



www.vems.ch

Von Hippokrates zur Medizinischen Bioethik

Eine Analyse der Beziehung Medizin-Ethik-Ökonomie

Stand April 2021



Autoren: Flavian Kurth, Dr. med. Michel Romanens,
Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth, Dr. med. Edward A. Schober,
Patrick Koop, MD

Projektverantwortung: Dr. med. Michel Romanens

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

<http://docfind.ch/VEMSbioethik.pdf>

Version vom April 2021

Das Papier ist «open for debate», bei Bedarf wird die jetzige Version
weiterentwickelt. Wenden Sie sich hierzu an die Korrespondenzperson.

Verein Ethik und Medizin Schweiz, Spitalstrasse 9, 4600 Olten
Tel: 062 212 44 10, www.vems.ch

Inhaltsverzeichnis

Wieso dieses Papier?	Seite	3
Zusammenfassung	Seite	5
Was die Gesellschaft von der Medizin erwartet	Seite	7
Wie die Ökonomie in die Medizin hineinwirkt	Seite	11
Was Medizin und Gesellschaft von der Ethik erwarten	Seite	16
Medizinethik im Wandel	Seite	19
Hat die Ökonomie eine Ethik?	Seite	27
Produkte und Produkthaftung	Seite	33
Fallstudien	Seite	38
Schlussfolgerung	Seite	48

Wieso dieses Papier?

Betrachtet man das Agieren unserer Regierung und unserer Behörden in den letzten Wochen und Monaten, so kann man sich des Eindrucks eines gewissen Realitätsverlustes nicht verwehren. Vor allem das Versagen bei der zeitnahen Beschaffung und effektiven Verteilung der Impfstoffe hat Zweifel an ihrer Kompetenz geweckt. Wie kann es sein, dass die Situation so falsch eingeschätzt wurde und wir den Preis dafür jetzt mit einer unnötigen Verlängerung der Einschränkungen bezahlen müssen?

Unser Bundesrat dürfte in den Verhandlungen mit den Impfstoffherstellern wohl primär die Seite des monetären Aufwands vor Augen gehabt haben. Je nach Annahmen betreffend Kosten für Impfdosis und Impfung können zwischen CHF. 70.- und CHF. 140.- geschätzt werden. Der Aufwand für die Impfung von rund 8 Mio. Bürgerinnen und Bürgern beträgt demnach zwischen 560 Mio. und 1.12 Mia. Franken. Damit werden für die Behandlung einer einzigen Krankheit zwischen 7% und 14% der 80 Mia. aufgewendet, welche das Schweizer Gesundheitswesen jährlich kostet. Und das schien wohl etwas zu teuer im Verhältnis zum Nutzen, zumal ja noch nicht gesagt werden konnte, wie viele sich dann auch tatsächlich impfen würden.

Wir vermuten, dass so gerechnet und gedacht wurde, weil solche einseitigen Hochrechnungen bei etlichen regulatorischen Fehlentscheidungen der letzten Jahre die Grundlage waren. So hat das BAG etwa 2015 für die Behandlung mit den neuen Hepatitis-C-Medikamenten vom Typ Harvoni Zusatzkosten von rund 2 Milliarden Franken errechnet und deshalb für diese Medikamente eine Limitation für das Stadium F0, F1 und F2 erlassen. Mit der Folge vermeidbarer Behandlungskosten, unter Umständen Lebertransplantationen, sowie sozialer Kosten durch Arbeitsausfälle, im schlimmsten Fall Invalidisierungen. Damals war von der Fehlentscheidung (welche das BAG später korrigiert hat) nur eine kleine Bevölkerungsgruppe betroffen. In einer Pandemie hingegen sind wir alle die Leidtragenden, weshalb das «Impfdebakel» nun ein Thema ist: Rechnet man korrekt, so wären die Impfkosten nach 9 bis 45 Tagen durch die Lockdown-Kosten egalisiert, und der Return on Investment würde nach 180 Tagen zwischen 3.4 Mia. und 11.1 Mia. Franken betragen. Regierung und Behörden hätten folglich alles tun sollen, sich Impfdosen bei den Herstellern zu sichern, und man fragt sich, in welcher Realität sie leben, es nicht getan zu haben.

Realitätsverlust tritt nicht nur ein, weil man Realitäten ignoriert, sondern auch und weitaus häufiger, weil man sie unter einer bestimmten Annahme einseitig betrachtet. Die Ökonomie modelliert den Menschen als homo oeconomicus, also, wie es der Wirtschaftsethiker Peter Ulrich formuliert, als ob wir Menschen «kein anderes Motiv und Kriterium rationalen Handelns als das der privaten Nutzen-, Erfolgs- oder Vorteilsmaximierung kennen». Ulrich nennt dies «die methodische

Reduktion von praktischer Vernunft auf rein ökonomische Rationalität (Effizienz) ...» Dieses Modell ist nötig, um ökonomische Handlungen, Strukturen und Effekte überhaupt untersuchen zu können. Es hat aber einen Mangel, den die Pandemie offenlegt: Welches Motiv hätte in diesem Modell denn ein Mensch, der nicht der sehr kleinen Gruppe der Risikopatienten angehört, seine persönliche Freiheit einzuschränken, Maske zu tragen, zuhause zu bleiben und so weiter? Dies ist für ihn weder effizient, noch bringt es ihm private Nutzen-, Erfolgs- oder Vorteilsmaximierung, eher im Gegenteil. Dennoch verhält sich die grosse Mehrheit der Bevölkerung erfreulicherweise so. Und täten sie es nicht, so wäre dies nicht nur unerfreulich, sondern auch teuer.

Seit fünfzehn Jahren arbeitet der VEMS mit wissenschaftlichen Methoden in einem transdisziplinären Team daran, Hochrechnungen, Studien und Methoden der Gesundheitsökonomie daraufhin zu validieren, ob die darin verwendeten statistisch-mathematischen Modelle überhaupt geeignet sind, klinisch-medizinische Realität abzubilden. Sie sind es viel zu oft nicht, und der Grund dafür ist oben beschriebene Reduktion: Wer menschliches Handeln auf egoistische Motive reduziert, der erfasst seine soziale Komponente nicht. Und wer die soziale Komponente menschlichen Handelns nicht erfasst, auf dessen Radar erscheinen auch die sozialen Folgekosten nicht. Im Ergebnis können solche reduktionistischen Beurteilungen von Behandlungen, Behandelnden und Behandlungsbedarf medizinische Sachverhalte in ihr Gegenteil verkehren: Korrekt, kosteneffektiv und kosteneffizient arbeitende Ärztinnen und Ärzte werden als Überarzt identifiziert, hocheffektive Therapien als ineffektiv, medizinische Unterversorgung als Überangebot.

Die Folgen sind dieselben, die wir beim «Impfdebakel» sehen: Man spart kurzfristig vielleicht ein paar Franken, doch man bezahlt einen unverhältnismässig hohen Preis dafür. Und es sind die schwächsten Mitglieder unserer Gesellschaft, die ihn bezahlen. Nötige Behandlungen werden ihnen verwehrt, weshalb sie vermeidbare Krankheiten erleiden, und einen Arzttermin zu bekommen, wird für sie immer schwieriger. Da sollten die Alarmglocken unserer Ethikerinnen und Ethiker läuten. Das tun sie aber nicht. Der Grund wird wohl der sein, dass obiger Irrtum ein kollektiver Irrtum zu sein scheint: Wenn Gesundheitsökonominnen und -ökonom ausrechnen, dass eine Behandlung nicht kosteneffektiv sei, eine behandelnde Ärztin, ein behandelnder Arzt Überarzt oder ein medizinisches Angebot ein Überangebot, das zu unnötigen Nachfragen anreizen könnte, dann fällt es schwer, ihren nüchternen Zahlen zu misstrauen. Denn letztlich ist Mathe Mathe und Ethik Ethik.

Bei der Kostenseite kann man dem noch halbwegs beipflichten. Die Nutzenseite dieser Kalkulationen ist aber weitgehend Spekulation. Man trifft hier also viele Annahmen, und wer Annahmen trifft, der setzt Werte, medizinische, soziale, aber eben auch ethische. Wird etwa der statistische Wert eines Menschenlebens mit 8'500 Franken monetarisiert, dann sollte die Ethik schon nachfragen und nachrechnen. Dazu wollen wir sie mit diesem Papier ermutigen und auch ermächtigen.

Zusammenfassung

Dieses Papier geht den Gründen nach, welche zu einer spürbaren Verstimmung zwischen behandelnden Medizinerinnen und Medizinern und gewissen Positionen der massgeblichen Ethik institute der Schweiz geführt haben könnten. Wir tun dies aus Sicht klinisch-medizinischer Behandlungspraxis auf der Mikroebene unseres Gesundheitswesens und anhand von realen Beispielen aus der tagtäglichen Arbeit der Ärztinnen und Ärzte am Krankenbett. Im Ergebnis stellen wir fest, dass die Ethik der Medizin bei Besprechungen in ethischen Kommissionen zu Behandlungssituationen, die komplex sind und die Medizin vor ethische Dilemmata stellen, weitgehend gute Dienste leistet.

Unsere Ethik institute arbeiten aber auch auf der Makroebene unseres Gesundheitswesens, wo sie in medizinethischen und/oder in interdisziplinären Gremien Beurteilungen und Empfehlungen erarbeiten. Diese haben allgemeingültigen Charakter; die jeweiligen Indikations- und Behandlungsentscheide im Einzelfall liegen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Bei etlichen für die Behandlungspraxis entscheidenden Empfehlungen geht die Initiative aber nicht von der Ethik aus und auch nicht von der Medizin. Vielmehr kommt sie aus der Gesundheitsökonomie, zumeist jener der Krankenkassen, und/oder aus der Politik. Die vorgelegten Hochrechnungen können folglich auch von Partikularinteressen geleitet sein. Entsprechend wären sie einer kritischen Prüfung zu unterziehen, bevor ethische Schlüsse daraus gezogen werden, aus denen dann seinerseits das Recht Schlüsse zieht. Geschieht dies nicht, so kann dies eine verdeckt explizite oder implizite Normativität der Ökonomie bewirken, insofern, als abweichendes Behandlungsverhalten unter Umständen strafrelevante Folgen haben kann. Damit haben wir eine neue Klasse medizinischer Dilemmata. Sie haben ihren Grund nicht in medizinischen Sachverhalten, sondern im Nichtfunktionieren der Regulative der Gesundheitsökonomie. Die Ethik kann der Medizin bei der Bewältigung dieser Dilemmata nicht helfen, weil sie selber sie (mit)verursacht hat.

Im Ergebnis werden immer häufiger Erwartungen frustriert: die Erwartungen der Medizin an die Medizinethik, in der Folge die Erwartungen der Gesellschaft an die Medizin und daraus folgend letztlich auch die Erwartungen der Gesellschaft an die Ethik. Wir untersuchen deren Entwicklung von der Medizinethik in der Tradition des hippokratischen Eids zur eigenständigen Disziplin und von dieser zur heutigen Medizinethik als Teil der beides, Tier- und Menschenrechte umfassenden Bioethik unserer Tage. Dabei stellen wir eine Tendenz fest, Tierrechte auszuweiten. Gleichzeitig werden aber mit der gleichen Logik Menschenrechte beschnitten. Ebenfalls festzustellen ist, dass die Ethik heute zunehmend eine utilitaristische Herangehensweise hat. Diese schafft eine Anschlussfähigkeit an ökonomisch-neoliberale Ansätze, die problematisch sein kann, weil sie die Patientensicherheit, unter Umständen systematisch, gefährdet.

Eine Betrachtung der Geschichte der Ökonomie von der Ökonomie der Antike als Teil der aristotelischen Trias Politik-Ethik-Ökonomie zur heutigen, auf rein ökonomische Rationalität reduzierten eigenständigen Disziplin legt eine grundlegende Problematik offen: Die Modellierung des Menschen als Homo oeconomicus verpasst gerade jenen Teil menschlichen Handelns, von dem die Medizin massgebend geleitet ist: die Handlungsfreiheit, sich nicht nur nach egoistischen Massstäben zu entscheiden, sondern sich überdies auch Normen, Werte und Prinzipien zu setzen und sich diesen gemäss zu verhalten, bzw. sich diesen unterzuordnen. Damit bricht die Ökonomie aus den Geisteswissenschaften (auf Englisch «humanities») aus und in die naturwissenschaftlich und auf Empathie fundierte Medizin ein. Ohne die Korrektive Ethik und Recht kann eine solche Ökonomie gefährliche Folgen haben, in gesundheitlicher und in ökonomischer Hinsicht. Es ergeben sich so aber auch immer mehr Probleme mit geltendem Recht, indem in unserem Gesundheitswesen Medizinprodukte operativ sind, die mit den Gesetzesgrundlagen des Heilmittelgesetzes (HMG) und mit weiteren rechtsgültigen Gesetzeskörpern konfliktieren. Der VEMS hat die jeweilige Rechtslage mit Gutachten von Prof. Dr. Ueli Kieser abklären lassen. Seine Beurteilungen zeigen, dass hier ein dringender Handlungsbedarf besteht.

Dass weder Ethik noch Recht ihre regulative Aufgabe kaum je in gebührender Weise und mit der gegebenen Gründlichkeit wahrnehmen, liegt auch daran, dass sie über die hierfür erforderlichen mathematisch-statistischen Kenntnisse kaum oder überhaupt nicht verfügen. Wir stellen sie ihnen in diesem Papier zur Verfügung und hoffen, damit einen Beitrag dazu zu leisten, dass mangelhafte oder grob falsche Hochrechnungen nicht als Empfehlungen, Weisungen und Steuerungsinstrumente unseres Gesundheitswesens die Patientensicherheit gefährden und volkswirtschaftliche Schäden anrichten können.

Was die Gesellschaft von der Medizin erwartet

Die Coronavirus-Pandemie verdeutlicht, welche Erwartungen die Gesellschaft an die Medizin hat. Wir können diese in drei Aspekte unterteilen. In erster Linie erwartet die Gesellschaft von der Medizin, dass ihren kranken und pflegebedürftigen Mitgliedern eine fürsorgliche und professionelle Heilung und Pflege nach dem neusten Stand der Wissenschaft zukommt. Die Medizin sollte aber zweitens auch darum bemüht sein, dass sich Krankheiten möglichst nicht ereignen. Dies zeigt sich in der Pandemie, die Bevölkerung erwartet von der Medizin, mit ihrer Expertise zu helfen, die richtigen Entscheidungen für Massnahmen zur Eindämmung des SARS-COV-2-Virus' zu treffen. Die Präventivmedizin ist aber auch in normalen Zeiten ein wichtiger Pfeiler der Medizin; wenn Patientinnen und Patienten krank werden, so stellen sie sich als Erstes die Frage, wieso dies nicht verhindert werden konnte. Drittens schliesslich schafft eine funktionierende Medizin auf einer immateriellen Ebene Mehrwerte, indem sie einen Beitrag daran leistet, durch eine Steigerung der allgemeinen Zufriedenheit auch den sozialen Frieden sicherzustellen. Dies, weil sie der Bevölkerung die Gewissheit gibt, dass im Bedarfsfall für sie gesorgt wird. Ein intaktes Gesundheitswesen leistet also einen entscheidenden gesellschaftlichen Dienst und schafft Mehrwerte, die einer Gesellschaft helfen, zu prosperieren und sich zum Wohle aller auszugestalten.

Die Ausnahmesituation einer Pandemie ist ein Stresstest, inwieweit dieses Ideal sich mit der Wirklichkeit deckt. Schlecht hat die Schweiz die Coronavirus-Pandemie bisher nicht bewältigt. Sie hat dabei als zweitreichstes Land der Welt im Vergleich zu etlichen ärmeren Ländern aber erstaunlich mittelmässig abgeschnitten. Woran könnte dies liegen? Die Sachverhalte sind komplex, reduktionistische Erklärungen greifen zu kurz. Als eine alle Aspekte unseres Gesundheitswesens durchdringende Konstante ist aber seit einigen Jahren eine Tendenz festzustellen, Dienstleistungen der Heilung und der Pflege einem ökonomischen Diktat zu unterwerfen. Um Kosten zu sparen, werden Abläufe hinterfragt und gestrafft, Leistungen geprüft und gekürzt – wird rationalisiert und manchmal auch rationiert. Die Grenze ist allerdings fliessend. Konsens dürfte sein, Ersteres zu tun, während Letzteres nicht nur in ethischer Hinsicht problematisch ist, sondern auch mit geltendem Recht konfligiert. Die Gesetzesgrundlagen von Krankenversicherungsgesetz (KVG) und Medizinalberufegesetz (MedBG) bilden den rechtlichen Rahmen, der sicherstellen soll, dass die Medizin ihren Versorgungsauftrag erfüllt und die Patientensicherheit nicht gefährdet. Für Letzteres ist auch das Heilmittelgesetz (HMG) besorgt. Die Standesordnung der FMH übersetzt dies in konkrete Weisungen für die medizinisch-klinische Praxis. Trotzdem sind medizinische Situationen zu bemängeln, in denen eindeutig Rationierung und nicht Rationalisierung vorliegt.

So machen etwa nicht wenige Versicherte, die in einem Managed-Care-Modell sind, die Erfahrung, dass ihnen wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlungen verwehrt werden, oder dass sie so lange getröstet werden, bis sie auf die Behandlung verzichten. Sie sind enttäuscht von einer Medizin, die sich solcherart verhält und ihren Versorgungsauftrag nicht erfüllt. Auch ist die Kürzung berechtigter Renten der Invalidenversicherung eine Erfahrung, die inzwischen einige Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz machen mussten. Ein ähnliches Phänomen ist in der Taggeldversicherung zu beobachten. Diese ist eine essenzielle Vorstufe zur Deckung des Lebensunterhaltes bis zur Übernahme durch die IV, unterliegt jedoch dem VVG, welches den Versicherten noch weniger Schutz bietet. Sie sind wütend über eine Medizin, die sich mit Auftragsgutachten für die IV eine goldene Nase verdient und damit den Schutzbedürfnissen kranker Mitglieder unserer Gesellschaft zuwiderhandelt. Auf der anderen Seite stehen Situationen medizinischer Beratungen und Behandlungen, in welchen auch für medizinische Laien eine Motivation der Medizin erkennbar ist, die eher ökonomischer Natur sein dürfte als medizinischer. Auch hier regt sich Unmut über eine Medizin, die für persönliche ökonomische Vorteile bereit ist, medizinisch unnötige Behandlungen anzubieten, welche schlimmstenfalls die Patientensicherheit gefährden.

