

Ethische Folgen neoliberaler ökonomischer Kolonialisierung der Medizin für Schwerst-Hirngeschädigte und ihre Angehörigen

Andreas Zieger
www.a-zieger.de



Apl.-Professor, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Mitglied der Ethikkommission der Fakultät Medizin und
Gesundheitswissenschaften
CvO Universität Oldenburg



Fachtagung Neurorehabilitation, Amberger Symposium
Bundesverband Schädel-Hirnpatienten in Not e.V., Amberg am 11.03.2016

“Der Wachkoma-Patient als Mitbürger”

Lebensrecht und Lebensschutz von Menschen im Wachkoma und ihren Angehörigen in der Solidargemeinschaft.

Andreas Zieger

(2002)

Wachkoma ist eine extreme Lebensform von Menschen nach einer schweren Hirnschädigung, die einer intensiven akutmedizinischen Behandlung und Pflege einschließlich Frührehabilitation mit anschließender qualifizierter Langzeitversorgung zu Hause oder in einer Einrichtung zur Schwerstpflege (Phase F) bedürfen. Die Sicherung des Lebens und die Verbesserung der Lebensqualität dieser Menschen ist keine Aufgabe, die von der Medizin allein gelöst werden kann, sondern bedarf der sozialen Aufmerksamkeit, Achtung und tatkräftigen Hilfe der ganzen Gesellschaft.....

<http://www.a-zieger.de/Dateien/Publikationen-Downloads/Memorandum.pdf>

2003



Empfehlungen

*zur stationären Langzeitpflege
und Behandlung von Menschen
mit schweren und schwersten
Schädigungen des Nervensystems
in der Phase F*

Phase F



Lebenswirklichkeit/Teilhabe?

„Tatsächlich ist die Lebenswirklichkeit dieser Menschen unverändert von Unter-, Über- und Mangelversorgung sowie von Leistungsverweigerung,

Zuständigkeitsabgrenzung, bürokratischen Verfahren und institutionellen Eigeninteressen der Sozialleistungsträger gekennzeichnet ...“

Harry Fuchs (2005, 1): Mit der ICF den Bedarf an Teilhabe genauer erkennen und Teilhabeleistungen gezielt anbieten. Vortrag auf der REHA-Care Düsseldorf, 03.10.2005

Übersicht

I Ethische Grundlagen

II Neoliberale Kolonialisierung der
Medizin

III Ethische Folgen

IV Fazit

I Ethische Grundlagen

Blumenthal & Jochheim 2009

1. **Europäische Aufklärung im 18. Jhrdt.:** maßgeblich für die heutige Auffassung von Rehabilitation/Teilhabe: Gleichheit, Freiheit und Selbstbestimmung
2. **Christliche Caritas:** voraussetzungslose, auf christliche oder auf himmlische Belohnung hoffende Nächstenliebe
3. **Primäres solidarisches soziales Netzwerk der Familie:** Brudergemeinschaft, Zünfte, Knappschaft, Kaufmannsgilde: Soziale Sicherung und Unterstützung bei Krankheit und Invalidität
4. **Öffentliche Fürsorge der Gemeinschaft:** aus Solidarität für Arme und Behinderte, besondere Verdienste der Betroffenen für die Gemeinschaft



