

Georg Marckmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

**Medicus – quo vadis?
Brauchen wir einen neuen ärztlichen
Eid? Der Arzt in der Klemme
zwischen ethischem Anspruch und
ökonomischem Druck**

Vortrag bei der Kreisärzteschaft Reutlingen

Reutlingen, 28.04.16





- Kurzer Abriss: Historische Entwicklung des Arztbildes
- Kern der Arztrolle: professionelle Selbstverpflichtung
- ⇒ vom ärztlichen Ethos zur Ethik im Gesundheitswesen
- Aktuelle Herausforderungen im Gesundheitswesen
- ⇒ Wie *soll* sich das Arztbild (weiter) entwickeln?
- ⇒ **Medice – quo vadendum?**

**CAVE: Ein unvollständiger, subjektiver Blick
durch die Brille des Medizinethikers!**



- **Priesterarzt** in den frühe Hochkulturen: Arzt als Mittler zwischen Göttern und Patient, „Tempelmedizin“
- **Antiker Wanderarzt**: Berufsausübung im Umherziehen außerhalb des Tempels; vom Heilkult zur Heilkunst: Krankheiten verlaufen nach Gesetzmäßigkeiten der Natur; Diagnose, Therapie, Prognose; ärztliches Ethos (Hippokrates)
- **Mönchsarzt** bis 12. Jhdt.: schriftkundige Mönche konnten antike medizinische Fachliteratur lesen ⇒ Klöster als medizinische Zentren (Kräutergärten)
- **Doctor medicinae**: Medizin als Studienfach an den neu geschaffenen Universitäten; Zweiteilung in Kopf- und Handwerker; auch: Zeit der Quacksalber
- **Arzt als Mann der Wissenschaft**: ab 16. Jhdt./Renaissance kritisches Denken, realitätsnahes Wissen vom Menschen; u.a. Vesal (Anatomie), Paracelsus (chemisches Krankheitsgeschehen), Fuchs (Heilpflanzen), Harvey (Blutkreislauf)



- (1) **Naturwissenschaftlich begründete Medizin**: ab 19. Jhdt., Bedeutung des Experiments, systematische Überprüfung des Wissens
 - „Medizin muss Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein.“ (Naunyn)
 - Problem des biologischen Reduktionismus (aktuell: „personalisierte“ Medizin)!

⇒ Paradigma der **evidenzbasierten Medizin**: Nutzung der besten verfügbaren Evidenz aus klinischen Studien - Goldstandard: RCTs

⇒ Ärztliche Entscheidungen werden an externen, objektiven Maßstäben gemessen ⇒ „Entzauberung der Heilkunst“
- (2) Akzentuierung der **Patientenautonomie**: Ende des ärztlichen Paternalismus ⇒ *auf dem Weg* zu einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung („shared decision making“)
 - v.a. durch das Rechtssystem!
- (3) Arzt als **Leistungserbringer** in einem modernen Gesundheitssystem
 - Zunehmende Ausdifferenzierung medizinischer Disziplinen
 - Komplexere, multiprofessionelle Versorgung
 - Zunehmende Bedeutung (betriebs-)wirtschaftlicher Überlegungen

⇒ Abschied vom „Halbgott in Weiß“!



Arztberuf als *freier Beruf, Profession*

- Freiheit gebunden an professionelle *Selbstverpflichtung*
- ⇒ Antike: *Hippokratischer Eid*
 - Urspr.: 4. Jhdt. v. Chr. in pythagoräischer Ärztegruppe
 - Moralische Grundsätze für das Verhalten von Ärzten („ärztl. Ethos“)
 - Z.B.: Patient nutzen und nicht schaden, Schweigepflicht
- Quelle: Archetypische Grundsituation von Not und Hilfe!
- ⇒ Patient kann darauf *vertrauen*, dass der Arzt *als Angehöriger des ärztlichen Berufsstands*
- (1) fachlich *kompetent* ist und
- (2) bestimmte *moralische* Verpflichtungen einhält:
 - Dem Patienten nutzen und ihm nach Möglichkeit nicht schaden, sowie
 - seine Selbstbestimmung respektieren
- ⇒ *Moralische Integrität der Arztrolle sichert „Antizipatorisches Systemvertrauen“ (Schluchter)*
- ⇒ *Medizin kann eigentlich ohne Ethik nicht funktionieren! 😊*



Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Beruf gelobe ich feierlich:

Ich werde mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit stellen.