Hat die Medizin also versagt? Hat sie sich von den ökonomischen Kräften vereinnahmen lassen, sich korrumpiert und ihre Ideale verraten? Wir würden die Frage mit jein beantworten. Um sicherzustellen, dass die Medizin korrekt funktioniert, bedarf es der Regulative. Das Recht und seine oben erwähnten Gesetzkörper stehen in interdependentem Verhältnis zur Ethik. In der Schweiz geht diesbezüglich die stärkste Wirkkraft von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) mit ihrer Zentralen Ethikkommission (ZEK) aus. Sie erarbeitet die Weisungen, welche in der Regel von der FMH als Standesregeln aufgenommen werden, und an der SAMW orientieren sich auch unsere Ethikinstitute, deren Mitglieder teilweise im SAMW-Vorstand Einsitz haben. Auch unsere Journalistinnen und Journalisten fragen bei der SAMW nach, wenn es um ethische Problemstellungen geht. Schliesslich ist auch die Praxis unserer Gerichte, insbesondere die unserer Versicherungsgerichte, stark von den Positionen der SAMW geprägt.

Über den Zeitraum von rund zehn Jahren hat sich die SAMW in ihrem Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» mit der Frage auseinandergesetzt, wie sich die Medizin den neuen Herausforderungen und Erwartungen der Gesellschaft stellen sollte. Daraus sind verschiedene Publikationen hervorgegangen, die auf der Seite der SAMW eingesehen werden können. Wir wollen an dieser Stelle das Papier «Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen» aus dem Jahr 2007 hervorheben, welches der VEMS in seinem Grundlagenpapier «Rationierung, QALY und die mathematische Maschinerie» vom Februar 2014 einer kritischen Betrachtung unterzogen hat. Die SAMW hält fest, eine gängige Definition von Rationierung sei, dass diese «dann vorliegt, wenn

die von der Solidargemeinschaft abgedeckten Leistungen bewusst unter das Niveau des medizinisch anerkannt Notwendigen gelegt werden». An dieser Definition moniert die SAMW: «Selbstverständlich kann dies niemand ernsthaft wollen – und damit ist jede Diskussion über Rationierung beendet, bevor sie begonnen hat». Darauf schlägt die Arbeitsgruppe – «um eine konstruktive ... Diskussion der Rationierung in der Gesundheitsversorgung zu führen» – folgende Definition vor: «Rationierung umfasst implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine nützliche Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht.»

Entsprechend wird Rationalisierung definiert als das Bestreben, dafür zu sorgen, dass Leistungen, die unnütz sind, nicht erbracht werden, bzw. nicht zur Verfügung stehen: «Rationalisierung hingegen bezeichnet im Sinne einer Effizienzsteigerung den «Verzicht auf nutzlose Leistungen» und ist immer angezeigt». Auf diese Weise ist der SAMW einerseits zwar eine Definition gelungen, mit der sich leichter arbeiten lässt. Andererseits wird nun aber der Begriff der Nützlichkeit in den Diskurs eingeführt, was eine Einführung des Denkens, Argumentierens und Agierens in den Kategorien einer ökonomischen Nutzwertlogik nach sich ziehen kann. Im Ergebnis gelingt es mit diesem Paradigmenwechsel auch, Rationierungsentscheide als Rationalisierungsentscheide zu verkaufen, und das ist problematisch. Überdies und entscheidend für die Diskurse der letzten Jahre schafft der Paradigmenwechsel der SAMW eine Anschlussfähigkeit an Ansätze utilitaristischer Moralkonzepte in Fragen und Entscheidungen der Gesundheitsversorgung der Schweiz.

Der VEMS hat hierzu im Mai 2016 sein «Positionspapier zum Utilitarismus im Schweizer Gesundheitswesen» erarbeitet und darauf aufbauend im April 2020 mit dem Papier «Covid19 und Utilitarismus – Versuch einer medizinethischen Klärung» eine Beurteilung des Utilitarismus' im Lichte der Coronavirus-Pandemie herausgegeben. Die grosse Schwäche des Utilitarismus' zeigt sich deutlich am konkreten Beispiel der Pandemie: Er ist blind für Fragen der Gerechtigkeit. Die Maxime der Förderung des grössten Nutzens für die grösste Zahl ist im Gesundheitswesen die falsche. Hier geht es vielmehr darum, dass die vielen sich dafür einsetzen, den wenigen zu helfen, die das Pech haben, auf Heilung und Pflege angewiesen zu sein. Die Bereitschaft zu Einschränkungen in der Pandemie ist ein deutliches Zeichen dafür, dass Mehrheiten dazu bereit sind. Das ist erfreulich. Es ändert aber nichts daran, dass ein zu stark und zu einseitig von den Interessen und Präferenzen der Versicherungsökonomie dominiertes Schweizer Gesundheitswesen unter dem Einfluss teils offengelegter, teils verklausulierter utilitaristischer Ansätze steht und unter diesem Einfluss einen schleichenden Rationierungskurs fährt, der für die Patientensicherheit gefährlich werden kann und der dies teilweise auch bereits ist. Die Medizin hat unter diesen Rahmenbedingungen zusehends Mühe, einwandfrei zu funktionieren und ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Die gesellschaftlichen Erwartungen drohen

immer häufiger, frustriert zu werden, weil ökonomische Kräfte immer stärker in die Medizin hineinwirken. Doch wie tun sie das?

Wie die Ökonomie in die Medizin hineinwirkt

Dass die Medizin die drei im vorigen Kapitel formulierten gesellschaftlichen Erwartungen manchmal nicht mehr befriedigend erfüllen kann, liegt unleugbar auch daran, dass heute eine vierte Erwartung an sie gestellt wird: der sparsame Umgang mit den Ressourcen. Dass damit ein der Medizin komplett fremdes Denken in sie hineingelange, wie es Voten gegen eine «Ökonomisierung der Medizin» suggerieren, stimmt natürlich nicht. Vielmehr ist dies immer schon ein Aspekt medizinischen Handelns gewesen. Der Artikel [«The Battle of the Snakes – Staff of Aesculapius vs. Caduceus»](#) auf der Plattform Premium Care zeigt sehr schön, wie alt dieser Zielkonflikt ist. Eine verantwortungsvolle Medizin wird letztlich immer beides sein müssen, Fürsorge und Dienstleistung.

Die Frage ist also nicht die, ob Ökonomie oder nicht, sondern, welche Annahmen dabei getroffen werden. Die Gesundheitsökonomie setzt, die Ressourcen seien knapp, ohne zu spezifizieren, von welcher Knappheit ausgegangen wird. Je nachdem können daraus aber ganz unterschiedliche Maximen gefolgert werden, denn davon hängt ab, ob man Knappheit als überwindbar oder als unüberwindbar versteht. Wir können unterscheiden zwischen allgemeiner, konkret absoluter und konkret relativer Knappheit. Allgemeine Knappheit meint, dass alle Ressourcen letztlich begrenzt, da endlich sind. Konkrete Knappheit bezeichnet die Situation, dass von einer bestimmten Ressource zur Befriedigung eines bestimmten Bedarfs zu wenig verfügbar ist, wobei konkret absolute Knappheit vorliegt, wenn die Ressourcen nicht in solchem Mass vermehrt werden können, dass sie den entsprechenden Bedarf decken, und konkret relative Knappheit, wenn dies möglich ist.

Es scheint in der Natur gesundheitsökonomischer Positionen zu liegen, dass sie in der Regel von einer allgemeinen und/oder einer konkret absoluten Knappheit ausgehen: Die Ressourcen sind endlich, sie können nicht in solchem Mass vermehrt werden, dass sie den stetig wachsenden medizinischen Bedarf zu decken vermögen. Daraus folgt die Maxime, dass Rationalisieren nötig ist, um die Ressourcen optimal zu nutzen, Rationieren aber dennoch unumgänglich sein wird. Dies ist die dominierende Position, zwingend richtig ist sie deshalb nicht. Die hauptsächlichsten Ressourcen in der Medizin sind ja personelle Ressourcen, und da eine Gesellschaft immer unvergleichlich mehr gesunde als kranke Mitglieder haben wird, könnten die Ressourcen theoretisch auch immer in solchem Mass aufgestockt werden, dass der Bedarf zu decken ist. Jedenfalls ist es problematisch, wenn Zulassungen gestoppt, Stellen gestrichen und Spitäler geschlossen werden, um dann mit dem Argument der Ressourcenknappheit Rationierungsentscheide zu begründen.

Die Gesundheitsökonomie hat also gewisse Schwierigkeiten, ihr Paradigma einer allgemeinen und/oder einer konkret absoluten Knappheit zu plausibilisieren. Vor allem: glaubhaft zu machen, dass es gesellschaftlichem Konsens entspricht. Eine Arbeit des Nationalen Forschungsprojekts NFP

67 versucht dies. Dr. Christian Beck befragt in seiner Studie «Unbezahlbar? Der Wert medizinischer Behandlungen am Lebensende» die Bevölkerung, zu welchen Mehrkosten bei den Krankenkassenprämien sie bereit wäre, damit bestimmte Behandlungen möglich sind, um daraus zu errechnen, welchen Betrag dieser ein Menschenleben wert sei. Dr. Beck kommt dabei auf denselben Betrag, den auch ein Bundesgerichtsentscheid als den maximalen Betrag pro gewonnenem Lebensjahr in guter Qualität gesetzt hat: CHF 100'000.-. Betrachten wir diese Studie allerdings heute im Lichte der Coronavirus-Pandemie, so lesen wir sie anders. Vielleicht hat sie der Bevölkerung einfach die Frage falsch gestellt. Denn hat nicht die Pandemie gezeigt, wie viel mehr dieser ein Menschenleben wert ist und wie viel die Bevölkerung bereit ist zu opfern, um jene Mitglieder unserer Gesellschaft zu schützen, die am schutzbedürftigsten sind: die Alten und die Kranken?

Die Gesundheitsökonomie weiss wohl, dass ihr Paradigma einer allgemeinen und/oder einer konkret absoluten Knappheit nicht ohne Weiteres Konsens ist. Sie argumentiert deshalb auch und vor allem so, dass sie die Sinnhaftigkeit des Bedarfs infrage stellt: Auf Behandlungen, die ein schlechtes Kosten-Effektivitäts-Verhältnis haben, sollte – wo immer möglich – verzichtet werden. Der Gedanke dahinter, was sich nicht lohnt, das sollte man auch nicht machen, leuchtet ein und dürfte Konsens sein. Wie aber lässt sich dies möglichst objektiv feststellen und möglichst so, dass es verallgemeinert werden kann? Die Seite des Aufwands ist hierbei die einfachere. Medizinische Kosten lassen sich in Zahlen messen und berechnen. Auf der Seite des Nutzens ist die Sache schwieriger. Letztlich sollte eine medizinische Behandlung zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen. Doch wie lässt sich Lebensqualität messen, wie lässt sie sich quantifizieren? Die Ökonomie hat hierzu das Konzept der qualitätsbereinigten Lebensjahre entwickelt, das QALY-Konzept (quality adjusted life years). In der Formel $QALY = T \times Q$ steht T für die Anzahl an Jahren und Q für die gesundheitsbezogene Lebensqualität, welche auf einer Skala von 0 bis 1 normiert ist. Wie viele Lebensjahre mit einer medizinischen Behandlung gewonnen werden können, lässt sich meistens recht gut vorhersagen. Vorherzusagen, welche gesundheitsbezogene Lebensqualität damit zu gewinnen ist, erweist sich hingegen als schwieriger. Denn was ist das, Lebensqualität?

In der Pandemie sehen wir ja, wie verschieden wir Lebensqualität erfahren. Für manche bedeutet es eine erhebliche Einbusse ihrer Lebensqualität, nicht mehr in den Ausgang gehen zu können, nicht mehr in einem Restaurant zu essen, nicht mehr zum Sport zu gehen und so weiter. Andere hingegen haben die Situation als Chance genutzt, anderes zu tun, etwa ein bestimmtes Buch endlich mal zu lesen, sich kreativ zu betätigen und so weiter; sie haben in der Pandemie entsprechend eine Erhöhung ihrer Lebensqualität erfahren. Hätte man sie vor der Pandemie gefragt, welchen Effekt die Eindämmungsmassnahmen auf ihre Lebensqualität haben werden, so hätten sie einen solchen positiven Effekt für sich vielleicht nicht prognostiziert.

Dieses Phänomen untersucht Dr. Christine Blome in ihrer vielbeachteten Arbeit «Lebensqualität als radikal subjektives Wohlbefinden: methodische und praktische Implikationen». Ihre These: «Was derzeit unter dem Begriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ gemessen wird, ist nicht die tatsächlich erlebte Lebensqualität der Patienten. Gemessen wird vielmehr die [*die Autoren*: subjektiv] erwartete Lebensqualität.» Dr. Blome schreibt einleitend: «Der Ansatz der Beeinträchtigungsindikatoren ist hinsichtlich der Validität problematisch: Die gleichen Umstände können – insbesondere aufgrund von Adaptationsprozessen – von verschiedenen Menschen als unterschiedlich beeinträchtigend erlebt werden.» Auch eine radikal subjektive Lebensqualitätskonzeption hat gemäss Dr. Blome aber ihre Tücken: «Häufig belasten gleichbleibende Einschränkungen durch eine Erkrankung den Patienten mit der Zeit immer weniger (Frederick und Loewenstein 1999; Ubel 2006). Wenn jemand schwer oder chronisch erkrankt, ist er oder sie typischerweise zunächst niedergeschlagen, verzweifelt oder zornig. Diese Gefühle werden jedoch mit der Zeit meist schwächer.»

Es gestaltet sich also bereits für das Individuum selbst schwierig, die Effekte medizinischer Behandlungen auf die Lebensqualität zu prognostizieren. Auch können sich diese Effekte im Verlauf durch Adaptation ändern. Bei der Bestimmung von QALY-Werten wird aber nicht nur das subjektive Empfinden der Patientinnen und Patienten gemessen (etwa Schmerzen), sondern auch objektive, durch die Krankheit verursachte Umstände, die von aussen als Beeinträchtigung wahrgenommen werden, beispielsweise eine eingeschränkte Mobilität. Eine solche Beurteilung hat allerdings etwas Paternalistisches, indem aus der Sicht der Gesunden die Situation von Kranken beurteilt wird. Wir sehen also, dass gesundheitsökonomische Kosten-Effektivitäts-Analysen unter Bezug des QALY-Konzepts Objektivität für sich nicht ohne Weiteres beanspruchen können. Sie sind deshalb allenfalls als Grundlage geeignet, wenn es darum geht, zwei gleichwertige Behandlungen miteinander zu vergleichen. Als Grundlage für oder gegen Behandlungsentscheide hingegen sollte man sie nicht ohne Weiteres verwenden.

Im Schweizer Gesundheitswesen ist nichtsdestotrotz eine Tendenz festzustellen, dies zu tun. Der VEMS hat hierzu das Beispiel des HTA-Berichts «Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen» des Swiss Medical Boards (SMB) in verschiedenen Papieren thematisiert, so etwa in seinem Review-Papier zu diesem Bericht. Wir können an diesem Beispiel auch gut aufzeigen, wie die Gesundheitsökonomie in die medizinische Praxis hineinwirkt. Der Bericht gelangt mit einer falschen Hochrechnung zu Kosten von CHF 210'000.- für ein gewonnenes Lebensjahr und plausibilisiert auf dieser Basis eine restriktive Empfehlung in der präventivmedizinischen Behandlung von Gefässkrankheiten. Mit der Folge, dass sich Herzinfarkte und Hirnschläge ereignen, die vermeidbar gewesen wären. Der Bericht betont zwar, die Behandlung auf der Einzelfallebene sei eine Entscheidung der jeweiligen Ärztinnen und Ärzte. Das SMB schreibt andererseits aber auch: «Unabhängig

von der (faktischen) Kostenübernahme auch bei einer an sich nicht kassenpflichtigen primärpräventiven Verschreibung müssen Behandelnde sich bewusst sein, dass sie bei einer primärpräventiven Verschreibung eine erhöhte Sorgfalt bei der Aufklärung zu beachten haben. Andernfalls übernehmen sie ein erhöhtes Risiko, beim Eintritt von unerwünschten Nebenwirkungen für die Folgen haftbar gemacht zu werden.»

Der VEMS hat dieses Beispiel auch deshalb immer wieder thematisiert, weil es aufzeigt, wie ein gesundheitsökonomischer Bericht, der eine deskriptive Funktion haben sollte, de facto normative Wirkkraft erlangen kann, indem er ethisch-normative Aussagen impliziert und daraus seinerseits rechtliche Implikationen schliesst. Dies setzt die Medizin unter einen enormen Druck, nicht zu behandeln, auch wenn dies im Einzelfall im Widerspruch zu ihrem gesetzlich verankerten Versorgungsauftrag steht. Ob damit tatsächlich Kosten einzusparen sind oder ob so nicht vielmehr vermeidbare Behandlungskosten generiert werden, sollte zwingend Gegenstand der Begleitforschung/Versorgungsforschung sein. Jedenfalls hat ein solches implizit normatives Eingreifen der Ökonomie in ihre Behandlungspfade für die medizinisch-klinische Praxis etwas Verstörendes.

Derlei Bestrebungen der Gesundheitsökonomie, die Sinnhaftigkeit von Behandlungen aus rein ökonomischen Gesichtspunkten infrage zu stellen, um damit in die Behandlungspraxis der Medizin hineinzuwirken, stellen wir an vielen Stellen unseres Gesundheitswesens fest. Besonders deutlich geschieht dies in der Ausgestaltung der Verfahren der Krankenkassen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte. Der VEMS hat hierzu im Juni 2019 sein Positionspapier «Beurteilungsqualität und Behandlungskultur – Aufarbeitung der Wirtschaftlichkeitsverfahren» herausgegeben. Mit Modellrechnungen weisen wir darin nach, dass die Verfahren, wie sie heute ausgestaltet sind, Überarztung nicht nur ungenügend erkennen, sondern sogar Anreize zu ihr setzen können. Als Überarzt «identifizieren» die Verfahren hingegen Ärztinnen und Ärzte, die schwer kranke, deshalb überdurchschnittlich teure Patientinnen und Patienten behandeln. Unsere Versicherungsgerichte werten die Falschbeurteilungen des Dachverbands der Krankenkassen *santésuisse* aber als Beweis für Überarztung. Den betreffenden Ärztinnen und Ärzten bleibt in der Regel nur, einen Vergleich mit *santésuisse* einzugehen und in Zukunft von der Behandlung schwer kranker Patientinnen und Patienten möglichst abzusehen. Mit anderen Worten: ihrem Versorgungsauftrag zuwiderzuhandeln, um wirtschaftlich zu überleben. Im Ergebnis bewirkt dies, dass jenen, die den grössten Anspruch auf medizinische Hilfe hätten, tendenziell ebendiese verwehrt wird. Damit werden Sinn und Zweck von Medizin und Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt.

