



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2019

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Stefan Heinemann

Grundlinien eines „Ethikatlas der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“

Auszug aus:

BARMER Gesundheitswesen aktuell 2019 (Seite 146–168)

doi: 10.30433/GWA2019-146

BARMER

Stefan Heinemann

Grundlinien eines „Ethikatlas der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“

Künstliche Intelligenz, Big Data und Co. heilen, kosten Jobs, erschweren den Datenschutz, schaffen eine neue, bessere Medizin, werden überbewertet und bergen Risiken. Wenige Entwicklungsfelder im Gesundheitswesen werden so begeistert und hoffnungsvoll aufgenommen, sorgenvoll kritisiert und kontrovers diskutiert wie die digitale Medizin und Gesundheitswirtschaft. Dabei stehen viele Akteure – von Ärzten, Pflegenden, Managern, Patienten, Angehörigen, Digitalisierungsexperten, Institutionen, von Krankenhäusern, über niedergelassene Praxen, Krankenkassen, Ministerien, Hochschulen und die rahmengebend Verantwortlichen in Politik und Verwaltung – nicht selten und zunehmend vor Fragestellungen neue digitale Technologien in Medizin und Gesundheitswirtschaft betreffend, die sich unter Verweis auf den Rechtsrahmen oder die Wirtschaftlichkeit alleine nicht mehr erledigen lassen. Die Fragen nach dem, was moralisch akzeptabel ist, gesellschaftlich wünschenswert und ethisch ausweisbar, stehen oft nicht mehr nur am Rand – weil es vielleicht irgendwie doch unangenehm ist, nicht darüber zu sprechen, und zudem eine gewisse mediale Angriffsfläche bieten mag. Jene Fragen rücken ins Zentrum. Und mit ihnen ein erkennbarer Bedarf an normativer Einordnung, deskriptiver wie normativer Orientierung und am klärenden Diskurs.

Auf dem Weg zu einem „Ethikatlas der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“

In vielen Jahren, hunderten Veranstaltungen und kaum zählbaren wertvollen, kritischen, aber auch nervtötenden (nicht nur für den Autor) Diskursen war zu lernen, dass „Ethik“ in der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft viel zitiert, aber doch nicht so ernst genommen wird, dass eine gewisse „Normalität“ bei der Beschäftigung mit der Thematik, ja Professionalisierung und Institutionalisierung des Themas spürbar geworden wäre. Die vielen Kolleginnen und Kollegen in Ethikkommissionen und Gremien in Versorgung und Forschung wissen, wie herausfordernd es ist, oft kontroverse, hoch-emotionale Themen wie jene bereits für sich selbst, im Diskurs nach innen und erst recht nach außen verstehbar zu machen, kritikfähig zu halten und anschluss- und handlungsoffen zu gestalten. Kommen neue dynamische Aspekte wie die digitale Transformation hinzu, entstehen zusätzliche Herausforderungen. Eine hinreichende

Zahl an Förderlinien in der Forschung und integrative Teile in der Ausbildung neuer Akteure in Medizin und Gesundheitswirtschaft wird man zudem vergeblich suchen. Meistens wird eben ohne nennenswerte Ressourcen und mit viel Herzblut an „Ethik“ gearbeitet.

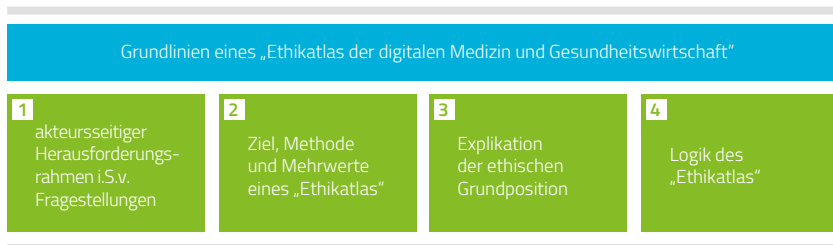
Dabei wächst gleichzeitig in diesem ressourcenschwachen Raum der berechnete Anspruch, die immense Themenbreite digitaler Medizin und Gesundheitswirtschaft sachgerecht, verständlich, aber eben auch und gerade ethisch-gesellschaftlich orientierend dargestellt zu bekommen, um selbst navigationsbefähigt und handlungssicher zu werden.

Dies gilt für eine breitere Öffentlichkeit, die Studierenden, die Patienten – also alles Nicht- oder Noch-Nicht-Profis – genauso wie für Ärzte, Pflegende, Manager in Medizin, Industrie und Krankenkassen und viele weitere Akteure, um selbst in den Diskurs hineinzukommen, Kritik über der Theke üben zu können und selbst Impulse zu setzen. Viele Veranstaltungen suchen mittlerweile in verschiedenen Formaten diese Zugangsformen, Legionen von Podien erzählen die Geschichte jener Suche. Und nicht selten werden dabei klare Einlassungen, ja Begründungen für moralisch gute oder eben gegen schlechte Entwicklungen in der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft weniger goutiert als Metadiskurse über das, was richtig und was falsch ist; nicht mehr, was moralisch richtig oder falsch im konkreten Entscheidungsfall ist. Konsensbildung scheint dabei ebenso wichtig wie ab und an provokativere Aussagen, um das Interesse wach zu halten. Nur, dass es, wie Thomas (2003: 41) richtig ausführt, „[...] keinerlei Konsens [gibt]. Bestenfalls gibt es eine Mehrheit von Trägern bestimmter Überzeugungen oder Meinungen darüber, was richtig oder falsch ist“. Freilich ist dieser Umstand keine Gegenwarts kritik, die nur dem Sachbereich der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft zukäme. Doch erscheint jener hier besonders virulent. Die Flucht in hermetisches Expertentum hilft nicht weiter, Elfenbeintürme sind zudem bei ethischen Diskursen demokratieschädlich.

