

## Ist der Arzt ethisch verpflichtet, auch ökonomisch zu denken?

Enrique H. Prat

### ZUSAMMENFASSUNG

*Das Gesundheitswesen ist auch ein Wirtschaftssystem, weil man es dort auch mit knappen Mitteln zu tun hat, die verteilt werden müssen. Die Verteilungsproblematik ist primär eine ethische, aber auch eine ökonomische. Zu ihrer Lösung werden jeweils nicht nur ethische Prinzipien, sondern auch die erforderlichen ökonomischen Sachkenntnisse auf den Plan gerufen. Der Arzt ist zweifelsohne ein Entscheidungsträger im Gesundheitssystem. Im Rahmen seiner Dispositionsfreiräume darf er sich daher der Verpflichtung, ökonomisch zu handeln, nicht entziehen. Andernfalls würde er sich ethisch nicht richtig verhalten können. Obwohl der ökonomische Diskurs im ärztlichen Tun nicht der einzige sein sollte, muß er dennoch immer Beachtung finden; er soll nicht der wichtigste, aber immer auch wichtig sein; er muß nicht der ausschlaggebende, aber manchmal sogar der entscheidende sein.*

**Schlüsselwörter:** Ökonomische Effizienz, Verteilung im Gesundheitswesen, Knappheit der Mittel, Tugenden, Ethische Imperative

### ABSTRACT

*Public Health is also an economic system as here one has to do with scant means which have to be well distributed. The problem of distribution is mainly ethical but also an economical one. To solve this problem not ethical principles alone but also the necessary economical facts must be taken into consideration. The medical doctor is without doubt a decision maker in public health systems. In the framework of his freedom of decision, he must not forget the obligation to act economically. Otherwise his conduct would not really be ethical. Although the economical question in the doctor's doings should not be exaggerated, it must always be taken into consideration; not the most important, though important and not the most decisive but very often decisive.*

**keywords:** efficiencia, distribution in public health systems, scarcity of means, virutes, and the question of ethics

## 1 Zur ökonomischen Effizienz des Arztes

Vor wenigen Monaten lag eine 82-Jahre alte Frau mit einem akuten Herzinfarkt und cardiogenem Schock in einem Wiener Krankenhaus. Der Primarius zweifelte, ob er in diesem Fall noch eine Thrombolysetherapie einleiten sollte. Er war sich praktisch sicher, daß das öS 30.000.- teure Medikament nichts mehr nützen würde. Letzten Endes entschied er sich aber, der Frau diese minimale Chance zu geben, um ihr Leben vielleicht doch noch zu retten. Die Frau starb trotzdem nach wenigen Stunden.

Als sie starb, sagte der Primarius leise, aber deutlich: „Es war ein Fehler“. Eine Oberärztin, die neben ihm stand, erwiderte sofort: „Es war kein Fehler, ökonomische Überlegungen sind hier fehl am Platz!“

Wir könnten stundenlang darüber diskutieren, wer in diesem Fall recht hat: Der Primarius, der feststellt, daß seine Erfahrung, das Medikament würde nichts mehr nützen, richtig war und es daher eine Verschwendung war, es trotzdem zu verabreichen, oder die Oberärztin, die meinte, daß diese ökonomischen Überlegungen hier nichts zu suchen hätten.

Das Problem der ethischen Verpflichtung des Arztes, im Zuge seines Heilauftrages auch ökonomisch zu denken und dies Kollegen einsichtig zu machen, liegt vorwiegend in der vagen Vorstellung, die die Ärzteschaft über die wirklichen ökonomischen Zusammenhänge hat.

Der Fall zeigt deutlich auf, was es heißt, im ärztlichen Tun ökonomisch zu denken, nämlich, sich bewußt zu sein, daß die Dinge etwas kosten und daß es ökonomische Beschränkungen gibt. Dieses Denken fordert oft die Abwägung, inwieweit eine Maßnahme auch kostenmäßig im rechten Verhältnis zum Erfolg steht, d.h. die Bemühung um eine *sparsame Effizienz* als regulatives Kriterium.

Im ärztlichen Tun sollte der ökonomische Diskurs nicht der einzige sein, dennoch muß er immer dabei sein; er soll nicht der wichtigste,

aber immer auch wichtig sein; er muß nicht der ausschlaggebende, aber manchmal sogar der entscheidende sein.<sup>1</sup>

Wenn man das ärztliche Tun in der Praxis genau betrachtet, steht außer Zweifel, daß der Arzt in seiner beruflichen Tätigkeit auf der einen Seite laufend auch ökonomisch denkt und zwar nicht nur, wenn er seine Kontoauszüge anschaut, über den Mietvertrag der eigenen Ordination verhandelt oder die Honorare kassiert usw. Es läßt sich zur Genüge aufzeigen, daß er bewußt oder unbewußt um eine sparsame Effizienz (optimaler Erfolg bei minimalem Einsatz der Mittel) sowohl im Krankenhaus, wie auch in der Ordination bemüht ist. Es ist deshalb paradox, daß auf der anderen Seite die Ärzte häufig das ökonomische Denken mit dem Argument ablehnen, es sei mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar.