Der VEMS engagiert sich in seinen Dossiers seit nunmehr fünfzehn Jahren im Interesse der Patientinnen und Patienten gegen eine solcherart in die Medizin hineinwirkende Gesundheitsökono-

mie. Die Coronavirus-Pandemie hat auch gezeigt, wie gefährlich solche Hochrechnungen sein können, wenn sie nicht korrekt erstellt und nicht im Austausch mit der behandelnden Medizin erarbeitet werden. Diese kann abschätzen, wo medizinisch-klinische Sachverhalte falsch beurteilt werden und Anreize gesetzt, mit denen Behandlungspfade in die Patientensicherheit gefährdender Weise umgepflügt werden könnten. Die Berechnungen, die wir in unserem Positionspapier «Covid19 und Utilitarismus – Versuch einer medizinethischen Klärung» vom April 2020 analysieren und richtigstellen, zeigen das deutlich. Wir sind also gut beraten, die Kosten-Effektivitäts-Analysen der Gesundheitsökonomie daraufhin zu hinterfragen, ob sie selber effektiv sind oder ob sie nicht vielmehr unter Umständen medizinische Mehrkosten und vermeidbares gesundheitliches Leid verursachen.

Was Medizin und Gesellschaft von der Ethik erwarten

In multikulturellen Gesellschaften mit Meinungs- und Wertpluralismus kann nicht mehr von *einer* geltenden Moral ausgegangen werden. Es gilt vielmehr, die Vielheit der Moral- und Wertvorstellungen zu sichten und so auszutarieren, dass konsensfähige ethische Positionen erarbeitet werden. Auch wäre ein normatives «Moralisieren», wie es die Moralkonzepte früherer Tage taten, eingedenk der langen und problematischen Geschichte einer Instrumentalisierung von Moral als Machtinstrument heute nicht mehr haltbar. Dies dürfte auch in einem lokalen Kontext der Schweiz stehen, wo auf kleinstem Raum eine Vielzahl von Kulturen zusammenleben. Im vorigen Kapitel haben wir aber aufgezeigt, dass andererseits das Hineinwirken der Gesundheitsökonomie in medizinisch-klinische Praxis mitunter implizit normativen Charakter haben kann und im Ergebnis durchaus auch eine normative Wirkkraft. Wie also sollte sich eine deskriptive Ethik demgegenüber verhalten? Was erwartet die Medizin in dieser Situation von ihr?

Auf der Mikroebene der Einzelfälle der tagtäglichen Arbeit am Krankenbett ist dies klar: Ethikkommissionen helfen den behandelnden Medizinerinnen und Medizinern, Positionen abzuwägen, um *gemeinsam* zu Behandlungsentscheidungen zu gelangen. In dieser Hinsicht ist die Medizin mit der Arbeit der Ethik auch weitgehend zufrieden. Sie fühlt sich von ihr unterstützt und gestützt. Wie aber sieht es auf der Makroebene unseres Gesundheitswesens aus? Wie nimmt die Medizin die Arbeit der sich hier engagierenden Ethik Institute unseres Landes wahr?

Wir können dies an einem Papier der SAMW aufzeigen. Die SAMW hat im Herbst 2014 ihr Positionspapier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?» herausgebracht. Sie hat in diesem Papier den Versuch unternommen, die Konflikte, welche wir im vorigen Kapitel beschrieben haben, zu eruieren, zu benennen und den behandelnden Medizinerinnen und Medizinern Anregungen zu geben, wie sie diesen begegnen könnten. Der VEMS hat das SAMW-Papier im Januar 2015 einer kritischen Würdigung unterzogen. Wir stellen fest, dass es der SAMW zwar gelingt, die Problemfelder zu identifizieren. Sie versäumt es aber, die Paradigmen der Gesundheitsökonomie grundsätzlich zu hinterfragen. Vielmehr sieht sie diese als gesetzt, um der Medizin dann Möglichkeiten aufzuzeigen, unter diesen «gegebenen» Bedingungen ihren Versorgungsauftrag möglichst zu erfüllen. Das hat die Medizin mit einem Gefühl der Befremdung zurückgelassen. Die FMH hat zum SAMW-Papier eine dezidiert kritische Einschätzung verlauten lassen. Ihr damaliger Präsident Dr. med. Jürg Schlup schreibt in einem Artikel in der Ärztezeitung: «Neben vielen positiven Aspekten finden sich aber auch mehrere kritikwürdige Inhalte und Ausführungen, die eher vage oder sogar widersprüchlich über absehbare oder bereits bestehende Schwierigkeiten hinweg gehen.»

Das deckt sich mit der Einschätzung des VEMS. In unserer kritischen Würdigung des SAMW-Papiers formulieren wir es so: «Wer nicht sieht, dass jede Form von Globalbudgets und Kostenobergrenzen der Medizin zuwiderläuft, der kann (darf) auch nicht sehen, dass sie den medizinischen Leistungserbringern Anreize setzen, sich ihren Patienten gegenüber ethisch problematisch zu verhalten. Es bleibt ihm nur, zu raten, die Medizin möge sich doch bitte trotz aller falschen Anreize und auch dort, wo sie damit ihre Existenz bedroht, ethisch korrekt verhalten. Wer nicht sieht, dass die Hoheit über den Indikations- und Behandlungsentscheid bei der Medizin bleiben muss und Kostenfragen getrennt von Indikations- und Behandlungsentscheiden zu stellen sind, der kann (darf) auch nicht sehen, dass sämtliche Probleme, die unser Gesundheitswesen heute hat, das Problem der Qualitätseinbussen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung, das Problem der Interessenkonflikte der Gesundheitsfachleute, das Problem der Aushöhlung des Fürsorgemodells in der Arzt-Patienten-Beziehung, das Problem des Verlustes der intrinsischen Motivation der Leistungserbringer, das Problem der Deprofessionalisierung, das der Verzerrung der medizinischen Prioritäten, das des Vertrauensverlustes und des Überhandnehmens der Bürokratie – dass all diese Probleme darauf zurückzuführen sind, dass man die Medizin im Kern zerstört, entzieht man ihr die Hoheit über den Indikations- und Behandlungsentscheid.»

Wie schnell die Ethik Gefahr laufen kann, sich ein Glaubwürdigkeitsproblem einzuhandeln, wenn sie eine implizit normative Gesundheitsökonomie kritiklos gewähren lässt oder ihrem Duktus sogar folgt, hat sich in der Situation der Pandemie beispielhaft gezeigt. Es hat die Öffentlichkeit sichtlich irritiert, als Stefan Felder hochgerechnet hat, wie lange die bisher an Covid19 Erkrankten im Schnitt noch gelebt hätten, um die Kosten der Massnahmen durch diesen Divisor zu teilen und daraus zu errechnen, was wir als Gesellschaft hier für ein Lebensjahr aufgewendet haben. Ein solches nonchalantes Verhandeln des Wertes eines Menschenlebens ist also in keiner Weise Konsens. Auch als die Sterbehilfeorganisation Exit Ratschläge für die Patientenverfügung bezüglich Covid19 herausgegeben hat, ist der sozialdarwinistische Beigeschmack, der dem anhaftet, der Bevölkerung sauer aufgestossen.

Unsere Ethik Institute haben dazu aber kein kritisches Wort verlauten lassen. Die SAMW hat mit ihrem Papier «Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit» sogar in dieselbe Richtung und in derselben Machart argumentiert. Die Empörung der Öffentlichkeit über dieses Papier war gross, und das sollte der SAMW doch zu denken geben, ob ihr gewählter Weg der richtige sei. Teilweise ist ihr Papier widersprüchlich, und eine altersdiskriminierende Priorisierung wird nicht klar genug ausgeschlossen. Hier wurden also nicht nur Erwartungen der Medizin an die Ethik frustriert, sondern auch solche der Gesellschaft.

Und wie hat sich die Spitze unserer Gesellschaft, wie haben sich Politik und Behörden verhalten? Unser Gesundheitsminister Alain Berset stellt mitten in der Coronavirus-Pandemie ein Konzept zur rigorosen Schliessung von Spitälern vor. Der Spitalverband H+ protestiert, doch unsere Ethik Institute schweigen. Das BAG hat unsere Spitäler gezwungen, Wahloperationen zurückzustellen, um für den möglichen Ansturm von Covid-19-Patientinnen und -Patienten gewappnet zu sein. Die Verluste, die ihnen dadurch entstanden sind, will ihnen Alain Berset aber nicht ausgleichen. In der NZZ vom 25. Juni 2020 berichten Hansueli Schöchli und Fabian Schäfer, wie Berset dabei argumentiert: «Die Spitäler könnten diese Behandlungen nachholen, sagte er – und falls sie dies nicht täten, wären es «unnötige Eingriffe» gewesen, wie es sie in der Schweiz leider gebe. Dann ist es laut Berset eine «gute Nachricht», dass sie nicht stattgefunden haben.» Es fällt schwer, darin etwas anderes zu sehen als die Instrumentalisierung der Pandemie zu Rationierungszwecken, wobei wir eine solche Absicht hier nicht unterstellen wollen. Effektiv hätten Regierung und Behörden ja eher die Aufgabe gehabt, der Bevölkerung in Erinnerung zu rufen, sich um ihre Gesundheit zu kümmern und nicht aus Angst Arzttermine zu verschleppen.

Auf der einen Seite haben wir nun also die Hilfspakete und Kredite für Unternehmen, welche die Eindämmungs-Massnahmen gezwungen haben, ihre Arbeit niederzulegen. Sie sind erfreulich schnell und unkompliziert geschnürt worden. Das hat die Bevölkerung mit dem angenehmen Gefühl zurückgelassen, dass Regierung und Behörden für sie da sind und ihnen in dieser schwierigen Zeit nach Kräften beistehen. Wenn auf der anderen Seite aber im Zuge der Pandemie im Gesundheitswesen eine Sparagenda gefahren wird, die nicht nur Rationalisierung bedeutet, sondern auch mal Rationierung, dann wird dieses gute Gefühl überschattet von der Sorge der gesundheitlichen Versorgung. Damit droht die dritte gesellschaftliche Erwartung an die Medizin frustriert zu werden, wie wir sie im ersten Kapitel formuliert haben: Eine funktionierende Medizin schafft auf einer immateriellen Ebene Mehrwerte, indem sie auch einen Beitrag daran leistet, den sozialen Frieden sicherzustellen, weil sie der Bevölkerung die Gewissheit gibt, dass im Bedarfsfall für alle gesorgt wird. Damit riskieren wir eine Abwärtsspirale, die durchaus und auch in der reichen Schweiz im Versagen der Gesundheitssysteme münden kann.

Die Gesellschaft erwartet von der Ethik nicht nur, dass sie Bedingungen für ein Zusammen sein aufzeigt, das von gegenseitigem Respekt und von der Respektierung der Menschenwürde jedes ihrer Individuen geleitet ist. Sie erwartet von ihr auch, dass sie uns Hoffnung gibt und Perspektiven für die Zukunft aufzeigt. Eine Ethik ohne Utopie kann schwerlich ihren gesellschaftlichen Beitrag leisten. Wir alle wissen ja, dass sich die Dinge am Ende des Tages rechnen müssen, dafür brauchen wir die Ethik nicht. Wie gross ist ihr Handlungsspielraum heute aber überhaupt? Und ist das immer so gewesen?

Medizinethik im Wandel

Bei den Griechen des Altertums bestimmte die aristotelische Trias die Gesellschaften: Ökonomie wurde als Teil der Politik verstanden, die in diesem Sinn verstandene Politische Ökonomie als Teil der Ethik. Das griechische Wort «oikonomos» bedeutet Haushalt, und dies ist bei Aristoteles verbunden mit der polis, der Öffentlichkeit. Es war in diesem Denken also unmöglich, ökonomische Entscheidungen zu fällen, ohne diese mit ethischen Erwägungen und politischen Überlegungen auszutarieren. Die Loslösung der Ökonomie von der Ethik kam erst mit der Aufklärung, und sie geschah, wie es der Wirtschaftswissenschaftler Peter Ulrich in einem Artikel in der «Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik» formuliert, im Zuge ihrer «Reduktion von praktischer Vernunft auf „rein“ ökonomische Rationalität». Wir werden darauf im nächsten Kapitel vertieft eingehen.

In den Gesellschaften der antiken Griechen herrschte aber auch noch ein weitgehender Konsens hinsichtlich moralischer Werte. Man war sich mehr oder weniger einig darüber, welche Tugenden als erstrebenswert zu erachten waren. Nach Aristoteles (384 v. Chr. – 322 v. Chr.) waren dies: die Klugheit (phronesis), die Gerechtigkeit (dikaiosyne), die Tapferkeit (andreia), die Mässigung (sophrosyne), die Freigebigkeit (eleutheriotes), die Hilfsbereitschaft (megaloprepeia), die Seelengrösse (megalopsychia), die Sanftmut (praotes), die Wahrhaftigkeit (aletheia), die Höflichkeit (eutrapelia) und die Einfühlsamkeit (philia).

Diese Kardinaltugenden galt es zu fördern, indem man jene, die über sie verfügten, gesellschaftlich belohnte und jene, die ihrer ermangelten, gesellschaftlich ächtete und sanktionierte. Aristoteles geht davon aus, dass dies nicht a priori beurteilt werden könne, sondern nur durch Betrachtung des Einzelfalls und seiner jeweiligen Umstände. Folglich ist Ethik für Aristoteles eine praktische Disziplin. Dieses Verständnis von Ethik ist nicht überholt, im Gegenteil: Die Angewandte Ethik ist dasjenige Teilgebiet der Philosophie, welches in den letzten 20 Jahren am stärksten gewachsen ist. Tugendethiken spielen heute kaum noch eine Rolle. Sie wirken aber bis zu Kants Tugendlehre der Aufklärung. In der Tugendethik des Kirchenvaters Augustinus (354 n. Chr. – 430 n. Chr.) stehen allerdings die christlichen Werte Glaube, Liebe und Hoffnung im Zentrum einer guten Lebensführung.

Mit der Aufklärung ändert sich das Verständnis von Tugendhaftigkeit. Wenn Immanuel Kant (1724 – 1804) Aufklärung als den «Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit» definiert, dann ist eine Tugendethik nach Aristoteles oder Augustinus problematisch. Ein mündiger Mensch wird durch Gebrauch seines Verstandes in der Lage sein, selber zu erkennen, welches Handeln gut und richtig ist. Auch Kants Ethik ist eine Tugendlehre. Seine deontologische Pflichtenethik (griechisch: todeon, das Erforderliche, die Pflicht) versteht unter Tugendhaftigkeit aber nicht

ein Befolgen vorgegebener Tugenden, sondern die dem aufgeklärten Menschen gegebene Tugend, seine Fähigkeit zu vernunftbestimmtem Handeln zu gebrauchen, ungeachtet von anderen Beweggründen und Antrieben. Kants Philosophie mit all ihren vielen Implikationen gerecht zu werden, ist im Rahmen dieser Betrachtung natürlich in keiner Weise möglich. Wir empfehlen zur Vertiefung des Folgenden Abschnitts Kants «Kritik der reinen Vernunft» und seine «Kritik der praktischen Vernunft». Auch einen YouTube-Film von Will Durant möchten wir an dieser Stelle empfehlen; er schafft es in unglaublich dichter Weise dieses gigantische geistige Werk fassbar zu machen.

Kants Moralkonzept geht von einem unglaublich positiven Menschenbild aus. Wir können dieses als naiv befinden eingedenk der menschlichen Gräueltaten, die bis heute nicht aus der Welt sind und uns daran zweifeln lassen, ob der Mensch im Kern seines Wesens wirklich edel, hilfreich und gut sei, wenn er sich nur immer seiner menschengegebenen Vernunft bediene. Die Strahlkraft und die Stärke von Kants deontologischer Pflichtenethik sind aber nicht zu übersehen: Es gelingt mit ihr, Handlungen unabhängig von geltenden Werten zu beurteilen. Diese können sich ändern, sind ergo kein Garant für ein «sittliches» Miteinander. Kants zweite Formulierung des Kategorischen Imperativs, die Selbstzweckformel, macht dies auch für unser heutiges Verständnis deutlich: «Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.» Hier haben wir ein starkes Votum gegen eine Tendenz, seine Mitmenschen zu instrumentalisieren. Das hat an Bedeutung nicht verloren in einer Zeit und Welt, die von einer ökonomischen Nutzwertlogik durchdrungen ist, die uns unsere Mitmenschen schneller, als uns lieb sein kann, vielleicht auch mal als reines Mittel zum Zweck der Nutzenoptimierung sehen lässt.

Mit dem Utilitarismus kommt ein Moralkonzept in die abendländische Kultur, welches diese Gefahr birgt, und sie zeigt sich sehr deutlich im Gesundheitswesen. Der Utilitarismus gehört in die Gruppe der Nutzenethiken oder der teleologischen Ethiken (griechisch *télos*, Zweck, Ziel, Ende und *lógos*, Lehre). Diese zeichnen Handlungen als gute Handlungen aus, wenn sie erwünschte Folgen haben. Hier wird also nicht der Handelnde beurteilt (Tugendethik) und auch nicht die Handlung selbst (Deontologie), sondern die Folge dieser Handlung, ihr Resultat und ihre Konsequenz. Man nennt diese Gruppe von Ethiken deshalb auch konsequentialistische Ethiken.

Der Utilitarismus führt mit seiner Maxime «the greatest amount of good for the greatest number» eine neue Skala in die Ethik ein. Bei Jeremy Bentham (1748 – 1832) ist dies das Glück, bei John Stuart Mill (1806 – 1873) ist es eher der Nutzen, und im Präferenzutilitarismus Peter Singers unserer Tage ist es die Präferenzbefriedigung. Das Kriterium des Utilitarismus ist es, diese Skala zu maximieren, also für möglichst viele Menschen möglichst viel Glück, Nutzen, Präferenzbefriedigung zu

erreichen. Man könnte daraus, dass Glück, Nutzen, Präferenz Erfüllung das höchste Gut ist, auch fordern, es möglichst gleich zu verteilen oder möglichst gerecht, also so, dass wer am wenigsten davon hat, die grösste Förderung erhalten sollte, wie es John Rawls «Theorie der Gerechtigkeit» tut, doch das Kriterium des Utilitarismus ist die Maximierungsregel.

Der VEMS hat den Utilitarismus in verschiedenen Papieren einer kritischen Würdigung unterzogen, so etwa 2016 in unserem «Positionspapier zum Utilitarismus im Gesundheitswesen» und im April 2020 in unserem Papier «Covid19 und Utilitarismus – Versuch einer medizinethischen Klärung» noch einmal im Lichte der Coronavirus-Pandemie. Unsere Kritik ist im Kern die, dass es im Gesundheitswesen nicht darum geht, möglichst viel Mehrwert für möglichst viele zu schaffen, sondern umgekehrt darum, dass die vielen, die das Glück haben, gesund zu sein, für die wenigen aufkommen, die das Pech haben, auf Heilung und Pflege angewiesen zu sein. Wir sehen also nicht in erster Linie in der Skala ein Problem, sondern im Kriterium. Auch läuft man mit einem utilitaristischen Ansatz Gefahr, ethisch problematische Handlungen zuzulassen. So ist es dem Utilitarismus bis heute nicht gelungen, überzeugend darzulegen, dass er die Tötung eines Menschen, um mit den so gewonnenen Organen mehreren anderen Menschen das Leben zu retten, in jedem Fall und unter allen Umständen auszuschliessen vermag.

