

# **Teil I**

## **Steuerungsmechanismen**



# 1 Impulse

*Silvia Hedenigg*

Wenn es darum geht, darüber nachzudenken, wie viel Ethik sich die Medizin gestattet und welche Implikationen dies für das Gesundheitssystem haben könnte, zeichnet sich der Expertenkreis, der sich in diesem Band um eine Annäherung an diese Frage bemüht, durch ein hohes Maß an Gestaltungswillen und Gestaltungskraft aus: Es handelt sich um Vertreter ihrer jeweiligen Fachdisziplinen, die sich nicht abgefunden haben mit den Ist-Situationen ihrer Zeit, sondern die ihre jeweiligen Bereiche aktiv gestaltet, verändert, geprägt haben und dies noch immer tun. In diesem Sinne steht der Band unter folgendem Motto:

»Ich möchte nicht die Trends, die da sind, extrapoliieren, sondern von einer Zukunft sprechen, die ich haben möchte: Das heißt, ich sage nicht, wie die Zukunft sein *wird*, sondern wie die Zukunft sein *soll*. [...] Wenn ich in die Zukunft schaue, möchte ich gerne eine Zukunft haben, die so und so ist, nicht warten, bis mir ein anderer die Zukunft macht. [...] Ich möchte mir zum Beispiel nicht vom Markt vorschreiben lassen, was ich tun soll, sondern ich möchte dem Markt vorschreiben, was er für mich tun soll« (von Foerster 2007, S. 326).<sup>1</sup>

Die Realität im Alltag der Medizin sowie gesundheitspolitische Lösungsstrategien legen nahe, dass das Gesundheitssystem gegenwärtig maßgeblich von zwei Motivationsgrößen bestimmt wird: den biomedizinisch-technischen Fortschrittsbemühungen und der Finanzierbarkeit von Gesundheit. Geleitet von M. Foucaults (1986, S. 15) Postulat, dass es »[...] im Leben Augenblicke [gibt], da die Frage, ob man anders denken kann, als man denkt, und anders wahrnehmen kann, als man sieht, zum Weiterschauen und Weiterdenken unentbehrlich ist«, stellt sich für die vorliegende Themenstellung die Frage: Gibt es eine Möglichkeit über Ethik in der Medizin nachzudenken, die uns anregt, anders zu denken und wahrzunehmen – um zu einer Zukunft zu gelangen, deren *Akteure* wir sind? Andererseits aber auch dem berechtigten Einspruch nachzugehen: bedarf es denn notwendigerweise immer eines »Weiters« – oder nicht eher der Gelassenheit?

<sup>1</sup> Ersetzt man hier »Markt« mit »Gesundheit«, lautet der Satz: »Ich möchte mir zum Beispiel nicht vom Gesundheitssystem vorschreiben lassen, was ich tun oder bekommen soll, sondern ich möchte dem Gesundheitssystem vorschreiben, was es für mich tun oder auch lassen soll«.

Auf der Suche nach Anregungen zu diesem »Anders-Denken«, ist es die »Kybernetik« des österreichischen Physikers, Philosophen und Konstruktivisten Heinz von Foerster, die interessante Impulse zu beinhalten scheint. Der Leitgedanke ist dabei, das Gesundheitssystem als Regelkreis zu verstehen, dessen Funktionsweise dem kybernetischen Steuerungsprinzip folgt, sich über einen Sensor selbst zu regulieren. Man kann sich die Frage stellen, welcher »Sensor« für die Steuerung des Systems aktuell wirksam ist. Eine Hypothese könnte sein, dass der maßgebliche Sensor, der das Gesundheitssystem steuert, in der Finanzierbarkeit zu sehen ist. Die vielerorts festgestellte Unter-, Über- und Fehlversorgung sowie unzählige ableitbare Dysfunktionalitäten könnten darauf hinweisen, dass die Finanzierung als maßgeblicher Steuerungsmechanismus im Gesundheitssystem nicht (mehr) funktionsfähig ist. Folgt man dieser Annahme, wäre es unter Umständen ein möglicher innovativer Impuls, »Ethik« und die ihr zugrunde liegenden Prinzipien der Würde des Menschen und die daraus stringent abzuleitenden Argumente und Handlungsstrukturen als Regulativ in die »Kybernetik« des Gesundheitssystems zu integrieren, wie es das sprachliche Konstrukt der Kybernetik Foersters nahelegt.

