Medizin eine umfassende Heilsgarantie erwartet.

Dazu der protestantische Theologe Ulrich Körtner:

„Alles medizinische Handeln richtet sich auf Krankheit und Gesundheit, bei denen es sich keineswegs um rein biologische und naturwissenschaftlich-pathologische Kategorien, sondern in erster Linie um Wertbegriffe handelt, deren Gehalt von individuellen, gesellschaftlichen und auch religiösen Prämissen und Deutungsmustern abhängt.“ (Körtner, 2002, S. 52)

Der medizinisch-technische Fortschritt habe im Laufe der Jahrhunderte dazu geführt, dass die Medizin das „Deutungs- und Handlungsmonopol“ über Krankheit und Gesundheit, Leben und Tod errungen habe, der das Selbstbestimmungsrecht des Individuums sowie den Einfluss der Geisteswissenschaften mehr und mehr aushöhle.

Parallel zum medizinisch-technischen Fortschritt entwickelte sich auf der Seite der Versicherten eine entsprechende Anspruchshaltung. Galt Unfruchtbarkeit beispielsweise noch vor wenigen Jahrzehnten als ein Schicksal, dem man sich zu beugen habe, so zählt sie heute zu den behandlungsbedürftigen Krankheiten mit einem Rechtsanspruch auf Kostenübernahme durch die Solidargemeinschaft. Jedes innovative Angebot in Diagnose und Therapie schafft sich umgehend eine entsprechende Nachfrage.

Der medizinisch-technische Fortschritt eröffnet jedoch noch ganz andere Dilemmata. Ein Beispiel ist die pränatale Diagnostik. Durch immer bessere Ultraschalltechnik sind heute zuverlässige Aussagen über den Gesundheitsstatus des ungeborenen Kindes möglich. Wurden zuvor behinderte Kinder als unvermeidbares Schicksal akzeptiert, haben nun die Eltern die Möglichkeit, bis in die letzten Schwangerschaftswochen hinein über Leben und Tod ihres Kindes zu entscheiden. Ähnlich verhält es sich mit der Neonatologie: Waren vor der 24. Schwangerschaftswoche geborene Kinder früher noch zum Tode verurteilt, sind sie heute in den meisten Fällen dank ausgefeilter Technik und innovativer Therapeutika schon von einem Geburtsgewicht von 500 Gramm an überlebensfähig – häufig um den Preis bleibender Gesundheitsschäden. Sowohl die pränatale Diagnostik als auch die Neonatologie stürzen Eltern in existenzielle Entscheidungskonflikte über Leben und Tod, die sie in aller Regel völlig unvorbereitet treffen. Hilfe und Rat wird in dieser Situation nicht mehr von den Kirchen oder von den Philosophen, sondern in aller Regel von den Ärzten erwartet.

„Intensivmedizin, Reproduktionsmedizin und medizinische Gentechnik haben den Spielraum ärztlichen Handelns enorm erweitert, produzieren aber völlig neue Erscheinungsformen von Schicksalhaftigkeit, mit denen die Betroffenen moralisch und psychisch fertig werden müssen. Je mehr der Mensch über das Leben verfügen möchte, desto unkontrollierbarer werden die Vorbedingungen und Folgen seines Handelns. (...) Wer Gesundheit und Leben um jeden Preis will, erzeugt neue Formen der Krankheit und des Leidens“, bringt es Körtner auf den Punkt (vgl. Körtner, 2002, S. 62 f.).

Der medizinisch-technische Fortschritt zwingt sowohl auf der ökonomischen wie auf der ethischen Seite dazu, Grenzen zu definieren. Die beiden wichtigsten Fragen der Bioethik lauten:

- Was wollen oder müssen wir durch die Solidargemeinschaft finanzieren (der ökonomische Aspekt der Rationierung)?
- Wer soll die Entscheidungen über Leben und Tod treffen, und welche ethisch-moralischen Normen können uns dabei die Entscheidung erleichtern?

1.2 Ethiktheorien im Überblick

Ethiktheorien geben keine vorgefertigten Lösungen für Dilemma-Situationen. Sie stellen jedoch auf einer übergeordneten Ebene (der Meta-Ebene) Prinzipien zur Verfügung, anhand derer die möglichen Handlungsalternativen bewertet werden können. Im Folgenden finden Sie einen kurzen Überblick unterschiedlicher Ethiktheorien, auf die im Rahmen der Bioethik häufig zurückgegriffen wird.

Utilitaristische Ansätze

Der Utilitarismus stellt den Erfolg einer Handlung in den Mittelpunkt der ethischen Bewertung. Die Frage, ob eine Handlung gut ist, wird anhand ihrer Folgen (oder Konsequenzen) gemessen, und diese Folgen werden nach dem Nutzen beurteilt, den diese Handlung bewirkt. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einem „konsequentialistischen“ Ansatz. Der Nutzen wiederum ergibt sich aus dem Glück, das eine Tat schafft, beziehungsweise aus dem Unglück, das sie verhindert oder minimiert.