Mit dem Präferenzutilitarismus Peter Singers geht auch eine problematische Vermengung der Ethik für Menschen mit der Tierethik zur gemeinsamen Bioethik einher. Wenn es gilt, möglichst viele Präferenzen zu erfüllen und möglichst wenige zu frustrieren, dann müssen wir zunächst die Präferenzsumme eines Wesens definieren. Peter Singer stuft diese bei einem hochentwickelten Tier wie etwa einem Schwein als unvergleichlich höher ein als bei einem einfachen wie etwa einem Fisch oder bei den noch einfacheren Organismen der Pflanzen. Ergo ist eine vegetarische, vorzugsweise eine vegane Lebensweise gut und richtig, ein Verspeisen von Fischen problematischer und der Verzehr von Fleisch als moralisch falsch zu beurteilen. Das ist eine gute Nachricht für die Tiere. Auch für unseren Planeten, dessen Klima wir mit unserem gigantischen Fleischverzehr in ein für unsere menschliche Existenz gefährliches Ungleichgewicht gebracht haben.

Für uns Menschen sieht es nun aber nicht mehr unbedingt so gut aus. Menschen mit einer Demenzerkrankung oder Menschen mit einer geistigen Behinderung haben für Peter Singer weniger Präferenzen zu erfüllen. Das führt zu unhaltbaren Standpunkten, was die Behandlung dieser Menschen betrifft. Peter Singer erachtet etwa Abtreibungen von Föten mit Trisomie 21 als unbedenklich und übersieht dabei scheinbar, dass dies eine Diskriminierung dieser Menschen impliziert. Wenn das Abtreiben von manchen Menschen aufgrund ihrer Eigenschaften angeblich zulässig ist, wird dann nicht den Lebenden mit den gleichen Eigenschaften ihr Wert, gar ihr Lebensrecht abgesprochen? Peter Singer geht dabei noch weiter und sieht auch in der Tötung solcher Kinder kein moralisches

Problem, da sie ja noch nicht viele Präferenzen hätten. Man gibt in der Bioethik also den Tieren Rechte, um im gleichen Zug und mit der gleichen Logik Menschenrechte zu beschneiden.

Wir können die Problematik, die dies im Gesundheitswesen mit sich bringt, gut anhand der aktuellen Pandemiesituation aufzeigen. Wir wollen dies am Interview aufzeigen, das Alain Zucker in der NZZ am Sonntag vom 14. Februar 2021 unter dem Titel «Leben retten kann nicht das einzige Ziel sein» mit Peter Singer geführt hat. Singers Antworten auf die Fragen zum Thema Impfung leuchten ein, man merkt, dass eine utilitaristische Herangehensweise an dieses Thema fruchtbar ist. Wieso, ist auch klar: Hier geht es ja auch darum, dass sich möglichst viele schützen, damit möglichst viele möglichst viele Freiheiten wiedererlangen. Problematisch wird's bei der Frage, wer behandelt werden soll. Singer sagt dazu: «Wenn jetzt also in allen Alters- und Pflegeheimen geimpft wird, muss man sich schon fragen, wie sinnvoll es ist, den knappen Impfstoff für stark demente Patienten einzusetzen, bevor Leute mit einer besseren Lebensqualität dran sind.»

Singer erklärt im Interview auch die Methode, wie die Ökonomie auf solche Schlüsse kommt, und hier zeigen sich die Probleme, die wir im Kapitel «Wie die Ökonomie in die Medizin hineinwirkt» aufgezeigt haben und die Dr. Christine Blome in ihrer Arbeit «Lebensqualität als radikal subjektives Wohlbefinden: methodische und praktische Implikationen» untersucht: Die Lebensqualität Kranker wird aus der Sicht von Gesunden beurteilt. Für Singer als Universitätsprofessor mag es so sein, dass eingeschränkte kognitive Fähigkeiten mit einem Verlust von Lebensqualität einhergehen, vielmehr: dass hier seine grössten Ängste liegen. Deckt es sich aber auch mit unserer Erfahrung, und dies in solchem Mass, dass wir es als allgemeine Wahrheit setzen können? Ist es nicht vielmehr so, dass manche von uns erleben durften, wie Angehörige, die dement wurden, sich zwar nicht mehr an alles erinnern konnten und sich vielleicht auch etwas geschämt haben dafür, insgesamt aber erstaunlich glücklich schienen – glücklicher vielleicht sogar, als sie es ehemals waren? Und haben nicht einige von uns in Begegnungen mit Menschen mit Trisomie 21 die Erfahrung gemacht, von ihrer unbändigen Lebensenergie und ihrer fröhlichen Lebensbejahung buchstäblich überwältigt zu werden?

Auf die Frage «Weshalb sind Sie überzeugt, die richtigen Antworten zu haben?», antwortet Peter Singer: «Das ist mein Leben, seit 50 Jahren.» Es ist gefährlich, aus einer subjektiven Perspektive allgemeine Schlüsse zu ziehen. Denkt man sie zu Ende, so zeigt sich auch, wieso: Wenn wir setzen, Lebensqualität steige, je mehr kognitive Fähigkeiten ein Mensch hat, und sie sinke, wenn diese abnehmen, wie sieht es dann mit Kindern und Jugendlichen aus, die nicht so gut sind in der Schule, Schulversager? Bei einem Lehrkräftemangel würde es bei dieser Prämisse nicht einleuchten – um es in Peter Singers Sprache zu sagen –, diese knappe Ressource für stark Lernbehinderte einzusetzen, bevor Kinder mit einer besseren Lebensqualität dran sind. So könnte man argumentieren

und folglich monieren, unser Bildungswesen sei ineffizient, weil zu viele Ressourcen für diese Kinder aufgewendet würden, ohne dass dies der Erhöhung der allgemeinen Lebensqualität förderlich sei. Was sollte dann aber mit diesen Kindern und Jugendlichen geschehen, und aus welchen Gründen sollte man sie dennoch fördern?

Die Medizin weiss es: aus denselben Gründen, die auch dafür sprechen, demente Patientinnen und Patienten nicht aus unserer Warte als Gesunde abzuwerten, sondern ihre Behandlung, auch die präventivmedizinische Behandlung mit einer Corona-Impfung, nach den Prinzipien der Medizin zu priorisieren: Wer am meisten gefährdet ist, dem soll als erstes geholfen werden. Die Medizin im Deutschland der Nazizeit hat ärztliche Prinzipien einer Ideologie untergeordnet, um Gesundheit auch allgemein und im Sinne von Volksgesundheit zu denken und zu befördern. Die erste Gaskammer wurde in der Charité installiert, geistig beeinträchtigte Menschen wurden dort dem «Gnadentod» zugeführt, wie man es formulierte. Was nachdenklich stimmt: Sämtliche Argumente, die man damals für diese Euthanasie-Programme vorbrachte, sind mit einer präferenzutilitaristischen Argumentation kompatibel. Und auch damals hatte man ja ganz klare Vorstellungen davon, was Lebensqualität sei, welches Leben qualitativ, ein wertvolles Leben, und welches ein unwertes.

Der Eid des Hippokrates formuliert Gebote und Verbote, etwa das Gebot, Kranken nicht zu schaden, das Gebot der Schweigepflicht, das Verbot sexueller Handlungen mit Patientinnen und Patienten usw. Er tut dies nicht, indem die Folge der Handlung beurteilt wird (Konsequentialismus), sondern einerseits, indem die Handlung selbst beurteilt wird (Deontologie), andererseits aber auch, indem der solcherart Handelnde beurteilt wird (Tugendethik). Dass man heute bei den Überlegungen des Gesundheitswesens auf der Makroebene auch konsequentialistische Konzepte einbezieht, muss nicht zwingend falsch sein. Wenn diese aber die Betrachtungen dominieren und normativ in die klinische, behandelnde Medizin auf der Mikroebene einwirken, dann ist Vorsicht geboten, damit sich die schrecklichen Fehler der Vergangenheit nicht in einer neuen Form wiederholen.

Die Medizin hat ein Problem damit, wenn die Folgen ihres Handelns (vielmehr die Beurteilung dieser Folgen aus einer einseitigen Sicht) gewichtiger sein sollen als diese Handlungen selbst und als die (be)handelnde Ärztin, der (be)handelnde Arzt. Der VEMS ist in seinem «Positionspapier zu Smarter Medicine und Choosing Wisely» vom Dezember 2018 diesbezüglich auf die Positionen von Gertrude Elizabeth Margaret Anscombe eingegangen, einer Schülerin Ludwig Wittgensteins, die sich auf tugendethische Konzepte zurückbesinnt. In ihrem Aufsatz «Modern Moral Philosophy» von 1958 schreibt Anscombe: «Und obwohl die gegenwärtigen Oxforder Moralphilosophen einem erlauben würden, es „zu seinem Grundsatz zu machen“, so etwas nicht zu tun, lehren sie doch eine Philosophie, wonach bei der Erörterung, was zu tun sei, die einzelnen Konsequenzen einer Handlung „moralisch“ in Betracht gezogen werden könnten. Und falls diese so beschaffen wären, dass sie mit

den „Zielen“ des betreffenden Menschen kollidieren, könnte es einen Schritt in seiner moralischen Fortentwicklung bedeuten, wenn es ihm „gelänge“ (um die Ausdrucksweise von Nowell-Smith zu gebrauchen), die Handlung unter ein neu aufgestelltes Prinzip zu subsumieren; oder es könnte auch eine neue „Grundsatzentscheidung“ sein, die ein Fortschritt in der Entwicklung seines moralischen Denkens wäre (um Hares Konzeption zu übernehmen), wenn er entschied: Unter so und so gearteten Umständen sollte man die gerichtliche Verurteilung eines Unschuldigen erwirken. Und das kann ich nicht akzeptieren.»

Ohne im Detail darauf einzugehen, worauf sich Gertrude Anscombe bei diesen vielen Referenzen auf so kleinem Raum jeweils bezieht: Das kann auch die Medizin nicht akzeptieren. Sie hat mit der modernen Medizinethik als Teil der Bioethik aber noch ein drittes Problem: Sie hat Schwierigkeiten, sie zu verstehen und mit ihr in einen Diskurs zu treten. Dagegen könnte man argumentieren: Dann muss die Medizin eben die Begriffe der Ethik lernen, die Ethik muss die medizinischen Begriffe ja auch lernen. Das Problem liegt aber nicht bei den Begriffen selbst, sondern bei der Verwendung von Begriffen im Allgemeinen. Wir möchten deshalb abschliessend kurz auf postmoderne und poststrukturalistische Ansätze und ihre Wirkmächtigkeit in den gesundheitsrelevanten Diskursen eintreten.

Den Anfang dieser Entwicklung können wir bereits bei Friedrich Nietzsche (1844 – 1900) verorten, und dort lässt sich auch aufzeigen, wo die Medizin ihre Probleme mit ihr hat. Kein Philosoph vor Nietzsche hat so radikal wie er nicht nur die menschlichen Möglichkeiten, zu letzten Wahrheiten zu gelangen, hinterfragt, sondern auch und teilweise daraus folgend die christliche Moral, die er in «Jenseits von Gut und Böse» als Sklavenmoral bezeichnet. Wir sehen Nietzsches Sprach- und Wahrheits-Skepsis schon in einem seiner sehr frühen Texte, dem Essay «Über Wahrheit und Lüge im aussermoralischen Sinn». Er schreibt dort über die grundsätzliche Subjektivität menschlicher Wahrheiten: «Wie dürften wir, wenn die Wahrheit bei der Genesis der Sprache, der Gesichtspunkt der Gewißheit bei den Bezeichnungen allein entscheidend gewesen wäre, wie dürften wir doch sagen: der Stein ist hart: als ob uns »hart« noch sonst bekannt wäre, und nicht nur als eine ganz subjektive Reizung!»

Der Sprachphilosoph Ludwig Wittgenstein (1889 – 1951) hat solche Gedanken vertieft und in seinen beiden Hauptwerken zweierlei getan. Im «Tractatus logico-philosophicus» ging es ihm darum, wie und wann Begriffe Wirklichkeit abbilden. In «Philosophische Untersuchungen» versteht er Sprache kontextuell und zeigt, wie die Verwendung von Begriffen Wirklichkeit nicht nur abbildet, sondern auch Wirklichkeiten schafft. An Wittgensteins Konzept der Sprachspiele lässt sich das gut aufzeigen: Wenn man etwa das Wort «Ziel» in einer PowerPoint-Präsentation vor Führungskräften der Wirtschaft verwendet, dann hat es eine andere Bedeutung und Funktion, als wenn man dasselbe

Wort in einem Therapiegespräch verwendet, und in der Predigt eines Theologen hat es nochmal eine andere Bedeutung und Funktion. Dies sind verschiedene Sprachspiele, und wie jedes Brettspiel, Schach, Mühle, ein Puzzle usw., so hat auch jedes Sprachspiel seine Regeln, wie es die Begriffe verwendet. Die jeweilige Sprache bildet diese Wirklichkeiten also nicht nur ab, sie schafft sie auch, und damit wird Wahrheit zur sprachlich verhandelbaren Grösse und die Klärung von Begriffen und Symbolen essenziell.

Der linguistic turn, der damit in der Philosophie einsetzt, ist wesentlich für postmoderne und poststrukturalistische Konzepte und Einflüsse. Er geht auch auf andere Denkerinnen und Denker zurück, dass wir Nietzsche und Wittgenstein hervorheben, geschieht also nicht als historische Wertung, sondern weil sich an ihnen die Probleme aus unserer Sicht gut aufzeigen lassen. Von den poststrukturalistischen Vordenkern der 1960-er Jahre Foucault, Derrida und Adorno hat vor allem und vor allem für die Medizin Michel Foucault bis heute eine starke Wirkung. Foucault legt offen, dass Sprache immer schon auch ein Instrument zur Machtausübung gewesen ist, durch Autoritätspersonen der Kirche und des Staates. Heute ist vor allem eine Sprache auf dem Prüfstand, die mit männlich-patriarchalen Begriffen männlich-patriarchale Wirklichkeiten aufrechterhält, patriarchale Macht ausübt und patriarchale Strukturen festigt. Das hat nicht nur den gesellschaftlichen Diskursen von Feminismus und weiblicher Emanzipation geholfen, es hat sich auch auf das Selbstverständnis der Medizin zum Positiven ausgewirkt. Die Medizin hat gelernt, dass es für die Heilung entscheidend sein kann, wenn die Ärztin, der Arzt, die Vielheit der Wahrheiten akzeptiert und das Selbstverständnis der Krankheit der Patientin, des Patienten, im Gespräch aufnimmt und dabei möglichst nicht wertet. Es ist heute Konsens, dass die Patientenautonomie hoch zu werten sei. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW etwa hat hierzu jüngst einen Bericht mit sieben Thesen herausgegeben, der dies institutionell stützt.

Die Forderung einer Selbstermächtigung der Patientinnen und Patienten, also ihrer informierten Zustimmung zu ihren medizinischen Behandlungen, ist allerdings auch eine Idealvorstellung. Die Behandlung eines psychiatrischen Patienten mit Wahnvorstellungen kann nicht fruchten, wenn der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin, diese Wahnvorstellungen als Wahrheiten gelten lässt. Einem Patienten, der der Meinung ist, mit Kräutern sein Krebsgeschwür behandeln zu können, tut die Medizin unter Umständen keinen Gefallen, wenn sie seine Sicht der Dinge als Wahrheit gelten lässt. Die Medizin kommt zum Zweck der Erfüllung ihres Versorgungsauftrags mitunter also nicht umhin, auch mal autoritär und vielleicht auch mal paternalistisch zu sein. Fürsorge bedeutet ja, für Menschen zu sorgen, die nicht für sich selber sorgen können.

Hier liegt der Grund für eine gewisse Entfremdung von Medizinethik und Medizin. Ethikerinnen und Ethiker sind in den aktuellen gesellschaftlichen Diskursen gut beraten, keine absoluten

Wahrheiten mehr für sich in Anspruch zu nehmen, sie liefern sonst Gefahr, in die Ecke der «Moralisten» gestellt zu werden. Insbesondere in den Diskursen des Gesundheitswesens, wo es letztlich auch um die Frage geht, wie gemeinsame Ressourcen so zu nutzen sind, dass ein möglichst grosser gesellschaftlicher Mehrwert zu gewinnen ist, würde eine solche Ethik sich den Vorwurf einhandeln, sich auf Kosten der Allgemeinheit als «Gutmensch» profilieren zu wollen. Die Ethik ist also angehalten, sich den gesundheitsökonomischen Kräften zu stellen, ihre Realitäten und Positionen aufzunehmen und in ihre Überlegungen mit einzubeziehen. Die Medizin hat allerdings den Eindruck, sie relativiere dabei die medizinisch-klinische Sichtweise zuweilen so stark, dass von ihren Positionen Gefahren für die Patientensicherheit ausgehen könnten. Und sie ist irritiert, wenn einerseits jede Wahrheit relativiert wird, auch mal klinisch-medizinische Wahrheiten, gleichzeitig aber andererseits gesundheitsökonomische Positionen, Zahlen und «Wahrheiten» behandelt werden, als seien sie sakrosankt.

Kritische Betrachtungen postmoderner Positionen sind im Übrigen nicht neu, und sie kommen auch nicht nur aus der Medizin. Vielmehr setzen sie zeitgleich und innerhalb der Postmoderne selbst ein, so etwa bei Jean Baudrillard, der mit seiner Simulationstheorie poststrukturalistische Ansätze zugleich befördert und hinterfragt. Jean Baudrillards Theorie der Simulation geht davon aus, dass ausserhalb medialer Zeichensysteme nichts Reales existiere. Er sieht deshalb eine Entwicklung der Entfremdung von der Realität hin zur Simulation. Diese Entwicklung spiele sich parallel zu den Zeichen der Massenmedien auch im Bereich der Ökonomie ab. Guy Debort hat diesen Gedanken in seiner Streitschrift «Die Gesellschaft des Spektakels» zugespitzt. Solche Überlegungen haben an Aktualität nichts verloren, sondern sogar gewonnen, gerade im Zusammenhang mit der derzeitigen Pandemie-Situation, in welcher wissenschaftliche Sachverhalte und ökonomische Betrachtungen auch mal, um es mit Debort zu sagen, als reine «Pseudo-Welt» erscheinen. Letztlich stellt sich doch die Frage: Hat die Ökonomie eine Ethik? Und muss sie das überhaupt?

Hat die Ökonomie eine Ethik?

