Gaius Cornelius Simon Burkert
Dr. med.

Ärztliches Handeln unter Kostendruck – Vertrauen als moralisches Implikat ärztlicher Praxis im Kontext der Rationierungsdebatte

Promotionsfach: Geschichte der Medizin
Doktorvater: Prof. apl. Dr. Monika Bobbert

Seit Heiner Geißler 1974 in seiner damaligen Funktion als Sozialminister von Reinland-Pfalz erstmalig von der „Kostenexplosion“ im deutschen Gesundheitswesen gesprochen hat, ist die Begrenzung der für die medizinische Versorgung aufgebrachten Ausgaben ein ständiger Bestandteil der Gesundheitspolitik und derer Gesetzgebung.

Wie in der vorliegenden Arbeit dargestellt wurde, sind die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt zwei von vielen Faktoren, die dafür sorgen, dass zwischen 1995 und 2009 die Höhe der Gesundheitsausgaben stetig von ca. 187 Milliarden Euro auf ca. 278 Milliarden Euro gestiegen ist. Bei dem Versuch, diese Entwicklung zu stoppen, hat der Gesetzgeber eine Reihe an Regelungen geschaffen, die auf das Verordnungsverhalten der Leistungserbringer als zusätzlichen Faktor der Kostenentwicklung abzielen. In der vorliegenden Arbeit wurden jene Teile des SGB V beleuchtet, die das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen direkt oder indirekt begrenzen. Hier ist an erster Stelle §12 Abs. 1 SGB V als das sogenannte „Wirtschaftlichkeitsgebot“ zu nennen, das Leistungserbringer dazu anhält, nur notwendige und wirtschaftliche Leistungen zu erbringen. Dem Gesetz fehlt es an einer ausreichenden normativen Definition der Begriffen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. Damit entsteht für Leistungserbringer in der täglichen Praxis die Frage danach, was notwendig und wirtschaftlich ist. Die Frage wird umso drängender, weil Regelleistungsvolumina, die die Menge der durch den Leistungserbringer erbrachten und von den Kassen voll honorierten Leistungen begrenzen. Während der Gesetzgeber die Frage um Leistungsbegrenzungen meidet und keine genauere Definition dessen vornimmt, was notwendig und wirtschaftlich ist, müssen Ärzte in ihrer täglichen Arbeit diese Fragen bereits beantworten, um selbst keinen finanziellen Schaden davonzutragen. Einerseits bergen eine individuelle und subjektive Bewertung des Notwendigen und Wirtschaftlichen und daraus folgende Leistungsbegrenzungen durch die jeweiligen Ärzte die Gefahr einer uneinheitlichen und ungerechten Verteilung von Gesundheitsressourcen. Andererseits belastet diese Aufgabe das Arzt-Patienten-Verhältnis, da Ärzte nicht mehr uneingeschränkt die Anwälte ihrer Patienten sein können.

Wie in der dargestellten Diskussion um Ressourcenverteilung unter den Begriffen der Rationalisierung und Rationierung deutlich wurde, kommt sie nicht ohne eine normative Ebene aus, die begründet, welchen Umfang einer Gesundheitsversorgung eine Gesellschaft sicherstellen soll. Wenn dieser Umfang durch faktisch begrenzt zur Verfügung stehende Ressourcen eingeschränkt werden muss, bedarf es zudem begründbare Regeln einer Verteilung. Mehrere ethische Argumentationsrichtungen können solche Regeln herleiten, wobei die jeweiligen hieraus hervorgehenden Verteilungskriterien in ihrer Anwendung dann sehr unterschiedlich aussehen. Für die Entscheidung, wie knappe Ressourcen im Gesundheitswesen verteilt werden sollen, ist aber nicht nur die Begründbarkeit der Verteilungskriterien von Bedeutung, sondern auch ihre Vereinbarkeit mit der ärztlichen Praxis. Dabei ist wichtig zu betonen, dass es nicht um eine Vereinbarkeit mit den rein funktionellen sondern den moralischen Voraussetzungen dieser Praxis geht, wie sie Konrad Ott im Rahmen seiner „implaktiven Methodik“ erarbeitet.