Bei zwei oder mehr Handlungsalternativen ist diejenige Entscheidung oder Handlung ethisch geboten, die entweder mehr Glück für eine größere Zahl von Menschen bewirkt als die anderen Alternativen, oder die weniger Unglück verursacht. Der häufig zitierte Leitsatz des Utilitarismus lautete daher: „Das größte Glück der größten Zahl“. Der Utilitarismus fordert bei ethischen Dilemmata diejenige Lösung, bei der das größte Glück der größten Zahl realisiert wird. In einfachen medizinischen Dilemma-Situationen kommt man hier rasch zum Ergebnis:

- Derjenige mit dem größten Leidensdruck und einer schlechten Prognose hat Vorrang vor dem weniger leidenden mit besserer Prognose, da die Linderung beim Schwerkranken den größten Nutzen hervorbringt.
- Hat ein Arzt in einer Krisensituationen die Wahl, in einer vierstündigen Operation einen Menschen zu retten, oder in vier je einstündigen OPs vier Menschenleben zu retten, so fällt die Wahl auf letztere Alternative.
- Bedeutet eine Schwangerschaft den endgültigen ökonomischen Ruin einer ohnehin schon armen und kinderreichen Familie, weil die Mutter nicht mehr zum Haushaltseinkommen beitragen kann, so ist ein Schwangerschaftsabbruch utilitaristisch zu rechtfertigen, wenn es allen Familienangehörigen aufgrund dieser Entscheidung besser geht.

Der Utilitarismus ist in der medizinethischen Debatte vor allem deswegen beliebt, weil er unter allen Ethiktheorien zumindest in einigen Fällen eine Perspektive der „Berechenbarkeit“ bietet.

Doch wie misst man „Glück“? Schauen wir bei den Ökonomen nach – die sind nämlich häufig gezwungen, immaterielle Werte wie zum Beispiel den individuellen Nutzen (was man großzügig interpretiert auch als eine Art von „Glück“ ansehen kann) in ökonomischen Kriterien ausdrücken zu müssen. Insgesamt sind sich die Ökonomen klar darüber, dass so genannte „interpersonale Nutzenvergleiche“ eine schwierige Sache sind. Nehmen wir das Beispiel einer Herztransplanta-

tion: zwei schwerkranke Patienten konkurrieren um ein einziges Spenderorgan. Wem von den beiden nun das neue Herz einen größeren Nutzen bieten wird, ist aus der individuellen Perspektive her kaum zu beurteilen, da beide Patienten mit dem ansonsten sicheren Tod vor Augen darauf beharren werden, dass das fragliche Organ nur ihnen den allergrößten Nutzen stiften wird. In der Welt der Ökonomie hilft man sich nun aus diesem Dilemma, indem die Ersatzgröße der *Zahlungsbereitschaft* herangezogen wird: um herauszufinden, wem das knappe Gut am meisten Wert ist, braucht man lediglich zu schauen, wer am meisten bereit ist, dafür zu bezahlen. Diese Betrachtung hat allerdings einen Haken, denn sie ist nur bei gleicher Einkommens- und Vermögensverteilung aussagekräftig. Wenn ein Millionär und ein Milliardär um das gleiche Herz konkurrieren, ist klar, wem es – in Geld ausgedrückt – den größten Nutzen und das größte Glück bietet. Da diese Voraussetzung jedoch in der Realität nicht gegeben ist, entfällt dieser Umweg der Nutzen- und Glücksmessung. Zudem wird bei existenziellen Überlebensproblemen die Zahlungsbereitschaft bis an die Grenze der individuellen Leistungsfähigkeit steigen: das Leben entzieht sich einer Bewertung in ökonomischen Kategorien.

Vertragstheoretische Ansätze

Diese beschäftigen sich damit, wie staatliche Rechtsordnungen ethisch/moralisch und institutionell begründet werden können. In der Gesundheitswirtschaft beispielsweise können vertragstheoretische Ansätze hilfreich sein, um zu bestimmen, wer zur Finanzierung des Systems beiträgt oder wie die knappen Gesundheitsleistungen optimal verteilt werden können. Hinter den Vertragstheorien steckt die Grundfrage, wie weit der Staat in die Freiheitsrechte der Menschen eingreifen darf und muss, und welche Konstruktionen als „gerecht“ bezeichnet werden können. Zu den bedeutendsten Vertretern der Vertragstheorien zählt John Rawls, der die Gerechtigkeit zum zentralen Wert und Gradmesser staatlicher Eingriffe erhebt. Er bedient sich für die Schaffung gerechter Grundsätze und Regeln in Institutionen und Organisationen eines Gedankenmodells, das er den „Schleier der Unwissenheit“ nennt. Dies bedeutet, dass die Menschen, die an der Konstruktion des künftigen Systems beteiligt sind, in der Phase, in der sie über die Zugangsvoraussetzungen für die einzelnen Leistungen entscheiden, nicht wissen, in welcher Rolle sie dort später leben werden. Dahinter steckt die Annahme, dass nur diejenigen ein für alle gerechtes System schaffen können, die keine eigenen Interessen und Vorteile verteidigen müssen.