Wir haben das vorige Kapitel mit der Feststellung eingeleitet, dass bei den Griechen des Altertums Ethik, Ökonomie und Politik eine Trias bildeten. Der Wirtschaftswissenschaftler Peter Ulrich hat hierzu eine gut ausdifferenzierte Position erarbeitet. Es lohnt sich, vertiefter auf sie einzugehen, als wir es im Rahmen dieser Betrachtung tun können. Wir beziehen uns an dieser Stelle auf seinen Artikel in der «Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik», weil wir dort eine gute Zusammenfassung seiner Position vorliegen haben. Daran lässt sich auch die Position des VEMS gut aufzeigen. Ulrich stellt fest, dass an der aristotelischen Trias während der längsten Zeit ökonomischen Denkens festgehalten wurde. Er schreibt: «Nicht zufällig waren so gewichtige Klassiker der Politischen Ökonomie wie Adam Smith und John Stuart Mill „von Hause aus“ Moralphilosophen. Erst die Neoklassiker wollten ab etwa 1870 ihr Fach von allen ethisch-normativen und politischen Beimischungen „purifizieren“, also eine „reine“ und „autonome“ Ökonomik betreiben. Das impliziert ein Zwei-Welten-Modell von (ökonomisch als „sachfremd“ wahrgenommener) Ethik und Politik einerseits und (als wertfrei sowie unpolitisch aufgefasster) Ökonomik andererseits.»

Die Loslösung der Ökonomie von der Ethik und damit ihre Reduktion zur reinen Lehre der Nutzenoptimierung kam, wie Peter Ulrich weiter schreibt, mit deren «Reduktion von praktischer Vernunft auf „rein“ ökonomische Rationalität». Ulrich bezieht sich hier auf Immanuel Kant. Für diesen war, wie wir im letzten Kapitel aufgezeigt haben, vernünftiges Handeln gutes Handeln. Was er darunter versteht und worauf sich Peter Ulrich bezieht, ist die Konzeption, die Kant in «Kritik der praktischen Vernunft» ausarbeitet. Für Kant ist ein praktisches Handeln ohne Freiheit nicht denkbar. Wir können uns aufgrund persönlicher Bedürfnisse und subjektiver Erfahrungen entscheiden, etwas zu tun oder zu lassen, und durch unser «Begehungsvermögen» haben wir auch eine Vorstellung von der möglichen Wirkung dieser Handlung. Der Mensch besitzt aber auch die Freiheit, sich ein unbedingtes Gesetz zu denken. Kant schlägt hierfür den Kategorischen Imperativ vor, den er in «Kritik der praktischen Vernunft» in seiner bekanntesten Formulierung vorstellt: «Handle so, daß die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könne.»

Mit der Herauslösung der Ökonomie aus der aristotelischen Trias und ihrer Etablierung als eigenständige Disziplin gerät der zweite Teil menschlicher Handlungsfreiheit immer mehr aus ihrer Betrachtung, und ihre Vernunft reduziert sich auf ökonomische Rationalität. Peter Ulrich schreibt dazu: «Mit dem letztlich 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.»

Welche Folgen dies hat, formuliert Ulrich so: «Wo kein in seiner vernünftigen Gültigkeit und Verbindlichkeit begründeter normativer Input ist, kann auch kein normativ gehaltvoller Output resultieren. Die Quadratur des Kreises – und das bedeutet hier: die methodische Reduktion von praktischer Vernunft auf rein ökonomische Rationalität (Effizienz) – kann auch hier nicht gelingen, sondern letztlich nur auf verdeckter impliziter Normativität beruhen. Diese wird methodisch erzeugt, indem die Wirtschaftssubjekte so modelliert werden, als ob (as if) sie *Homines oeconomici* wären, die kein anderes Motiv und Kriterium rationalen Handelns als das der je privaten Nutzen-, Erfolgs- oder Vorteilsmaximierung kennen.»

Es ist klar, dass dies insbesondere im Gesundheitswesen eine problematische Prämisse und Herangehensweise ist. Wie soll mit dieser Lesart medizinisches Handeln verstanden und richtig beurteilt werden? Dieses ist ja nicht primär von egoistischer Nutzenmaximierung geleitet (oder sollte dies zumindest nicht sein), sondern vom Gedanken der Fürsorge. Setzt die Ökonomie als Grundlage medizinischen Handelns ökonomisches Nutzenkalkül, so wird sie der Medizin nicht gerecht. Auch wenn sie dies für sich in Anspruch nimmt und auch wenn sie sich mehrheitlich wohl nach Kräften darum bemüht. Wir sehen dies sehr gut in der Frage der Incentivierung: Die Ökonomie kann nicht verstehen, dass jedweder finanzielle Anreiz die intrinsische Motivation der Medizin unterminiert, seien es nun Ärzteboni zur Steigerung des Umsatzes oder finanzielle Belohnungen für eingehaltene Budgets in Ärztenetzwerken. Und dass sie dies nicht verstehen kann, hat seinen Grund im oben Aufgezeigten: Ihre Konzeption von Handlungsfreiheit sieht die Freiheit, sich ein allgemeines Gesetz jenseits der subjektiven Wahrnehmung und persönlichen Vorteile zu denken und sich ihm gemäss zu verhalten, gar nicht vor. Mit der Folge, dass ihr Eingreifen in die Medizin deren intrinsische Motivation systematisch untergräbt und extrinsische Handlungsmotivation der Ärztinnen und Ärzte zusehends Überhand nimmt. Die Ökonomie bewirkt also durch die Prämisse, die sie setzt, dass diese immer mehr zur Realität wird, um daraus dann die Notwendigkeit ihres Eingreifens in die Medizin auf der Basis dieser Prämisse zu rechtfertigen. Dies ist eine verdeckte implizite Normativität und zugleich ihr Zirkelschluss ad absurdum.

Nirgends zeigt sich diese Gefahr reiner ökonomischer Rationalität doch deutlicher als in der Gesundheitsökonomie. Wenn etwa, wie dies in besagtem HTA-Bericht des SMB gemacht wurde, in einer Kosten-Effektivitäts-Berechnung für den Todesfall ein Betrag von CHF. 8'500.- eingesetzt wird, dann ist dies eine ethisch-normative Handlung: Es setzt, uns sei ein Menschenleben nicht mehr wert als diesen läppischen Betrag. Dass dies nicht konsensfähig ist, dürfte klar sein. Wir haben hier

also auch eine politische Dimension des Problems: Wir als Souverän sollten darüber einig werden, welchen Wert wir dem Leben eines Mitglieds unserer Gesellschaft beimessen, nicht ein Ökonom im Alleingang und mit den intransparenten Mitteln einer Kalkulation, deren Folgerungen und Folgen für die medizinisch-klinische Behandlungspraxis operative Wirkkraft haben können.

Die Autorinnen und Autoren des obigen Berichts machen auch unmissverständlich klar, dass ihr Selbstverständnis durchaus das nicht nur einer ethischen, sondern auch einer moralischen und moralisierenden Instanz ist. Nikola Biller-Andorno, Stefan Felder, Christoph A. Meier, Urs Metzger, Brigitte Tag vom Swiss Medical Board SMB schreiben zu den Ergebnissen des Berichts in einem Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung: «Ein Mediziner, der die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit nicht beachtet, ist ein schlechter Mediziner. So ist eine unnötige Verschreibung unethisch, weil die dafür aufgewendeten Ressourcen anderen Patienten für eine wirksamere Intervention zugutekommen könnten». Hier stellen sich zwei Fragen. Erstens: Kann das SMB garantieren, dass eingesparte Ressourcen wirklich anderen Patientinnen und Patienten zugutekommen, oder ist es nicht vielmehr realistischer, davon auszugehen, dass sie wohl weitgehend im Overhead der Verwaltung der Spitäler und der Krankenkassen verschwinden werden? Nehmen wir an, das eingesparte Geld fliesse tatsächlich in andere Behandlungen, so fragt sich zweitens: Wieso geht das SMB davon aus, diese Behandlungen seien automatisch kosteneffektiver? Ein Naturgesetz ist das jedenfalls nicht. Man könnte sie allerdings kosteneffektiver zurechnen, etwa, indem man hier den Wert eines Lebens mit einem höheren Betrag monetarisiert?

Wir beobachten ein Gebaren, das autoritär-paternalistische Züge hat, und einen moralisierenden Impetus, der unangenehm an die Instrumentalisierung der Moral zu Machtzwecken der katholischen Kirche erinnert. Fakt ist: Die Gesundheitsökonomie hat sich bisher weitestgehend unfähig gezeigt, gesellschaftlich akzeptierte Modelle zu entwickeln. Fakt ist auch: Wir kennen schlicht die Wahrscheinlichkeit nicht, dass der zu erwartende medizinische Nutzen anderer Behandlungen tatsächlich höher sein würde. Die promovierte Physikerin und Philosophin Rafaela Hillerbrand hat hierzu in der SRF-Sendung Sternstunde Philosophie vom 8.3.2021 treffend bemerkt: «Die Engführung, rationales Entscheiden ist immer das, was den erwarteten Nutzen maximiert, ist nicht seriös, weil wir ja meistens diese Wahrscheinlichkeiten nicht zur Verfügung haben.» Mit anderen Worten: Hier wird nicht berechnet, hier wird gezockt. Und wer am Spieltisch sitzt, der ist wohl nicht der Richtige, darüber zu befinden, wer eine gute Medizinerin, ein guter Mediziner ist und wer nicht. In Wahrheit ist es doch wohl vielmehr so: Wer die Wirtschaftlichkeit falsch berechnet und klinisch indizierte Therapien nicht verordnet, weil das eingesparte Geld angeblich bei anderen Patientinnen und Patienten besser eingesetzt werden könnte, der ist eine schlechte Medizinerin, ein schlechter Mediziner.

Wie funktioniert diese verdeckte Normativität der Ökonomie aber im Praktischen, wie wird sie operativ? Solche Berichte sind ja nur Empfehlungen, könnte man dagegenhalten, die Behandlungsentscheide auf der Einzelfallebene bleiben in den Händen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Der Druck, welchen Zahlen, auch wenn sie falsch gerechnet sind, im Klima einer veritablen Kosten-Panik ausüben können, ist aber enorm. Er wirkt auf die Politik und auf die Behörden, auf die Medien und schliesslich auch auf die Medizin selbst: Ärztenetzwerke weisen ihre Ärztinnen und Ärzte an, restriktiv zu behandeln, Fachgesellschaften kippen ihre Zielwerte und passen sie der «neuen Realität» an, obwohl sie wissen, dass es keine klinische Realität ist. Dagegen anzukämpfen, kann manchmal eine Sisyphusarbeit sein. Jüngst ist es dem VEMS aber gelungen, eine Fehlkalkulation, die das Bundesamt für Gesundheit (BAG) auf der Basis der Fehlkalkulation von Prof. Felder erstellt hat, richtigzustellen und dem BAG zu helfen, diese zu korrigieren.

Denken wir einen grösseren Bogen und betrachten auch dies im Lichte der Coronavirus-Pandemie, so sehen wir, dass von einer solchen Ökonomie auch eine gesellschaftliche Gefahr ausgehen kann. Die Berechnungen von Stefan Felder, was wir als Gesellschaft mit den Kosten der Eindämmungsmassnahmen unter dem Strich für ein Lebensjahr aufgewendet haben, sind nicht nur ethisch problematisch, sie legen auch das ethische Vakuum frei, das ihnen zugrunde liegt: das Menschenbild des Homo oeconomicus, der nur auf der Basis persönlicher Präferenzen eine Willens- und Handlungsfreiheit hat und nicht auch die, sich ein übergeordnetes Prinzip zu denken und danach zu handeln. Wenn dann Corona-Skeptiker argumentieren, die Pandemie sei gar keine solche, so tun sie dies auf der Basis ihrer persönlichen Erfahrung als Menschen, die nicht der Risikogruppe angehören, ohne dabei auch ihre menschegebene Freiheit zu nutzen, über diese persönliche Erfahrung hinaus zu denken und verantwortungsvoll zu handeln im Sinne einer praktischen Vernunft, wie Immanuel Kant sie konzipiert.

Damit schöpfen sie die Möglichkeiten der Freiheit, für die sie angeblich kämpfen, ungenügend aus und bleiben im engen Denkraaster einer einseitig auf rationale Vernunft reduzierten Ökonomie gefangen. Teilweise wird dabei Bezug auf Hannah Arendt genommen, und es werden aus dem Zusammenhang gerissene Sätze von ihr zitiert. Zur Klarstellung sei an Hannah Arendts Verständnis von Politik erinnert: Das politische Denken basiert für sie auf der dialogischen Praxis des inneren Gesprächs vom Ich mit mir selbst und impliziert die erweiterte Denkungsart: die Fähigkeit, an der Stelle jedes anderen zu denken. Politisches Denken und Handeln ist bei Hannah Arendt also von eben jenem Gemeinsinn geleitet, dem sich Gegner der Schutzmassnahmen widersetzen. Und absurderweise liegt dem eben jenes neoliberale Denken zugrunde, welches im gleichen Zug richtigerweise als Problem erkannt wird. Daran sehen wir, wie dieses Denken seine Wirkkraft weit über die Ökonomie hinaus entfaltet und wie es ein ganzes Gesellschaftsklima vergiften kann. Und die Pandemie

zeigt uns auch deutlich, wie irrational ein solches nachgerade sklerotisches Denken sich mitunter ausnehmen kann.

Wir werden im Kapitel «Fallstudien» anhand praktischer Beispiele noch vertiefter darauf eingehen, wie sich das Hineinwirken des Denkens und Rechnens einer solchen Ökonomie auf das Gesundheitswesen auswirkt und auch anschauen, wie sich die Regulative von Ethik und Recht ihm gegenüber jeweils verhalten haben. Soviel vorweg: Es zeigt sich in allen Dossiers des VEMS, was wir im Kapitel «Was Medizin und Gesellschaft von der Ethik erwarten» angesprochen haben. Die Ethik läuft Gefahr, sich ein Glaubwürdigkeitsproblem einzuhandeln, wenn sie als deskriptive Ethik medizinisch-klinische Handlungen, Entscheidungen und Steuerungsinstrumente einer implizit normativen Gesundheitsökonomie durchwinkt oder sogar fördert.

Nun ist es aber nicht so, dass sich die Ökonomie dieses Problems etwa nicht bewusst wäre. Im Gegenteil kam das Bewusstsein, dass eine Ökonomie, die an gesellschaftlicher Macht gewinnt, sich selbst ethische Prinzipien geben muss, bereits am Anfang des Prozesses der Etablierung der Ökonomie als eigenständige Disziplin. Der Aufklärungsphilosoph Antonio Genovesi (1712 bis 1760) etwa hat einen Eid für Ökonomen vorgeschlagen. Darin formuliert er vier Prinzipien, an denen sich Ökonomen bei der Ausübung ihres Berufs orientieren sollten:

- 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.

Ob Genovesi bei seinem Eid den Eid des Hippokrates im Sinn hatte, ist uns nicht bekannt. Auffällig ist, dass die Gefahr einer eindimensionalen und reduktionistischen Sicht offenbar früh erkannt wurde. Diese ist in der Gesundheitsökonomie besonders gross. Gesundheit ist das höchste, aber auch das komplexeste menschliche Gut. Die Medizin, die daran arbeitet, es zu erhalten, unterzieht sich einem Eid. Es muss zu Konflikten führen, wenn sich die Gesundheitsökonomie, die letztlich demselben Ziel

zuarbeiten sollte, keinem vergleichbaren Eid verpflichtet. Und dies, obwohl hinlänglich erkannt ist, dass von einer reduktionistischen ökonomischen Betrachtung der Dinge Gefahren für die Gemeinschaft ausgehen können, im Allgemeinen und im Speziellen, was Gesundheitssysteme betrifft. Unser Stiftungsratsmitglied Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth hat in Deutschland an einem Evaluationspapier mitgearbeitet, das Vorgaben an die Gesundheitsökonomie vorschlägt, was Studien zur Beurteilung medizinischer Leistungen betrifft.

Jede grössere Körperschaft des Wirtschaftswesens hat heute eine Ethikkommission und formuliert ihre ethischen Richtlinien in einem «Code of Conduct». Und dann gibt es ja auch noch die Wirtschaftsethik. Reicht das? Gegenfragen: Ärztinnen und Ärzte werden für Kunstfehler verklagt und gegebenenfalls verurteilt. Wurde aber je eine Gesundheitsökonomin, ein Gesundheitsökonom für Fehleinschätzungen mit gesundheitsrelevanten Folgen gerichtlich belangt? Ärztinnen und Ärzte entschuldigen sich bei ihren Patientinnen und Patienten in der Regel, wenn ihnen ein Fehler unterlaufen ist. Hat aber jemals eine Gesundheitsökonomin, ein Gesundheitsökonom zugegeben, einen Sachverhalt falsch eingeschätzt zu haben? Der Soziologe und Gesellschaftstheoretiker Niklas Luhmann bemerkt zur Wirtschaftsethik in der Publikation «Wirtschaftsethik – als Ethik?» ernüchert: «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.»

Luhmann meint das durchaus nicht polemisch. Vielmehr ergibt es sich aus seiner Systemtheorie. Diese geht von verschiedenen Teilsystemen aus, die wir hier in einer guten Übersicht dargestellt finden. Jedes dieser Teilsysteme übernimmt funktionspezifische gesellschaftliche Aufgaben und hat seinen Code und sein Programm. Für die Wirtschaft ist dieser Code «Zahlung/Nichtzahlung», und ihr Programm verdichtet Luhmann als «Zweckprogramme; Budgets». Und das ist nun einmal nicht der Code der Ethik und auch nicht ihr Programm. Die Ethik legt Luhmann aber gar nicht als Teilsystem an. Vielmehr denkt er sie als alle Systeme übergreifend, und er scheint wohl davon auszugehen (darüber wird gestritten), seine Systemtheorie sei eine Ethik.

Der Gedanke jedenfalls, dass sich darin, wie gut die Teilsysteme in einer Gesellschaft austariert sind, gewissermassen eine Ethik zeigt, welche deshalb folglich kein eigenes Teilsystem sein kann, hat etwas Überzeugendes. Gerade im Gesundheitswesen ist ja zu beobachten, dass ethisch problematische Situationen entstehen können, weil die Kräfte und Systeme teilweise nicht mehr ausgeglichen sind. Schauen wir uns im nächsten Kapitel also an, wie das Recht im Gesundheitswesen als Korrektiv wirkt.

Produkte und Produkthaftung

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für Arzneimittel und Medizinprodukte sind strenger, als es die Reglementierung der Produkte anderer Lebensbereiche ist. Dies ist auch nötig, denn mangelhafte Produkte können hier schwere gesundheitliche Schäden oder gar Todesfälle zur Folge haben. Als Erstes kommt uns hier die rechtliche Reglementierung von Heilmitteln und medizintechnischen Produkten wie etwa künstlichen Gelenken in den Sinn. Arzneimittel-Skandale wie etwa der Contergan-Skandal oder in der Medizinaltechnik der Skandal um Sulzer Medica wecken die Empörung der Bevölkerung und den Ruf nach strengeren Kontrollen. Die diesbezüglichen rechtlichen Bestimmungen sind in der Medizinprodukteverordnung (MepV) festgehalten. Auf mangelhafte und potenziell gefährliche Medizinprodukte sind die Produzenten hinzuweisen. Kommen diese den gewünschten Anpassungen nicht nach, so kann als nächstes die Behörde, welche für die Überwachung der betreffenden Produkte zuständig ist, kontaktiert werden. In der Schweiz geschieht dies mittels einer Anzeige bei der schweizerischen Zulassungs- und Aufsichtsbehörde für Arzneimittel Swissmedic.