Wie aber sind selbstreferenzielle Systeme, die sich selbst steuern, beeinflussbar – fehlt uns doch die Möglichkeit einer Steuerung von außen (vgl. z. B. Luhmann 1984)? Die Kybernetik hat darauf eigentlich nur eine Antwort: gar nicht. Selbstreferenzielle Systeme funktionieren zirkulär und beeinflussen sich selbst.

»Da soziale Systeme also prinzipiell nicht steuerbar sind, kann man über Bedingungen in ihrer Umwelt lediglich Impulse geben, damit das System sich selbst verändert. ›Steuerung kann nur so greifen, dass die Umweltbedingungen bzw. der Verhaltenskontext des Systems gezielt verändert wird, dadurch für die Reproduktion des Systems andere Ausgangsbedingungen hergestellt werden und somit eine Verhaltensänderung in eine bestimmte Richtung – vielleicht – erreicht werden kann‹ [...]« (Reis, Schulze-Böing 1998, zit. nach Wansing 2005, S. 173).

Greifen könnte somit der Mechanismus der Kontextsteuerung personenbezogener Dienstleistungen, zu denen auch gesundheitsbezogene Leistungen zählen. Dabei gilt es, »als wichtigsten ›Kontext‹ [...] bei der Steuerung der Sozialleistungen die Nutzer zu berücksichtigen«. Die Voraussetzung dafür ist jedoch die Bereitschaft zur Partizipation: »Auf jeden Fall gilt, dass in diesem Bereich der Inanspruchnahmemotivation bzw. der Mitwirkungsbereitschaft der Klientel entscheidende Bedeutung für den Erfolg der Maßnahmen zukommt« (Kaufmann 1982, zit. nach Wansing 2005, S. 173).

Folgt man dieser These, so wäre auszuloten, wie stark der Kontext der Nutzer, die Partizipation der Patienten gestärkt werden müsste, um die Zukunft des Gesundheitssystems so zu gestalten, wie es aus unserer Sicht wünschenswert wäre: Mit einem etwas Mehr an Reflexion darüber, was man will, ehe man es kann und tut, sowie der aktiven Vergewisserung der Würde des Menschen als Ausgangslage und Zielsetzung medizinischer Maßnahmen und personenbezogener Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialsystem.

Ein weiterer und daran anschließender Impuls aus Försters Kybernetik könnte in seinem »kategorischen Imperativ« liegen, so zu handeln, dass sich die Wahl-

möglichkeiten erweitern, wobei von Foerster von dem jüdisch-christlichen Traurikerleben geprägt ist, das zu der schicksalsschweren Entscheidung von Pontius Pilatus führt<sup>2</sup>. Hier findet sich eine Argumentationsfigur, nämlich die, keine andere Wahl gehabt zu haben, die den Neoliberalismus Thatchers ebenso kennzeichnete wie die »Alternativlosigkeit« der Merkel-Regierung. Nicht zuletzt wegen des massiven Einsatzes wurde die »Alternativlosigkeit« zum »Unwort des Jahres 2010« gekürt. So befand die Jury:

»Das Wort suggeriert sachlich unangemessen, dass es bei einem Entscheidungsprozess von vornherein keine Alternativen und damit auch keine Notwendigkeit der Diskussion und Argumentation gebe« (Klassen 2011).

Mit der Frage nach Alternativen und von Foersters Forderung nach einem Ausbau derselben ist ein Konstrukt impliziert, das konsequent durchdacht, eine Reihe aktueller Anregungen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems bietet: auf der Systemebene, der personalen Ebene der Verantwortungs- und Handlungsebene. So ergibt sich die Frage, welche Rückkoppelung eine Erweiterung der Wahlmöglichkeiten auf die Finanzierbarkeit des Systems hätte? Würde es notwendigerweise bedeuten, dass es implodiert oder dadurch entschärft wird, dass beispielsweise eine breite Bevölkerungsschicht ein technologiegeleitetes Ausklingen des Lebens ablehnt und somit Alternativen schafft?