Diskursethische Ansätze

Im Rahmen der Diskursethik suchen die mittelbar und unmittelbar Betroffenen im Diskurs nach der optimalen Lösung – was im medizinischen Notfall natürlich ausgeschlossen ist. Insofern müssten diese Werte und Zuteilungskriterien zuvor grundlegend definiert werden (ähnlich wie in den Vertragsethiken). Diskursethiken können beispielsweise hilfreich sein, wenn die Verbände und Institutionen des Gesundheitswesens einen Konsens darüber finden müssen, welche Leistungen in den Katalog der GKV aufgenommen werden oder nicht, oder wenn Patienten-

rechte auf der politischen Ebene definiert werden. Die Diskursethik gibt keine materiellen Werte vor. Wie bei allen anderen Formalethiken soll sich das gute und richtige (und damit auch ethisch/moralisch zutreffende) Ergebnis aus dem Verfahren eines streng reglementierten Diskurses ergeben. Im Dialog der Gleichen siegt „der zwanglose Zwang des besseren Arguments“. Da diese Verfahren äußerst zeitintensiv sind, eignen sie sich vor allem für politische Prozesse.

Den zahlreichen Ethikkommissionen auf nationaler und internationaler Ebene liegt allesamt der Gedanke des Diskurses zugrunde (mehr dazu in Kapitel 5).

Die kategorischen Imperative

Immanuel Kant schuf mit seinen kategorischen Imperativen das Gegengewicht zum kirchlichen Ethik- und Moralmonopol. Der Mensch als vernunftbegabtes Wesen sei frei zu entscheiden, was er wolle und sei in der Lage, Gutes zu erkennen, zu tun oder zu unterlassen. Die Verantwortung für sein Tun trägt er allein. Um dieses Gute zu erkennen, muss er nach den kategorischen Imperativen handeln. Der erste und bekannteste lautet: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“

Mit dem Wort „Maxime“ ist die Intention oder Motivation gemeint, die der Handlung zugrunde liegt. Daraus folgt, dass nur der gute Wille bei der Tat (das Motiv oder die Gesinnung) bestimmt, was moralisch gut ist, nicht die tatsächlichen Konsequenzen einer Handlung. Zu welchen Perversionen dieses Prinzip führen kann, war überdeutlich im Nationalsozialismus zu beobachten: dort ließen sich mindestens 350 Ärzte zu schrecklichen Verbrechen im Namen der „Volks-gesundheit“ hinreißen. Dass für dieses nach damaligen Wertvorstellungen „hehre Ziel“ Millionen Menschen ermordet wurden, stürzte offensichtlich keinen der Beteiligten in einen Gewissenskonflikt. Ganz im Gegenteil: die dort Handelnden waren offensichtlich überzeugt, nach den „richtigen“ Maximen zu handeln.

Kant wendet sich in seinem zweiten kategorischen Imperativ gegen die Instrumentalisierung des Menschen. Seine so genannte „Selbstzweckformel“ besagt:

„Handle so, dass du die Menschen, sowohl in deiner Person als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“
(Kant, 1785)

Diesem zweiten kategorischen Imperativ liegt die Ansicht zugrunde, dass jeder Mensch einen eigenen Zweck in seinem Dasein verfolgt. Dieser Zweck müsse in jeder Handlung anerkannt werden. Insbesondere dieser zweite kategorische Imperativ spielt in medizinethischen Grundfragen eine sehr große Rolle. Wenn es untersagt ist, den Menschen zu instrumentalisieren, ihn also für eigene Zwecke einzuspannen, so sind beispielsweise alle Maßnahmen im Bereich der Genetik und der Reproduktionsmedizin abzulehnen, denn hier wird menschliches Leben den Interessen von Eltern, Angehörigen oder der Gesellschaft untergeordnet. Ein Kind etwa darf nicht künstlich gezeugt werden, um den Bedürfnissen der Eltern nach Liebe, Zuwendung und Lebenssinn zu dienen, denn es darf nur um seiner selbst willen geboren werden. Auch darf ein Mensch nicht künstlich am Leben erhalten

werden, weil die Angehörigen auf sein Weiterleben bestehen oder weil Ärzte ihre Kompetenz unter Beweis stellen wollen. Ebenso ist die „verbrauchende Embryonenforschung“ zur Stammzellengewinnung nach diesem Imperativ abzulehnen.

Materiale Wertethik

Der Philosoph und Soziologe Max Scheler versuchte Kants Imperative um die Wertekomponente zu ergänzen. Zu den Werten, die zur Grundlage der Ethik gemacht werden sollten, zählten für ihn etwa Liebe, Achtung oder Glaube. Nach Scheler gibt es höhere und geringere Werte. Eine Handlung ist nach der materialen Wertethik immer dann richtig, wenn sie den ranghöheren Wert verwirklicht oder möglichst wenig einschränkt. Diese Werte sind nach Scheler „klar fühlbare Phänomene“, die von jedem gefühlt und erfahren werden können. Scheler spricht hier von „Wertfühlen“ (vgl. Scheler, 1913/16).

Die Wertethik kennt jedoch auch den Begriff der „Wertblindheit“, also der Unfähigkeit des Wertfühlers. So gut dieser Ansatz in Alltagssituationen geeignet sein mag, zu einer richtigen Entscheidung zu kommen, so schwierig wird es in existenziellen Konflikten. Beispiel: Ein gesunder 40-Jähriger beschließt in seinem Patiententestament, auf lebenserhaltende Maßnahmen im Falle eines Komas zu verzichten, da dies mit seinem momentanen eigenen Wertfühlen im Einklang steht. Möglicherweise wird er aber genau auf diese Maßnahmen bestehen, wenn seine Ehefrau ins Koma fällt, da er die Hoffnung nicht aufgeben mag, dass sie wieder das Bewusstsein erlangt.