Nicht nur materielle Produkte werden in der Medizin aber strenger geregelt als in anderen Gesellschaftsbereichen, sondern auch immaterielle. In erster Linie sind dies die medizinischen Dienstleistungen von Heilung und Pflege. Die Gesetzesgrundlagen von Krankenversicherungsgesetz (KvG) und Medizinalberufegesetz (MedBG) bilden den rechtlichen Rahmen, der sicherstellen soll, dass mit diesen Dienstleistungen der Versorgungsauftrag der Medizin erfüllt wird und dass dabei die Patientensicherheit gewährleistet ist. Patientenschutzorganisationen wie die Schweizerische Stiftung SPO Patientenorganisation leisten eine wichtige Arbeit, um sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten bei Schadenfällen zu ihrem Recht kommen.

Nun ist aber jedes Produkt, welches Einfluss auf gesundheitliche Belange und Entscheide deklariert und hat, grundsätzlich ein Medizinprodukt. Um dies zu bestimmen, gilt es also nachzuweisen, dass durch ein Produkt eine Einflussnahme auf medizinische Belange erfolgt. Daraus ergibt sich eine Reihe von Medizinprodukten, die bisher noch kaum in den Fokus rechtlicher Beurteilung und Verurteilung geraten sind. Hätte etwa die im vorigen Kapitel erwähnte Berechnungen von Stefan Felder zur Kosteneffektivität der Corona-Massnahmen einen Einfluss auf die Corona-Politik der Schweiz gehabt, so hätte dies viele vermeidbare Todesfälle zur Folge gehabt, und dann hätte sich die Haftungsfrage gestellt. Der VEMS hat in seinem Positionspapier «Covid19 und Utilitarismus – Versuch einer medizinethischen Klärung» vom April 2020 nachgerechnet, dass Prof. Felders Hochrechnung mangelhaft ist. Es hätte sich dann also zumindest die Frage des Tatbestands der Fahrlässigkeit gestellt.

Wie wichtig das Recht als Regulativ in der Coronavirus-Pandemie ist, sehen wir auch am Beispiel von Portugal. Das Berufungsgericht von Lissabon hielt die von der Generaldirektion der Gesundheit während des Alarmzustands verhängte Quarantäne für rechtswidrig und hat im November letzten Jahres ein entsprechendes Urteil gefällt. Die Folgen dieses Urteils sehen wir heute: Portugal hat die höchste Covid-19-Sterberate Europas und ist im Ausnahmezustand. Rund 43 Prozent aller bekannten Ansteckungen und 44 Prozent aller Todesfälle haben sich gemäss den portugiesischen Gesundheitsbehörden im Januar 2021 ereignet, also just in der Zeit nach dem verheerenden Entscheid des Berufungsgerichts von Lissabon. Glücklicherweise ist unseren Gerichten ein solcher Lapsus nicht unterlaufen, und auch unsere Regierung und unsere Behörden haben sich von Stefan Felders Berechnung nicht in die Irre führen lassen.

Bei einer anderen Arbeit Stefan Felders ist die Sache weniger glücklich verlaufen. Wir kommen zurück auf den im zweiten Kapitel erwähnten HTA-Bericht «Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen» des Swiss Medical Boards (SMB). Dass dieser in mehrerlei Hinsicht falsch ist und teilweise grobe Rechenfehler enthält, hat die Vascular Risk Foundation Varifo in einem Newsletter anschaulich aufbereitet. Auf der Basis dieser falschen Zahlen empfahl das SMB, bei einem SCORE-Risiko von weniger als 7.5% keine Statine einzusetzen. Begründet wurde dies mit einer angeblichen Verletzung der im Krankenversicherungsgesetz formulierten WZW-Regel (wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich). Im Ergebnis führte dies dazu, dass bei Patientinnen und Patienten, bei denen eine Medikation mit Statinen eindeutig angezeigt war, diese Medikamente nicht eingesetzt oder abgesetzt wurden. Mit seiner Empfehlung widersprach das SMB auch sämtlichen Empfehlungen von internationalen und nationalen Fachgesellschaften. Hier stellt sich also nicht nur die rechtliche Frage der Fahrlässigkeit dieser Studie als Medizinprodukt, sondern auch die ihrer Grobfahrlässigkeit. Denn dass die Studie vermeidbare Krankheits- und Todesfälle verursacht hat, scheint ausser Zweifel zu stehen. Doch wo kein Kläger, da kein Richter.

Man könnte argumentieren, der SMB-Bericht sei eine fachliche Empfehlung für die Medizin, und letztlich seien Behandlungsentscheide Entscheide der jeweiligen im Einzelfall behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Dem ist allerdings entgegenzuhalten, dass der Bericht vom SMB nicht nur den medizinischen Fachmedien, sondern auch den Publikumsmedien zugeteilt worden ist. Diese haben darüber auch berichtet, was die Entscheidungen der Patientinnen und Patienten beeinflusst haben dürfte. Eindeutiger gestaltet sich die Sachlage bei zwei anderen Medizinprodukten im selben Indikationsgebiet: den Risk assessment Produkten PROCAM- und SCORE-Rechner der Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose, AGLA, und der Schweizerischen Herzstiftung (HerzCheck). Der AGLA-Rechner wird von medizinischen Fachpersonen in ihren Praxen verwendet, der HerzCheck der

Schweizerischen Herzstiftung in Apotheken jährlich millionenfach an Patientinnen und Patienten durchgeführt.

Und er ist ein mangelhaftes Medizinprodukt: Die Deutsche Herzstiftung deklariert klar und unmissverständlich, dass ihr in der Schweiz von der AGLA und von der Schweizerischen Herzstiftung verwendeter PROCAM-basierter Risikorechner nur das Risiko eines Herzinfarkts errechnet und abbildet. Für das Hirnschlag-Risiko wird ein separater Rechner verfügbar gemacht. Der Risikorechner der Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie, AGLA, und der Risikorechner HerzCheck der Schweizerischen Herzstiftung hingegen geben an verschiedenen öffentlich zugänglichen Orten und im Richtlinienmaterial für Ärztinnen und Ärzte vor, das kardiovaskuläre Gesamtrisiko (Herzinfarkt und Hirnschlag usw.) zu berechnen, während in Wahrheit nur das Risiko für Herzinfarkt berechnet wird. Damit wird das Risiko (je nach kardiovaskulärem Endpunkt) mit zwischen 50% bis zu 300% massiv unterschätzt. Im Ergebnis ist dies eine unter Umständen lebensgefährliche Täuschung der Ärztinnen und Ärzte, der Apothekerinnen und Apotheker sowie deren Patientinnen und Patienten. (Die vertiefenden technischen Berechnungen hierzu und zu den weiteren Produkten finden Sie hier.) Wir dürfen in diesem Zusammenhang auch nicht vergessen, dass das SMB letztlich ein gesundheitspolitisches Gremium ist, initiiert vom damaligen Gesundheitsdirektor des Kantons Zürich, Thomas Heiniger. Und dass sich die Politik mit der Wissenschaftlichkeit leider nicht unbedingt und immer verträgt, hat uns die Coronavirus-Pandemie gezeigt.

Der VEMS hat zur Abklärung der Rechtslage bezüglich des Risikorechners der Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie, AGLA, und des Risikorechners HerzCheck der Schweizerischen Herzstiftung bei Prof. Dr. Ueli Kieser ein Rechtsgutachten eingeholt. Prof. Kieser schreibt: «Zuweilen werden also Herzinfarkt und Hirnschlag parallel und gemeinsam erwähnt. An anderer Stelle werden Herzinfarkt und Hirnschlag als Alternativen genannt. An einer Stelle wird zudem auf «klinische Symptome von Gefässerkrankungen» Bezug genommen. Werden die Nutzungsbedingungen einbezogen, ergibt sich für die nutzende Person der klare Eindruck, dass sich das Instrument auf beide Beeinträchtigungen bezieht. Es ist nicht schlüssig, in den allgemeinen Nutzungsbedingungen – zudem in unklarer Weise – auf das Risiko eines Hirnschlags Bezug zu nehmen, wenn das Instrument ohnehin nur das Risiko des Herzinfarkts erfasst.»

Die PROCAM-basierten Risikorechner, beziehungsweise ihr Labeling und ihre behauptete Aussagekraft konfliktieren also mit geltendem Recht. Hierzu schreibt Prof. Kieser: «Es geht nach Art. 45 Abs. 3 HMG um die grundlegenden Anforderungen, um die Regeln der Klassifizierung und um die Sprachen für die Produktinformation. Wer ein Medizinprodukt in Verkehr bringt, muss nach Art.

46 Abs. 1 HMG nachweisen, dass die erforderlichen Konformitätsbewertungsverfahren durchgeführt worden sind. Art. 47 Abs. 1 HMG schreibt ein Produktebeobachtungssystem vor. Sodann legt Art. 48 HMG Regelungen zum Schutz der Gesundheit fest. Es müssen nach Art. 49 Abs. 1 HMG alle Massnahmen getroffen werden, welche für die Erhaltung der Leistung und der Sicherheit des Medizinprodukts erforderlich sind. Schliesslich gelten nach Art. 51 HMG besondere Regelungen für die Werbung.»

Über diese mangelhaften Medizinprodukte wurde aber auch in Sendungen von SRF irreführend berichtet. So sagt etwa Prof. Rodondi in der SRF-Sendung «Puls» vom 08.05.2017 seinem Patienten: «Ich habe gerechnet, ohne Rauchen wäre das kardiovaskuläre Risiko nur 8%». Gemeint ist hier aber das AGLA-Risiko, welches über das kardiovaskuläre Gesamtrisiko keine Aussage macht, sondern nur über das Herzinfarkt-Risiko. Hier wurden die Zuschauerinnen und Zuschauer also getäuscht. Der VEMS hat deshalb bei der Ombudsstelle von SRF eine Beschwerde eingereicht. Der abschlägige Bescheid kann hier eingesehen werden. Die Ombudsstelle gibt die Täuschung darin zwar zu, redet sich aber mit Gründen der sprachlichen Verständlichkeit aus der Verantwortung: «Dass in der Sendung nicht konsequent und durchgängig vom «Risiko für Herzinfarkt, Hirnschlag und andere relevante kardiovaskuläre Ereignisse» gesprochen wird, macht aus Sicht der sprachlichen Verständlichkeit Sinn.»

Richtiggestellt wurde die Fehlinformation aber nie, vielmehr wurde sie in folgenden Sendungen wiederholt. Dies ist das Muster, das wir vom VEMS bei SRF-Puls seit Jahren feststellen: Die von uns monierten medizinischen Fehlinformationen wurden mehr oder weniger eingestanden, doch sie wurden mit Ausreden begründet, so etwa der, durch den Schnitt sei womöglich bei den Zuschauerinnen und Zuschauern ein falscher Eindruck entstanden. Und vor allem hat SRF-Puls sie weiterhin verbreitet. Solche Sendungen sind journalistische Produkte, die Arbeit der Ombudsstelle ist in dieser Hinsicht sicherlich zu bemängeln. Inwieweit sind sie darüber hinaus aber durch ihre Einflussnahme auf medizinische Entscheide auch Medizinprodukte? Und welche rechtlichen Folgen hätte dies für die Haftung durch SRF-Puls? Es wird hier wohl einen juristischen Präzedenzfall brauchen, um diese Fragen zu klären. Jedenfalls wäre es stossend, wenn Sendungen von SRF, in welche die Zuschauerinnen und Zuschauer grosses Vertrauen haben, medizinische Falschinformationen verbreiten können, auch wiederholt und auch nachdem die Verantwortlichen Kenntnis der Fehler haben, ohne dass dies irgendwelche rechtlichen Folgen haben sollte.

Ein noch wirkmächtigeres Medizinprodukt ist das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit frei praktizierender Ärztinnen und Ärzte durch den Dachverband der Schweizer Krankenkassen santésuisse. Hier haben wir bei allen drei Prüfungen (der kantonalen Prüfung mit dem RSS-Index, der nationalen Prüfung mit dem ANOVA-Index und der nationalen Prüfung mit dem Regressions-

Index) das systemische Problem, dass im Ergebnis strukturierte Überarztung mit dem Ziel der persönlichen Bereicherung nicht nur ungenügend erkannt, sondern dass sogar Anreize dafür geschaffen werden. Als auffällig identifiziert das Verfahren fälschlich nur Ärztinnen und Ärzte, die schwer kranke, deshalb sehr teure Patientinnen und Patienten mit hohen Medikamentenkosten behandeln. Der VEMS hat dies in seinem Positionspapier «Beurteilungsqualität und Behandlungskultur – Aufarbeitung der Wirtschaftlichkeitsverfahren» vom Juni 2019 vertieft dargelegt und mit Modellrechnungen die Fehler auch nachgewiesen. Wie sich die mathematisch-statistischen Probleme im Detail nachweisen lassen, ist in unserem Artikel «Plausibilisierung des ANOVA-Indexes in der medizinischen Grundversorgung» nachzulesen.

Auch hier haben wir, um die Rechtslage abzuklären, bei Prof. Dr. Ueli Kieser ein Rechtsgutachten eingeholt. Prof. Kieser stellt fest, dass bei der Abklärung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen die Medikamentenkosten anders als andere ärztliche Leistungen und Kosten zu berücksichtigen sind. Medikamente sind durch die behördlichen Verfahren also per Definition WZW-konform und müssten entsprechend in den Berechnungen der Wirtschaftlichkeit (RSS-Index, Anova-Index, Regressions-Index) komplett eliminiert werden. Er schliesst: «Insgesamt werfen bei dieser Ausgangslage die bisher vorgesehene Ausgestaltung des Schiedsgerichtsverfahrens und die vom Schiedsgericht befolgte Sachverhaltsermittlung erhebliche Bedenken auf. Es wird ernsthaft zu fragen sein, ob bei dieser Ausgangslage ein faires Verfahren im Sinne von Art. 6 Abs. 1 EMRK gegeben ist.»

Wenn nun aber ein Verfahren, welches einen so hohen Einfluss auf die Behandlungspraxis hat und in welches das Recht selbst involviert ist, derart zentrale Fragen aufwirft, dann ist auch klar, dass das Recht des alle Teilsysteme übergreifenden impliziten Regulativs der Ethik bedarf. Der Ethikrat der öffentlichen Statistik der Schweiz hat in diesem Zusammenhang denn auch bereits 2006 eine Stellungnahme herausgegeben. Darin wird das Verfahren der Versicherer bezüglich seiner nicht gegebenen gesetzlichen Grundlage bemängelt und moniert, dass *santésuisse* der Charta der öffentlichen Statistik der Schweiz nicht beigetreten ist, «obwohl sie, wie andere ähnliche Institutionen (z.B. die Schweiz. Unfallversicherungsanstalt SUVA als Unterzeichner der Charta), Statistiken von öffentlichem Interesse erstellt». Das Gutachten bemängelt aber auch die Methode selbst, die der Ethikrat der öffentlichen Statistik der Schweiz als «Missbrauch der Statistik» bezeichnet.

Hier haben wir also ein klares Engagement der Ethik im Interesse der Patientinnen und Patienten, die als Konsequenz einer falschen Beurteilung und einer daraus folgenden etwaigen Behandlungsverweigerung durch Ärztinnen und Ärzte, die sich so vor einem ungerechten Verfahren schützen müssen, vermeidbares Leid an Leib und Leben erfahren könnten. Doch wie verhält sich die Ethik im Allgemeinen, wie gut schöpft sie ihren Handlungsspielraum jeweils aus?

Fallstudien

Schauen wir als Erstes den mehrfach erwähnten HTA-Bericht «Statine zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen» des Swiss Medical Boards (SMB) an. Die Ethik war in die Ausarbeitung dieses Berichts direkt involviert und hatte in der Person von Nikola Biller-Andorno Einsitz im interdisziplinären Gremium, welches ihn erarbeitet hat. Die Gesundheitsökonomie hat in dieses Gremium eine Hochrechnung eingebracht, die für die primärmedizinische Behandlung mit diesen Medikamenten Kosten von CHF. 210'000.- pro gewonnenem Lebensjahr in guter Lebensqualität errechnet. Dass die Medizin bei solchen Kosten und eingedenk möglicher Nebenwirkungen, die jedes Medikament nun einmal haben kann, Patientinnen und Patienten primärmedizinisch mit Statinen behandelt hat, erscheint auf der Basis dieses Kostenbetrags verständlicherweise nachgerade skandalös.

Was tut nun aber eine Geisteswissenschaftlerin, ein Geisteswissenschaftler, mit einer Beurteilung konfrontiert, die zu skandalösen Schlüssen kommt? Als Erstes würde man sich hier doch wohl die Frage stellen: Hat das bisher noch niemand gemerkt? Man würde andere Arbeiten zu besagtem Thema einsehen, um die neue Arbeit im internationalen wissenschaftlichen Vergleich einzuordnen. Stellte man dabei fest, dass keine vergleichbare Arbeit zu ähnlichen oder gleichen Schlüssen kommt, so wäre man erstmal vorsichtig-skeptisch: Entweder die Autorin, der Autor, ist ein Genie, oder hier stimmt etwas nicht. Genies sind selten, schauen wir uns diese angeblich bahnbrechende Arbeit doch mal genauer an.

Diese gesunde intellektuelle Skepsis hat sich bei der Ethik im Gremium des SMB-Statinsberichts nicht eingestellt. Bereits bei einem flüchtigen Überlesen der Hochrechnung wäre sonst eine Zahl ins Auge gestochen. Der Autor der Kalkulation, Stephan Felder, setzt darin für den Wert eines Menschenlebens im Todesfall den Betrag von CHF. 8'500.- ein. Das hätte Ethik irritieren müssen: Das soll der Wert eines Menschenlebens sein? Welchen Betrag setzen hier die Autoren vergleichbarer Hochrechnungen ein? Die Antwort: Eine Arbeit von Prof. Michael Schlander aus Deutschland sieht hier 200'000 € vor und ein dem SMB-Bericht analoges Papier der Food and Drug Administration (FDA) aus den USA 243'600.- Dollar. Die Ethik hätte folglich diese Hochrechnung an Prof. Felder zurückschicken sollen, mit der Auflage, hier die üblichen Beträge einzusetzen. Denn es ist klar: Wenn die Todesfallkosten derart tief gesetzt werden, dann erscheint der medizinische Aufwand im Verhältnis zum Ertrag entsprechend viel zu hoch.

Eine ethische Beurteilung, die auf der Basis eines überhöht schlecht dargestellten Kosten-Nutzen-Verhältnisses beruht, kann ethisch nicht korrekt sein. Man hätte auch beschliessen können, eine zweite Hochrechnung erstellen zu lassen, bei einem anderen Institut, vielleicht bei einem ausserhalb der Schweiz, damit die Neutralität der Zweitmeinung gewährleistet ist. Dabei wären auch die

weiteren Fehler der Berechnung erkannt worden, wie sie die Vascular Risk Foundation Varifo in einem Newsletter anschaulich aufbereitet hat. Wer selber nachrechnen will, dem empfehlen wir gerne unser experimentelles Tool, das wir zu diesem Zweck entwickelt und der Öffentlichkeit in einem Artikel auf medinside.ch vom 8. März 2017 vorgestellt und zugänglich gemacht haben.