Die Erklärung des Paradoxons könnte darin liegen, daß das Gesundheitssystem der letzten Jahrzehnte in den wohlhabenden Ländern vor allem für die Patienten, aber auch für die Ärzte, die Illusion der unbegrenzten Möglichkeiten und damit die Fiktion geschaffen hat, daß es keine Knappheit, d.h. keine ökonomischen Zwänge mehr gibt bzw. diese durch das System stets bewältigt werden könnten. Innerhalb bestimmter Grenzen, die für den Arzt meistens keine bewußte Einschränkung waren, mußte er nicht auf die Kosten schauen und sah es nicht als seine Pflicht an, ökonomische Beschränkungen zu berücksichtigen, die nicht unmittelbar spürbar waren. Unter diesen Umständen ist es doch verständlich, daß der Arzt als Anwalt des Patienten besonders jetzt den Grundsatz, daß „die ökonomischen Zwänge die Qualität der medizinischen Versorgung nicht untergraben dürfen“, verteidigt. Er empfindet jede Regelung, die eine Einschränkung der Mittel darstellt, als künstlich, unnötig und daher gegen sein ärztliches Ethos verstoßend.

Dieser Grundsatz, rein wörtlich genommen, ist aber, wie STREISSLER<sup>2</sup> betont, unlogisch und falsch, weil er die Natur vieler ökonomischen

Zwänge verkennt. Sie sind unbeeinflussbar und müssen daher als Vorgabe zur Kenntnis genommen werden. Dies zu verstehen, erfordert allerdings eine Einsicht in die ökonomischen Zusammenhänge, die nicht einfach vorausgesetzt werden können. Geht man aber näher auf sie ein, so ist leicht zu argumentieren, daß auch der Arzt ethisch verpflichtet ist, ökonomisch zu denken.

## 2 Zur ethischen Verpflichtung, ökonomisch zu denken

Damit wir wissen, wovon wir reden, beginnen wir mit drei Begriffsbestimmungen:

Wirtschaft wird gewöhnlich definiert als die Gesamtheit der Tätigkeiten, die zur Bewältigung der Knappheit von notwendigen Ressourcen unternommen werden. Wesentliche Bestandteile einer Wirtschaft sind: Knappheit, Tausch (Preise) und Geld.

Ökonomie wird ganz allgemein definiert als jene Wissenschaft, die sich mit dem Einsatz und der Verteilung der knappen Ressourcen zur Deckung menschlicher Bedürfnisse befaßt. Sie ist in der arbeitstechnischen Gesellschaft notwendig geworden. Ihre Aufgabe ist es, den sparsamsten Einsatz und die bestmögliche Verteilung der Ressourcen zu bestimmen, nachdem ein Ziel vorgegeben wurde. Das Ziel kann aber nicht von der Ökonomie selbst kommen, sondern wird von der Politik oder von der Ethik bestimmt.

Wirtschaftsethik ist dann die Lehre vom richtigen Einsatz und der gerechten Verteilung der knappen Ressourcen. Das zentrale Prinzip der Wirtschaftsethik ist die Gerechtigkeit.

Nun zur Begründung der ethischen Verpflichtung des Arztes, ökonomisch zu denken. Sie erfolgt in drei Schritten:

### 2.1 Das Gesundheitswesen ist auch ein Wirtschaftssystem

Die Krankenpflege und der Gesundheitsdienst erfordern den Einsatz und die Verteilung von

Ressourcen. Wenn diese Ressourcen knapp sind und wenn ihre Verteilung über Preis und Zahlungen abgewickelt werden, haben wir es mit einer Wirtschaft im herkömmlichen Sinn zu tun.

Nun, so muß man aber fragen, sind die Ressourcen im Gesundheitswesen wirklich knapp? Der Wert „Gesundheit“ konkurriert hier mit anderen Werten, z.B. politischen, kulturellen, religiösen usw. Daher stehen für die Verwirklichung des Wertes Gesundheit nur beschränkte Mittel zur Verfügung. Die Frage, ob die benötigten Ressourcen (ärztliche Leistungen, Medikamente etc.) bis zur Sättigungsgrenze vorhanden sind, kann man nur mit Nein beantworten. Auch hier gibt es Grenzen. Die Feststellung, daß die Kostensteigerung eingedämmt werden muß, besagt nichts anderes, als daß wir ein bestimmtes Quantum und nicht mehr an Mitteln für den Gesundheitsbereich verwenden wollen. Natürlich könnten wir mehr für den Gesundheitsbereich aufwenden! Aber das will offensichtlich unsere Gesellschaft nicht. Wir geben in Österreich rund 10% des Bruttonationalproduktes für Gesundheit aus. Dies ist ein ökonomisch-politisches Faktum, das zur Kenntnis genommen werden muß.

Durch die Ressourcenknappheit und ihre Bewältigung durch Preise und Zahlungen wird die medizinische Versorgung einer Gemeinschaft zwangsläufig zur ökonomischen Fragestellung. Der Einsatz und die Verteilung der Mittel muß reguliert werden. Dies kann nach verschiedenen Modellen geschehen. In der freien Marktwirtschaft begegnen sich Bedürfnisse und verfügbare Mittel über Nachfrage und Angebot und auf dem Verhandlungsweg entsteht der regulative Preis. In einer zentral gelenkten Wirtschaft werden Nachfrage und Angebot einfach dadurch festgelegt, daß man zentral bestimmt, wieviele Ressourcen für welche Bedürfnisse verwendet werden dürfen. *Kurzum: im Gesundheitsversorgungssystem gelten auch die ökonomischen Gesetze der Mittelallokation und der Verteilung.*

2.2 Wenn das Gesundheitssystem, wie vorhin dargelegt, ein wirtschaftliches ist, gilt auch in ihm die Forderung der Ethik in einem wirtschaftlichen System: die gerechte Verteilung der Ressourcen. Wir werden hier für den Zweck unserer Überlegungen die schwierige Frage ausklammern, was Gerechtigkeit ist, und so tun, als ob wir uns alle darüber einig wären.