Es geht also im Folgenden darum,

1. den akteursseitigen Herausforderungsrahmen im Sinne von Fragestellungen beispielhaft abzustecken, in dem sich das Thema „Ethik der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“ aus subjektiver Evidenz des Autors heraus bewegt,
2. deutlich zu machen, dass in der oft schlicht ernüchternden Komplexität der Fragestellungen eine Art „Ethikatlas“ eine sinnvolle Unterstützung für einen klareren Diskurs sein kann, und einen konkreten Vorschlag zur Systematisierung zu machen, welche
3. ihren Begründungshorizont in einer ethischen Grundposition findet, die sich der spätmodernen Hochachtung von deskriptiven über normativen Argumenten mit guten Gründen verweigert – hier kann dazu freilich nur eine sträflich kurze Explikation geleistet werden.
4. Schließlich wird eine Logik des „Ethikatlas“ entsprechend entwickelt.

Abbildung 1: Schematische Elemente der Entwicklung eines „Ethikatlas der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“



Quelle: eigene Darstellung

Klar ist, dass dieser „Ethikatlas“ zunächst in vielem programmatisch bleiben muss und wesentlich vertiefender Ausarbeitung bedarf – aber auch „Ethikatlantent“ fangen klein an.

Akteursseitiger Herausforderungsrahmen im Sinne von Fragestellungen

Wir alle erkranken, erhoffen Heilung, wollen Leiden lindern, vorbeugen

Egal ob digital oder sonst wie. Vielleicht sind wir dabei nicht bereit, jedes Mittel zu akzeptieren, aber doch sehr viele – und einem Patienten, der schwerst erkrankt ist, moderne smarte Therapiepotenziale aus Datenschutzgründen verwehren zu müssen, erscheint schwerlich human. Abwägungen, Diskussionen, gar Streit ist oft das Resultat, denn es geht um nicht weniger als Alles für Alle.

Wir alle – das sind zunächst die Patienten

Wird die smarte Medizin wirklich die bessere Medizin werden, die mehr Wirkung zeigt? Können wir auf mehr Menschlichkeit im digitalen Gesundheitswesen mit guten Gründen hoffen? Wird Spitzenmedizin endlich gerecht verfügbar über finanzielle Potenz und soziale Privilegien hinaus? Werden unsere Rechte respektiert, Daten geschützt werden und gleichzeitig digitale Chancen genutzt?

Wir alle – das sind aber auch die Profis, die Ärzte und Pflegenden

Unterstützt uns die digitale Transformation dabei, eine bessere, menschlichere Medizin zu gestalten und in der realen Versorgung ankommen zu lassen, ohne aus der nicht mehr fürsorgenden Fünf- eine nochmal digital skalierte Zwei-Minuten-Medizin zu machen? Wird unser Beruf nicht teilweise überflüssig, sondern nachhaltig gesund und erfolgreich lebbar und fair bezahlt werden im Zeitalter von Künstlicher Intelligenz in der Medizin? Werden wir als junge Mediziner neue digital ausgerichtete Kompetenzen zu Beginn der Ausbildung zukunftssicher erwerben können oder werden wir von Dr. App abgehängt? Wird das Smart Hospital ein Ort, wo Menschlichkeit und Spitzenmedizin sich gelingend bedingen?

Wir alle – das sind auch die Management- und Verwaltungsakteure in Krankenkassen

Kann die smarte Entwicklung Effizienz befördern und gleichzeitig den Mehrwert im Gesundheitssystem für alle Akteure gerecht steigern oder bleibt es bei der legendären

Ineffizienz und Opazität? Werden die Prozesse endlich sicher, effizient und innovativ oder doch bloß umbenannt, ohne dass sich wirklich etwas ändert?

Wir alle – das sind auch politische Akteure

Können wir die Rahmenbedingungen der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft so strukturieren, dass gleichzeitig wirtschaftlicher Erfolg, gerechte Versorgung und Patientenorientierung sichergestellt werden oder bleibt es bei der klammen Hoffnung auf die nächste Legislatur?

