



Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin

Heiner Raspe

Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin

9. Plattform Gesundheit des IKK e.V.

Berlin - 16.10.2013



Die sozialrechtliche Normsituation (§ 70 SGB V)

- (1) Die Krankenkassen [„Solidargemeinschaft“] und die Leistungserbringer haben eine **bedarfsgerechte** und **gleichmäßige**, **dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung** der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss **ausreichend** und **zweckmäßig** sein, darf **das Maß des Notwendigen nicht überschreiten** und muss in der **fachlich gebotenen Qualität** sowie **wirtschaftlich** erbracht werden.
- (2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine **humane Krankenbehandlung** ihrer Versicherten hinzuwirken.

Also keine optimale - aber eine fachlich kompetente & evidenzbasierte, qualitätvolle, bedarfsgerechte und zweckmäßige, gleichmäßige, wirtschaftliche - solidarische und humane - Krankenbehandlung!



Zurück in die 1970/80er Jahre ...

Dimensionen von “Dehumanisierung”, “(In)Humanität im Krankenhaus” (Howard 1975)

- Menschen als Sachen
- Menschen als Maschinen
- Menschen als Versuchstiere
- Menschen als Probleme
- Menschen als niedriger Stehende
- Menschen als Isolate
- Behandlung unter Standard
- Menschen ohne Optionen
- Menschen in der Interaktion mit Eisbergen
- Menschen in statischer steriler Umgebung
- Angemaßte Verkürzung/Verlängerung des Lebens



Aber: Nicht immer, wenn *uns in Deutschland / heute* vertraute Humanitäts- und Solidaritätsnormen verletzt werden, ist auch schon die “Menschenwürde” gefährdet.

Und: Die Erfahrungen der Patienten dürften sich weniger verändert haben als die Treiber von Dehumanisierung.

Das aktuell größte Problem scheint mir in einer absichtsvollen Über-, Unter- und Fehlversorgung zu liegen – gemessen am aktuellen medizinischen Standard.

Sie ist der Patientenerfahrung kaum direkt zugänglich.



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

On the Transformation
of Human Conditions into
Treatable Disorders

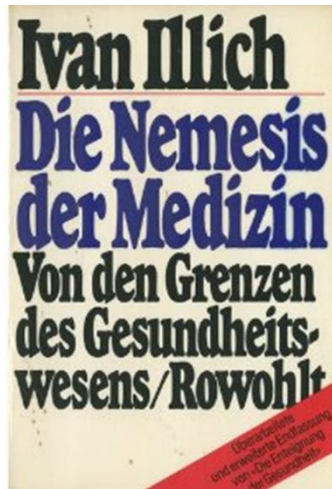
THE MEDICAL- IZATION of SOCIETY

Peter Conrad

“Medicine as an institution of
social control”
Zola 1972

“...the wholesale transfer of
the medical model to our
workaday world.”

Zola 1975, 86



Die dreifache Iatrogenesis

„Ein professionelles, auf die Person des Arztes abgestelltes Gesundheitswesen, das sich über gewisse kritische Grenzen hinaus entwickelt hat, macht aus drei Gründen die Menschen krank: es produziert zwangsläufig klinische Schäden, die seine potentiellen Wohltaten überwiegen [„klinische Iatrogenesis“]; es kann die politischen Verhältnisse, die die Gesellschaft krank machen, nur begünstigen – auch wenn es sie zu verschleiern sucht [„soziale Iatrogenesis“]; und es verstümmelt und entfremdet die Kraft des einzelnen, selbst zu gesunden und seine Umwelt zu gestalten.“ [„kulturelle Iatrogenesis“, S. 15].