Ich werde meine Lehrerinnen und Lehrern die ihnen gebührende Achtung erweisen.

Ich werde meinen Beruf nach bestem Gewissen und mit Würde ausüben.

Die Gesundheit meiner Patientin oder meines Patienten wird mein oberstes Anliegen sein.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen in meiner Macht stehenden Mitteln die Ehre und die edle Tradition des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.

Meine Kolleginnen und Kollegen werden meine Schwestern und Brüder sein.

Ich werde mich bei der Erfüllung meiner ärztlichen Pflichten meiner Patientin oder meinem Patienten gegenüber nicht durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder durch andere Faktoren beeinflussen lassen.

Ich werde höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.

Ich werde, selbst unter Bedrohung, meine medizinischen Kenntnisse nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.

Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.

Neuere Entwicklungen seit 1950:

- Medizinisch-technischer Fortschritt
 - Möglichkeiten der Lebensverlängerung (u.a. Intensivmedizin)
 - Interventionsmöglichkeiten am Lebensbeginn
- Pluralisierung von Wertüberzeugungen ⇒ Akzentuierung der Patientenautonomie
- ⇒ Ethische Fragen & Herausforderungen werden komplexer, haben zunehmend *gesellschaftliche* Relevanz!
- ⇒ Ärztliches Ethos: keine ausreichende Orientierung, fehlende Legitimation
- ⇒ **Systematische ethische Reflexion**, nicht allein durch handelnde Akteure
- ⇒ Medizinethik als akademische Medizin, ethische Beratungsorgane, ethische Reflexion im öffentlichen Raum
- ⇒ Ethikkommissionen, klinische Ethikkomitees, Nationaler/Deutscher Ethikrat, Gesellschaftspolitischer Diskurs
- ⇒ **Ethik im Gesundheitswesen**