Wir alle – das sind auch Marktteilnehmer aus Industrie und Gründer

Gegen China, die USA und mittlerweile viele andere Nationen und ihre Game Changer im Digital-Health-Bereich anzutreten, wird schon jetzt äußerst schwierig unter den gegebenen Bedingungen in Deutschland. Können wir auf neue Geschäftsmodelle setzen, die gleichzeitig Wettbewerbsvorteile entwickeln, sichern und gesellschaftlich begrüßenswert sind? Lassen sich Gründer finden, fördern und fordern, smarte Geschäftsmodelle für eine smarte Medizin ethisch begrüßenswert und gleichzeitig mit kompetitiven und strategischen Vorteilen zu entwickeln und so für illegitime Modelle die Marktchancen zu verringern?

Diese und mehr beispielhafte Fragestellungen ergeben sich seit Jahren zunehmend und verdichten sich in der Diskussion um die Schicksalsfrage der Medizin und Gesundheitswirtschaft im 21. Jahrhundert: Wird die Versöhnung von Menschlichkeit und Effizienz in der Medizin und Gesundheitswirtschaft durch die digitale Transformation ermöglicht und gelingen oder verhindert und scheitern?

Für beide Erwartungsvarianten gibt es indes prima facie plausible Argumente: Die Digitalisierung als Brandsatz einer Überkommerzialisierung des Gesundheitswesens zu sehen, als Korruption des Ärztestandes und Substitutionsgefahr für medizinische Berufe überhaupt, als kritische Überforderung der Patienten und ohnehin in einer datenökonomisch getriebenen Welt, ist unter Risikogesichtspunkten wenig angezeigt. Die Digitalisierung verschärft in dieser Perspektive das bereits akute Problem der zu-

nehmenden ökonomisch induzierten Dehumanisierung von Medizin und Gesundheitswirtschaft.

Auf der anderen Seite werden nicht selten fokussiert die klassischen Effizienzen angeführt, in einem chronisch disfinanzierten Gesundheitssystem ein wichtiger Faktor. Für dasselbe Geld mehr medizinische Leistung zu erhalten oder für weniger Geld dieselbe Leistung, ist zunächst attraktiv, zudem in der speziell in Deutschland demografisch schlecht aufgestellten Personallandschaft den Druck potenziell zu verringern (man denke an die oft erstaunlich faktenunbeeindruckte Pflegeroboterdebatte) oder auch die gelernten Geschäftsmodelle smart um beispielsweise datengetriebene Disruptionen zu erweitern.

Diese vermeintliche Frontalstellung von letztlich Ethik und Ökonomie sorgt für eine Unwucht bei der Betrachtung von Digitalisierung in Medizin und Gesundheitswirtschaft – in der aktuellen Debatte aber auch prinzipiell. Denn die Digitalisierung ist ein Instrument, eine Art Supertool, mit dem sich, so eine mögliche dritte, vermittelnde Position (die auch der Autor vertritt), möglicherweise viele Ziele gleichzeitig genau dann erreichen lassen, wenn die digitale Transformation in Medizin und Gesundheitswesen ethisch abgesichert gedacht und gemacht wird (ethische Aspekte in der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft unter anderem beispielhaft bei Groß und Schmidt [2018, Gesundheitsapps], Heinemann [2018a, Smart Hospital] oder Marckmann [2016, eHealth], aber auch Heinemann und Matusiewicz [2019], Wiegerling und Heil [2019], Kehl [2018], Friele et al. [2018], Brukamp et al. [2011], Goodman [2015], für die Medizinethik einschlägig ohne Bezug zur Digitalisierung vergleiche Beauchamp und Childress [2001]). Und das bedeutet: den Patienten und seinen Nutzen im Sinne einer klaren Wirkung in den Fokus zu stellen; Empathie, Wohlfühlen, Mitgefühl, Menschlichkeit sind die Felder, in denen die Akteure innerhalb des Systems denn auch legitim, aber auch erfolgreich sein können (denn eine KI ist keine Existenz und weder ethisch noch emphatisch). Jene ethische Absicherung der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft würde so zum einen die Sorgen mildern, beispielsweise das ärztliche Ethos aufzuweichen, zum anderen die Effizienz nicht ausschließlich zur Renditemaximierung nutzen, sondern in mehr Menschlichkeit, mehr „Health Outcome and Patient Experience“ investieren.

Man könnte neben dem gerade in Deutschland erprobten Verfahren einer ethisch ausgerichteten Technikfolgenabschätzung auch an eine Geschäftsmodellfolgenabschätzung denken im Sinne einer Implementation tief im System der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft – also by Design.

Man denke dabei beispielsweise an Gesundheitsdaten als neues Tauschmittel für Patienten, die so weitere zum Beispiel klinische Leistungen erhalten könnten – und sei es einen Parkplatz. Rechtliche Schwierigkeiten mit dem Eigentumsbegriff einmal unbeachtet, geht es dabei wesentlich um die Legitimität der Geschäftsmodelle (Heckmann 2019: 27; Heinemann 2018b) und darum, mit legitimen Modellen den Raum für illegitime Modelle enger zu machen. Nutzen für Patienten entsteht nicht trotz, sondern gerade durch und aus Legitimität. Ebenso lässt sich an Smart Hospitals denken, die in Wohlbefinden, Medizin der Nähe und höchste Standards an beispielsweise KI-gestützter Medizin investieren. Und gerade deswegen auch wirtschaftlich erfolgreich sein werden. In diesem Sinne müssen Patienten erst Kunden werden, was sich nur mit digitalen Technologien erreichen lässt, welche den Patienten ungleich mehr zur klugen Partizipation befähigen werden, als bisherige Ansätze es konnten.