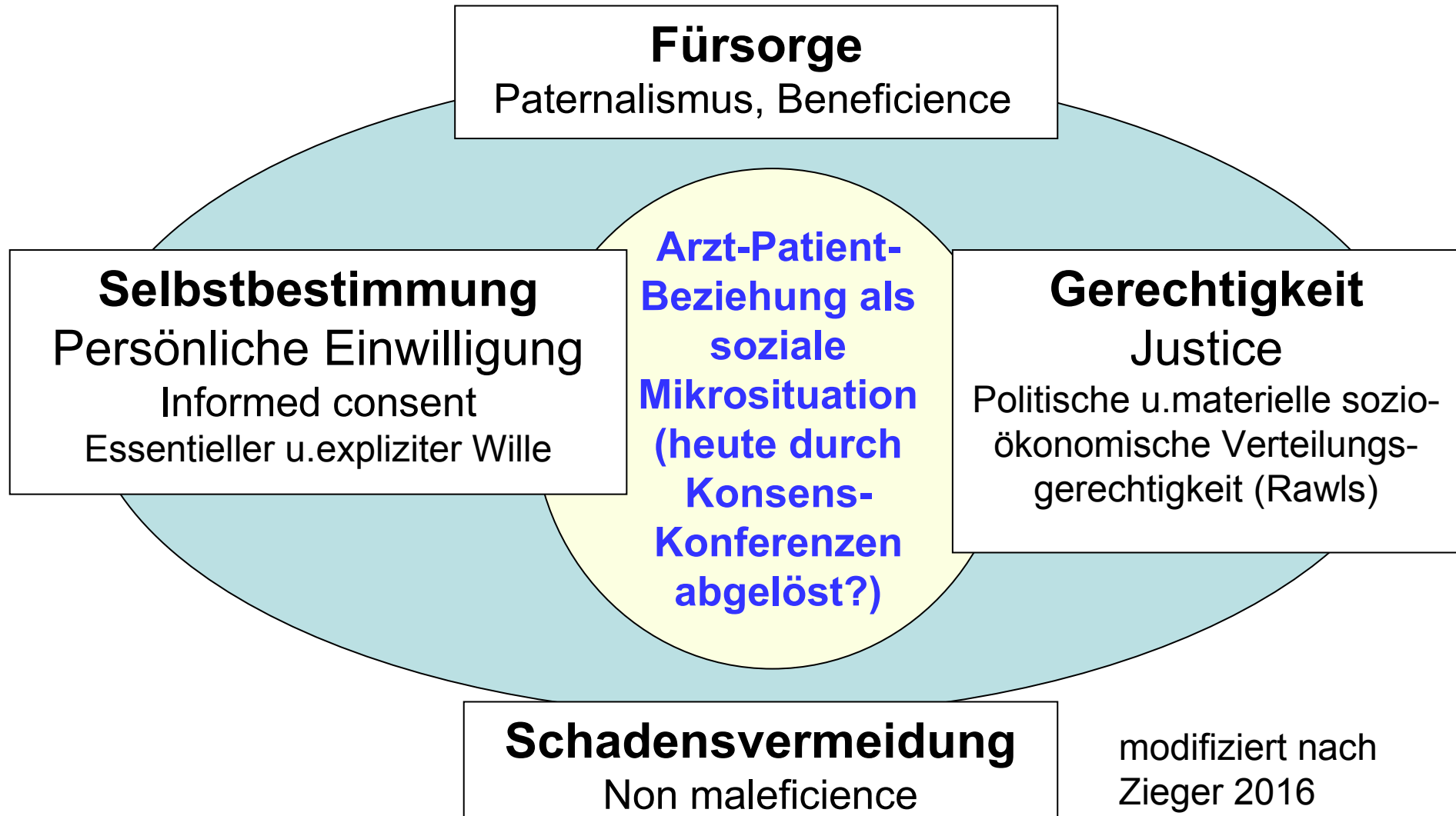
Ethik der Inklusion (UN-BRK)

Menschenrechtliche Werteorientierung und Handlungskonzepte Wocken 2011, 57

Franz. Revolution ↓ Menschenrechte BRK	Werteorientierung ↓ Handlungskonzepte Positive Valenzen	Negative Valenzen
Freiheit ↓ Selbstbestimmung	Autonomie ↓ Assistenz	Unmündigkeit ↓ Fürsorge
Gleichheit ↓ Gleichberechtigung	Gleichwertigkeit ↓ Gleichstellung	Minderwertigkeit ↓ Kategorisierung
Brüderlichkeit ↓ Teilhabe	Zugehörigkeit ↓ Inklusion	Dissoziabilität ↓ Exklusion

Ethische Prinzipien in der Medizin

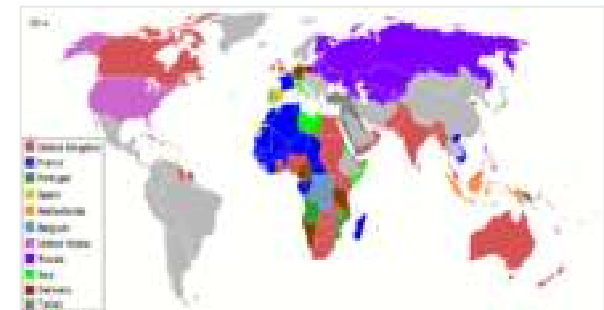
Beauchamp & Childress 1979/1994



II Neoliberale Kolonialisierung

Kolonialismus, Kolonialisierung

- Einnahme, Bemächtigung und (gewaltsame) Ausnutzung eines fremden Landes



Externe / innere Kolonisierung

- Siedlungspolitik im Ausland, Koloniebildung in Übersee, „Stabilitätsexport“ (Irak, Afghanistan ...)
- Im *eigenen* Land: Einführung von „freier“ Marktwirtschaftslogik in Bildung, Wissenschaft, Sozial- und Gesundheitswesen ...