Aus der Sicht der Wirtschaftsethik ist die Gesundheit ein Wert, von dessen Pflege (d.h. von den Gütern, die man für die Pflege braucht) niemand ausgeschlossen werden darf. Dies bedeutet jedoch nicht, daß es ein unbeschränktes Recht darauf gibt, aber doch, daß ein jeder Anspruch auf eine gerechte Verteilung der vorhandenen Mittel hat. Das heißt, es gibt zwar kein Recht auf Gesundheit, aber ein allgemeines Recht auf medizinische Betreuung (Deckung des Grundbedürfnisses). Es ist also ein sozialetisches Gebot, die für das Gesundheitswesen verfügbaren Mittel (d.h. Leistungen und Waren) gerecht zu verteilen.<sup>3</sup>

Wie wird über den Einsatz und die Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen entschieden? Das Gesundheitswesen ist ein Mischsystem aus freier Marktwirtschaft und zentral gelenkter Wirtschaft. Es gibt in etwa zwei Ebenen, auf welchen der Einsatz und die Vertei-

lung der Mittel geregelt wird<sup>4</sup>: die Makroebene (Staat, Region, größere Gemeinschaft) und die Mikroebene (Krankenhaus, Ordination, Ambulatorium). Auf der Makroebene fallen im wesentlichen zwei Entscheidungen: erstens die Zuteilung der Ressourcen auf die verschiedenen Verwendungsalternativen durch nationale und regionale Budgets, durch die Regelungen der Gesundheitsbehörden und durch den Markt. Zweitens die Aufteilung dieser der Gesundheit gewidmeten Güter auf Regionen, Krankenhäuser, Fachbereiche und Bevölkerungsgruppen, ebenfalls durch die oben erwähnten Institutionen.

Auf der Mikroebene fallen erstens die Entscheidungen bezüglich der Verteilung der tatsächlichen Finanzmittel und der realen verfügbaren Ressourcen zwischen den Abteilungen der Krankenhäuser und Ambulatorien und zweitens durch die Entscheidungen der Ärzte bezüglich des Einsatzes der vorhandenen Mittel bei den einzelnen Patienten in den Krankenhäusern und in den Ordinationen. Die Entscheidungen sollen auf allen Ebenen gerecht sein.

Vor allem auf der Mikroebene ist der Arzt Entscheidungsträger. Er hat nicht die ausreichende Übersicht über die gesamten realen Be-

dürfnisse der Gemeinschaft, die er mitbetreut, und über die tatsächlich verfügbaren Mittel. Daher braucht er die Hilfe von Behandlungsstandards und Anreize zur Sparsamkeit, die auf der ersten Ebene festgelegt werden sollen, um zur gerechten Gesundheitsversorgung beizutragen. In einem System, das humanitär bleiben will, müssen jedoch Standards und sonstige behördliche Vorschriften den Entscheidungsspielraum des Arztes respektieren. Nur er allein kann durch sein Können und sein Gewissen die allgemeinen Regelungen auf den

**Entscheidungsebenen im Gesundheitswesen**

| EBENEN     | Entscheidung  | Entscheidungsträger   |
|------------|---|---|
| MACROEBENE | 1. Zuteilung von Ressourcen auf die Gesundheit (und die anderen Verwendungen) | Staat (Budget)<br>Gesundheitsbehörde<br>Markt                             |
|            | 2. Aufteilung der für die Gesundheit gewidmeten Ressourcen                    | Staat (Budget)<br>Gesundheitsbehörde<br>Markt                             |
| MICROEBENE | 1. Zuteilung von Mitteln auf Abteilungen, Labors, usw.                        | Anstaltleitung<br>Abteilungsstände  |
|            | 2. Mitteleinsatz bei einzelnen Patienten                                      | Abteilungsstände<br>Ärzte (KH und Ord.)<br>Patienten<br>Krankenschwestern |

Tabelle 1

konkreten Fall anwenden. Aber selbst er muß sich auch um Gerechtigkeit bemühen.

**2.3 Damit die Verteilung die richtige, d.h. eine gerechte ist, müssen alle Entscheidungsträger des Gesundheitssystems jene ökonomischen Regeln einhalten, die erforderlich sind, damit im Gesundheitssystem wirklich Gerechtigkeit waltet.** Diese Regeln können unter dem Begriff der sparsamen Effizienz subsumiert werden. Trotz gesundem Gerechtigkeitsempfinden kann der Arzt nicht gerecht sein, wenn er nicht auch ökonomisch denkt. Er muß von der ökonomisch gesicherten Tatsache ausgehen, daß die personellen und materiellen Ressourcen knapp sind. Daher ist er an das Kriterium der sparsamen Effizienz gebunden, das ihn dazu anhalten wird, sich an die Standards und sonstigen Regelungen zu halten und innerhalb seines Spielraumes jede Art von Verschwendung zu vermeiden. Durch die Bemühung um diese sparsame Effizienz wird ein guter Teil der vorhandenen Kosteneinsparungspotentiale<sup>5</sup> ohne Minderung der Versorgungsqualität realisiert. Darum geht es in erster Linie, wenn die Forderung nach ökonomischem Denken gestellt wird.<sup>6</sup> Die ökonomisch-ethische Leitlinie, die hier nicht genug nuanciert werden kann, müßte lauten: Ein Patient darf nicht etwas bekommen, was für ihn eigentlich nicht sinnvoll (notwendig) ist.