Der Anspruch, Ethik in der und für die Medizin noch einmal – und immer wieder – zu durchdenken ist aber auch im Sinne Försters nicht gebunden an die hier angeführten Facetten. Je vielfältiger, kontrastreicher, kreativer wir gemeinsam nach den Impulsen der Ethik für die Medizin fragen und unterschiedlichste Disziplinen zur Sprache kommen, desto eher können wir die Ethik in der Medizin auch mit erfinden. Ich lade Sie herzlich ein, mit aller Muße über die angeschnittenen Fragen nachzudenken – und erneut in einen kreativen, konstruktiven interdisziplinären Austausch zu treten.

Erlauben Sie mir dazu abschließend noch eine kleine Anekdote: Von Foerster leitete das Department of Electrical Engineering an der University of Illinois und wollte einen Logiker einladen, der sich mit Hegel und fernöstlicher Philosophie auskennt:

»Dann hat natürlich der Vorsitzende meiner Abteilung, meiner Lehrkanzel gesagt: ›Der ist doch ein Logiker, der beschäftigt sich mit Hegel. Der vertritt fernöstliche Philosophie. Wir sind eine Lehrkanzel für electrical Engineering.‹ Ich habe gesagt: ›Deswegen brauchen wir einen Logiker, der mit fernöstlicher Philosophie vertraut ist‹ (v. Foerster 2007, S. 237).

<sup>2</sup> »Als Pilatus sah, dass er nichts erreichte, sondern dass der Tumult immer größer wurde, ließ er Wasser bringen, wusch sich vor allen Leuten die Hände und sagte: Ich bin unschuldig am Blut dieses Menschen. Das ist eure Sache!« (Matthäusevangelium, MT 27; 24).

## Literatur

- Foucault M (1986) Sexualität und Wahrheit 2. Der Gebrauch der Lüste. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Luhmann N (1984) Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kaufmann F-X (1982) Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Interventionen. In: Kaufmann F-X (Hrsg.): Staatliche Sozialpolitik und Familie. München, Wien: Oldenbourg. S. 49-86.
- Klassen R (2011) »Alternativlos« ist das »Unwort des Jahres«: Das Basta für Softies. Stern (<http://www.stern.de/panorama/alternativlos-ist-das-unwort-des-jahres-das-basta-fuer-softies-1644487.html>; Zugriff am 10.12.2012).
- Reis C, Schulze-Böing M (Hrsg.) (1998) Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Die Herausforderungen »neuer Steuerungsmodelle« (= Modernisierung des öffentlichen Sektors: Sonderband 9). Berlin: Edition Sigma.
- von Förster H (1993) Kybernetik. Berlin: Merve.
- von Förster H, Bröcker M (2007) Teil der Welt Fraktale einer Ethik – oder Heinz von Foersters Tanz mit der Welt. 2. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer.
- Wansing G (2005) Teilhabe an der Gesellschaft: Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

## **2 Ethik als Steuerungsprinzip zur Finanzierung des Gesundheitssystems?**

*Bernd Quoß*

Die nachstehende Abhandlung war Teilinhalt meines Vortrages anlässlich der Friedensauer Fachtagung im Mai 2011 zu dem Thema »Wie viel Ethik gestattet sich die Medizin«? Vorwiegend wurde der betriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Aspekt – in Abgrenzung zur Ethik – eines Krankenhausbetriebes beleuchtet. Der Anstieg der Beschäftigungszahlen im Gesundheitswesen ist arbeitsmarktpolitisch durchaus bemerkenswert. Zwischenzeitlich ist jeder neunte Erwerbstätige im Gesundheitswesen tätig, mit steigender Tendenz. Doch der zu verteilende »Finanzkuchen« ist dabei nicht in dem Maße mitgewachsen, sondern muss auf immer mehr Leistungsanbieter aufgeteilt werden. In der Hinsicht ist und bleibt die Frage aktuell: Wie viel Platz bleibt hier noch für Ethik in der Medizin?