Auch auf die Frage, ob menschliches Leben künstlich gezeugt werden darf, wird kein einheitliches Wertfühlen möglich sein. Die katholische Kirche beispielsweise befindet sich ganz in der Gesellschaft Kants, wenn sie die Instrumentalisierung des Lebens ablehnt, weil es dem Prinzip der Menschenwürde zuwider läuft. Ein verzweifeltes kinderloses Ehepaar und ein Reproduktionsmediziner werden in diesem Konflikt aus Sicht der Kirche eher mit „Wertblindheit“ geschlagen sein. Als Grundlage eines ethischen Diskurses wird die materiale Wertethik also an ihre Grenzen stoßen, insbesondere weil ethische Konflikte zwischen unterschiedlichen Parteien letztlich immer darauf zurückzuführen sind, dass unterschiedliche Ansichten und Gefühle zu grundlegenden Fragen und Werten des Lebens existieren. Aus Sicht der Theorie sozialer Systeme würde man sagen: die unterschiedlichen Parteien benutzen einen unterschiedlichen Code und können sich trotz struktureller Kopplung nicht einigen.

Wertemanagement und die Ethik der Governance von Josef Wieland

Dieser Ansatz ist insbesondere für die Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft relevant, denen gern unterstellt wird, sie seien wegen ihres Zwanges zur Gewinnmaximierung blind für moralische Werte. Wieland stellt die These auf, dass nur eine wertorientierte Unternehmensführung nachhaltig und langfristig erfolgreich ist und ihre so genannte *long term license to operate* am Markt erhält. Die wichtigste Hypothese lautet, dass die Transaktionsatmosphäre einen wesentlichen Anteil an

den Transaktionskosten eines Unternehmens hat. Unter Transaktionsatmosphäre versteht Wieland gelebte Werte wie Sicherheit, Vertrauen und Transparenz. Eine positive Transaktionsatmosphäre führt zu Kostensenkungen: wer weniger Mittel in Kontrolle investieren muss, weil Geschäftspartner, Mitarbeiter und andere Interessengruppen dem Unternehmen vertrauen, kann diese anderweitig sinnvoller einsetzen (vgl. Wieland, 1999).

Aus Marketing-Sicht kann man hinzufügen: auch für Kunden (in der Gesundheitswirtschaft häufig gleichzusetzen mit Patienten) sind diejenigen Unternehmen die attraktivsten, bei denen sie möglichst geringe Informationskosten auf sich nehmen müssen um herauszufinden, ob sie diesem Unternehmen vertrauen können oder nicht.

1.3 Ethische Anforderungen an die Akteure in der Gesundheitswirtschaft

Auf dem Markt für Gesundheitsleistungen treffen sich Akteure mit völlig unterschiedlichen Motiven und Interessen. Jeder von ihnen ist dementsprechend in ein Umfeld mit unterschiedlichen ethisch-moralischen Regeln und Anforderungen eingebunden.

Die Rolle des Arztes: Unter allen Akteuren im Gesundheitswesen hat der Arzt traditionell den stärksten ethischen Hintergrund und kann – abgesehen von den Priestern aller Religionen – auf den ältesten Moralkodex zurückblicken: den hippokratischen Eid. Hippokrates lebte 460 bis 375 v. Chr. in Griechenland und galt als „Vater der Medizin“. Neuere Forschungen weisen jedoch darauf hin, dass der Eid nicht auf seinen Namensgeber Hippokrates zurückgeht, sondern im 4. Jahrhundert vor Christus in einer pythagoräischen Ärztegruppe entstand (vgl. Wiesing, 2004, S. 36 ff.). Der Eid beginnt mit einer Schwurformel und der Anrufung der Götter (dieser Passus wurde später unter christlichem Einfluss durch die Dreifaltigkeit ersetzt). Sodann regelt er die Ausbildung junger Ärzte und die Zulassungsbedingungen zum Arztberuf. Der zweite Teil handelt von den ärztlichen Pflichten gegenüber den Patienten. Bis zum heutigen Tag stehen dabei zwei Prinzipien im Vordergrund: die zentrale Verpflichtung des Arztes auf das Heil des Patienten (*salus aegroti suprema lex* – das Heil des Patienten ist das oberste Gebot) und das Gebot der Schadensvermeidung (*primum nil nocere* – zunächst nicht schaden). Der Eid fordert unter anderem strikte Verschwiegenheit sowie das Verbot der Tötung auf Verlangen, den sexuellen Missbrauch des Patienten sowie bestimmter Formen der Abtreibung.

Der Eid diene vor allem dazu, über die Wahrung der moralischen Integrität des Arztes das Vertrauen der Kranken zu gewinnen. Obwohl die Ärzte in Deutschland den hippokratischen Eid offiziell nicht geloben, gilt er nach wie vor als „zeitloses“ Grundgesetz. Für die deutsche Ärzteschaft verbindlich ist das Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes aus dem Jahr 1948, das von der Bundesärztekammer übernommen und der Berufsordnung der Ärzte vorangestellt wurde. Im Genfer Gelöbnis

befinden sich wesentliche Aussagen des hippokratischen Eides: die Verpflichtung auf das Wohl des Patienten und die Schadensvermeidung, die Schweigepflicht sowie das Verbot, die Situation des Patienten zum eigenen Wohl auszunutzen.