UNIVERSITÄT ZU LÜBECK



„Während der letzten Jahrzehnte haben Märkte und marktkonformes Denken auf Lebensbereiche übergegriffen, die üblicherweise von marktfremden Normen beherrscht waren. Immer häufiger versehen wir heutzutage nichtökonomische Güter mit einem Preis.“
(Michael J. Sandel 2012, 63)



Ökonomisierung

„Ökonomisierung“ beinhaltet als marktgesellschaftlicher Prozess die zunehmende Wahrnehmung, Diskussion und Behandlung von vorher nicht-ökonomischen Sachverhalten als ökonomische, d.h. in ökonomischen Termini, Modellen und Logiken und als vor allem betriebswirtschaftliche Größe in ...

Erziehung, Wissenschaft, Kunst, Sport, ... und Medizin („Gesundheitsindustrie“)

Wie kann die Medizin heute in Praxis und Klinik ihr Territorium, ihre autonome Professionalität und ihre treuhänderische Verantwortung für Patienten behaupten ?



Ökonomisierung in der Medizin

Drei aktuelle Aufgaben (cf. Imdahl 2013):

1. Identifikation aller der Ökonomisierung zuzuordnenden Phänomene (Chefarztboni, Kopfprämien, IGeL, Upcoding, Fallteilung, Entlassmanagement, Indikationserweiterung, Abweisung/Verweigerung, Überdiagnose/therapie, Unterversorgung)
2. Epidemiologie der operationalisierten Falltypen
3. Bewertung (sinnvolle Rationalisierung bis rechtswidriges Verhalten)



Gegenbewegungen

- Moralische Appelle („ewiges Arzttum“ ?, Solidarität !)
- Re-Professionalisierung der medizinisch-klinischen Berufe
- Evidenzbasierte (z.B. durch die lex artis/Leitlinien regulierte) Medizin, DMPs
- Krankheits-, Fall-Management, IV-Verträge
- Priorisierung als gesellschaftlicher und professioneller Prozess
- „Gemeinsam klug entscheiden“ (Choosing wisely“)
- Patienten/“Kunden“-Souveränität fördern
-



Solidarität

„Solidarity signifies shared practices reflecting a collective commitment to carry ‚costs‘ (financial, social, emotional or otherwise) to assist others“

(Prainsack and Buyx 2011; RZ 30)

Eine Option für die Schwachen und Vulnerablen

vs.

benevolenter Paternalismus

„opportunity cost of equity“ – and solidarity

Solidarität in unserem System hat viele Anker

- Gesetzliche „Krankenversicherung als Solidargemeinschaft“ (§ 1 Satz 1 SGB V) mit 6 einzelnen Solidaritäten
- Ökumenische Ethik
- Starke Präferenz der Bevölkerung
- Klinische Grundhaltung (Deontologie)
- Wiederbelebung in der Bioethik (s.o.) nach jahrelanger Betonung der Autonomie

»Und unsern kranken
Nachbarn auch!«

Aktuelle Herausforderungen
der Gesundheitspolitik

Eine Denkschrift
des Rates der
Evangelischen Kirche
in Deutschland

EKD

Charter on medical professionalism

clinicians'

Medical professionalism in the new millennium: a ~~physicians'~~ charter

3 Grundprinzipien

„fundamental principles“

- Vorrang des Patientenwohls
- Patientenautonomie
- Soziale Gerechtigkeit

Lancet 2002;359:520-22

10 Selbstverpflichtungen

„responsibilities“, „commitments“

Professionelle Kompetenz
Aufrichtigkeit
Vertraulichkeit
Angemessene Beziehungen
Qualitätsentwicklung
Gleicher Zugang
Gerechte Verteilung
Wissenschaftlichkeit
Interessenskonflikte
Selbstregulierung d. Profession

Deutscher Ärztetag 2006: IGeL



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Patientinnen und Patienten äußern jedoch den Wunsch nach der bestmöglichen Versorgung, auch soweit diese über den Leistungsumfang der GKV hinausgeht. Es kann Ärztinnen und Ärzten nicht grundsätzlich verwehrt werden, diesem Verlangen nach einer aus Sicht der Patienten wünschenswerten Behandlung Rechnung zu tragen. Das gilt auch dann, wenn Leistungen ohne Zusammenhang mit einer Heilbehandlung nachgefragt und erbracht werden. In einem zunehmend von der Ökonomie geprägten Gesundheitssystem muss es Ärztinnen und Ärzten erlaubt sein, auf eine solche Nachfrage zu reagieren und insoweit auch ökonomisch zu handeln, um ihre freiberufliche Tätigkeit und Existenz zu sichern.



Auch ein Beispiel für Professionalismus ?!
IGeL 2006 - 2012

In Zusammenarbeit mit
dem Deutschen Netzwerk
Evidenzbasierte Medizin e.V.



Selbst zahlen?

Ein Ratgeber zu individuellen
Gesundheitsleistungen (IGeL)
für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen
und Ärzte

2. Auflage
November 2012
zuletzt geändert: Juni 2013

Mit Unterstützung durch:



MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Ärztlich unterstützte Priorisierung ist notwendig und hilfreich

Beim öffentlich-medialen Diskurs kommt es vor allem darauf an, die Verbindung Priorisierung = Rationierung zu lösen und der Priorisierung auf der Basis des schwedischen Beispiels ein positives Gesicht zu geben.

Heiner Raspe, Jan Schulze*

Universität zu Lübeck,
Akademisches
Zentrum für Bevölkerungsmedizin und
Versorgungsforschung:
Prof. Dr. med. Dr. phil.
Raspe

Präsident der
Ärztekammer Sachsen,
Dresden:
Prof. Dr. med. habil.
Schulze

Die demografische Entwicklung in Deutschland sowie der medizinische Fortschritt werden zu einem Anstieg der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führen. Die Menschen in Deutschland werden weniger, aber dafür (glücklicherweise) immer älter. Damit steigt die altersbedingte Multimorbidität sowie der Pflegebedarf. Das Problem wird mit dem Eintritt der Geburtsjahrgänge 1955 bis 1990 (Babyboomer) in das Rentenalter in den nächsten Jahren noch verschärft.

Die Priorisierung in der Medizin stößt an Grenzen, da Kliniken nicht wie Autofabriken gesteuert werden können. Eine stille Rationierung, wie wir sie bereits heute vorfinden, kann als Dauerzustand nicht akzeptiert werden.


Der medizinischen Versorgung dem Ziel, Entscheidungen durch wissenschaftlich fundierte Versorgungsempfehlungen zu unterstützen. Priorisierung wird tabuisiert, weil sie Potenzial für die Klärung zahlreicher Fragen bietet, die die Ärzteschaft und die Gesellschaft bewegen. Dazu zählt allem die Frage der Bedarfsgerechten Verteilungsgerechtigkeit bei der Allokation der (unvermeidlichen) begrenzten Mittel in der medizinischen Versorgung. Die Priorisierung eröffnet Perspektiven für einen rationalen Mitteleinsatz und

National Model for Transparent Prioritisation in Swedish Health Care

Revised Version

2011:4

Mari Broqvist Maria Branting Elstrand
Per Carlsson Kristina Eklund Anders Jakobsson



Begründet 1904
als
Zeitschrift
für ärztliche Fortbildung

6
106. Jahrgang 2012

ISSN 1865-9217
Z. für Evidenz, Fortbildung und Qualität
im Gesundheitswesen (2012)
106 (2012) 6, S. 377-414

www.journals.elsevier.de/efq

Zeitschrift für

EVIDENZ, FORTBILDUNG und QUALITÄT

im Gesundheitswesen

German Journal for Evidence and Quality in Health Care

Herausgeber:

- AKA - Ärztenetzwerk für Qualität und Patientensicherheit e.V.
- AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
- AQZ - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
- AZQ - Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
- BQS - Institut für Qualität und Patientensicherheit
- DCZ - Deutsches Cochrane Zentrum
- DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
- DINEM - Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
- G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss
- GQMG - Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.
- IQWiG - Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
- SQMH - Schweizerische Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen in affiliation with Guidelines International Network (GIN)

SCHWERPUNKT
Priorisierung im Gesundheitswesen 2012 – zum aktuellen Stand der Diskussion



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit
bis hierher