### **1 Allgemeine Ausführungen zum Thema medizinische Ethik**

#### **1.1 These**

*Um Gesundheitseinrichtungen in Deutschland gewinnbringend zu finanzieren und eine Wertschöpfung (= jede weitere Gesundheitsleistung gewinnt finanziell an Wert hinzu) für alle am Gesundheitswesen beteiligten Personen und Einrichtungen zu erzielen, »dürfte« auf Ethik keinerlei Rücksicht genommen werden.*

Haben Sie sich schon einmal die Frage gestellt, welche Gesundheitseinrichtungen noch etwas verdienen würden, wenn die Menschen zu gesund sind oder die bestehende Krankheit gar nicht so schwerwiegend ist, wie ihnen vermittelt wird? Ethik als Steuerungsinstrument ist daher im heutigen Verdrängungs-

wettbewerb hinderlich, zumindest wenn Gewinne erzielt werden müssen. Dazu wiederum ist aber jede Gesundheitseinrichtung gezwungen, um am Markt zu überleben sowie die Gehälter ihrer Mitarbeiter zu finanzieren.

## 1.2 Aktuelle Situation

Durch nicht-ethisches Handeln würde das Krankenhaus Waldfriede (freigemeinnütziges Akutkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung in Berlin) nach einer vorsichtigen Schätzung ca. 800.000 bis 1.000.000 € jährlich zusätzlich einnehmen können. Durch nachstehende beispielhafte Maßnahmen könnte dies relativ einfach und schnell realisiert werden:

- Konzentration auf finanziell lukrative DRGs
- Operative Eingriffe durchführen, obwohl keine medizinische Indikation vorliegt, d. h. Patientenfallzahlen künstlich steigern
- Aufwendigere medizinische Eingriffe/Pflege anwenden als erforderlich
- Liegezeiten beim stationären Aufenthalt verändern
- (Bewusst) Falsches Codieren und Abrechnen

Viele Leitbilder von Krankenhäusern, u. a. des Krankenhauses Waldfriede (Quoß 2009), zur Ethik stehen diesen »Praktiken« entgegen:

»Der Mensch steht mit seinen Bedürfnissen, Sorgen und Nöten im Mittelpunkt unseres Handelns.

... wir kümmern uns um das Wohl von Körper, Geist und Seele und lassen uns dabei von der christlichen Ethik leiten.

... durch hochwertige medizinische und pflegerische Maßnahmen unterstützen wir den Patienten.

... menschliche Zuwendung, Patientenorientierung und die Achtung der Würde sind unsere Maßstäbe.

... wir respektieren im Rahmen unserer christlichen Verantwortung die persönliche Entscheidung des Patienten ... bei ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen« (Auszug aus dem Leitbild des Krankenhauses Waldfriede).

## 1.3 Definition »Medizinische Ethik« und ihre vier Prinzipien

### 1.3.1 Was bedeutet medizinische Ethik?

Vorläufer der medizinischen Ethik ist die ärztliche Ethik. Ihre Kernthemen sind sittliche Normsetzungen für das Gesundheitssystem. Dies schließt alle im Gesundheitswesen tätigen Personen, Institutionen und Organisationen und auch die Patienten ein. Es gibt auch keinen markanten Unterschied zwischen der medizi-

nischen Ethik und der Ethik im allgemeinen Gesellschafts- und Geschäftsleben (z. B. für die Gestaltung von Kaufverträgen, Verhandlungen, den Umgang miteinander). Lediglich den, dass sich die medizinische Ethik mit ethischen Problemen auf dem Gebiet der Krankenversorgung befasst.

### 1.3.2 Die vier Prinzipien der medizinischen Ethik

Krankenhäuser müssen die Anforderung von Wirtschaftlichkeit und Ethik miteinander in Einklang bringen und sich – nach Möglichkeit – auf die vier Grundprinzipien der medizinischen Ethik stützen (vgl. Beauchamp, Childress 1989; Dörner 2001):