Kritik am hippokratischen Eid wurde laut, als nach und nach das Selbstbestimmungsrecht der Patienten entdeckt wurde und damit die Entdeckung, dass dieses im ärztlichen Ethos bis dato keine Rolle spielte. Unter den Beiträgen zu diesem Thema hat kaum ein anderer Ansatz die medizinethische Debatte so beeinflusst wie die Prinzipien der biomedizinischen Ethik von Tom L. Beauchamp und James F. Childress aus dem Jahr 1979.

Beauchamp und Childress unterscheiden vier ethische Prinzipien, die Ärzten in Dilemma-Situationen zu guten Entscheidungen verhelfen (vgl. Marckmann, 2000, S. 74 ff.):

1) Respekt vor der Autonomie des Patienten (respect of autonomy)

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten bedeutet, dass er eigene Ansichten haben, eigene Entscheidungen fällen und gemäß seiner eigenen Wertvorstellungen handeln darf. Dies umfasst negative Freiheitsrechte (Freiheit von äußerem Zwang und manipulativer Einflussnahme) ebenso wie ein Recht auf Förderung seiner Entscheidungsfähigkeit. Der Arzt hat also die Entscheidungen des Patienten zu respektieren und ihn durch eine sorgfältige, auf seine Bedürfnisse zugeschnittene Aufklärung zu unterstützen. Im Rahmen des „informierten Einverständnisses“ (informed consent) bedarf jede diagnostische und therapeutische Maßnahme der ausdrücklichen Einverständniserklärung des Patienten. Das Selbstbestimmungsrecht tritt an die Stelle der wohlwollenden ärztlichen Bevormundung traditioneller Prägung.

2) Schadensvermeidung (nonmaleficence)

Dieses Prinzip greift das hippokratische „primum nil nocere“ auf. Schädigende Eingriffe sind zu vermeiden und zu unterlassen

3) Fürsorge (beneficence)

Der Arzt soll das Wohl des Patienten fördern und ihm nützen. Er ist verpflichtet, Krankheiten zu behandeln und zu vermeiden, Beschwerden zu lindern und das Wohlergehen des Patienten zu befördern. Im Gegensatz zur klassischen ethischen Richtlinie „salus aegroti suprema lex“ sehen Beauchamps und Childress dieses Prinzip jedoch nicht als oberste Leitlinie, sondern als gleichberechtigt neben den anderen Prinzipien.

4) Gerechtigkeit (justice)

Dieses Prinzip fordert eine faire Verteilung von Gesundheitsleistungen und greift das Rationierungsproblem auf. Nach diesem Prinzip müssen gleiche Fälle gleich behandelt werden und ungleiche nur dann ungleich, wenn sie moralisch relevante Unterschiede aufweisen. Dabei bleibt offen, welche Kriterien in Konfliktfällen für eine gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen ausschlaggebend sind.

So klar und einfach diese Prinzipien wirken, so schwierig ist ihre Befolgung in der Praxis. Marckmann verweist darauf, dass es im ärztlichen Alltag diverse Situationen gibt, in denen diese Prinzipien keine eindeutige Orientierung geben. Muss beispielsweise ein bewusstloser oder dementer Patient behandelt werden, so müssen Entscheidungen über den Kopf des Patienten hinweg getroffen werden, ohne dass dieser sein „informiertes Einverständnis“ gibt. Das Prinzip der Schadensvermeidung findet seine Grenzen beispielsweise in der Chemotherapie bei unheilbaren Krebserkrankungen. Schadensvermeidung verpflichtet den Arzt auf das Unterlassen von weiteren Hilfeleistungen. Hier steht es aber im Widerspruch zum dritten Prinzip der Fürsorge, das in aller Regel ein aktives Handeln des Arztes erfordert.

Die Zielkonflikte und Interpretationsspielräume dieser Prinzipien verdeutlicht folgendes Beispiel (vgl. Marckmann, 2000, S. 74 ff.): Eine 75-jährige Frau mit fortschreitender Demenz entwickelt eine schwere Lungenentzündung. Ihre Tochter hält eine stationäre Aufnahme in Verbindung mit einer Antibiotika-Therapie für sinnlos, da ihre Mutter solche Maßnahmen in ihrem jetzigen Zustand sicherlich ablehnen würde. Der Arzt weiß zwar nun, was er *kann* (nämlich welche Therapie die beste ist), nicht jedoch, was er tun *soll*. Diese Frage kann nur auf der ethisch-moralischen Ebene beantwortet werden. Betrachten wir den Fall unter dem Blickwinkel der vier Prinzipien von Beauchamps und Childress:

Das Prinzip der Selbstbestimmung erfordert, dass der Wille der Patientin über die Therapie entscheidet. Die erste von zahlreichen Ermessensfragen lautet nun, ob die Patientin durch ihre Demenz von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen kann, und wenn nicht – wer stattdessen entscheiden darf. Die Tochter? Diese dürfte nur dann entscheiden, wenn sichergestellt ist, dass sie im Interesse ihrer Mutter handelt. Möglicherweise hat die Tochter jedoch ein Eigeninteresse daran, dass die Mutter bald verstirbt, um der Belastung durch Betreuung und Pflege zu entgehen. Gibt es weitere Hinweise auf den mutmaßlichen Willen der Patientin in Form einer Patientenverfügung? Oder soll der Arzt aufgrund seiner Erfahrung die Entscheidung für die Patientin treffen?