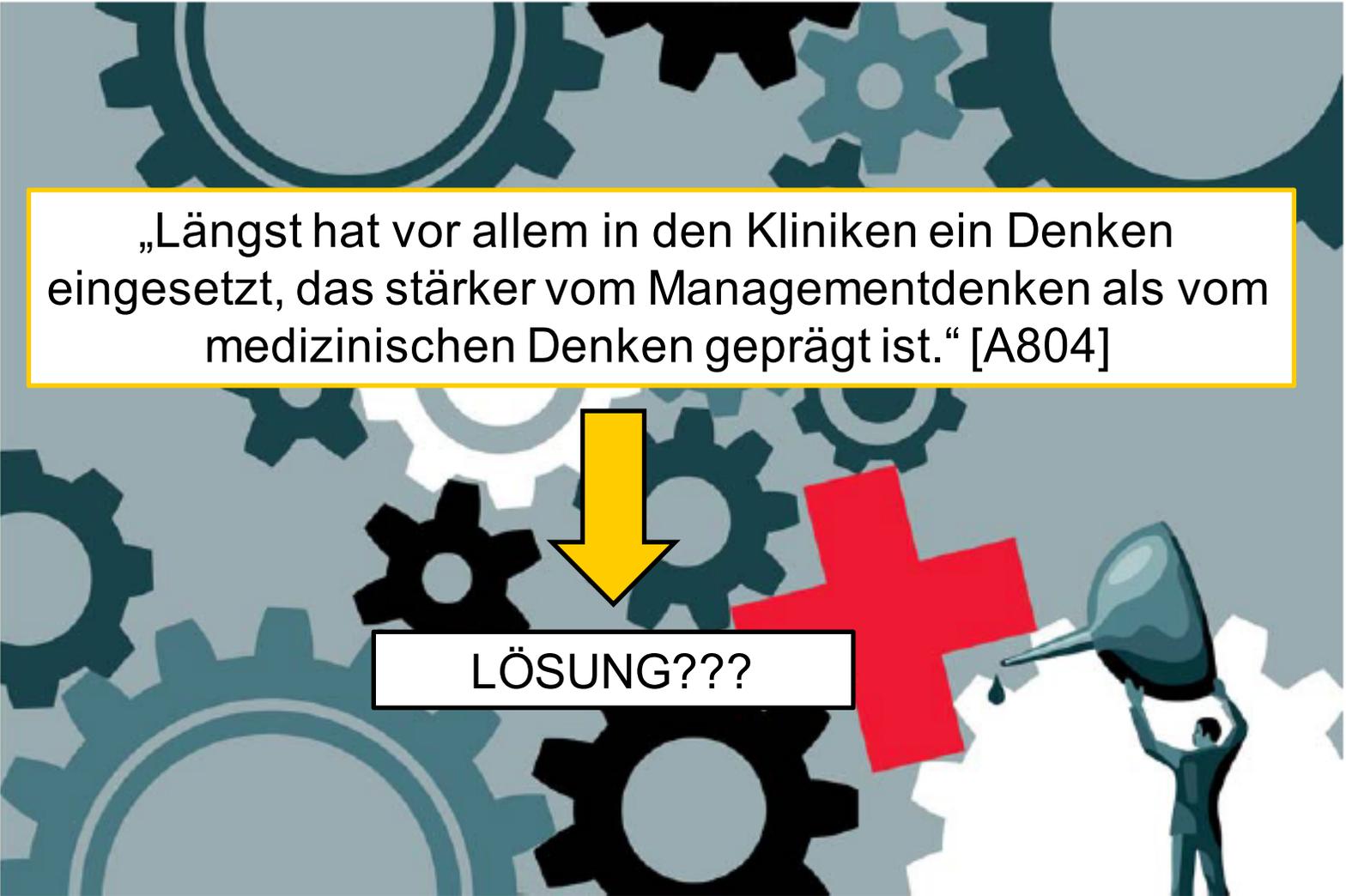


Ethische Verpflichtungen definiert durch 4 „mittlere“ Prinzipien
(*kohärentistische* Begründung):

- Wohltun/Nutzen (beneficence)
 - Nichtschaden (nonmaleficence)
 - Respekt der Autonomie
 - Gerechtigkeit
- ⇒ geprägt durch aufgeklärte, liberale, individualistische westliche Gesellschaft
- ⇒ (Relatives) Primat der Patientenautonomie (Grenze: ärztliche Indikationsstellung)
- ⇒ Implikationen für das Arztbild: „Arzt als Partner“ (noch nicht vollständig realisiert!)



- Zunehmender **wirtschaftlicher Druck** im Gesundheitswesen ⇒ „Ökonomisierung“ der Medizin
- **Finanzielle Anreize** ⇒ (betriebs-)wirtschaftlich motivierte Über- und Unterversorgung
- **Interessenkonflikte** ⇒ verzerrte Evidenz ⇒ suboptimale Behandlungsentscheidungen
- **„Generation Y“** ⇒ veränderte Erwartungen der jüngeren Generation an die ärztliche Tätigkeit ⇒ verändertes ärztliches Selbstverständnis?
- **Feminisierung** der Medizin?
- ...



„Längst hat vor allem in den Kliniken ein Denken eingesetzt, das stärker vom Managementdenken als vom medizinischen Denken geprägt ist.“ [A804]

LÖSUNG???

GESUNDHEITSWESEN

Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell?