- Respekt vor der *Selbstbestimmung* des Patienten
  - Welche Bereiche der Autonomie sind beeinträchtigt?
  - Hat der Patient die Entscheidungsgewalt?
  - Wo gibt es sachliche, wo anderweitige Einschränkungen der Autonomie?
- *Verbot zu schaden*
  - In welcher Weise, wie stark und wie lange nützt/schadet eine vorgeschlagene Therapie?
  - Weiß der Patient um die zu erwartenden Einschränkungen Bescheid?
  - Wird die Prognose der Krankheit durch die vorgeschlagene Therapie verbessert?
- *Wohlergehen* und das *Prinzip der Menschenwürde*
  - Welche Funktionen des Patienten müssen von Dritten (Arzt, Pfleger oder Angehörige) übernommen werden und wieso?
  - Wird die Würde des Patienten respektiert?
  - Ist ein Einverständnis des Patienten dazu vorhanden und wird der Patient in den Behandlungsprozess mit einbezogen?
  - Kann von seiner Zustimmung ausgegangen werden?
  - Welche Hilfe möchte der Patient für welche Situation in Anspruch nehmen?
- *Gleichheit und Gerechtigkeit*
  - Werden Leistungen und Ressourcen gerecht verteilt?

## 1.4 Grundlagen für ethisch-medizinische Behandlungen

Als Ursprung gilt der Eid des Hippokrates, der aus dem 4. Jahrhundert vor Chr. stammt. Jüngeren Datums sind der Nürnberger Codex (hervorgegangen aus dem Nürnberger Ärzteprozess 1947), das Genfer Ärztegelöbnis (1948, mit aktualisierten Fassungen 1968 und 1983) sowie die Deklaration von Helsinki des Weltärztekongresses, die seit 1964 mehrfach revidiert wurde. Grundlagen sind weiter Ethikkommissionen, z. B. bei der Bundesärztekammer 1975 eingerichtet, sowie

verschiedene Ethik-Räte und die Einrichtung von Ethik-Komitees in den Krankenhäusern.

Obwohl es diese ethischen Grundlagen gab, wurde in der Vergangenheit vielfach unethisch gehandelt. Beispiele hierfür sind Euthanasie-Programme und Menschenversuche im Nationalsozialismus, Experimente mit Kriegsgefangenen in Japan und auch der Missbrauch der Psychiatrie in der Sowjetunion.

Forschungsexperimente zeigten, dass das ärztliche Ethos nicht ausreichte, um (kriminellen) Missbrauch ärztlichen Wissens und Ehrgeizes zu verhindern. Auch gegenwärtig stehen wir vor ethischen Herausforderungen in der Medizin, z. B.

- Forschungsdrang und medizinisch-technische Entwicklungen in der Medizin (Organ-/Stammzelltransplantation, Reproduktionsmedizin, perinatale Implantationsdiagnostik etc.)
- Patientenverfügung (jetzt soll über den vorzeitigen Tod entschieden werden)
- Organspende (Politik/Zwang zur Organspende, da zu wenig Ersatzorgane vorhanden sind)
- Sichtung/Einteilung in der Katastrophenmedizin

## 2 Die zunehmende Bedeutung der medizinischen Ethik

Hauptursache für die zunehmende Bedeutung der medizinischen Ethik in den letzten dreißig Jahren sind, neben dem medizinisch-technischen Fortschritt, die immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen (Finanzquellen) im Gesundheitswesen. Durch die Finanzknappheit ergeben sich vier wesentliche Tendenzen in unterschiedlichen Ausprägungen (Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, Berlin):

### 2.1 Machtverschiebung und Risikoverlagerung im Gesundheitswesen

Es hat eine so genannte Machtverschiebung von der Leistungsanbieterseite (z. B. Arzt, Krankenhaus) zugunsten der Finanzierungsseite (z. B. Krankenkassen) stattgefunden. Dadurch wird das wirtschaftliche Risiko von der Politik als Gesamtkostenträger auf alle medizinischen Leistungsanbieter verlagert (Kühn 1996). Die Kostenträger verweisen immer auf § 12 SGB V (Sozialgesetzbuch), das so genannte »Wirtschaftlichkeitsgebot«, d. h. »die medizinischen Leistungen müssen wirtschaftlich, zweckmäßig und ausreichend [...] zur Verfügung gestellt werden«. Die neuen Finanzierungsarten sind nicht einfache Techniken,