Fragekomplexe dieser Art sind die Regel, sie sind komplex und für die meisten Akteursgruppen zunächst eher herausfordernd. Zumindest, wie erwähnt, dann, wenn es um mehr als bloße Meinungen oder Statements gehen soll, sondern um argumentative Auseinandersetzungen zu hochrelevanten Themen und damit um Themen, die täglich den ethischen Diskurs überholen. Das soll nicht sein und hebt den Sinn von Ethik nahezu auf. Ethik soll gestalten, erst kommen die Fragen, die Reflexionen, dann die Handlungen, Entscheidungen. Zumindest steht es so in guten Ethiklehrbüchern. In der Realität der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft sieht es oft anders aus.

Grundlinien eines „Ethikatlas der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“: Ziele, Methode, Mehrwerte

Bereits die vorstehend formulierte Schicksalsfrage an sich ist hoch voraussetzungsvoll – wieso sollte eine „Versöhnung“ von „Menschlichkeit“ und „Effizienz“ überhaupt ein sinnvolles Ziel sein? Ist diese Versöhnung nicht längst gegeben? Wieso kann oder sollte

die Digitalisierung die Medizin und Gesundheitswirtschaft effizient und menschlich gestalten? Ist die begriffliche Auseinandersetzung allein und im Dialog überhaupt semantisch eindeutig genug oder subjektiv verzerrt? Offenkundig ist ein Dissens deskriptiv im Sinne der Fakten und Rahmenbedingungen, aber auch normativ (im Sinne der Werte oder ethischen Positionen) möglich; so wie in der schlussfolgernden Verbindung von deskriptiven und normativen Aussagen zum Thema. Werden die Themen konkreter, werden es mit ihnen die Fragestellungen. Ist es ethisch wünschenswert, Ärzte und Pflegende durch digitale Technologien nicht bloß zu unterstützen, sondern sie zu ersetzen – und sei es aus Mangel an Personen? Ist es gesellschaftlich akzeptabel, spezifische Kenntnisse der eigenen Gene und entsprechende präventive oder therapeutische Potenziale marktlich anzubieten? Ist Datenschutz ein höheres Gut als Heilung? Sollen wir unseren Todeszeitpunkt statistisch aus bestimmten Gesundheitsdaten ermittelbar machen? Ist eine Patienten-SCHUFA wünschenswert? Sind die bestehenden Gesetze ausreichend, um den ethischen Kern der Medizin zu bewahren und gleichzeitig Innovationen zu fördern? Ist es moralisch richtig, Patienten via digitale Technologien wie beispielsweise Symptom-Checker-Apps wie Ada Health den eigenen Zugang zu validen, aber probabilistischen Systemen zu gewähren, ohne gleichzeitig die entsprechende Aufklärung gewährleisten zu können, sei es durch den Hersteller oder den Staat?

Bei einer solch hohen Komplexität in einem offenkundig hoch dynamischen Thema, was die technologische Entwicklung nicht zuletzt global angeht und auch die sich wandelnden Haltungen der Akteure, kann eine deskriptive, aber eben auch vor allem normative Einordnung – nicht notwendig, aber wenn gewünscht Bewertung – attraktiv sein: Der (zumindest ein) „Ethikatlas“. Es geht also weniger um Fragen nach dem Wer-Was-Wo-Wie tut oder eben nicht im Kontext der „Ethik der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“, sondern vielmehr um eine Einordnung von Fragen und Fragekontexten mit Bezug auf Akteure (deskriptiv), kategoriale Ebenen (Makro, Meso und Mikro) und die Fundamentalrelation von Ethik, Recht und Ökonomie in entscheidungsfinalisierter und damit handlungsorientierter Absicht.

Der Autor hat gemeinsam mit Professor Gerholz von der Otto-Friedrich-Universität Bamberg mit dem CSR-Atlas bereits im Jahr 2012 eine Orientierungsinitiative unter doppelter ministerieller Schirmherrschaft des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen sowie des Ministeriums für Wirtschaft, Energie, Industrie, Mittelstand und Handwerk des Landes NRW inaugurieren. Auch weil eine allzu deutliche normative Auseinandersetzung die Rezeption sicher erschwert hätte und das Ziel des CSR-Atlas in der Gewinnung von Orientierungs- und Gestaltungswissen für die Akteure der Hochschulen beispielsweise bei Kooperationen bestand. Bei einem „Ethikatlas der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“ ist nach Auffassung des Autors auf eine normativ hinterlegte Einordnung kaum zu verzichten, denn die Zielsetzung ist auf die eigentliche inhaltliche Debatte und nicht auf institutionelle Kooperationen ausgerichtet.