Technisch-ökonomisches Denken allein genügt allerdings nicht, weil es ebenso in den Dienst einer ungerechten Verteilung gestellt werden könnte. Deshalb muß dieses Denken – wie bereits erwähnt – von der Ethik die richtige Zielsetzung bekommen.<sup>7</sup>

### 3 Zwei Einwände

#### 3.1 Erster Einwand: Gibt es wirklich ökonomische Zwänge?

Was bei der obigen Argumentation nicht nur der Ärzteschaft besondere Schwierigkeiten be-

reitet ist, die These und deren Begründung, daß es wirklich solche Knappheiten bzw. ökonomische Zwänge gibt. Denn bisher haben Patienten wie Ärzte jahrzehntelang nichts davon gespürt. Warum soll man sie denn jetzt in Rechnung stellen? Gibt es diese unbeeinflussbaren ökonomischen Zwänge wirklich? Dazu drei klärende Gedanken:

1. Es gibt ökonomische Zwänge und akute Knappheiten, die vom einzelnen direkt verspürt werden. So wird in vielen Ländern mit einem privatwirtschaftlichen Gesundheitssystem wie z.B. in Kamerun der Patient gefragt werden müssen: Wieviel Geld haben Sie, bzw. wieviel können Sie für die Behandlung ausgeben? Falls er wenig Mittel hat, nützt es dem Arzt und dem Patienten wenig zu sagen, daß er sich von der ökonomischen Zwangslage nicht beeinflussen lassen soll. Der Mediziner wird sich wohl überlegen müssen, wie er mit den vorhandenen Mitteln das Beste machen kann. Aber auch in reichen Ländern mit einem gut ausgebauten Sozialsystem gibt es Knappheit, d.h. die Ressourcen reichen nicht bis zur Sättigungsgrenze für alle Bürger aus. Diese Knappheit ist jedoch elastischer als in armen Ländern, um auf das Beispiel Kamerun zurückzukommen, wo im Bedarfsfall keine zusätzlichen Mittel gefunden werden können. Darin liegt der Vorteil des Reichtums und des sozialen Ausgleichs der Belastungen eines guten Sozialversicherungssystems. Aber auch hier gibt es – absolut gesehen – Grenzen der Verfügbarkeit der Ressourcen, die nur mit Raubbau und Verschuldung zu überschreiten sind. Dies sind allerdings nur Scheinlösungen. Sie verschieben das Problem, indem sie die zukünftige Knappheit noch vergrößern. Sie stellen vor allem Belastungen für die kommende Generation dar.
2. In der Regel belastet die Knappheit nicht alle Mitglieder einer Gemeinschaft in gleicher Weise. In Solidargemeinschaften gibt es Regelungen des gegenseitigen Ausgleichs, so

daß Knappheit im Grunde kaum als solche gespürt wird. Dies ist die Grundidee der Sozialversicherung. Wenn aber die getroffenen Regelungen das Gefühl vermitteln, daß es keine Knappheit gibt, und den Gedanken der medizinischen Versorgung zum Nulltarif nahelegen, verfälschen sie die Wirklichkeit. Sie werden für das Gesellschaftssystem so gefährlich, wie für den Organismus ein Medikament, das gewisse Symptome einer schweren Krankheit verschleiert und dadurch die Diagnose unmöglich macht.

3. Man kann einwenden, daß 10% des Bruttonationalproduktes für Gesundheit ein sehr geringer Anteil sei. Man sollte nicht von Knappheit reden, weil Gesundheit wichtiger als die alternativen Verwendungen wie Verteidigung, Sicherheit, Kultur, Verkehr, Erziehung, Sport, Freizeit etc. sei, und man sollte ruhig mehr für sie auf Kosten dieser anderen Alternativen aufwenden. Dies mag stimmen. Das ist aber eine politische Frage. Die Entscheidungsstruktur eines demokratisch organisierten Landes läßt sich nicht so rasch verändern. Man muß daher manche demokratische Entscheidung, wie die des Budgets, mittelfristig als ökonomischen Zwang betrachten. Außerdem: auch dann, wenn der Anteil an der Gesamtheit der verfügbaren Ressourcen allmählich steigt, bleibt dennoch die ethische Forderung nach sparsamer Effizienz aufrecht, denn Vergeudung von Mitteln will vernünftigerweise keine Gemeinschaft zulassen.