Weshalb dies nicht geschehen ist, wissen wir nicht. Die Folgen dieses Versagens der Ethik als Regulativ indes sind gravierend. Wer Medikamente verschreibt, die derart unnützlich sind, der handelt ethisch problematisch. Er bringt sich aber auch in Schwierigkeiten mit geltendem Recht, denn er gefährdet damit möglicherweise die Gesundheit seiner Patientinnen und Patienten, ohne dass diesen möglichen Gefahren möglicher Nebenwirkungen auf der Seite des zu erwartenden medizinischen Nutzens ein Vorteil steht, der ihnen gegenüber überproportional gross wäre. Die Kalkulation wurde nun also weitergereicht zum Recht, und die Juristin des Gremiums, Prof. Brigitte Tag, kommt zum Schluss: «Unabhängig von der (faktischen) Kostenübernahme auch bei einer an sich nicht kassenpflichtigen primärpräventiven Verschreibung müssen Behandelnde sich bewusst sein, dass sie bei einer primärpräventiven Verschreibung eine erhöhte Sorgfalt bei der Aufklärung zu beachten haben. Andernfalls übernehmen sie ein erhöhtes Risiko, beim Eintritt von unerwünschten Nebenwirkungen für die Folgen haftbar gemacht zu werden.»

Somit stehen im Ergebnis nun Ärztinnen und Ärzte, die ihre Patientinnen und Patienten vor Herzinfarkten und Hirnschlägen schützen, als potenziell Kriminelle da. Und damit haben wir nun den Sachverhalt einer verdeckten impliziten Normativität der Gesundheitsökonomie, die von einer deskriptiven Ethik durchgewunken und ins Recht weitergereicht wurde, welches seinerseits daraus Schlüsse gezogen hat, die für die behandelnde Medizin strafrelevante Konsequenzen nach sich ziehen können. Die Alternative, die sie hat, ist die Behandlungsverweigerung. Mit ebenfalls möglichen strafrelevanten Konsequenzen infolge einer Verletzung des Versorgungsauftrags. Man bürdet den Ärztinnen und Ärzten hier also ein Dilemma auf, das in keiner Weise mit den medizinisch-klinischen Sachverhalten zu tun hat, sondern einzig und allein im Nichtfunktionieren der Regulative der Gesundheitssysteme begründet ist.

Die Hochrechnung von Prof. Felder ist auch insofern beispielhaft, als in dieser, wie in vielen gesundheitsökonomischen Kalkulationen in Kosten-Effektivitäts-Analysen, von den gesellschaftlichen Erwartungen und den daraus resultierenden möglichen Nutzen, wie wir sie im ersten Kapitel formuliert haben, nur die von Heilung und Pflege betrachtet werden. Den Nutzen der Prävention erfasst der Autor mangelhaft, die gesamtgesellschaftlichen Nutzen der Verhinderung von Krankheit und Tod gar nicht. Dies zeigt deutlich die Problematik der Reduktion von praktischer Vernunft auf rein ökonomische Rationalität, wie wir sie im Kapitel «Hat die Ökonomie eine Ethik» dargelegt haben. Und es zeigt auch, wie wenig sich die Schlüsse, auf welche dieses Denken kommt, mit für

jedermann erfahrbarer und einsehbarer Evidenz decken. Wer erleben musste, wie ein Herzinfarkt oder ein Hirnschlag eines Mitglieds der Familie nur schon in diese hineinwirkt und welche Folgen dies für die gesamte Familie haben kann, der sieht, wie vieles in einer solchen einseitigen Betrachtung gar nicht erst auf dem Radar erscheint.

Schauen wir uns als nächstes die journalistischen Produkte an, die sich mit dem SMB-Statinerbericht beschäftigt haben, und betrachten wir sie im Sinne des im Kapitel «Produkte und Produkthaftung» Dargelegten auch als Medizinprodukte, als Produkte also, die medizinische Entscheidungen beeinflussen. Bei «Puls» ist die Klassifizierung als Medizinprodukt auch insofern schlüssig, als für dieses Sendefäss in der Zeit, in welche die fraglichen Sendungen fallen, ein Mediziner verantwortlich zeichnete. Gerald Tippelmann hat in Bonn Medizin studiert und in Berlin eine Facharztausbildung begonnen. Auch wenn er seinen Facharzt dann wohl nicht abgeschlossen hat, mit seinem auf Kritik des VEMS jeweils vorgebrachten Argument, man habe die Dinge eben auch einmal von einer anderen Seite anschauen wollen, kann sich Herr Tippelmann nicht aus der Verantwortung stehlen. Es gibt für Sendungen über medizinisch-klinische Sachverhalte nur eine Sichtweise: die medizinisch-klinische. Und diese Sichtweise kannte Herr Tippelmann.

Bezüglich der bereits erwähnten SRF-Sendung «Puls» vom 08.05.2017 mit Prof. Rodondi hat der VEMS bei der Ombudsstelle des SRF eine Beschwerde eingereicht und gemäss Bundesgesetzes über Radio und Fernsehen (RTVG), Art. 4&5, eine Verletzung des Sachgerechtigkeitsgebots, eine Verletzung des Transparenzgebots und eine Verletzung des Gebots zum Schutzes der öffentlichen Sicherheit gemeldet. Die Sendung behauptet, der porträtierte Patient sei «eigentlich kerngesund». Richtig ist aber, dass dieser seine Gesundheit durch seinen 45-jährigen Nikotinkonsum bereits schwer geschädigt hat und auch seine Nikotinsucht eine Krankheit darstellt (ICD-Code F17.2). Die Sendung behauptet weiter, 14,3% Risiko wiesen ihn als Patienten mit einem mittleren Risiko aus. Im Folgenden wird dann aber das Risiko für Herzinfarkt (CHD) mehrfach mit dem Risiko für Herzinfarkt, Hirnschlag und andere relevante kardiovaskuläre Ereignisse (CVD) vermischt. Dadurch entsteht der Eindruck, das CVD des porträtierten Patienten sei 14,3%. Richtig ist, dass es 2- bis 5.5-fach höher ist als das CHD. Die Darstellung in der Sendung ist also eine Irreführung des Publikums, welche zu einer Fehleinschätzung des effektiven Risikos führen kann. Hier stellen sich neben Fragen der Verletzung der journalistischen Sorgfaltspflicht auch rechtliche Fragen der Haftung für gesundheitliche Schäden dieser Sendung als Medizinprodukt. Da die Sendung auch den porträtierten Patienten eine falsche Behandlungsempfehlung gegeben hat, stellt sich überdies die Frage einer Verletzung des medizinischen Versorgungsauftrags.

Nach diesem Muster hat «Puls» etliche Sendungen produziert, und wir vom VEMS haben einige davon kritisiert und uns über sie mit der Redaktion ausgetauscht. Was uns dabei irritiert hat, ist dreierlei. Zum einen ist dies, dass wir bei «Puls» auf Granit gestossen sind. Die monierten Mängel wurden zumeist zwar anerkannt, doch selten auf der Website von SRF-Puls richtiggestellt, und nie wurden die Sachverhalte, wie sie medizinisch-klinisch Fakt sind, in einer nachfolgenden Sendung in einer Gegendarstellung richtiggestellt. Zum anderen hat uns auch irritiert, dass «Puls» und offenbar auch die regulativen Gremien bei SRF die ethische Problematik nicht zu sehen scheinen: Die Etablierung einer Kultur der Angst vor Ärztinnen und Ärzten, die angeblich nur aufs Geld aus seien und sich um das Patientenwohl nicht scherten, kann nicht Aufgabe von SRF sein (unserer Medien im Allgemeinen), und ein solcher Impetus ist auch unfair und ehrverletzend. Schliesslich hat uns irritiert, dass wir mit unserer Kritik zumeist allein dastanden. Einzelne Medizinerinnen und Mediziner haben interveniert, manchmal auch Fachgesellschaften und Patientenschutzorganisationen. Ein anderes Ethikinstitut hat das unseres Wissens aber nie getan.

Es drängt sich der Eindruck auf: Offenbar irritiert es die Ethik nicht, wenn Patientinnen und Patienten falsch informiert werden, sich auf dieser Basis gegen nötige Behandlungen entscheiden und in der Folge vermeidbare Krankheiten erleiden und verfrüht versterben. Das kann ja wohl nicht sein, was die Ethik unter Verteilergerechtigkeit versteht. Könnte es sein, dass in ihr Denken das Paradigma der verdeckt impliziten Normativität einer Ökonomie hineinwirkt, deren Mantra das der angeblich beschränkten Mittel ist? Falls dem so ist: Hat die Ethik vielleicht etwas den Glauben daran verloren, die reiche Schweiz sollte doch in der Lage sein, das Problem der Unterfinanzierung unserer Altersvorsorge anders zu lösen, als so, dass wir den Bedarf auf diese menschenverachtende Weise reduzieren? Besonders stossend ist, dass hier einmal mehr jene benachteiligt werden, die wirtschaftlich, sozial und gesundheitlich am schwächsten sind.

Wir haben diesen Eindruck auch bei einigen SRF-Sendungen zum Thema Sterbehilfe. Es ist fraglos verdankenswert, wenn sich die Ethik dafür einsetzt, dass wer sein Leben auf diesem Weg beenden will, dies auch tun können sollte und es eine Anmassung wäre, ihn dabei moralisch zu belasten (siehe die VEMS-Papiere «Positionspapier zu den Entscheidungen am Lebensende und zur Suizidhilfe» und «Wollt ihr ewig leben? Thesenpapier für einen neuen Optimismus in der Medizin»). Die ethische Frage, die sich hier aber stellt: Können die Sterbehilfeorganisationen garantieren, dass die Suizidenten eine realistische, auf der Basis klinisch-medizinischer Fakten basierende Einschätzung haben, wie hoch überhaupt die Wahrscheinlichkeit ist, dass sie in die medizinische Situation geraten, die sie mit dem Suizid verhindern wollen? Hierzu hat der VEMS ein experimentelles Tool entwickelt, das wir allen zur Verfügung stellen, die Beratungsgespräche mit Suizidenten führen oder in diese involviert sind, nicht zuletzt auch der Ethik. Denn stellt sie diese Frage nicht, so nimmt sie

ihre regulative Aufgabe nicht wahr und handelt sich auch hier ein Glaubwürdigkeitsproblem ein, indem sie unter Umständen einem bequemen solutionistischen Denken zudient, das die Tendenz hat, Problem und Lösung zu vertauschen.

Wir wollen nun als Beispiel in der Gruppe der Medizinprodukte der gesundheitsökonomischen Studien eine Arbeit anschauen, in welcher sich die ethischen Implikationen, die hier vorliegen, gut aufzeigen und grundsätzliche Probleme illustrieren lassen. Die Ausgangslage: Dass Versicherte in Managed-Care-Modellen einerseits Kosten sparen, zugleich aber auch vom Vorteil einer mindestens so guten, wenn nicht besseren Behandlungsqualität profitieren würden, ist das Verkaufsargument für diese Modelle. Es sind auch immer mehr Versicherte in solchen Modellen versichert. Daraus abzuleiten, sie würden sich einer immer grösseren Beliebtheit erfreuen, ist allerdings ein Trugschluss. Vielmehr ist es so, dass sich immer mehr Versicherte ein anderes Versicherungsmodell schlicht nicht mehr leisten können.

Ihrem Quasi-Obligatorium hat die Bevölkerung in der Abstimmung zur Managed-Care-Vorlage im Juni 2012 allerdings mit 76% Nein-Stimmen eine klare Abfuhr erteilt. Der VEMS hat sich damals im Abstimmungskampf eingebracht und wichtige Grundlagen einer Argumentation kontra Managed-Care-Vorlage beigesteuert. Es war der Bevölkerung nicht bekannt, dass Netzwerke mit Budgetverantwortung diese in geheimen Verträgen zwischen Versicherer und Netzwerk regeln. Diese Verträge gestalten sich so aus, dass darin ein Budget definiert wird, bei dessen Überschreitung das Netzwerk zu einer Malus-Zahlung in der Höhe von 50% der Überschreitung verpflichtet ist und bei dessen Unterschreitung es in den Vorteil einer Bonuszahlung in der Höhe von 50% der eingesparten Krankenkosten gelangt. Hier stellen sich rechtliche Fragen. Einerseits die, ob die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in dieser Zwangsjacke ihren gesetzlichen verankerten Versorgungsauftrag in jedem Fall erfüllen können. Andererseits stellt sich auch die Frage, ob es rechtlich zulässig ist, über die Köpfe der Versicherten und ohne diese darüber zu informieren, Verträge abzuschliessen, die Konsequenzen für ihre Behandlungsqualität haben könnten. Wir haben hierzu bei Prof. Dr. Ueli Kieser ein Rechtsgutachten eingeholt, und es bestätigt unsere Bedenken. Also haben wir am 12.04.2012 bei BAG und EDI eine entsprechende Aufsichtsbeschwerde eingereicht.

Andererseits haben wir uns aber auch Klarheit darüber verschaffen wollen, ob die Incentivierung der Ärztinnen und Ärzte, wie sie diese Modelle setzen, sich in ökonomischer Hinsicht überhaupt rechnet, ob die Kosteneinsparungen, die hier zu realisieren sind, sich also tatsächlich aus einer Verbesserung der Effizienz, einer Vermeidung von Doppelspurigkeit etc. ergeben oder nicht vielmehr in der Hauptsache so, dass nötige Behandlungen verweigert werden. Hierzu haben wir bei Prof. Dr. Mathias Binswanger ein gesundheitsökonomisches Gutachten eingeholt. Auch er bestätigt unsere

Vorbehalte. Es stellt sich also die Frage, ob solche Netzwerke wirklich einen kostensparenden Effekt auf die OKP-Kosten insgesamt haben, oder ob nicht vielmehr Einsparungen im Netz zu Mehrausgaben ausserhalb des Netzes führen, so etwa, wenn unterversorgte Versicherte das Modell wechseln und dort die im Netz verweigerten Behandlungen nachholen, verzögert, deshalb teurer. Dies ist jedenfalls nicht auszuschliessen, denn festzustellen ist, dass netzwerkdicke Kantone im Schnitt höhere OKP-Kosten haben.

Verständlicherweise haben die Versicherungen, die diese Modelle anbieten, nun aber ein Interesse daran, zu «beweisen», dass dem nicht so sei. Wir sind also gut beraten, der diesbezüglichen versicherungseigenen Versorgungsforschung mit einer gesunden intellektuellen Skepsis zu begegnen. Vor diesem Hintergrund hat der VEMS die CSS-Studie «Long-term Effects of Managed Care» von Lukas Kauer angeschaut. Sie nimmt für sich in Anspruch, dass ihr dies gelungen sei. Hierzu untersucht sie die Kosten bei Verlassen des Modells, stellt fest, dass diese tief sind, und schliesst daraus, diese Patienten hätten dann wohl in ein noch günstigeres Modell gewechselt. Die Studie setzt also die Conclusio als Prämisse, um dann auf den gewünschten Schluss zu kommen, ein Vorgehen, das man schwerlich redliche Wissenschaftsarbeit nennen kann. Dabei ist es nur schon unredlich, zu behaupten, dieser Sachverhalt sei mit den versicherungseigenen Daten überhaupt zu untersuchen. Es müssten hierzu ja die Krankenkosten der Versicherten nach Verlassen des Modells und dem Wechsel zu einem anderen Versicherer mit denen während ihrer Zeit im Modell und bei der CSS verglichen werden. Solche Versicherer übergreifende Datengrundlagen existieren aber gar nicht.

Wenn die Versicherer dem entgegenhalten, sie hätten ja doch gar kein Interesse, quasi sich selbst über diesen Sachverhalt zu belügen, denn letztlich wollten sie ja Geld verdienen mit diesen Modellen, dann ist das ein Scheinargument: Sie verdienen hier ja gerade deshalb, weil sie die effektiven Einsparungen verzerrt darstellen. Würden ihre Studien zeigen, dass sie in diesen Modellen Kosten sparen, die dann als Mehrkosten in die gesamten OKP-Kosten einfliessen, so stünden nach dem Verursacherprinzip Regressforderungen im Raum. So aber gelingt es ihnen, auf Kosten der Allgemeinheit Gewinne zu erwirtschaften. Und das kann, sollte man meinen, eine Ethik, die sich um die Verteilergerechtigkeit in unserem Gesundheitswesen sorgt, doch einfach nicht durchgehen lassen.

Die Ethik müsste sich allein schon deshalb zu Wort melden, weil wir hier eine grobe Verletzung der GEP-Richtlinien der Good Epidemiological Practices vorliegen haben. Das Vorgehen des Studienautors zieht aber auch Implikationen nach sich, die über die Frage redlicher Wissenschaftsarbeit hinausgehen. Wenn Versicherte mit Falschinformationen getäuscht werden, dann stellen sich rechtliche Fragen. Ein solches Vorgehen ist aber auch ethisch problematisch, insbesondere im Zusammenhang mit der Problematik geheimvertraglich geregelter Bonus-Malus-Anreize, wo sich ja auch sowohl rechtliche als auch ethische Fragen stellen. Vor allem aber verpassen es die Anbieter

solcher Modelle mit dieser grobfahrlässigen Art, Versorgungsforschung zu betreiben, sich dahingehend weiterzuentwickeln, dass sie ihr Versprechen einer Win-Win-Situation sowohl bezüglich der Kosten als auch bezüglich der Behandlungsqualität vielleicht auch zu erfüllen vermöchten.

Eine Forschung, die an der Untersuchung der tatsächlichen Sachverhalte interessiert wäre, könnte eruieren, für welche Patientinnen und Patienten sich diese Modelle rechnen, ohne dass dies um den Preis von Behandlungsverweigerungen geschieht. Mit Netzwerken für Diabetiker, für Krebskranke, für kardiovaskuläre Patientinnen und Patienten und so weiter könnte dies vielleicht gelingen. Und dann hätten wir den Glücksfall eines Gewinns in ökonomischer und in ethischer Hinsicht zugleich. So aber erzeugen diese Netzwerke viele Verlierer, und der grösste Verlierer dabei sind die Patientinnen und Patienten, vor allem jene mit chronischen Krankheiten, Polymorbide, Behinderte und Alte, also die schwächsten Mitglieder unserer Gesellschaft. Und dies ist leider auch der Untätigkeit der Ethik anzulasten.

Abschliessend wollen wir das Verhalten der Ethik im Zusammenhang mit dem wirkmächtigsten Steuerungsinstrument einer Gesundheitsökonomie mit verdeckt impliziter Normativität und einem Imperativ des Sparens, egal, was es kostet, untersuchen: den Wirtschaftlichkeitsverfahren der Versicherer für frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte.