Die vorliegende Arbeit hat die Beziehung zwischen Arzt und Patient auf immanente Bestandteile untersucht, die moralisch bedeutsam und für das Bestehen dieser Beziehung unverzichtbar sind. Es konnte dargestellt werden, dass Vertrauen ein solcher Bestandteil ist. Dies liegt begründet in der stets asymmetrischen Konstellation des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient. Nicht nur für das Funktionieren dieser Beziehung sondern schon für seine Konstitution ist Vertrauen eine unbedingte Voraussetzung. Ohne das Vertrauen des Patienten kann der Arzt seine Rolle als Arzt gar nicht einnehmen. Dies ist nur möglich, wenn der Patient dem Arzt vertrauensvoll die Freiheit überlässt, zu handeln und tätig zu werden. Mit Zuhilfenahme der Arbeit von Paul Ricoeur wurde dargestellt, dass Vertrauen in diesem Sinne als eine Gabe zu werten ist, die eine Form der Anerkennung darstellt. Vertrauen geschenkt zu bekommen, beinhaltet für den Arzt die Anerkennung in seiner Rolle und als frei handelnde Person, die damit moralischen Ansprüchen gerecht werden muss. Das Annehmen von Vertrauen geht damit moralischen Pflichten dem Patienten gegenüber einher. Anhand von Axel Honneths „Skizze einer Moral der Anerkennung“ wurde weiter spezifiziert, das diese moralischen Pflichten im spezifischen Kontext der Arzt-Patienten-Beziehung auf die Anerkennung moralischer Rechte beschränkt sind, während sie nicht etwa eine Anerkennung von individuellen Bedürfnissen oder aber Fähigkeiten und Eigenschaften beinhaltet. Das Vertrauen des Patienten anzunehmen, geht für den Arzt mit der Pflicht einher, dessen moralische Rechte in seinem Handeln zu achten.

Da das Vertrauen und die Anerkennung moralischer Rechte als immanenter Bestandteil der Arzt-Patienten-Beziehung hergeleitet wurden, kann demnach ein ethischer Ansatz nur dann

mit dieser Vertrauensbeziehung vereinbare Regeln der Ressourcenverteilung liefern, wenn er sich an den moralischen Rechten des Patienten orientiert. In der vorliegenden Arbeit wurden unter diesem Gesichtspunkt utilitaristische, liberalistische und rechtebasierte Argumentationsrichtungen auf die Vereinbarkeit ihrer Verteilungskriterien mit dem Vertrauen des Patienten untersucht. Es konnte dargestellt werden, dass nur ein rechtebasierter Ansatz, der individuelle Rechte der Betroffenen zur Grundlage einer Ressourcenverteilung macht, diesem Anspruch gerecht wird. Utilitaristische Argumentationsrichtungen liefern Verteilungskriterien, die sich an der Maximierung eines Gesamtnutzens orientieren. Die Definition dieses Gesamtnutzens ist weder deutlich umrissen, noch birgt dessen Maximierung für den Patienten eine Sicherheit, in seinen individuellen Rechten geachtet zu werden. Im Zweifelsfall sind die Rechte und Bedürfnisse des Patienten dem Gesamtnutzen untergeordnet. Vor diesem Hintergrund ist ein Vertrauen des Patienten in den Arzt nicht möglich. Liberalistische Argumentationsrichtungen leiten zwar Kriterien her, die das Recht des Patienten auf freie Entscheidung in den Mittelpunkt stellen, sie ignorieren jedoch die verwundbare Situation des Patienten, der in der Situation der Erkrankung in der Möglichkeit einer freien Entscheidungsfindung eingeschränkt ist.

Wenn Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung weiterhin auch unter der Prämisse knapper Ressourcen und der daraus folgenden Notwendigkeit der Mittelverteilung durch den Arzt möglich sein soll, dann muss diese Verteilung nach Kriterien individueller moralischer Rechte erfolgen.

Die Anwendung dieser Kriterien auf konkrete Verteilungsfragen aus der ärztlichen Praxis, die am Ende dieser Arbeit stand, hat diese Position noch einmal bekräftigt, indem die Unvereinbarkeit anderer Kriterien mit dem Vertrauen des Patienten auch in der Einzelsituation dargestellt werden konnte. Des Weiteren sind aber auch die Herausforderungen deutlich geworden, am konkreten Beispiel die Güter zu umschreiben, auf die sich individuelle moralische Rechte definieren lassen. Rechtebasierte Argumentationsrichtungen nach Alan Gewirth leiten Rechte auf Güter her, die Voraussetzungen von Handlungsfähigkeit darstellen. Welche Gesundheitsleitungen im Einzelnen solche Güter darstellen und wie unterschiedliche Leistungen unter der Prämisse der Mittelknappheit in ihrer Bedeutung für die Handlungsfähigkeit zu priorisieren sind, bedarf weiterer Betrachtung. Wenn auch in Zukunft das Vertrauen zwischen Arzt und Patient bestand haben soll, dann muss eben dies die Aufgabe und der Inhalt einer weiteren Diskussion über Mittelknappheit darstellen.