### 3.2 Zweiter Einwand: Der Arzt ist Anwalt des Patienten

Das Argument lautet: Regelungen und Standards sollen ökonomischen Prinzipien folgen. Der Arzt soll sich zwar nach Möglichkeit daran halten, aber sonst braucht er keine ökonomischen Überlegungen anzustellen: Er ist Anwalt des jeweils vor ihm stehenden Patienten, dem er sich voll und ganz widmen soll. Dazu zwei Überlegungen:

1. Obwohl das Wohl des konkreten Patienten für den Arzt ausschlaggebende Entscheidungsgrundlage ist, darf er dennoch das Gemeinwohl nicht aus den Augen verlieren. Dieses anzustreben ist ein sozialetisches Prinzip, das für die Gemeinschaft und auch für den einzelnen verbindlich ist. Dem einzelnen fehlt wie den meisten Bürgern die Übersicht über die Gesamtheit der Mittel und der Bedürfnisse, und deshalb wird er sich schwer tun, allein diesem Prinzip voll zu entsprechen. Dies befreit ihn aber nicht von der Verpflichtung, im Rahmen seiner Möglichkeiten für das Gemeinwohl und nicht nur für den Patienten, den er vor sich hat, zu sorgen. Wenn der Arzt sich z.B. den medizinisch nicht indizierten Forderungen eines Sozialschmarotzers verschließt, handelt er im Sinne des Gemeinwohls und zudem sparsam. Wo die Grenzen liegen, ist schwer zu sagen. Wenn Standards vorhanden sind, dann sind die Orientierungsmarken klar, wo es keine gibt, muß sich jeder seine Standards selbst setzen. Wer keine hat, müßte allen Wünschen der Patienten nachgeben.
2. Man sollte nicht gesetzlich bindende Regelungen mit den echten unbeeinflussbaren ökonomischen Zwängen verwechseln, die Grund und Anlaß der ersteren sind. Viele gesetzliche Regelungen des Gesundheitswesens, wie das LKF-System oder die Verrechnung zwischen niedergelassenen Ärzten und Kassen etc. wurden eingeführt, um den ökonomischen Zwängen, wie etwa Knappheit der Ressourcen, Grenzen der Finanzierbarkeit, die die Gemeinschaft belasten, obwohl sie nicht von den einzelnen Mitgliedern spürbar sind, zu begegnen und um sie zu begrenzen und eine gerechte Verteilung zu erreichen. Außerdem sollen sie in der Regel als Anreiz für die erwähnte Haltung der sparsamen Effizienz wirken. Sie können sinnvoll sein, aber auch manchmal abstrus und unnötig. Sie beinhalten sogar ungerechte, das richtige ökonomische Denken strafende und gegen das medizinische Ethos verstoßende Vorschriften. Wären sie die einzi-

ge Möglichkeit, diesen echten ökonomischen Zwängen zu begegnen, wären sie unumstößlich. Dies ist aber nicht der Fall. Damit soll nur gesagt werden, daß die konkreten Defizite einer Regelung kein Grund sind, um das Prinzip der Notwendigkeit eines ökonomischen Denkens in Frage zu stellen. Wenn sich dieses Denken auf allen Ebenen – auf der Makro- und Mikroebene – im richtigen ethischen Rahmen durchsetzt, werden auch die richtigen Regelungen getroffen, d.h. solche, die tatsächlich eine gerechte Verteilung bringen. Gerade das ist es, was das wirklich ökonomische Denken „lohnend“ macht!

#### 4 Zur ethischen Verbindlichkeit des ökonomischen Denkens

Oben (Vgl. 1.) wurde behauptet, daß im ärztlichen Tun der ökonomische Diskurs nicht der einzige sein sollte, dennoch muß er immer dabei sein; er soll nicht der wichtigste, aber immer auch wichtig sein; er muß nicht der ausschlaggebende, aber manchmal sogar der entscheidende sein. Diese These sollte noch etwas erläutert werden, denn nicht alle ethischen Grundsätze binden in derselben Weise und verpflichten gleichermaßen. Es geht also um die Frage nach der ethischen Verbindlichkeit des ökonomischen Aspekts im Vergleich mit den anderen Erwägungen bei der Entscheidungsfindung im ärztlichen Tun. Welches ethische Gewicht haben die ökonomischen Überlegungen und letztlich, wie entscheidend sind sie bzw. dürfen sie sein?

4.1 Der aristotelische Tugendbegriff und die auf ihm im Laufe der Philosophiegeschichte aufgebaute Tugendlehre bieten einen guten Einstieg in der Behandlung dieser Fragen. Nach ARISTOTELES<sup>8</sup> ist Tugend (areté) in erster Annäherung einfach eine Tüchtigkeit. Ohne Anspruch auf vollständige Präzision, die in der hier geforderten Knappheit nicht möglich ist,