Deskriptiv ist bei einem „Ethikatlas für die digitale Medizin und Gesundheitswirtschaft“ im hier verstandenen Angang lediglich im Sinne subjektiver Evidenz die erste Auffassung von Fragestellungsbeispielen aus der Dialogerfahrung des Autors, eine methodisch abgesicherte empirische Erhebung ist ein Desiderat. Mithin werden zwei Orientierungen und entsprechende ableitbare Handlungsfelder eröffnet. Zum einen eine deskriptive im Sinne einer Landkarte über Fragestellungen und Positionen im Diskurs, zweitens eine ebenfalls deskriptive über mögliche Verantwortungsträger und drittens eine normative im Sinne der Forderung nach einer argumentativen Einordnung und damit auch Bewertung.

Explication der ethischen Grundposition

Da es in der Ethik (wie in jeder argumentativ ausweisbaren Überzeugung) entscheidend ist, implizite Voraussetzungen explizit und damit erkennbar und kritisierbar zu machen, wird zudem in der hier gebotenen Knappheit auf den theoretischen Grund der entsprechenden unterliegenden Ansätze eingegangen.

Gleichberechtigt mit der deskriptiven Frage, wer denn welche Erwartung, welche Sorgen mit welchen Argumenten vorbringt und welche Positionen daraus folgen oder zumindest damit kompatibel sind, ist es normativ wesentlich, wie denn nun diese

Argumente als überzeugend ausgezeichnet, Scheinargumente entlarvt und eigene Einordnungen entwickelt werden können. Genau an dieser Stelle wird es herausfordernd. Denn bereits die hier implizit vertretene Auffassung, dass ein argumentativ ausgewiesener Diskurs anderen eher meinungsgetriebenen Formaten vorzuziehen sei, ist erstens selbst begründungsbedürftig und -fähig und baut auf einer bestimmten philosophischen Denktradition in einem nicht autoritativen Sinne auf. Einer Denktradition, die in der Tradition der Aufklärung steht, verstanden als Überzeugung, mit dem Vermögen der Vernunft und einer guten Kenntnis der Welt die Herausforderungen in Diskursen lösen oder zumindest in einen Lösungskorridor führen zu können – einer Denktradition, die angewendet auf die „Ethik“ zu einer bestimmten Form des Verständnisses führt. Zudem impliziert die hier vertretene Auffassung erstens, dass nicht alles Erkennbare und Machbare auch gemacht werden muss im Sinne der Technik und grundsätzlich das quantitative Denken in der Spätmoderne zu einer ersten Gefahr für die „Ethik“ geworden ist; zweitens, wie sich entsprechend der vertretenen Position die drei entscheidungslogisch zentralen Ebenen Ethik, Recht und Ökonomie zueinander verhalten – im konkreten Fall das Zueinander von Medizin und digitaler Technologie.

Ethik ist die Theorie der Moral. Moral ist ein beschreibbares Set von Regeln, die von Mitgliedern einer Gruppe als handlungsleitend akzeptiert werden, aus Einsicht in ihre Legitimität oder aus Sorge vor sozialen Konsequenzen. Das Ziel der Ethik besteht in der Reflexion der Differenz von Sein und Sollen und damit der legitimen Gestaltung von Gegenwart und Zukunft. Ist die über diese deskriptive Ebene prinzipiell hinausgehende systematische Begründung von Normen und deren materialen Gehalten (Werte) gefragt, ist die Ethik gefragt. Einsicht in die Legitimität setzt ethische Reflexionen voraus. Ethik steht zudem in einem engen Verhältnis zur Sphäre des Rechts, ist aber nicht notwendig an Raum, Zeit, Strukturen und Sanktionen gebunden. Zudem gibt es Unrechtssysteme, die sich vor der Ethik zu verantworten haben (entnommen sind die folgenden Passagen in Teilen dem Eintrag des Autors im digitalen „Digital Health Lexikon“ [2019] – Eintrag zur Ethik des Autors).

Ob es so etwas wie „absolut gültige ethische Werte“ gibt, die dem Grunde nach unabhängig von Kulturen oder geschichtlichen Entwicklungen universale Geltung