Eine Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin

Giovanni Maio

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 109 | Heft 16 | 20. April 2012



- Kostendruck ist nicht Folge frei wirkender ökonomischer Kräfte, sondern *politischer* Vorgaben:
 - (1) Politischer Grundsatz der Beitragssatzstabilität \Rightarrow Begrenzung der Gesundheitsausgaben
 - (2) Freie Preisbildung bei den Produktionsfaktoren (Löhne, Arzneimittel, Energiekosten,...) \Leftrightarrow Regulierte Abgabepreise der KH, Budgetierung (ökonomisches Prinzip des Kosten-Preis-Zusammenhangs eliminiert!)
 - (3) Duale Finanzierung: unzureichende Investitionsfinanzierung \Rightarrow schränkt wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der KH ein
 - (4) Überkapazitäten (Landeskrankenhauspolitik) \Rightarrow **Primäre Ursache: Politikversagen, nicht Dominanz ökonomischer Rationalität!**



Qualitative Studie zum Umgang mit Mittelknappheit im Gesundheitswesen: Interviews mit KH-Ärzten (Intensiv, Kardiologie)

- Themenblock: Reaktionen auf den zunehmenden ökonomischen Druck im Krankenhaus
 - Emotionaler Stress
 - Gewissenskonflikte
 - Fehlende Legitimation zur Rationierung
 - Fehlende/unzureichende gesundheitsökonomische Kompetenz
 - Eingeständnis der Willkür bei Rationierungs-entscheidungen
 - Unehrlichkeit gegenüber dem Patienten



Moralische Integrität der
Arztrolle ist in Gefahr!

Strech D, Börchers K, Freyer D, Neumann A, Wasem J, Marckmann G, Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. Ethik in der Medizin 2008;20(2):94-109