Neoliberale Staats-/Wirtschaftspolitik

Abbau staatlicher Regulierung und Subventionen (soziale Sicherheit) zugunsten „freier Marktwirtschaft“ (Wettbewerb, Effizienz, Strukturreformen ...)

- Senkung von Lohnnebenkosten
- Steuervergünstigungen und Anreize
- Höhere Gewinne und Renditen
- Eigenverantwortung, „Autonomie“
- Entsolidarisierung, Sozialabbau
- Umverteilung von unten nach oben

Globalisierung, Gesundheits- und Finanzwirtschaft, Weltbank, IWF



Pro und Contra Ökonomisierung in der Medizin – ein Wertekonflikt („battle of values“, Cain 1997)

aus: Hohagen 2006

Diskussionspunkte	„Öffentlich-Rechtliche“	„Privatisierer“
Werte	Gleichheit, Sicherheit, Kontrolle	Effizienz/Effektivität Flexibilität/Dynamik
Nutzer	schutzbedürftiger Patient	Kunde
Wettbewerb	funktioniert nicht	wichtigstes Prinzip
Versorgungsplanung	zentrale Planungssteuerung z. B. Krankenhausplanung	Kapitalbindung Kundenbindung
Qualitätsgewährleistung	Aufsichtsbehörde	Markt/Kunde
Reform des Gesundheitswesens	Ausgleich von Interessenskonflikten	Deregulierung, Liberalisierung
Rendite/Gewinn	nur in geringem Ausmaß vertretbar	„Motor des Gesundheitswesens“

Staatliche Wegbereiter neoliberaler Marktlogik („Nützlichkeit“)

1.) Einführung von Fallpauschalen in die Krankenhausfinanzierung (FPG 2003)

2001: „Das Geld soll der Leistung folgen“

Krankheiten und Behandlungsleistungen werden zu „homogenisierten“ Gruppen (DRG)

„Fallschwere“ (CMI), „Kostengewicht“ (rel.-Gew.)