Diese Frage führt direkt zum Prinzip der Fürsorgepflicht. Generell erfordert dieses Prinzip, dass der Arzt eine vermutlich lebensrettende Therapie durchführen muss, da dies dem Wohl des Patienten nutzt. Doch würde in diesem Fall ein Weiterleben der Patientin tatsächlich zu ihrem Wohle sein, oder würde die Antibiotika-Therapie ihr Leiden nur um weitere Jahre verlängern? Dann würde das Prinzip der Schadensvermeidung greifen und die Antibiotika-Therapie verhindern. Hat die Patientin trotz ihrer geistigen Einschränkungen bisher ein relativ zufriedenes Leben geführt, so wäre dieses Prinzip hinfällig.

Das Gerechtigkeitsprinzip spielt in diesem Fall nur eine untergeordnete Rolle: die Patientin hat durch ihre Krankenversicherung ein Recht auf diese Behandlung; und Rationierungsprobleme treten nicht auf. Anders läge der Fall, wenn die Patientin gleichzeitig mit mehreren Schwerverletzten um einen Platz auf der Intensiv-

station konkurrieren würde. Dann müssten zusätzlich die Rechte der anderen Patienten abgewogen werden. Mehr zum Thema „Rationierungsdilemmata“ finden Sie im Kapitel 3.

Übung 1.4:

Wie würden Sie sich als Arzt in dieser Situation verhalten?



In unserem Fall führt keines der vier Prinzipien zu einem befriedigenden Ergebnis – zumal vor dem Hintergrund unvollständiger Informationen. Sie haben jedoch bewirkt, dass die Beurteilung des Falles auf zwei Kernfragen zugespitzt werden kann, nämlich:

- Wie kann die Selbstbestimmung der Patientin trotz der fortgeschrittenen Demenz am besten gewahrt werden?
- Wird die stationäre Antibiotika-Therapie der Patientin eher nutzen als schaden?

Marckmann weist darauf hin, dass es bisher keiner ethischen Theorie gelungen ist, allgemeine Kriterien für Dilemma-Situationen (nicht nur in der Medizinethik) zu entwickeln. Weder der Utilitarismus noch konsequentialistische (kantische) oder vertragstheoretische Ansätze hätten nach mehreren Jahrhunderten moralphilosophischer Debatten zu eindeutigen Ergebnissen geführt. Beauchamps und Childress finden für dieses Problem eine pragmatische Lösung: sie empfehlen die Suche nach den ewig und immer gültigen Kriterien aufzugeben und sich stattdessen an weithin konsensfähigen „mittleren“ Prinzipien zu orientieren (vgl. Beauchamps; Childress, 1994).

Diese „mittleren Prinzipien“ sollen an moralische Alltagsüberzeugungen anknüpfen, die sich auch in unterschiedlichen Ethiktheorien wiederfinden. Hier finden sich Parallelen zum „Wertfühlen“ nach Max Scheler. Am Praxisfall sollen diese Prinzipien interpretiert, konkretisiert, gewichtet und in einen widerspruchsfreien Zusammenhang gebracht werden. Somit besteht eine Wechselwirkung zwischen ethischer Theorie und moralischer Praxis. Die oben genannten vier Prinzipien bieten nach diesem Ansatz also eine allgemeine ethische Orientierung, lassen aber im Einzelfall einen erheblichen Beurteilungsspielraum zu. Dazu Marckmann:

„Die Vorteile dieses Ansatzes liegen auf der Hand: trotz ungelöster moralphilosophischer Grundlagenfragen wird eine Konsensfindung auf der Ebene mittlerer Prinzipien möglich, da diese auf unseren moralischen Alltagsüberzeugungen aufbauen und mit verschiedenen ethischen Begründungen vereinbar sind. Zugleich wird die Transparenz moralischer Kontroversen erhöht, da sie als Konflikte zwischen verschieden gewichteten Prinzipien dargestellt werden können. Eine klare Benennung des ethischen Konfliktes kann oft der erste Schritt auf dem Weg zu einer Konfliktlösung sein. (...) Einen leicht anwendbaren Algorithmus zur Lösung ethischer Probleme sucht man hingegen

vergeblich. Dieser wäre freilich weder der Komplexität klinisch-ethischer Konfliktsituationen noch der Vielschichtigkeit unserer moralischen Überzeugungen angemessen.“ (Marckmann, 2000)

Fazit: Nach dem derzeitigen Stand der ethischen Debatte gibt es keine verbindlichen Richtlinien, die dem Arzt in Dilemma-Situationen die Entscheidung abnehmen. Das Abwägen unterschiedlicher Interessen und Prinzipien kann ihm aber im Einzelfall die Entscheidung erleichtern.