beanspruchen können, zudem „Sollen“ (Ethik) irreduzibel auf „Sein“ (Fakten) ist und doch in jenem positiv wirken kann, ist in der Geschichte der Philosophie seit jeher wie bereits erwähnt (hoch) umstritten. Es gibt viele „Ethiken“ und bereits der Versuch einer entsprechenden systematischen, nicht nur historischen Einordnung setzt selber wiederum eine Theorie dieser Einordnung voraus. Abbildung 2 organisiert mögliche Positionen entlang des Verhältnisses von „Sein“ und „Sollen“ und den resultierenden Imperativen, Aufforderungen (für nähere Ausführungen Heinemann [2013] sowie grundsätzlich Hösle [1987, 1992, 1993, 1997]; kritisch dazu Lütge [2007]). Für die „Ethik der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“ jedenfalls ist es wesentlich, eine attraktive Ethik zu bestimmen, die die komplexen Fragestellungen adressieren kann. Dies scheint bereits allzu rigoristisch oder relativistisch verfahrenende Programme auszuschließen. „Implikative Imperative“ sind im Rahmen einer kognitiven Ethik ein sehr guter Kandidat zum Umgang mit der faktischen und reflektiven Komplexität (zum Folgenden Heinemann [2013], teils wörtlich). Es kommt also erstens darauf an, nicht eine beliebige, sondern eine angemessene Ethik zu nutzen. Zweitens aber lassen sich entsprechende Fragestellungen eben nicht ohne eine objektive Ethik erledigen. Die These lautet also, dass eine objektive Ethik eine angemessene Grundlage einer „Ethik der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“ darstellt. Denn gerade an einem verhältnismäßig neuen und multidimensionalen Phänomen wie der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft zeigt sich, dass es recht schnell zu Dilemmata-Situationen und zu großen Abwägungsschwierigkeiten kommen kann. Ohne eine, zumindest dem Anspruch nach, objektive „Ethik der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“ sind mehr als endlose Abwägungen nicht zu haben. Natürlich ist auch eine solche Ethik nicht perfekt, denn Menschen bilden in ihr Urteile und Menschen machen Fehler. Aber dem Grunde nach leistet sie den Ausgleich zwischen einer falschen Absolutheit, die keine Ausnahmen mehr anerkennen kann, und einer falschen Relativität, die nur noch Ausnahmen kennt. Zumindest einige wesentliche Grundbegriffe und Kernzusammenhänge seien nachfolgend skizziert. Insbesondere das Verhältnis von Ethik zur Technik (Technikethik), zur Ökonomie (Wirtschaftsethik) und zur Medizin (Medizinethik) prägen die oft komplexen Überlegungen zu einer „Ethik der digitalen Medizin“.

Abbildung 2: Einordnung möglicher ethischer Grundpositionen – Grundbegriffe und Kernzusammenhänge einer objektiven Ethik in Abgrenzung von ihren Alternativen

	Bedingungen		Zweck		Mittel	
	subjektiv	objektiv	relativ	absolut	-	erfolgversprechend +
Kategorischer Imperativ absolute Normen / synthetische Sätze a priori ermöglichen einen begründbaren Universalismus Herausforderungen des formalistischen Rigorismus (Wie können Ausnahmen legitimiert werden?) + -				X	X	
Hypothetischer Imperativ keine absoluten Normen / synthetische Sätze a posteriori erlauben keinen begründbaren Universalismus Herausforderungen des Relativismus (Wie können universelle Grundrechte legitimiert werden?) + -	X	X	X			X
Implikativer Imperativ absolute Normen, die relativ zu objektiven Bedingungen gelten / synthetische Sätze a priori erlauben einen begründbaren Universalismus sowie die Legitimation von Ausnahmen +		X		X		X
Handlungsdimensionen	Analyse – Sein (deskriptiv)		Strategie – Sollen (normativ)		Exekution – Sein (deskriptiv)	
Kernfragen und Erläuterungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liegen subjektive oder subjektive und / oder objektive Bedingungen vor? ▪ Welche Mittel wirken voraussichtlich wie auf was? 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind Zwecke relativ oder absolut? ▪ Nicht alles, was ist, ist so, wie es sein soll. Es gibt Böses in der Welt, aus der bloßen Existenz von etwas kann also nicht dessen Gutheit deduziert werden (Differenz Sein und Sollen, deskriptiv-tischer Fehlschluss). ▪ Aus Sein-Sollens-Differenz folgt allerdings nicht, dass nichts, was ist, ist, wie es sein soll (es gibt Gutes in der Welt, die Identität von Sein und Sollen) und sich die Differenz zwischen Sein und Sollen nicht durch gutes Handeln im konkreten Fall aufheben ließe (fatalistischer Fehlschluss). 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Mittel sind erfolgversprechend zur Realisierung oder Bewahrung der Zwecke? ▪ Sollen setzt Können voraus: Aus Sein-Sollens-Differenz folgt, dass etwas, was sinnvollerweise sein soll, eben sein soll, d.h. auch realisiert werden kann. ▪ Es ist möglich, etwas zu bewegen, aber nicht alles, was bewegt werden kann, ist auch gesollt. ▪ Die Welt ist so, wie sie ist, weil ich in ihr tun kann, was ich tun soll. 	

Quelle: Heinemann 2013: 81, verändert

„Ethik“ ist mithin eine Wissenschaft und eine Disziplin der Philosophie (zum folgenden Teil wörtlich Heinemann [2019a]), diese systematische Einordnung hat freilich auch historische Wurzeln. Diese Wurzeln sind allerdings durchaus vielgestaltig und nicht nur mit Bezug zu einer bestimmten wissenschaftslogischen Einordnung verwendet worden, bei Aristoteles ging es beispielsweise um die gute Lebensführung, die unter den gegebenen Umständen zum Glück führt. Aber auch die kollektive Ebene einer gemeinsamen sittlichen Lebensgestaltung hat den Begriff geprägt, dieser Akzent findet sich in theologischen Moraltheorien. Jede wesentliche philosophiehistorische Epoche – Griechische Klassik, Hellenismus, Mittelalter, Neuzeit (nach Höhle, es gibt viele weitere Möglichkeiten, die Geschichte der Philosophie zu systematisieren) – hat eigene Zugänge zur Reflexion auf die mehr oder weniger stark empfundene Differenz von Sein und Sollen entwickelt. Dabei spielten in der Zeit nach der Neuzeit, also der Moderne und heute Spätmoderne, Kategorien wie Emotionen, Interessen und Kommunikation eine zunehmend stärkere Rolle.

Die Ethik der Medizin hat dabei eine ebenso lange Tradition, insbesondere die Rolle von Arzt und Pflegenden im Verhältnis zu ihren Patienten, die gerechte Leistungsverteilung im Versorgungssystem, „Rote Linien“ für die medizinische Forschung, besonders die technologischen Entwicklungen in der Medizin wurden entsprechend reflektiert.

Eine „Ethik der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“ ist erst im Entstehen begriffen. Hier sind konkretisierend insbesondere Fragen nach Daten (Souveränität, Eigentum, Verwendung, Nutzen, Geschäftsmodelle, Sicherheit, Privatheit), neuen technologischen Anwendungen (KI in der Medizin, Robotik, Genomics, virtual reality), der Rolle der Ärzte und Pflegenden (Driver Seat oder Co-Pilot?) und der neuen Rolle der Patienten (digital enabled, aufgeklärt, Kunde) sowie der Ethik für „Smart Hospitals“ thematisch.

Auffällig ist hier wie gesehen im Sinne einer objektiven Ethik, dass die ethische Kompetenz zwar begründungsseitig ohne Fakten auskommt, aber nicht konklusionsseitig. Von Fakten (Sein) lässt sich logisch eben gerade nicht auf Werte (Sollen) schließen (Hume, Kant, Moore), allerdings sind ohne materiale Kenntnisse ethische Normen nur

fader, abstrakter Moralismus, zudem impliziert Sollen prinzipiell Können. Übertragen auf die „Ethik der digitalen Medizin“ bedeutet dies, dass die intensive Beschäftigung mit den neuen technologischen Möglichkeiten wesentlich ist. Ethik darf nicht zu spät kommen, sie soll Zukunft positiv gestalten. Ethik zeichnet sich also durch aktuell (und wohl auch prinzipiell) nicht algorithmierbare Reflexions- und insbesondere Urteils-kompetenzen aus. Im Bereich der smarten Medizin (und generell der digitalen Gesundheitswirtschaft) kommt es darauf an, zunächst überhaupt einmal die richtigen Fragen zu stellen, welche später dem argumentativen Diskurs über mögliche Antworten zugeführt werden. Daher die zuvor vorgestellten Fragekomplexe im Sinne eines „Ethikatlas“.

Im eHealth-Bereich wird aktuell in diversen Gremien und Verbänden (beispielsweise der Datenethikkommission des BMI, der High-Level Expert Group on Artificial Intelligence der EU-Kommission) und in der Forschung über die Grundsätze und Anwendungsformen einer „Ethik der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“ diskutiert.

Logik des „Ethikatlas“

„Grundlinien“ klingt bereits nach methodischer und ergebnisseitiger Bescheidenheit und das soll auch so sein. Was unternommen wird, ist wie gesagt bloß der Versuch, überblicksartig erste deskriptive Informationen zu liefern und normative Orientierungspunkte zu setzen, die vielleicht gestaltungsvorbereitende Reflexionen ermöglichen, vom Grundsatz her für jeden Akteur innerhalb des Gesundheitswesens oder auch in der breiteren Öffentlichkeit. Es geht beim in Rede stehenden „Ethikatlas“ um ein Instrument, welches eigene Überzeugungen hinterfragen hilft, Einordnungen von Diskursen erleichtert oder Fragestellungen in den Kontext stellt für individuelle Akteure (Mikro), Institutionen (Meso) und rahmengebende Systeme (Makro). Unter Logik soll hier die innere Struktur und Systematik des „Ethikatlas“ verstanden werden.

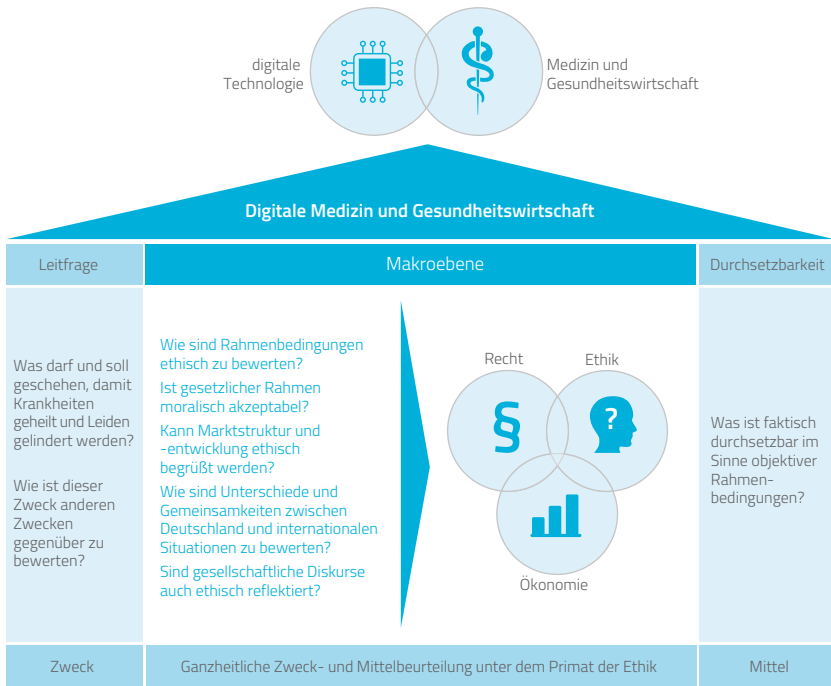
Dabei geht es einerseits um eine systematische Heuristik im Sinne einer Ideengebung für das Stellen möglicher sinnvoller Fragen im ethischen Kontext für verschiedene Akteure, andererseits um beispielgebende Fälle in den gegenständlichen systematisierenden Dimensionen Ethik, Recht, Ökonomie auf der Makro-, Meso- und Mikroebene jeweils für sich, aber auch im Verhältnis zueinander.