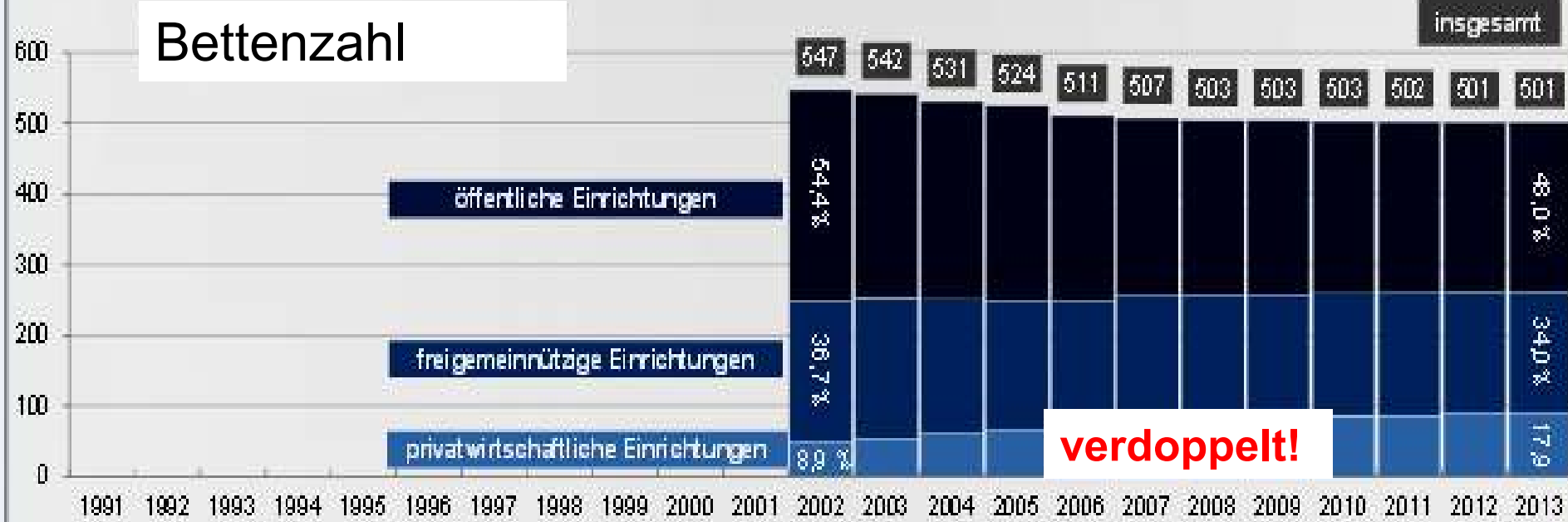
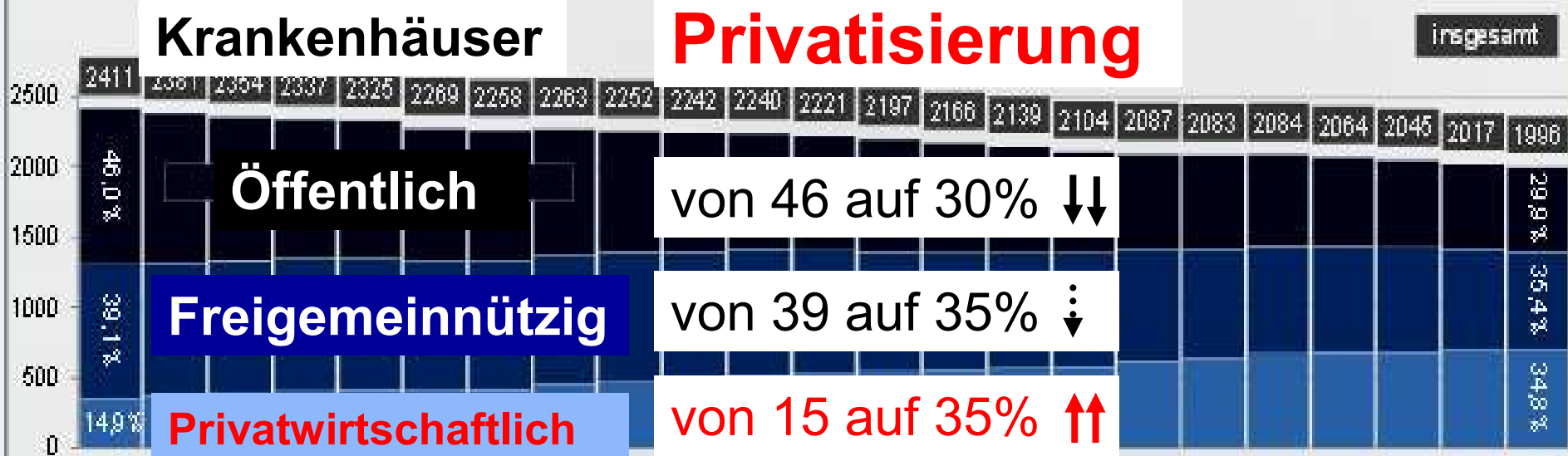
- Begünstigung technisch aufwändiger Prozeduren (ICPM-Katalog, Operationen, Eingriffe ...)

„Basisfallwert“

- Begünstigung reicher „Bundesländer“

Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft 1991 - 2013

in % aller Einrichtungen und Betten und in absoluten Zahlen



Quelle: Statistisches Bundesamt (2014), Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser

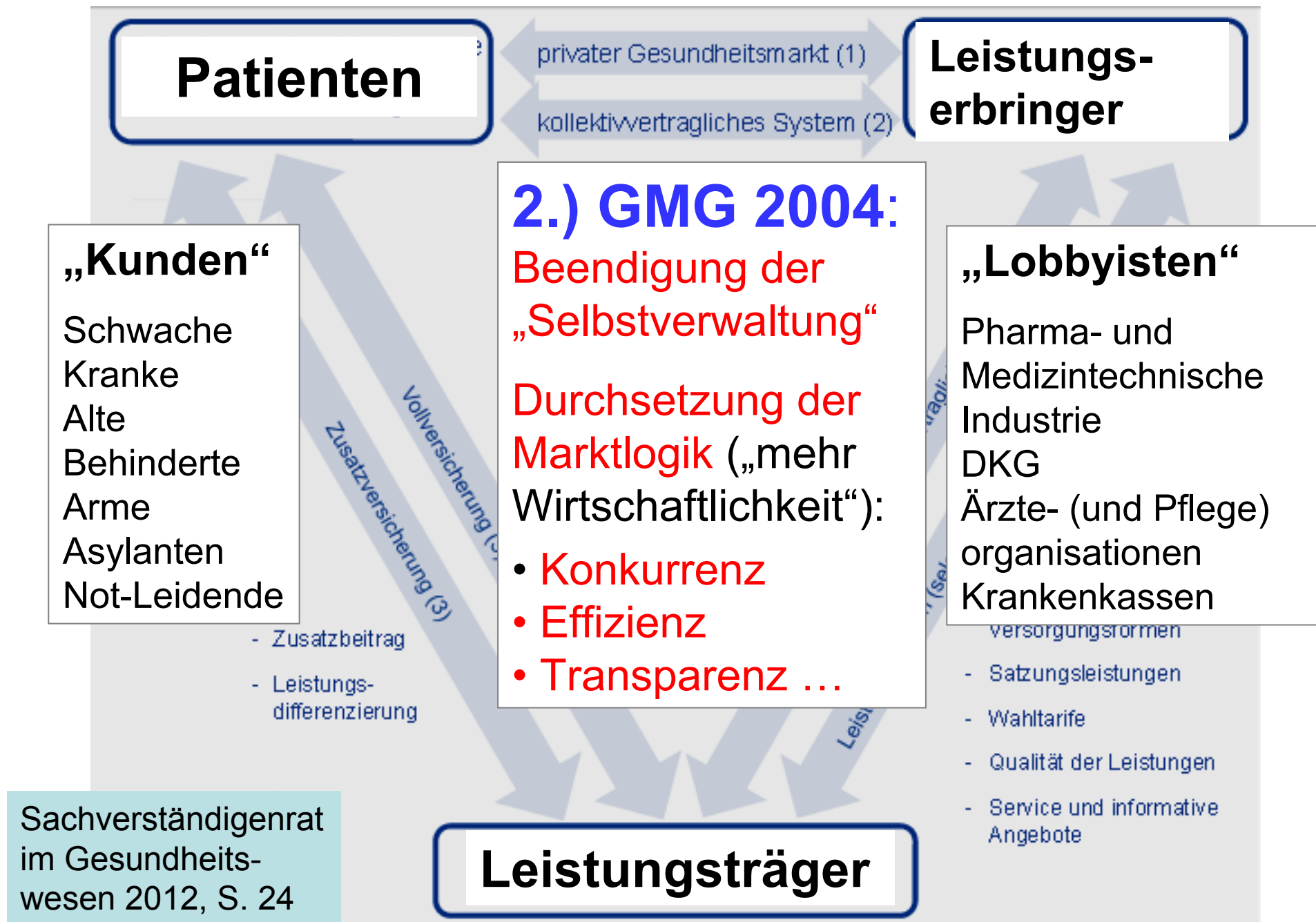


Abb. 1: Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen

Zukunftstrend „Klinikwettbewerb ...“

„Der ultimative Erfolgsfaktor einer Wettbewerbspositionierung liegt im Bewusstsein einer fluiden Veränderungskultur“.

„Ärztliche Ethik im Umfeld moderner Betriebswirtschaft ist nur zu erhalten, wenn Manager auf Ärzte treffen, die mehr als medizinisch-naturwissenschaftliche Kompetenz besitzen.“



Klinikwettbewerb: Wie Ärzte zu Treibern werden – statt zu Getriebenen. Dtsch Arztebl 2015; 112(21-22): [2]

„Die **innere** Übernahme der Marktlogik durch **Ärzte**“ Maio 2014

„Symptome“ von Kolonialisierung

- **Privatisierung** von Krankenhäusern und Rehakliniken
- **Einkauf** von Pharma- und Medizintechnischer Firmen und Sanitätshäuser in Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante (Intensivpflege-Wohngruppen ...
- **Sponsorship** (Pharmafirmen): Kongresse, Studien, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen ...
- **Anpassung der ärztlichen Indikation** an Erlöse, Bonität und Rendite; Anreizsysteme, IGEL



Bilanzgewinn, Profit- und Renditemaximierung!

"Ein großer Irrtum"

Die Gesetze des Marktes auf die Krankenversorgung anzuwenden war ein Fehler, sagt Medizinethiker Giovanni Maio. Er fordert von Ärzten, wieder den ganzen Menschen in den Blick zu nehmen.

Ökonomisches Denken in der Medizin sei zwar wichtig, **Ökonomie dürfe aber nur eine Dienerin der Medizin sein!**



„Wir beobachten heute eine **Kolonialisierung der Medizin** durch die Ökonomie!“

„Mit dem DRG-System werden chronisch Kranke, Multimorbide und Patienten, die schwer zu behandeln sind, systematisch exkludiert ...“

Marktlogik \neq Gesundheitslogik!



Grundlegendes Missverständnis:

- keine Machbarkeit von Gesundheit
- **Gesundheit und Wirtschaft sind unterschiedliche Vertragssysteme!**
- Arzt kein Unternehmer
- Patient kein Kunde
- Verlust von Heilkunst und Arzt-Patienten-Beziehung (Vertrauen)

Kolonialisierung und Verbetriebswirtschaftlichung der Medizin durch Gesundheitsindustrie (Rendite)!

Fundamentaler Widerspruch Maio 2014

Gesundheitswesen: Teil des Sozialsystems unserer Gesellschaft.

- Ein Teil des Reichtums wird **zum Wohle aller** in das Gesundheitswesen investiert (Subsidiar- und Solidaritätsprinzip)

Gesundheitsindustrie: Teil des Wirtschaftssystems unserer Gesellschaft

- Kapitaleigner investieren und erwarten Rendite, **zum Wohle weniger.**
- Ergreift Besitz von der eigentlichen medizinischen Tätigkeit, gemessen am Bilanzgewinn

Stufenmodell der Ökonomisierung im Gesundheitswesen

nach Maio 2014, 22

Stufe 1

Autonomer
Pol

Keinerlei Kostenbewusstsein

Kostenerstattung problemlos; völlig autonomes Handeln der Akteure

Stufe 2

Verlustvermeidung als „Soll-Erwartung“

ansonsten autonomes Handeln der Akteure

Stufe 3

Verlustvermeidung als „Muss-Erwartung“

teilweise Beschneidung der Autonomie der Akteure

Stufe 4

Verlustvermeidung, kombiniert mit

Gewinnzielen Anpassen an Marktgängigkeit

Stufe 5

Weltlicher
Pol

Gewinnerzielung als alleiniges Ziel,

Gültigkeit reiner Markgesetze

Nichtmedizinische Indikationen und Leistungen

„Seit 1980 (...) nur noch Gesetze, die das Doping der Ökonomisierung, Privatisierung, präziser der **Verbetriebswirtschaftlichung des Helfens** zu einem Maximum treiben, obwohl Wettbewerb, Fusion und vor allem Expansion **unvermeidlich** zur **Kostensteigerung**, also zur **Verschleuderung der Steuer- und Beitragsgelder der Bürger** führen muss.

Es ist das Markt-System, das mich korrumpiert, weil der Markt beim Helfen nichts zu suchen hat ...“ Dörner 2008



3.) Invasive Heimbeatmung (neurologisch) kritisch chronisch Kranker

Häufigkeit einer Heimbeatmung von 6,5/100.000 Einw.,
von denen ca. 12% invasiv über Trachealkanüle beatmet
werden.

- steigende Zahlen ...
- **Für 10% der nicht entwöhnungsfähigen Patienten werden 50% der verfügbaren Intensivressourcen verbraucht.** (S3-Leitlinie NIV-Beatmung, 2008)

Spannungsfeld: Überleben und Lebensqualität einerseits
vs ggf. nicht gewünschter Verlängerung des Überlebens

AOK Spitzenverband Pflege:

Ca. 20.000 kritisch chronisch (neurologisch) **beatmungsbedürftige** Kranke (Tendenz steigend)

[von ca. 1 Mio neurologisch chronisch kranken „Behinderten“, A.Z.]

benötigen

- pro Jahr ca. 2 Mrd. EUR
- von 300 Mrd EUR Gesamtausgaben für Gesundheit (2013)

Außerklinische Intensivpflege mit Beatmung

BAG Phase F 2015-2016

Ungleichheit in der Kostenerstattung durch KK je nach **Versorgungstyp** (MDK-Kriterium):

Beatmung im Pflegeheim

ca. 3.000-6.000 EUR
pro Monat

Finanzielle Belastungen für Patienten/Angehörige:

ca. **2.000-3.000 EUR**
pro Monat

Beatmung zuhause/ ambulante WG

ca. 15.000-25.000 EUR
pro Monat

ca. **900-1.000 EUR**
pro Monat

Neoliberale Konkurrenz / Wertschöpfungskette?

III Ethische Folgen ... im Sozialbereich

Früchtel: Was Hilfe sozial macht. Impuls Nr. 66, 03/2913, S. 22

Standardisierung

- Erzwungene Aufsichtspflicht (Vorschriften, Assessments, Pflegestufe, Finanzierung) behindert Selbständigkeit

Entwertung

- Erfahrungen, Kompetenzen und Wille Betroffener werden durch professionelle Diagnosekategorien, Hilfeplanung und Finanzierungssystem übergangen

Individualisierung

- Aufopferungsvolle individuelle Förderung verdeckt strukturelle Mängel im Hilfesystem

Aussonderung

- Zerschneiden natürlicher Beziehungen durch Spezialbehandlungen in Spezialeinrichtungen

... für Menschen mit schwerer Hirnschädigung und Angehörige

Nicht schaden?

- 40% werden ohne Früh(Reha) entlassen
- Mangel an Nachsorgestrukturen und Teilhabe

Fürsorge? (Wohlbefinden)

- Alleingelassen und aufgerieben im Dickicht der Zuständigkeiten
- 89% sind mit der Nachsorge unzufrieden!

Selbstbestimmung?

- „bevormundet“, „gegängelt“, Bittstellerei

Gerechtigkeit?

- „Unsozial“, „ungerecht“, Kosten- und Armutsfalle

Teilhabe von Menschen mit erworbener Hirnschädigung –

Theorie oder Wirklichkeit?

Erfahrungen, Wünsche und Probleme aus Sicht von Betroffenen,

Angehörigen und Professionellen



Juliane Nothnagel, 2015

Master-Thesis

zur Erlangung des Titels

Rehabilitationspsychologin „Master of Science“

Nachsorge/Teilhabe ausreichend?

- Ja 11%
- **Nein 89%**

N = 364

60% Angehörige

40% Med.-
Therapeutischer
Bereich

Mangel an

- fachkundiger Beratung
- Casemanagement
- Eingliederungsstrukturen

**Sozialer Abstieg immer
noch häufig!**

IV Fazit - Ethischer Imperativ

vgl. Maio 2014

Der soziale Auftrag der Medizin gebietet es, der **Medizin Vorrang** vor der Ökonomie zu geben:

- Die **Vertrauensbasis der Arzt-Patient-Beziehung** darf nicht zur wunscherfüllenden Dienstleistung verkommen.
- Der bedingungslose **Dienst am not-leidenden Menschen**, der verletzlich und auf andere angewiesen ist, muss **im Vordergrund** stehen, damit das **Solidarsystem** nicht außer Kraft gesetzt wird!

„Wirtschaftlichkeitsfreie“ Aktivitäten

Herr Denkamp fährt ans Meer

MEDIZIN Klinik erfüllt Patientenwunsch: Einmal noch die Nordsee sehen



Meerblick: Patient Rudolf Denkamp in Dangast mit Tochter Nicole Münchhoff und Lebensgefährtin Petra Heins.

HEINZ KAPPEL / KROCKMANN

Ein ungewöhnlicher Krankentransport startete in Oldenburg: Evangelisches Krankenhaus und Johanniter führen einen Beatmungspatienten an die See – ehrenamtlich.

VON HARSTEN KROCKMANN

DANGAST/OLDENBURG – Hier

MEHR BETTEN FÜR FRÜHREHA-PATIENTEN

Das Evangelische Krankenhaus Oldenburg hat die Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation der sogenannten Phase B deutlich ausgebaut. Es gibt dort zehn Beatmungsintensivbetten und 32 Frühreha-Betten für Patienten

nach oder ohne Beatmung – ein Alleinstellungsmerkmal im Umkreis von 100 Kilometern. Die Klinik für Neurorehabilitation leitet Prof. Dr. Andreas Zieger. Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie ist Prof. Dr. Christian Bynahn.

Retenzwagen und zwei feste

Küllern.
„Da macht man natürlich mit, wenn so eine Art kommt“, sagt Rettungswagenchef Thilo Trimpin, 24 Jahre alt. „So was ist doch selbstverständlich als Chirur“, sagt Rettungswagenchef Kai Scherl, 34 Jahre alt. Sie sind heute ebenfalls im Einsatz, gefolgt von wie die beiden Arzte aus dem EV. Die Fahrtkosten tragen die

Die Sanitäter richten Herrn Denkamp ein wenig auf.

NWZ vom
25.11.2014

Meerluft nicht einatmen. Er kann sie auch nicht sehen.



Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ auch für Wachkoma-Patienten in der Phase F

- Rehabilitation und Teilhabeleistungen nicht nur bei Zustandsverschlechterung, sondern auch bei Zeichen für Remission.
- Individuelle Teilhabepotentiale sollen geprüft und gefördert werden.
- „Auch in der Phase F spezifische Therapien ...“ (S. 19)
- „Rehamedizinische Versorgung/Teilhabeförderung in Einrichtungen der Phase F“ (S. 25, Punkt c.)

Arbeitsgemeinschaft

Teilhabe – Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung

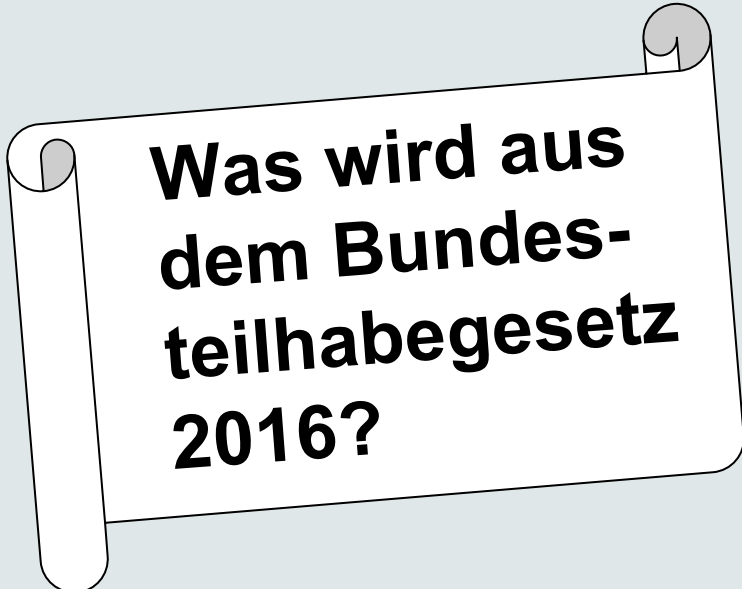
ENTSCHEIDEND FÜR DIE NACHHALTIGKEIT IST DIE NACHSORGE

10. Nachsorgekongress

Wege aus der medizinischen Rehabilitation – **Lösungen?!**

25. / 26. Februar 2016

Eventpassage | City West | Berlin



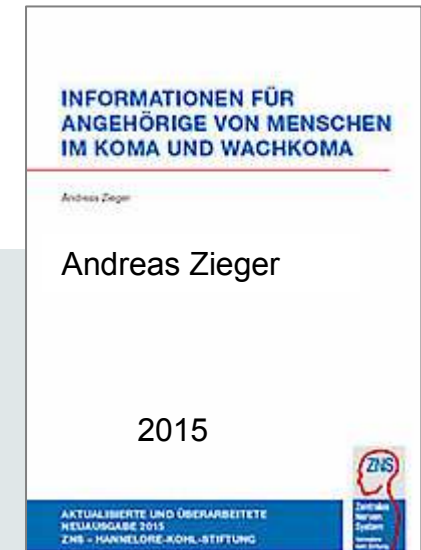
Was wird aus dem Bundes-teilhabe-gesetz 2016?

Aussagen vom BMAS (Schmachtenberg):

- „Reha bei Wachkoma (Phase F) **nur bei positiver Entwicklungsprognose** (wg. Grundsatz der Zielgerichtetheit) ...“
- „Forschung für Wirksamkeit der Reha bei diesem Personenkreis kann vom BMG gefördert werden.“

Sozialpolitisches Credo

Ein Sozialstaat ist daran zu messen wie mit Alten, Kindern, Schwachen, Kranken, Behinderten und anderen Schutzbedürftigen umgegangen wird.



„Effizient ist ein Staat dann, wenn er seine Mittel jenen gibt, die sie wirklich benötigen!“

Hagelücken in: SZ Nr.53, 4. März 2016

- Teilhabe für Menschen im Wachkoma von Anfang an!