könnte man weiters die sittliche Tugend als eine durch Gewohnheit erworbene, innere Disposition des Menschen bezeichnen, die ihn dazu geneigt macht, das Gute zu tun, d.h. die sittliche Vollkommenheit anzustreben. Gemäß der Tugendlehre ist eine Handlung sittlich gut, wenn sie tugendhaft ist, d.h. von allen Werten geprägt ist, die Gegenstand der Tugenden sind. Eine Tat ist z.B. gut, wenn sie gerecht und tapfer ist, d.h. den Tugenden der Gerechtigkeit und der Tapferkeit entspricht. Eine negative Bedingung der Sittlichkeit ist, daß die sittlich gute Handlung gegen keine einzige sittliche Tugend verstoßen darf. Auf den ersten Blick erscheint das fast ein Ding der Unmöglichkeit zu sein, alle Werte bzw. Tugenden unter einen Hut zu bringen. Diese Frage hatte bereits ARISTOTELES aufgeworfen. In der christlich-ethischen Tradition, vor allem durch Thomas von AQUIN, wurde sie ausführlich behandelt und ihre Lösung in der Lehre der Kardinaltugenden gesehen. Die Tugenden werden in vier Haupttugenden, auch Kardinaltugenden genannt, zusammengefaßt: nämlich Klugheit (*Prudentia*), Gerechtigkeit (*Justitia*), Tapferkeit (*Fortitudo*) und Mäßigkeit (*Temperantia*). Der ersten dieser vier Tugenden, der Klugheit, die als Handeln nach der rechten Vernunft (*recta ratio agibilium*<sup>9</sup>) definiert wird, wird eine sittliche Steuermannfunktion (*auriga virtutum*<sup>10</sup>) der Handlung zugewiesen.<sup>11</sup> Sie bestimmt, welche Werte bei einer bestimmten Handlung ausschlaggebend bzw. welche Tugenden gefragt sind. Durch die Klugheit wird also eine Handlung wirklich tugendhaft. D.h. bevor jemand gerecht, tapfer oder maßvoll ist, muß er zuerst klug sein.<sup>12</sup> PIEPER hat es so formuliert: „Was gut ist, das ist zuvor klug.“<sup>13</sup> Es muß in der rechten Vernunftsordnung stehen. Denn die Klugheit legt im konkreten Einzelfall jene goldene Mitte fest, die für jede Tugend konstitutiv ist. So wäre Tapferkeit ohne Klugheit keine richtige Tapferkeit, sondern vielleicht Wahlgalsigkeit, Ungeduld, Nachgiebigkeit u.dgl. mehr.

Die ökonomische Effizienz und sinnvolle Sparsamkeit ist, wie in Abschnitt 2 erläutert wurde, eine Voraussetzung für gerechtes Handeln. Als Tugend muß sie in erster Linie zur Kardinaltugend der Mäßigkeit gerechnet werden. Auch darin zeigt sich die Tatsache des engen Konnexes, in dem die vier Kardinaltugenden stehen. Damit also eine Handlung und folglich auch das ärztliche Tun sittlich gut, d.h. tugendhaft ist, muß es auch der Mäßigkeit, im Sinne der sparsamen Effizienz entsprechen. Was im konkreten Fall ökonomisch effizient und auch sparsam ist, entscheidet die Klugheit. Bei der Entscheidungsfindung werden viele, möglichst alle im konkreten Fall relevanten Faktoren einbezogen, um die Verhältnismäßigkeit und Angemessenheit der Handlung (der Maßnahme) zu prüfen, d.h. um festzustellen, inwiefern eine Maßnahme zweckmäßig und sinnvoll ist.<sup>14</sup> Ökonomisches Denken, als sittliche Tugend, muß also immer auch in Betracht gezogen werden, d.h. ist ständig verbindlich.

4.2.1 Eine ganz andere Frage ist die nach den konkreten Handlungsanweisungen und verbindlichen Gebote, die sich aus der Verpflichtung zur ökonomischen Effizienz oder aus der sinnvollen Sparsamkeit ableiten lassen. Die Ethik zeigt, daß nur Verbote kategorisch, d.h. immer geltend sein können, nicht aber positive Gebote. Man darf niemals lügen, aber man muß nicht bis zum Martyrium die Wahrheit sagen oder den Nächsten lieben. Positive Handlungsanweisungen für die sittlich gute Handlung sind sehr situationsabhängig und lassen sich nur in einer prudentialen (klug, im o.g. Sinn) Entscheidung erkennen. Dementsprechend muß eine sinnvolle Sparsamkeit nur vom kategorischen Verbot ausgehen: Du darfst nicht verschwenderisch handeln. Was aber der Arzt konkret zu tun hat, wird sich aus der Gesamtheit der Umstände und aus der Gesamtheit der bei seinem Auftrag zu erfüllenden Werte auf dem Wege der Reflexion und Abwägung ergeben.

Die Kant'sche Unterscheidung zwischen kategorischen und hypothetischen Imperativen gibt uns einen wichtigen Hinweis<sup>15</sup>, um zu dieser Frage weitere Überlegungen anzustellen. Nach ihm sind die Imperative entweder kategorisch oder hypothetisch. Kategorische Imperative gebieten eine Handlung als für sich selbst objektiv notwendig, ohne Beziehung auf einen Zweck<sup>16</sup>. Aus dem allgemeinen kategorischen „handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, daß sie ein allgemeines Gesetz werde“<sup>17</sup>, lassen sich konkrete Imperative ableiten, die allerdings noch keine praktischen Handlungsanweisungen ergeben. So wird demnach ein „nihil nocere“ für den Arzt als kategorisch sittlich verbindlich gelten müssen. Er erfährt daraus, was er nicht tun darf, nicht aber, was er in der konkreten Situation zu tun hat.