DIE ZEIT

PREIS DEUTSCHLAND 4,20 € WOCHENZEITUNG FÜR POLITIK WIRTSCHAFT WISSEN UND KULTUR



Paul Brandenburg,
Facharzt
für Allgemein-
und Notfallmedizin

Ursula Stüwe,
Chirurgin

Urban Wiesing,
Arzt und
Medizinerethiker

Michael Scheele,
ehemaliger
Chefarzt in der
Geburtshilfe

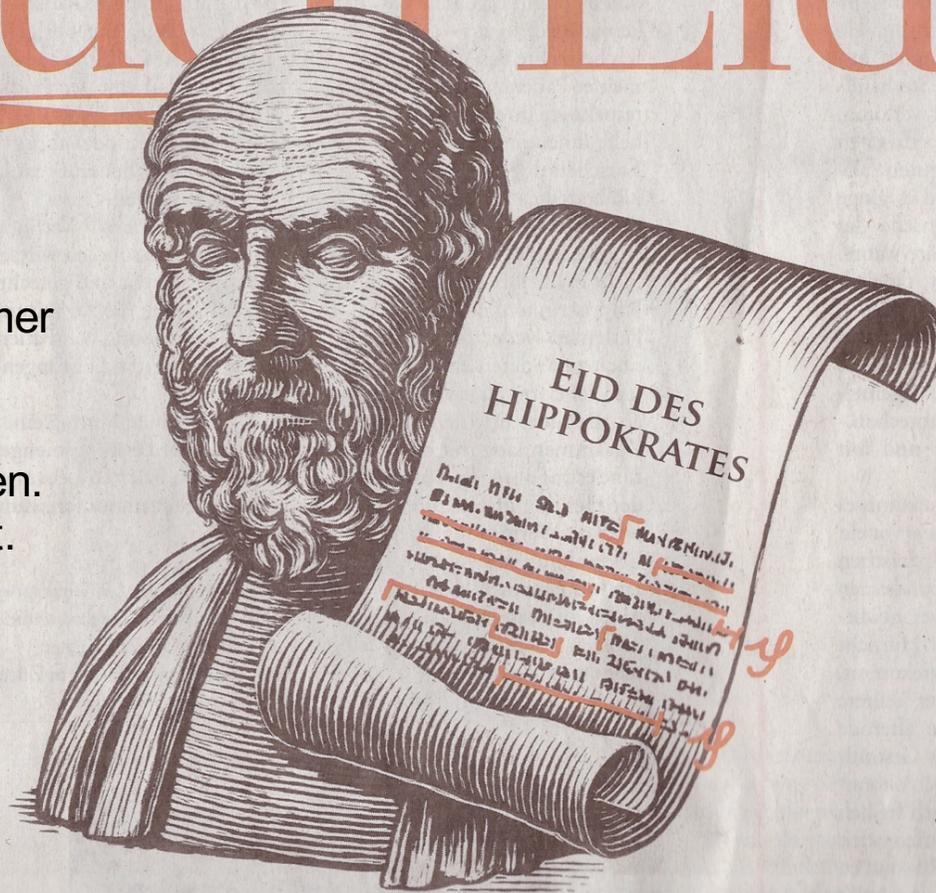
»Patienten sind wichtiger als Profit«

Der Eid der Mediziner wird in Deutschlands Krankenhäusern jeden Tag tausendfach gebrochen.

Ärzte und Pfleger fordern deshalb **eine moderne Standesethik.** Ein Manifest WISSEN SEITE 31-33

Zeit für einen neuen Eid?

Ärzte entscheiden nicht immer nach dem Wohl des Patienten, sondern häufiger nach ökonomischen Kriterien. Dagegen gibt es ein Rezept.



12. November 2015
DIE ZEIT Nr. 46
WISSEN



- Aktuelle Rahmenbedingungen \Rightarrow Herausforderungen für das traditionelle ärztliche Ethos
- \Rightarrow Ärzte weichen vom *individual*-ethisch Gebotenen (\Rightarrow Wohlergehen & Wille des Patienten) ab, folgen patienten-fernen Interessen
- \Rightarrow gefährdet das antizipatorische Systemvertrauen – und damit das (moralische) Fundament der Medizin!!



Rein (betriebs-)
wirtschaftlich motivierte
Entscheidungen



Ethisch *nicht* vertretbar!



Gerechtigkeitsethisch
motiviert
Entscheidungen



Ethisch vertretbar??



- Wichtig: nur vordergründig Konflikt zwischen Ethik und Ökonomie, vielmehr *binnenethischer* Konflikt: Bedürfnisse des einzelnen Patienten vs. Bedürfnisse anderer Patienten
- Traditionelle, „reine“ Lehre der Medizinethik: Allokationsentscheidungen nach *expliziten* Regeln & Kriterien *oberhalb* der Arzt-Patient-Beziehung
- Prinzipiell richtig, aber nicht flächendeckend praktikabel: fehlende Evidenz & zu aufwändig (vgl. unsere Erfahrungen mit den kostensensiblen Leitlinien, KSSL)
- ⇒ Ärzte müssen auch auf der Mikroebene Verantwortung für die Verteilung begrenzter Ressourcen übernehmen
- ⇒ Vorteil: Erhalt der ärztlichen Entscheidungsautonomie
- ⇒ Neue & wachsende Anforderungen an das ärztliche Ethos/die ärztliche Ethik



- Reaktion auf aktuelle Herausforderungen: Grundprinzipien und Werte der ärztlichen Profession bekräftigen ⇒ **Medical Professionalism Project**
 - u.a. Europ. Federation of Internal Medicine, American College of Physicians, American Society of Internal Medicine, American Board of Internal Medicine
- ⇒ **Physicians' charter on medical professionalism**: Definiert *ärztliche Berufspflichten* [z.B. Lancet 2002;359(9305):520-2]
- ⇒ „*operationalisierte Ethik*“
- Grundprinzipien: Vorrang des Patientenwohls, Patienten-Autonomie, **Soziale Gerechtigkeit** („Die Ärzteschaft muss Gerechtigkeit im Gesundheitswesen fördern, einschließlich einer gerechten Verteilung von Gesundheitsressourcen“)
- Ein Katalog beruflicher Verpflichtungen: Verpflichtung zu fachlicher Kompetenz, Ehrlichkeit, Schweigepflicht, angemessenen Arzt-Patient-Beziehungen, Verbesserung der Versorgungsqualität, **Verbesserung des Zugangs zur Versorgung, gerechte Verteilung begrenzter Ressourcen**, Wahrung des Vertrauens durch angemessenen Umgang mit Interessenkonflikten, beruflicher Verantwortung