Die Rolle der Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft: In der ökonomischen Theorie haben die Unternehmen keinerlei ethische Konflikte zu bewältigen: sie sind dazu da, im Rahmen des gesetzlich Erlaubten nach dem ökonomischen Prinzip zu agieren und dabei für eine möglichst hohe Kapitalrendite zu sorgen. Wenn sich die Gesellschaft einig ist, dass der Schutz der Menschenwürde in allen Lebensphasen von der Zeugung bis zum Tod Vorrang vor wirtschaftlichen Interessen haben soll, wird dies in einer entsprechenden Gesetzgebung zum Ausdruck kommen. Da die Unternehmen selbst auch Mitglied der Gesellschaft sind, werden sie den ethischen Diskurs mitbestimmen wollen und müssen, um ihre Eigeninteressen in die Gesetzgebungsverfahren einfließen zu lassen. Alle bioethischen Fragen – sei es vorgeburtliche Diagnostik, Stammzellenforschung oder Gentechnik – haben neben der humanitären auch stets eine ökonomische Dimension, da sich Millionen- und Milliardenmärkte hinter einigen innovativen Therapeutika und Diagnostika verbergen. Von ihrer Interessenlage her werden die Unternehmen daher einen von größerer Toleranz geprägten Standpunkt in der ethischen Debatte einnehmen, um den eigenen Handlungsspielraum zu erweitern. So ist es kaum verwunderlich, dass Unternehmensvertreter in den bedeutenden Ethikkommissionen keinen Sitz haben.

Unternehmen wird in der Theorie von vornherein unterstellt, dass sie humanitäre Werte der Gewinnmaximierung opfern. Daher herrschten beispielsweise erhebliche Bedenken gegen die Privatisierung von Kliniken; und auch dem niedergelassenen Arzt und den Apothekern waren unternehmensähnliche Strukturen (zum Beispiel das Gründen von Filialen) verboten. Mittlerweile lockern sich diese Vorbehalte, da weitgehend Konsens darüber besteht, dass auch die Gesundheitswirtschaft an ökonomischen Effizienzkriterien gemessen werden muss. Dies bedeutet jedoch nicht, dass auch an Unternehmen der Gesundheitswirtschaft hohe moralische Anforderungen gestellt werden. Wie bereits oben beschrieben, ist das Vertrauen ein höchst wichtiges Gut in der Beziehung von Anbieter und Nachfrager (Patienten oder Kunde) in der Gesundheitswirtschaft, da dieser Markt durch Informationsasymmetrien gekennzeichnet ist. Eine von Misstrauen geprägte Arzt-Patient-Beziehung ist dem Heilungserfolg in keinerlei Beziehung förderlich. Das Image des Anbieters und Unternehmens in der Gesundheitswirtschaft ist daher eine der wichtigsten Ressourcen: würde beispielsweise publik, dass ein privat betriebenes Klinikum oder ein Pflegeheim aus Gewinnsucht humanitäre Prinzipien verletzt, so wäre dies ein kaum wieder gut zu machender Schaden. Ähnlich sieht es aus bei gravierenden Fehlern: die Arzneimittelskandale um Contergan (Grünental) oder Lipobay (Bayer AG) haben ihren Unternehmen schweren materiellen und immateriellen Schaden zugefügt. Insofern sorgt der Marktmechanismus ten-

denziell dafür, dass ethische Werte nicht verletzt werden. Die Tatsache, dass der Markt für Gesundheitsleistungen strengen staatlichen Vorschriften und Kontrollen unterliegt, zeigt jedoch, dass das Vertrauen in die Steuerungskraft des Marktes nicht besonders ausgeprägt ist.

Das oben beschriebene Wertemanagement nach Josef Wieland ist für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft ein praktikabler Ansatz, um den vermeintlichen Widerspruch von Gewinnorientierung einerseits und ethischer Verantwortung andererseits aufzulösen: je größer das Vertrauen in den Anbieter, desto größer ist auch dessen Attraktivität und um so geringer sind die Aufwendungen für Kundengewinnung und -bindung.

Übung 1.5:

Recherchieren Sie weitere Fälle (neben den oben genannten), in denen der Vertrauensverlust der Kunden oder der Mitarbeiter zu ökonomischen Schäden geführt hat!



Die Rolle der Politik: Wie bereits oben beschrieben, ist die Position des Nachfragers (des Patienten) auf dem Markt für Gesundheitsleistungen eine relativ schwache. Aus diesem Grund ist der Staat zu Interventionen gezwungen. In der Theorie der Wirtschaftspolitik werden diese Entscheidungen von einem so genannten „wohlwollenden Diktator“ getroffen – einem allmächtigen Wesen, das bei seinen Entscheidungen ausschließlich das Wohl seiner Bürger im Kopfe hat. In der Realität sieht dies jedoch völlig anders aus. Nicht wohlwollende Machthaber treffen politische Entscheidungen, sondern Politiker, die unter diversen Zwängen stehen und vor allem eines wollen: gewählt werden. Sie verhalten sich daher ähnlich wie Unternehmer, mit dem Unterschied, dass sie nicht Gewinne, sondern Wählerstimmen maximieren (vgl. Schumpeter, 1980, S. 428). Nun könnte man meinen, der Wettbewerb um Wählerstimmen würde ein eben solches Wohlfahrts-optimum erzeugen wie der Marktmechanismus, da die Politiker versuchen, die Wünsche der Wähler bestmöglich zu befriedigen. Die Realität sieht jedoch anders aus, da auch der Markt für Wählerstimmen ähnlich unvollkommen ist wie der Gütermarkt. Insbesondere alle Verteilungsfragen sind hochsensible Bereiche, da die Wähler naturgemäß diejenige Partei bevorzugen, die ihnen möglichst geringe Finanzierungslasten aufbürdet und ihnen im Gegenzug eine möglichst umfassende Versorgung mit öffentlichen Gütern bietet. Aus diesem Grund verhalten sich Parteien möglichst vieldeutig und versuchen, ein breites ideologisches Spektrum abzubilden, um möglichst wenige Wähler zu verschrecken (vgl. Downs, 1968, S. 83). Prinzipiell tun sich Politiker auch bei gesundheitspolitischen Entscheidungen schwer: zum einen ist Gesundheit ein hochsensibles Gut, bei dem die Bürger keine Leistungsabstriche machen wollen, sondern von dem sie im Gegenteil immer höhere Leistungen erwarten. Andererseits scheuen die Politiker davor zurück, den Bürgern höhere Kosten aufzubürden, da sie in diesem Fall um Wählerstimmen fürchten müssen. Gerade in Hinsicht auf die anstehende Rationierungsproblematik im Gesundheitswesen (mehr dazu in Kapitel 3) lassen sich Politiker we-

niger von ethisch oder ökonomisch Sinnvollem leiten, sondern von dem, was die größtmögliche Zustimmung der Wähler erfährt. Insofern gleichen alle Reformen im Gesundheitswesen aufs Haar denen im Steuerwesen: ein völlig unüberschaubares Belastungs- und Begünstigungswirrwarr, bei dem am Ende niemand weiß, ob er zu den Begünstigten oder zu den Belasteten zählt. Radikale Reformen wie die der Kopfpauschale werden dem Wähler deswegen kaum zur Abstimmung vorgelegt. Analog zum Marktversagen spricht man daher in parlamentarischen Demokratien vom Politikversagen.



Übung 1.6:

Nennen Sie Beispiele aus der Historie der Gesundheitsreformen, bei denen Ihrer Meinung nach die Wiederwahlzwänge der Parlamentarier Vorrang hatten vor dem, was ökonomisch und wohlfahrtstheoretisch effizient gewesen wäre.

Ähnlich verhält es sich mit dem ordnungspolitischen Rahmen in medizinethischen Fragen. Die medizinisch-technische Forschung macht immer mehr Dinge möglich, die unser moralisches Empfinden überfordern (siehe dazu das folgende Kapitel 2). Die individuellen Akteure (insbesondere Ärzte und forschende Unternehmen, aber auch betroffene Patienten) sind mit Entscheidungen in den Grauzonen des Moralempfindens häufig überfordert und brauchen einen gesetzlichen Rahmen, der das Erlaubte und Mögliche absteckt. Hier ist die Politik gefragt, die im Rahmen diskursethischer Verfahren den Ausgleich divergierender moralischer Vorstellungen und ökonomischer Interessen leisten muss. Häufig kommt es dabei zu der oft gescholtenen Doppelmoral (Abtreibung ja – Stammzellenforschung nein), wobei eben keine einheitlichen und stringenten ethischen Kriterien zum Zuge kommen, sondern das, was der Wähler am wenigsten sanktioniert.

Zusammenfassung

Die Allokation von Gesundheitsleistungen kann prinzipiell über den Marktmechanismus erfolgen, da es sich dabei um private Güter handelt. Aus unterschiedlichen Gründen sind die Märkte für Gesundheitsleistungen im hohen Maße reguliert. Die wichtigsten Gründe dafür:

- Der Markt für Gesundheitsleistungen weist gravierende Unvollkommenheiten auf, unter anderem starre Nachfrageelastizitäten und Informationsasymmetrien.
- Gesundheitsleistungen zählen zu den meritorischen und transzendentalen Gütern, die über den Marktmechanismus nicht in ausreichendem Maße für weniger kaufkräftige Bürger zur Verfügung stehen würden.
- Das Recht auf Gesundheit gehört zu den grundlegenden Menschenrechten. Zudem ist es aus Gründen der Humanität und Solidarität notwendig, allen Bürgern unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewähren.

Der Begriff „Gesundheit“ hat in der Neuzeit einen Bedeutungswandel erfahren. Mit fortschreitendem medizinisch-technischem Fortschritt und dem abnehmenden Einfluss religiöser Werte sinkt die Bereitschaft, gesundheitliche Einschränkungen hinzunehmen. Der Markt für Gesundheitsleistungen spielt heute eine überragende Rolle für das Wohlbefinden der Menschen. Traditionell werden an die Akteure auf dem Markt für Gesundheitsleistungen hohe ethische Anforderungen gestellt, wobei das Innovationstempo und der gesellschaftliche Wandel für ethische Dilemmata sorgen, auf die gesellschaftlich zum Teil noch keine Antworten gefunden wurden.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Nennen Sie die ethischen Prinzipien, die verletzt würden, wenn die Versorgung mit Gesundheitsleistungen dem Marktmechanismus überlassen würde.
- 1.2 Warum ist der Hippokratische Eid nicht mehr zeitgemäß und ergänzungsbedürftig?
- 1.3 Warum ist es für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft rational, sich ethischen Werten zu unterwerfen?