Die hypothetischen Imperative gebieten eine mögliche Handlung als Mittel zu etwas anderem (Zweck), das gewollt ist.<sup>18</sup> Das Mittel ist eine Notwendigkeit, um das Ziel zu erreichen, d.h. wer das Ziel erreichen will, muß das Mittel anwenden. Bekanntlich unterschied Kant zwischen technischen und pragmatischen Imperativen. Die ersten schreiben technische Mittel vor, finden innerhalb der Technik und Kunst ihre Anwendung und erfordern Geschicklichkeit im Handeln. Die zweiten schreiben praktische Maßnahmen vor, die das Gelingen des Lebens zum Zweck haben und erfordern Klugheit. Die Vorschriften der ärztlichen Kunst (lege artis), die der pflichtbewußte Arzt in der Durchführung seines heilenden Auftrags beobachtet, sind vor allem technische Imperative. Die Regeln der Ökonomie, die der Arzt wie auch jeder andere, der mit knappen Mitteln umgeht, verwalten wird, sind teils technische, teils pragmatische Imperative. Sie sind technisch, insofern eine Methode zur Anwendung kommt, um Ressourcen auf Bedürfnisse zuzuordnen. Sie sind aber pragmatisch, insofern das Gelingen des Lebens sich in materieller Hinsicht auf ganz verschiedenem Wege verwirkli-

chen läßt und dafür Klugheitsentscheidungen gefordert werden.

Für die Sittlichkeit der ärztliche Handlung sind alle Imperative von Bedeutung. Denn in der sittlich guten Handlung geht es um das absolut Gute und nicht nur um das fachgerecht durchgeführte Werk. Im sittlichen Urteil sind alle Werte bzw. Tugenden angesprochen und nicht nur die Geschicklichkeit oder technische Fertigkeiten. Die Vernachlässigung mancher Werte, die als weniger wichtig eingestuft werden, kann die sittliche Qualität der Handlung gefährden. KOSLOWSKI hat aufgezeigt, daß ein Teil der Diskussion um die medizinische Ethik daran krankt, daß technische Imperative (medizinische) oft zu kategorischen erklärt und pragmatische Imperative (ökonomische) ignoriert werden.<sup>19</sup> So wird manchmal eine bestimmte Therapie zum kategorischen Imperativ erhoben, so als ob das Leben und die Gesundheit zu erhalten der erste Wert wäre. Er ist kein kategorischer Imperativ. Außerdem, um den richtigen kategorischen Imperativen (z.B. nihil nocere) gerecht zu werden, muß sowohl technischen (medizinischen) wie pragmatischen (ökonomischen) Imperativen Folge geleistet werden. Man darf darüber hinaus nicht übersehen, daß nicht nur „nihil nocere“ ein kategorischer Imperativ für den Arzt ist, sondern auch Gerechtigkeit („Du darfst nicht ungerecht handeln“) und sparsame Effizienz (ein Bestandteil der Tugend der Temperantia, d.h. Mäßigung; „Du darfst nicht verschwenderisch handeln“) solche Imperative sind. Beide sind allgemeine Gesetze des Handelns, denn das gegenteilige Verhalten – Ungerechtigkeit und Verschwendung – würde dem Zusammenleben der Gesellschaft schaden.

Technische Imperative drücken sich in Regeln der Geschicklichkeit, die pragmatischen Imperative in Regeln der Klugheit und die kategorischen Imperative in Geboten (eigentlich Verboten) der Sittlichkeit aus. Daraus könne man eine ganz konkrete Abstufung der Handlungsanweisungen hinsichtlich ihrer Verbind-

lichkeit ablesen: Gebote und Regeln. Wobei der ökonomische Diskurs sowohl zu Regeln der Geschicklichkeit (Organisationsregeln) führt, wie zu jenen der Klugheit (Bedingungen des Gelingens des Lebens). Die Regeln der Geschicklichkeit stehen nicht über denen der Klugheit. Konkret könnte dies heißen, daß bei einer gegebenen Situation es angebracht sein kann, eine Therapie zweiter Wahl anzuwenden, wenn dadurch langfristig mehr Patienten bei gleichen Kosten geheilt werden können.

4.2.2 Eine Einschränkung der Verbindlichkeit der technischen (medizinischen und z.T. auch ökonomischen) und pragmatischen (ökonomischen) Imperative ergibt sich aus dem Gewißheitsgrad der Erkenntnisse, die durch die entsprechenden Wissenschaften erlangt werden. Ohne uns jetzt auf eine wissenschaftstheoretische Diskussion darüber einzulassen, können wir zumindest rein pragmatisch sagen, daß sich medizinisches (naturwissenschaftliches) und noch mehr ökonomisches (sozialwissenschaftliches) Wissen ständig verändern, d.h. durch neue Erkenntnisse eine Vertiefung, aber auch eine Korrektur, manchmal bis zu einer Wende hin, erfahren. Vielleicht könnte man auch etwas undifferenziert sagen, daß dieses theoretische Wissen paradigmabhängig ist, und daher immer mit einer nicht unbeträchtlichen Ungewißheit – letztlich einem Nicht-Wissen – behaftet ist. Jedem Paradigma liegt eine Reihe von Axiomen und Postulaten zu Grunde, die einfach angenommen werden. Es gehört zur Methode der modernen Wissenschaft, diese Axiome zu hinterfragen und somit jedes Wissen, das nicht Tatsachenwissen ist, d.h. jedes theoretische Wissen provisorischen Charakters als ungewiß zu beurteilen. Die Schlußfolgerung daraus ist, daß die Verbindlichkeit einer Handlungsanweisung mit der Ungewißheit des ihr zugrunde liegenden theoretischen Wissens abnehmen muß, denn Unwissen enthebt der Verpflichtung zu handeln.