- [...]
- Ich betreibe eine Medizin mit Augenmaß und empfehle oder ergreife keine Maßnahmen, die nicht medizinisch indiziert sind;
- Ich instrumentalisieren meine Patienten weder zu Karriere noch zu anderen Zwecken [...]
- Ich mute meinen Patienten nichts zu, was ich auch meinen liebsten Nächsten oder mir selbst nicht zumuten würde;
- Ich respektiere und wahre grundsätzlich die Willensäußerungen meiner Patienten;
- Ich setze die mir zur Verfügung stehenden Ressourcen wirtschaftlich, transparent und gerecht ein;
- Ich nehme für die Zuweisung und Überweisung von Patienten keine geldwerten Leistungen entgegen;
- Ich gehe keinen Vertrag ein, der mich zu Leistungsmengen, zu nicht indizierten Leistungen oder zu Leistungsunterlassungen nötigt

Individual-
ethischer
Therapie-
verzicht

- (1) Berücksichtigung der Evidenz zu Wirksamkeit/Nutzen & Risiken der Maßnahmen ⇒ Nutzen/Nichtschaden
- (2) Konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen ⇒ Respekt der Autonomie
- (3) Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines Therapieziels ⇒ Nichtschaden

Sozial-
ethischer
Therapie-
verzicht

- (4) Unterlassung von teuren Maßnahmen mit geringem Nutzensgewinn bei kosteneffektiverer Alternative
 - a) Lokale Versorgungsstandards ⇒ Gerechtigkeit
 - b) Im Einzelfall
 - Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards
 - Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen
 - Beratung durch ein klinisches Ethik-Komitee

Marckmann G, in der Schmitt J, Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell. Ethik in der Medizin 2011;23(4):303-314



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Brody H (2012) From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance

Overuse

- as much as 30 percent of care delivered is duplicative or unnecessary and may not improve people's health

Top-5-Listen

- hinsichtlich Überversorgung
- von Ärzten erstellt
- "list of things to question"

**Choosing
Wisely**®

An initiative of the ABIM Foundation

The mission of the ABIM Foundation is to advance medical professionalism to improve the health care system.

Fifteen Things Physicians and Patients Should Question

1

Don't do imaging for low back pain within the first six weeks, unless red flags are present.

Red flags include, but are not limited to, severe or progressive neurological deficits or when serious underlying conditions such as osteomyelitis are suspected. Imaging of the lower spine before six weeks does not improve outcomes, but does increase costs. Low back pain is the fifth most common reason for all physician visits.

2

Don't routinely prescribe antibiotics for acute mild-to-moderate sinusitis unless symptoms last for seven or more days, or symptoms worsen after initial clinical improvement.

Symptoms must include discolored nasal secretions and facial or dental tenderness when touched. Most sinusitis in the ambulatory setting is due to a viral infection that will resolve on its own. Despite consistent recommendations to the contrary, antibiotics are prescribed in more than 80 percent of outpatient visits for acute sinusitis. Sinusitis accounts for 16 million office visits and \$5.8 billion in annual health care costs.

3

Don't use dual-energy x-ray absorptiometry (DEXA) screening for osteoporosis in women younger than 65 or men younger than 70 with no risk factors.

DEXA is not cost effective in younger, low-risk patients, but is cost effective in older patients.

4

Don't order annual electrocardiograms (EKGs) or any other cardiac screening for low-risk patients without symptoms.

There is little evidence that detection of coronary artery stenosis in asymptomatic patients at low risk for coronary heart disease improves health outcomes. False-positive tests are likely to lead to harm through unnecessary invasive procedures, over-treatment and misdiagnosis. Potential harms of this routine annual screening exceed the potential benefit.

5

Don't perform Pap smears on women younger than 21 or who have had a hysterectomy for non-cancer disease.

Most observed abnormalities in adolescents regress spontaneously, therefore Pap smears for this age group can lead to unnecessary anxiety, additional testing and cost. Pap smears are not helpful in women after hysterectomy (for non-cancer disease) and there is little evidence for improved outcomes.



Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) (2014) 108, 601–603

Manual

Entwicklung von Empfe

Rahmen der Initiative

Gemeinsam Klug Entsc



ELSEVIER
URBAN & FISCHER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>



ZUR DISKUSSION

When Choosing Wisely meets clinical practice guidelines

Wenn "Choosing Wisely" auf Leitlinien trifft

Daniel Strech^{1,*}, Markus Follmann², David Klemperer³,
Monika Lelgemann⁴, Günter Ollenschläger⁵, Heiner Raspe⁶,
Monika Nothacker⁷





- Diskurs über zeitgemäße ärztliche Berufspflichten sollte dringend in der Ärzteschaft geführt werden („Flucht nach vorne“)
 - ⇒ vor allem: Wahrnehmung *gerechtigkeitsethischer* Verantwortung
 - ⇒ als Ärzteschaft (Systemebene) & als Arzt (Einzelfall)
 - ⇒ ethisch brisantester Wandel im Arztbild in der Geschichte!
- Voraussetzung: klares Mandat der Politik ⇒ Legitimation & Akzeptanz innerhalb der Bevölkerung!
- Und: Ärztliche Berufspflichten erfordern *unterstützende systemische* Rahmenbedingungen
 - ⇒ „Das Gewissen des Einzelnen kann das Versagen der Organisation(en) nicht kompensieren.“
 - ⇒ ein „neuer Eid“ allein reicht nicht aus!
 - ⇒ Berücksichtigung ethischer Vorgaben muss *integraler Bestandteil des Managements* im Gesundheitswesen werden!

- Diskurs über zeitgemäße ärztliche Berufspflichten sollte dringend in der Ärzteschaft geführt werden („Flucht nach vorne“)
- ⇒ vor allem: Wahrnehmung *gerechtigkeitsethischer* Verantwortung
- ⇒ als Ärzteschaft (Systemebene) & als Arzt (Einzelfall)

Karl Homann (Unternehmensethiker, München):

„Moral kann im Alltag nur dann systematisch praktiziert werden, wenn sie – nicht in jedem Einzelfall, aber per Saldo – dem Akteur Vorteile bringt, und es ist Aufgabe der Ordnungspolitik – und des Managements –, die Handlungsbedingungen so zu gestalten, dass Moral im Wettbewerb nicht systematisch ausgebeutet werden kann bzw. durch systematische Fehlanreize erodiert.“

[Vortrag am 13.10.2013 in Stuttgart]

- ⇒ Berücksichtigung ethischer Vorgaben muss *integraler Bestandteil des Managements* im Gesundheitswesen werden!



- Das Arztbild hat sich im Verlauf der Geschichte erheblich gewandelt, durch medizininterne & externe gesellschaftliche Faktoren
- Größte Herausforderung der Zukunft: Medizin unter begrenzten Ressourcen
- ⇒ Moralische Integrität der Arztrolle („Haltung“) bewahren – *conditio sine qua non!*
- ⇒ Arztbild bewusst reflektieren (in Ärzteschaft & Gesellschaft) und *gestalten!*
- ⇒ **Medice – quo vadendum?**
- ⇒ Daueraufgabe: sich für angemessene Rahmenbedingungen für ärztliches Handeln einsetzen!



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

**... und viel Erfolg bei der Gratwanderung
zwischen *individualethischen* und
gerechtigkeitsethischen
Verpflichtungen!**

marckmann@lmu.de

Folien: www.dermedizinethiker.de

29.04.16

26



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

(Dank an Wolfgang Locher für
medizinhistorischen Input)

Kontakt: marckmann@lmu.de

Folien: www.dermedizinethiker.de

Literatur:

- Marckmann (Hg.) Praxisbuch Ethik in der Medizin 2015, insbes. Kapitel I.2, II.12, II.14-18
- Marckmann (Hg.) Kostensensible Leitlinien, Berlin WMV-Verlag 2015.

Georg Marckmann (Hrsg.)

Praxisbuch Ethik in der Medizin

 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft