

# Factsheet

Welche Rolle spielt der Utilitarismus als ethisches Konzept im Schweizer Gesundheitswesen?

Ökonomisch-liberales Agieren unter dem Mantel des Utilitarismus

Stand Mai 2016



### Kurzantwort:

Es ist strittig, ob eine Verschränkung von Utilitarismus und ökonomischem Liberalismus theoretisch gegeben ist. Realiter ist eine solche jedenfalls feststellbar, mit medizinethisch problematischen und überdies teilweise auch ökonomisch kontraproduktiven Effekten auf der gesellschaftlichen und der volkswirtschaftlichen Ebene.

### Das Plausibilisierungsproblem:

Mit der Maxime der Glücks- oder Wohlfahrtsoptimierung führt der Utilitarismus zweierlei in die philosophische Ethik ein: eine neue Skala (Glück, Nutzen, Präferenz) und ein neues Kriterium (Maximierung). Beides zu plausibilisieren, die Güte von Glück und das Maximierungskriterium, schaffen die Klassiker des Utilitarismus so wenig wie moderne Utilitaristen wie Peter Singer.

Jeremy Bentham	<b>Begründung:</b> Der Utilitarismus sei deshalb gut, weil alle Alternativen schlecht seien. Als solche sieht Bentham den Asketismus (durchweg gegen den Utilitarismus) und das Prinzip von Sympathie/Antipathie (manchmal für den Utilitarismus, manchmal dagegen). Ersteres sei als Prinzip für alle nicht tauglich, Letzteres reine Willkür, weshalb nur der Utilitarismus bleibe. <b>Problem:</b> Unter Letzteres fallen sämtliche ethischen Theorien, die mit dieser Argumentation ignoriert werden.
John Stewart Mill	<b>Begründung:</b> Daraus, dass wir etwas sehen, können wir schliessen, dass es sichtbar ist. Analog, so Mill, würden wir daraus, dass wir das Glück wünscheten, schliessen können, es sei wünschenswert, folglich sei die Maxime der Glücksförderung plausibel. <b>Problem:</b> Der naturalistische Fehlschluss Mills vermischt Fakten mit Normen, visible, sichtbar (kann gesehen werden als Faktum), und wünschenswert, desirable (soll gewünscht werden als Norm).
Henry Sidgwick	<b>Begründung:</b> Beide Alternativen zum Utilitarismus, der Intuitionismus und der Egoismus, seien nicht schlecht, sondern unfertig. Es gelte, sie in Richtung Utilitarismus zu verfeinern. <b>Problem:</b> Sidgwick setzt die Überlegenheit des Utilitarismus voraus, um sie zu beweisen.
Peter Singer	<b>Begründung:</b> Der Begriff der Präferenz begründet die Skala besser, da im Gegensatz zum Glück ein objektiver Wert. <b>Problem:</b> Die Maximierungsregel ist noch immer nicht plausibel. Wenn die Erfüllung der Präferenz so wichtig ist, wieso soll dann die Summe maximiert und nicht eine möglichst gerechte Verteilung angestrebt werden? Oder ein Mindestmass? Oder eine Berücksichtigung nach Bedürftigkeit (Prioritarismus)? Auch ist unklar, welche Präferenzen erfüllt und welche frustriert werden sollen.

### Der ideale Beobachter:

Der einzige überzeugende Utilitarismusbeweis stammt vom Vater der modernen Ökonomie, Adam Smith. Es ist die Denkfigur des idealen Beobachters, und diese ist im Wesentlichen eine Übertragung seiner Idee der unsichtbaren Hand des Marktes: Wachsen wir über unseren Egoismus hinaus, so stehen sich beim Abwägen unserer Handlungen zwei konkurrierende, sich im Idealfall ergänzende Kräfte gegenüber: Wohlwollen und Selbstbeherrschung. Wohlwollen ist nötig, um sich in den Anderen einzufühlen, Selbstbeherrschung, um jenen Abstand zu gewinnen, der rationales Handeln erlaubt. Der ideale Beobachter leistet beides, vergleichbar der unsichtbaren Hand des Marktes, die ganz natürlich für das Wohl aller sorgt. Diese Argumentation passt sich gut in eine ökonomisch-liberale Lesart des Utilitarismus ein, welche einen Durchschnittswohlstand schafft, für das Leid der wenigen Bedürftigen aber blind ist, um welche sich die Medizin kümmert. Diese Tendenz ist in unserem Gesundheitswesen feststellbar, was auch damit zu tun hat, dass die Krankenkassen-ökonomie über ihre institutionelle und ideologische Macht den Diskurs in diese Richtung lenkt. Die Folgen:

Kosten-Nutzen-Abwägungen	<b>Problem:</b> Eine vollständige Kosten-Nutzen-Abwägung kann nicht einfach Behandlungskosten zusammenzählen und sie einem medizinischen Nutzen, einer gewonnenen Lebensqualität, gegenüberstellen. Beide Seiten sind komplex, es muss der gesellschaftliche Gesamtnutzen den medizinischen Nettokosten gegenübergestellt werden. Geschieht dies nicht, können Limitationen und andere Rationierungsentscheide kontraproduktive Effekte haben.
QALY-Konzept	<b>Problem:</b> Das Konzept der qualitätsbereinigten Lebensjahre ist nicht nur medizinethisch problematisch (Diskriminierung von Betagten, Behinderten und Mehrfachkranken), sondern kann zu Empfehlungen führen, die auch medizinisch unsinnig sind und deshalb neben Leid auch Mehrkosten verursachen.
Wirtschaftlichkeitsverfahren	<b>Problem:</b> Der Vergleich der Durchschnittskosten kann dazu führen, dass Ärzte, um ihre Durchschnittskosten tief zu halten, möglichst viele Patienten mit möglichst geringen Kosten eher unnötig behandeln und jene wenigen, die hohe Kosten verursachen, weil sie schwerkrank sind, meiden. Die utilitaristische Maximierungsregel, ökonomisch-neoliberal ausgelegt, ist erfüllt, da so die absoluten Kosten steigen und die Durchschnittskosten sinken. Es entsteht aber ein volkswirtschaftlicher Schaden.
Fallpauschalen	<b>Problem:</b> Diagnosebezogene Fallpauschalen können ebenfalls obigen Effekt haben.



Weitere VEMS-Factsheets: [www.vems.ch/fakten-und-standpunkte](http://www.vems.ch/fakten-und-standpunkte)