Diese Präzisierung bedeutet allerdings nicht, daß der Arzt wegen der Ungewißheit des medizinischen oder ökonomischen Wissens der ethischen Verpflichtung zur sparsamen Effizienz enthoben werden kann, weil diese Verpflichtung kategorisch geboten wird. Sie bedeutet aber, daß er bei der Erfüllung dieser Verpflichtung meistens nicht an eine einzige Regel (technischer Imperativ) oder einen einzigen Ratschlag (pragmatischer Imperativ) gebunden ist, sondern daß ihm mehrere Optionen offen stehen. Je nach Sachlage und Situation, Risiken und Ungewißheiten, die nur der handelnde Arzt beurteilen kann, wird er für eine bestimmte Entscheidung optieren.

4.3 Und letztlich soll auch kurz auf den dritten Teil der These eingegangen werden, demzufolge in bestimmten Situationen der ökonomische Diskurs entscheidend sein kann. Dies tritt bei akuter Ressourcenknappheit ein, d.h. wenn der Arzt in die Situation kommt, einem Patienten eine Behandlung, die ihm nicht viel hilft, zu verweigern, weil die Mittel für einen anderen, dem sie zweifellos das Leben retten können, eingesetzt werden müssen.

4.4 Abschließend soll hier nochmals auf die Behauptung im ersten Abschnitt, daß der Arzt in seiner beruflichen Tätigkeit laufend auch ökonomisch denkt, obwohl er meistens große Probleme hat, es zuzugeben, eingegangen werden. Wie die erwähnte Arbeit von BONELLI zeigt, ist das ökonomische Denken nicht nur mit dem hippokratischen Ethos vereinbar, sondern von diesem auch gefordert und gefördert. Die Hemmungen aber, die Ausübung des ökonomischen Denkens zuzugeben, rühren aus einem Mißverständnis darüber, was Ökonomie ist. Leider hat unsere Kultur vergessen, daß von ARISTOTELES (4.Jh.v.Chr.) bis inklusive ADAM SMITH (17.Jh.), dem Begründer der modernen Volkswirtschaftslehre, Ökonomie als ein Teil der Ethik angesehen wurde, die den rich-

tigen Umgang mit materiellen Beschränkungen und Knappheiten lehrt. Dies vorausgesetzt, kann sich niemand, auch nicht der Arzt, schämen, ökonomisch denken zu müssen.

### Referenzen

1. KOSLOWSKI P. Gesundheitsökonomik und ärztliche Ethik in ders. Die Ordnung der Wirtschaft, J.C.B.MOHR, Tübingen 1994, 370 - 407
2. STREISSLER E. Was darf Gesundheit kosten?, *Gesundheitsökonomica*, Wien, 1996/1-2, 211-228
3. SCHÖNE-SEIFERT B. Was sind gerechte Verteilungskriterien, in MOHR J. und SCHUBERT CH. (Hrsg.) *Ethik der Gesundheitsökonomie*, Springer Verlag, 34 - 44
4. GÄFGEN G. *Gesundheitsökonomie. Grundlagen und Anwendungen*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1990, 231 - 259
5. OESTERLE A. Pflegesicherung und Krankenhausversorgung: Einsparungs- und Substitutionspotentiale *Gesundheitsökonomica*, Wien, 1996/1-2, 117 - 135 und BADELT CH., HOLZMANN A., MATUL CH., OESTERLE A., *Kosten der Pflegesicherung, Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung*, Böhlau, Wien, 1996
6. ARNOLD M. *Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende*, Enke Verlag, Stuttgart, 1996
7. ARNOLD M.. Warum stellt sich das Thema „Ethik der Gesundheitsökonomie“? MOHR J., SCHUBERT CH. (Hrsg.) „*Ethik der Gesundheitsökonomie*“, Springer Verlag, 1992, 1 - 11
8. ARISTOTELES *Nikomachische Ethik*, II
9. AQUIN T.V. *Summa theologiae*, I-II, 56, 2 ob. 3 und „*Expositio in decem libros ethicorum Aristoteles ad Nichomacum*, nn 1916, 1445
10. AQUIN T.V. *Expositio in 4 libros sententiarum magistri Petri Lombardi*, 2. Buch 41.1. ob. 3
11. ARISTOTELES *Nikomachische Ethik*, 1142b und 1143a und AQUIN T.V. *Summa theologiae*, I-II, 56, 2 ob. 3 und „*Expositio in decem libros ethicorum Aristoteles ad Nichomacum*, nn. 1158 und 1165
12. AQUIN T.V. *Questiones disputate de virtutibus*, 1. 6 c
13. PIEPER J. *Das Viergespann*, Herder, München, 1964, 20
14. BONELLI J. *Ökonomisches Denken und hippokratisches Ethos*, in dieser IMAGO-HOMINIS-Nummer
15. KOSLOWSKI P. *Die Ordnung der Wirtschaft*, J.C.B.Mohr, Tübingen, 1994, 372
16. KANT I. *Grundlegung der Metaphysik der Sitten*, 414
17. KANT I. *Grundlegung der Metaphysik der Sitten*, 421
18. KANT I. *Grundlegung der Metaphysik der Sitten*, 414
19. KOSLOWSKI P. *Die Ordnung der Wirtschaft*, 373