Grundsätzlich: Wollen wir eine Behandlungskultur formen, so müssen wir Anreize setzen, die ein Handeln und Behandeln im gewünschten Sinn fördern und gegenteiliges Handeln und Behandeln sanktionieren, und dies möglichst dort, wo wir die grösste Hebelwirkung haben. Ein wichtiger Pfeiler unseres Gesundheitswesens ist die ambulante Versorgung durch frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte. Hier kommt die Bevölkerung am häufigsten in Kontakt mit der Medizin, und diese Kontakte beeinflussen auch ihr eigenes gesundheitsrelevantes Verhalten am stärksten. Das Behandlungs- und Beratungsverhalten, das dort praktiziert wird, ist geprägt von den Empfehlungen der Fachgesellschaften sowie von der Aus- und Weiterbildung. Einen grossen Einfluss darauf haben aber auch die Wirtschaftlichkeitsverfahren der Versicherer – vielleicht den grössten, denn diese Verfahren können Bussen zur Folge haben. Je präziser die Methode dieser Verfahren jene Praxen identifiziert, die systematisch unwirksam, unzweckmässig und unwirtschaftlich behandeln, desto besser ist mit ihr eine Behandlungskultur zu gestalten, die von medizinischer Professionalität und ärztlicher Redlichkeit geprägt ist.

Es steht bei der kritischen Beurteilung dieses Verfahrens also weit mehr auf dem Spiel als ein paar Ärztinnen und Ärzte, die vielleicht verstimmt sind, weil sie gebüsst wurden, obwohl sie sich vielleicht wirklich nichts zu Schulden haben kommen lassen, vielleicht aber schon – wer weiss es? Wir formulieren dies hier so salopp, weil wir vom VEMS den Eindruck haben, es sei wohl diese

Haltung, die unsere Ethik Institute in dieser Angelegenheit so hartnäckig schweigen lässt. Wir haben die Probleme, die sich hier stellen, in unserem Positionspapier «Beurteilungsqualität und Behandlungskultur – Aufarbeitung der Wirtschaftlichkeitsverfahren» vertieft dargelegt, anschaulich erklärt und mit Modellrechnungen die Fehler nachgewiesen. Wie sich die mathematisch-statistischen Probleme im Detail nachweisen lassen, ist in unserem Artikel «Plausibilisierung des ANOVA-Indexes in der medizinischen Grundversorgung» nachzulesen. Es ist auch nicht so schwierig, diese Sachverhalte soweit zu verstehen, dass sich die ethische Problematik der Verfahren der Versicherer zeigt: Wenn ein Verfahren die Behandlung von Alten, Mehrfachkranken und Behinderten systematisch sanktioniert, so bewirkt es im Ergebnis eine ebensolche Diskriminierung und Stigmatisierung dieser Menschen. Eine Ethik, die dazu schweigt, versagt.

Die Beispiele, die wir hier aufbereitet haben, sind sicherlich selektiv, und es ist uns bewusst, dass wir damit Gefahr laufen, ein einseitiges Bild der Medizinethik zu zeichnen. Wir haben aber im Kapitel «Was Medizin und Gesellschaft von der Ethik erwarten» auch hervorgehoben, wo die Medizinethik einwandfrei funktioniert: Auf der Mikroebene der Einzelfälle der tagtäglichen Arbeit am Krankenbett. Ethikkommissionen helfen den behandelnden Medizinerinnen und Medizinern, Positionen abzuwägen, um gemeinsam zu den richtigen Behandlungsentscheidungen zu gelangen, und hier leistet die Ethik in der Regel sehr gute Arbeit. Es ist zu bedauern, dass ihr dies immer weniger gelingt, je mehr sich die Ökonomie in die Diskurse einschaltet. Vielmehr: sobald die Ökonomie die Diskurse übernimmt und der Medizin die Hoheit über ihre Indikations- und Behandlungsentscheide aus der Hand nimmt. Um Gesundheitskosten zu sparen, die dann doch weiter ansteigen.

Man spürt hier eine gewisse Voreingenommenheit, die problematisch ist: die Idee, die Medizin habe eine Tendenz zur Überbehandlung und in der Folge zur Ressourcenverschwendung, ergo bedürfe sie der strengen Überwachung durch die Gesundheitsökonomie. In diesem Zusammenhang ist immer wieder die Zahl herumgereicht worden, rund ein Drittel medizinischer Behandlungen sei unnötig. Dabei bezieht man sich in der Regel auf angebliche entsprechende Zahlen des Bundesamtes für Gesundheit. Also hat der VEMS beim BAG nachgefragt, ob solche Zahlen existierten und ob uns die Studien, die zu diesen Schlüssen kämen, zugänglich zu machen seien. Das BAG schreibt uns: «Im Bericht der Expertengruppe «Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» vom 24. August 2017 wird gesagt, dass verschiedene Studien und Expertenschätzungen für die Schweiz vorliegen, «...die zum Schluss kommen, dass – würden die Effizienzreserven ausgeschöpft – die Leistungen zu Lasten der OKP durchschnittlich um rund 20 Prozent günstiger erbracht werden könnten» (Seite 19).» Das BAG stellt klar: «In diesen Berichten wird von

Effizienzreserven gesprochen, was die gesamten Ineffizienzen und nicht nur unnötige Behandlungen umfasst.»

Die Unterscheidung der Ineffizienz in Overuse und Overhead wurde durch Shrank im Journal of the American Medical Association untersucht. Demnach werden rund 30% der Kosten als ineffizient betrachtet, wovon 35% durch unnötige Overheadkosten verursacht werden, hingegen für Abuse 8% und für Overuse 10% berechnet werden. Das Hauptproblem sind also die überbordenden Overheadkosten, nicht unnötige Behandlungen, wenngleich auch dieses Problem besteht und selbstverständlich zu bekämpfen ist. Werden die Prioritäten hier aber richtig gesetzt, oder droht nicht vielmehr eine Fokussierung auf eine angebliche Verbesserung der Effizienz der Medizin das genaue Gegenteil zu bewirken? Eine Arbeit aus den USA macht zwischen 1970 und 2009 ein Wachstum der Verwaltungskosten im dortigen Gesundheitswesen von gegen 3'000% aus, während die Ausgaben für Heilung und Pflege in dieser Zeit keine 100% gestiegen sind. Für die Schweiz sind uns keine entsprechenden Zahlen bekannt, doch ist nicht anzunehmen, dass diese bei uns komplett anders aussehen. Und das sollte uns doch zu bedenken geben, ob immer mehr gesundheitsökonomischer Overhead die Medizin tatsächlich effizienter macht, oder ob es nicht vielmehr diese Gesundheitsökonomie ist, die ein Effizienzproblem hat.

Dies ist insofern auch eine ethische Frage, als es eine Frage der Fairness ist, ob wir den effektiven Ursachen der Probleme nachgehen wollen oder nur einfach einen Sündenbock an den gesellschaftlichen Pranger stellen. In diese Kerbe schlägt inzwischen auch das BAG und nimmt einen Richtungswechsel gegenüber obiger Stellungnahme ein. Hierzu hat es bei der INFRAS die Studie «Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen» in Auftrag gegeben, welche für sich beansprucht, den Generalverdacht zu bestätigen. Die grössten Effizienzpotenziale sehen die Autorinnen und Autoren bei der ambulanten Radiologie (18.1% bis 48.2%), der stationären Psychiatrie (25.5% bis 26.1%), der spitalambulanten Akutsomatik (20.7% bis 22.6%) und bei den ambulant durchgeführten Laboranalysen (18.1% bis 22.2%). Also bei den üblichen Sündenböcken. Auch sind die Ursachen, welche die Autorinnen und Autoren dafür identifizieren, wenig überraschend: die angebots- und nachfrageseitige Mengenausweitung, Ineffizienzen bei den Leistungserbringern und zu hohe Preise von Gesundheitsleistungen und -produkten. Also die populäre Narration: Schuld sind die Medizinerinnen und Mediziner, sie behandeln unnötig, arbeiten ineffizient und verdienen zu viel.

Der VEMS hat die Studie kritisch geprüft und stellt seine Beurteilung unter diesem Link zur Verfügung. Die Studie untersucht das Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Es ist deshalb falsch, wenn Ineffizienzen bei den Leistungserbringern als Mangel identifiziert werden, denn sie sind nicht prämienrelevant. Eine Medizinerin, ein Mediziner bekommt ja nicht einen höheren Tarmed-Tarif, weil sie oder er länger an einer Behandlung hat, und die Fallpauschale steigt deshalb

auch nicht. Der administrative Aufwand hingegen ist mit dem Fallpauschalensystem gestiegen, denn die Krankenkassen haben damit einen Teil ihrer Administration der Medizin aufgebürdet. Gut möglich also auch, dass die von der Studie ausgemachten Ineffizienzen der Medizin in Wahrheit jener Overhead sind, den die Studie nicht untersuchen zu können meint.

Der gravierendste Mangel der Studie aber ist es, dass sie gerade jenen Bereich nicht untersucht, in welchem die Medizin das grösste Spar-, Effizienz- und Effektivitätspotenzial hat: die Prävention. Dazu heisst es in der Legende der Tabelle auf Seite 23 der Studie, es seien hier keine Schätzstrategien entwickelt worden, «da kein relevantes Effizienzpotenzial». Richtig ist, dass hier ein enormes Potenzial vorliegt. In der Präventionsmedizin wurde aber in praktisch allen Bereichen der Medizin in den letzten Jahren rationiert, weil dies angeblich unnötige Behandlungen seien. Die Folge sind Krebserkrankungen, Herzinfarkte, Hirnschläge und so weiter – Krankheiten, die man hätte verhindern können. Nicht präventivmedizinisch zu behandeln, ist den Patientinnen und Patienten gegenüber ungerecht, die diese Krankheiten erleiden mussten und zum Teil an ihnen verstorben sind. Es ist aber auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht ungerecht, denn damit wurden vermeidbare Kosten generiert, welche letztlich die Versicherten und Steuerzahler zu berappen hatten. Ethische Fragestellungen der Verteilgerechtigkeit lassen sich nicht in für alle möglichst gerechter Weise beantworten, wenn die Ethik die Zahlen der Gesundheitsökonomie als letzte Wahrheiten nimmt. Vielmehr läuft sie so Gefahr, sich in deren zuweilen populistische Erzählungen zu schicken, welche mitunter von der Gesinnung einer Voreingenommenheit sein können und nicht immer von der einer sachlichen Wissenschaftlichkeit geprägt sind.

Schlussfolgerung

Die Medizinethik sieht sich heute mit einer gesundheitsökonomischen Maschinerie konfrontiert, der sie immer weniger gewachsen zu sein scheint. Sie muss deren Kalkulationen, Beurteilungen und Instrumente aber mathematisch-statistisch verstehen, um zu verhindern, dass die Ökonomie qua ihrer technischen Möglichkeiten eine verdeckte implizite Normativität entwickelt. Ironischerweise gelingt dies der Ethik gerade deshalb nicht, weil sie richtigerweise die Problematik normativer Ansätze erkannt hat und bei ihren Erwägungen die Haltung einer deskriptiven Ethik einnimmt. Auf der anderen Seite entbehrt es ebenfalls nicht einer gewissen Ironie, dass ausgerechnet eine Ökonomie, die im Zuge ihrer Herauslösung aus der aristotelischen Trias und der damit einhergehenden Reduktion von praktischer Vernunft auf ökonomische Rationalität, heute im Ergebnis systematisch irrational denkt, handelt und wirkt. Dass sich dies im Gesundheitswesen besonders deutlich zeigt, entbehrt drittens nicht einer gewissen Ironie, ist doch die Medizin jenes Gebiet menschlichen Denkens und Handels, dessen auf Aristoteles fussender tugendethischer Impetus mit dem Hippokratischen Eid und den auf seiner Basis entwickelten modernen ethischen Konzepten verglichen mit allen anderen Gesellschaftsbereichen die nachhaltigste Wirkkraft über die Antike zur Moderne bis hinein in unsere Epoche beibehalten hat.

Dies zeigt, wie widersprüchlich, ja mitunter wie absurd die Zeit ist, in der wir leben. Von der Ethik kann nicht erwartet werden, dass sie diese Widersprüche im Alleingang aus der Welt schafft. Was wir von ihr hier aber erwarten, ist dass sie eine Utopie hat, eine Vision. Dies nicht im Sinne eines verklärten Schwelgens in Zeiten des Deutschen Idealismus', sondern vielmehr im Sinne einer phänomenologischen Herangehensweise an die Sachverhalte, so, wie sie effektiv sind, nicht so, wie sie aus der Sicht einer sich über Gebühren und über ihre Möglichkeiten gebärdenden Ökonomie sein sollen, damit sie in deren Schemata und Weltbilder passen. Die Ökonomie hat mit ihrer nachgerade anmassenden verdeckten impliziten Normativität inzwischen eine Wirkmächtigkeit erlangt, die weit über sie hinausgeht und geeignet ist, unseren Gesellschaftsfrieden nachhaltig zu beschädigen und unser gesellschaftliches Klima zu vergiften. Und dies zeigt sich nirgends so deutlich wie im ökonomischen Hineinwirken in die klinisch-medizinische Realität und Behandlungspraxis.

Wenn es, überspitzt formuliert, um ein Menschenleben zu vernichten, heute nicht mehr einer Pistolenkugel bedarf, sondern lediglich eines Taschenrechners, dann muss die Ethik, will sie ihren gesellschaftlichen Auftrag wahrnehmen, rechnen lernen. Wir fordern hier also zweierlei: Zum einen ist unseren ethischen Institutionen und Körperschaften die finanzielle Sicherheit und Unabhängigkeit zu verleihen, die es ihnen überhaupt erst ermöglicht, fundamental kritisch gegen die ökonomischen Kräfte anzutreten, die hier wirken. Zu denken ist nicht nur an die Pharmazeutische Industrie, sondern

auch, was viel zu oft vergessen geht, an die Versicherungsindustrie, deren Interessen und Präferenzen nie mit denen der Versicherten kongruent sein können, der Patientinnen und Patienten, die unserer Fürsorge bedürfen. Das ist aus gerechtigkeithethischer Perspektive problematisch und bereits aus rein ökonomischer Sicht inakzeptabel: Die Versicherten erhalten für ihre Beiträge nicht immer die versprochene Gegenleistung des Schutzes im Bedarfsfall, sondern nur, wenn es sich für die Versicherung als Renditemaschine lohnt.

Zum anderen fordern wir, dass gesundheitsökonomisches und mathematisch-statistisches Basiswissen Teil der Ausbildung unserer Ethikerinnen und Ethiker sein sollte. Wenn in diesen Ausbildungen und Lehrgängen medizinethische Fragen der Verteilgerechtigkeit behandelt und vermittelt werden, dann kann das im Sinne einer gesamtheitlichen Bildung nicht fruchten, wird dabei nicht auch die Fähigkeit verliehen, ökonomische Kosten-Nutzen-Analysen daraufhin zu überprüfen und zu dekonstruieren, ob sie selber den Ansprüchen bezüglich Effektivität genügen, die sie an die behandelnde klinische Medizin stellen.

Der VEMS möchte seinen Beitrag dazu leisten. Zu diesem Zweck haben wir als eine Art Online-Tutorial unter dem Projektnamen «Mathemethik» Websites entwickelt, die aufzeigen, wo die häufigsten Fehler gesundheitsökonomischer Hochrechnungen begangen werden und wie sie zu erkennen sind. Sie finden auf diesen Websites Checklisten zu den drei Bereichen gesundheitsökonomischer Beurteilungen:

- Beurteilungen von Behandlungen
- Beurteilungen von Behandelnden
- Beurteilungen des Behandlungsbedarfs

Die Raster, die wir auf «Mathemethik» zur Verfügung stellen, sind das Substrat unserer fünfzehnjährigen Arbeit der systematischen Dekonstruktion gesundheitsökonomischer Rechenfehler und Fehleinschätzungen. Wir freuen uns über eine rege Nutzung der Websites und natürlich auch über kritische Anregungen.

Bezüglich des in diesem Papier mehrfach erwähnten Statin-Berichts des SMB hat der VEMS in Zusammenarbeit mit der Vascular Risk Foundation Varifo jüngst eine wissenschaftliche Arbeit erstellt, welche alle Fragen um Kosteneffektivität der Statine und der damit assoziierten Gesundheitsökonomischen Modelle bearbeitet. Exponenten der Gesundheitsökonomie haben versucht, den Artikel als qualitativ ungenügend zu diskreditieren. Im Reviewprozess haben wir aber alle Fragen der Reviewer klären können, sodass der Artikel nun publiziert werden kann. Es lohnt sich, den von uns veröffentlichten Reviewprozess zu lesen (Erster Review, Zweiter Review). Die Texte zeigen

einerseits, mit welchen Scheinargumenten Gesundheitsökonominnen und GesundheitsökonomInnen ihre Fehler mitunter vertuschen. Andererseits zeigt sich darin, dass wir uns durchgesetzt haben, aber auch: Es beginnt sich ein Bewusstsein dafür zu etablieren, dass nicht mehr so gerechnet werden sollte. Vor allem sollte nicht mehr mit dieser Haltung an die Sachverhalte herangegangen werden: Als wir die Fehler des SMB-Berichts im März 2017 auf medinside.ch publik gemacht haben und auch ein Excel-Tool zur Verfügung gestellt, mit welchem diese Fehler nachgerechnet werden konnten, wurden wir von den Verantwortlichen Peter Suter und Thomas Heiniger in ihrer Replik als Faktenverdrehler dargestellt und persönlich diffamiert.

Die Begriffe «Rechnen» und «Mathematik» werden manchmal fälschlich als Synonyme verwendet. Rechnen ist aber eine Tätigkeit, Mathematik eine Hilfswissenschaft. Sie erarbeitet Modelle und stellt diese zur Verfügung. Indem man ein Modell wählt, um eine bestimmte Fragestellung anzugehen, nimmt man auch eine bestimmte Haltung dazu ein. Mathematik ist also nie neutral. Ob richtig gerechnet wird oder getrickst, das lässt sich hingegen mit einer gewissen Objektivität beurteilen. Hierzu gilt es, vor allem die Nutzenseite der Kalkulation daraufhin zu überprüfen, welche Annahmen sie für zu erwartende Erfolge oder Misserfolge trifft und wie diese Annahmen methodisch begründet werden. Fatal ist es, wenn zwischenzeitlich die Betrachtungsebene verändert wird, oder wenn die unterschiedlichen Ebenen überhaupt nicht vergleichbar sind.

Wenn falsch gerechnet wird, dann wird auch falsch gefolgert, und wenn falsch gefolgert wird, dann wird es nicht nur ethisch problematisch, sondern auch volkswirtschaftlich teuer. Das Worst-Case-Szenario eines sowohl ethischen als auch volkswirtschaftlichen und sozialen Verlustgeschäfts kann sich auch die reiche Schweiz über kurz oder lang nicht leisten. Wir hoffen, dass es uns mit dieser Betrachtung gelungen ist, das Bewusstsein unserer Ethik Institute dahingehend zu sensibilisieren und zu schärfen.