Um es deutlich zu machen: Weder wird hier eine ausgearbeitete „Ethik der digitalen Medizin“ vorgetragen (noch hat der Autor jene bisher erarbeitet) noch ein Anspruch auf mehr als einen ersten Entwurf eines „Ethikatlas“ angeboten, der zum Mit-, Weiterdenken, Kritisieren und Entwickeln Anlass geben mag. Wenn diese Rezeption erreicht würde, wäre dies mehr als zu hoffen steht.

Die Ebenen Makro, Meso und Mikro zu unterscheiden im Kontext der ethischen Differenzierung nach zuschreibenden Verantwortungsbereichen, ist gängig (Enderle 1988; Heinemann und Miggelbrink 2011), wobei es im „Ethikatlas der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“ primär um Einordnung geht im Sinne von Fragestellungen – aber auch die bewertende Zuschreibung von Verantwortlichkeiten ergibt in dieser Systematik Sinn.

Die Makroebene umfasst dabei die Rahmenbedingungen wie die Wirtschaftsordnung, regulative Rahmen wie beispielsweise SGB V oder das neue Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) (Ende des Jahres 2019 dürfte der zweite Durchgang im Bundesrat zum Inkrafttreten in 2020 führen), aber auch die exogene Markt- und Wettbewerbsdimension wie die Innovationsbewegungen von Spielern wie Amazon, Alphabet, Apple, Microsoft, Facebook, aber auch Tencent, Alibaba, national und global. Akteure in diesem Bereich sind Staaten, aber auch weitere transnationale Organisationen wie die WHO oder die EU-Kommission.

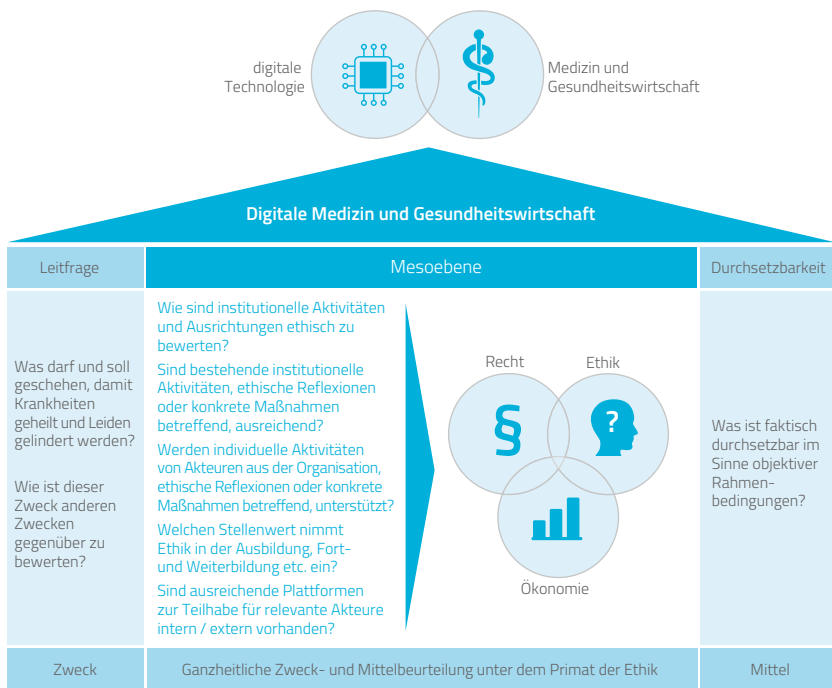
Abbildung 3: Beispielhafte Fragestellungen auf der Makroebene



Quelle: eigene Darstellung

Auf der Mesoebene geht es um das ethische Handeln der Institutionen und deren organisationelle Aufstellung: privatwirtschaftliche Unternehmen beispielsweise der Gesundheitsversorgung, öffentliche Institutionen wie öffentliche Krankenhäuser, eHealth-Start-Ups oder NGO. Inwieweit Organisationen, nicht nur deren individuelle Akteure, im emphatischen Sinne moralisch Handeln können, ist dabei durchaus strittig.

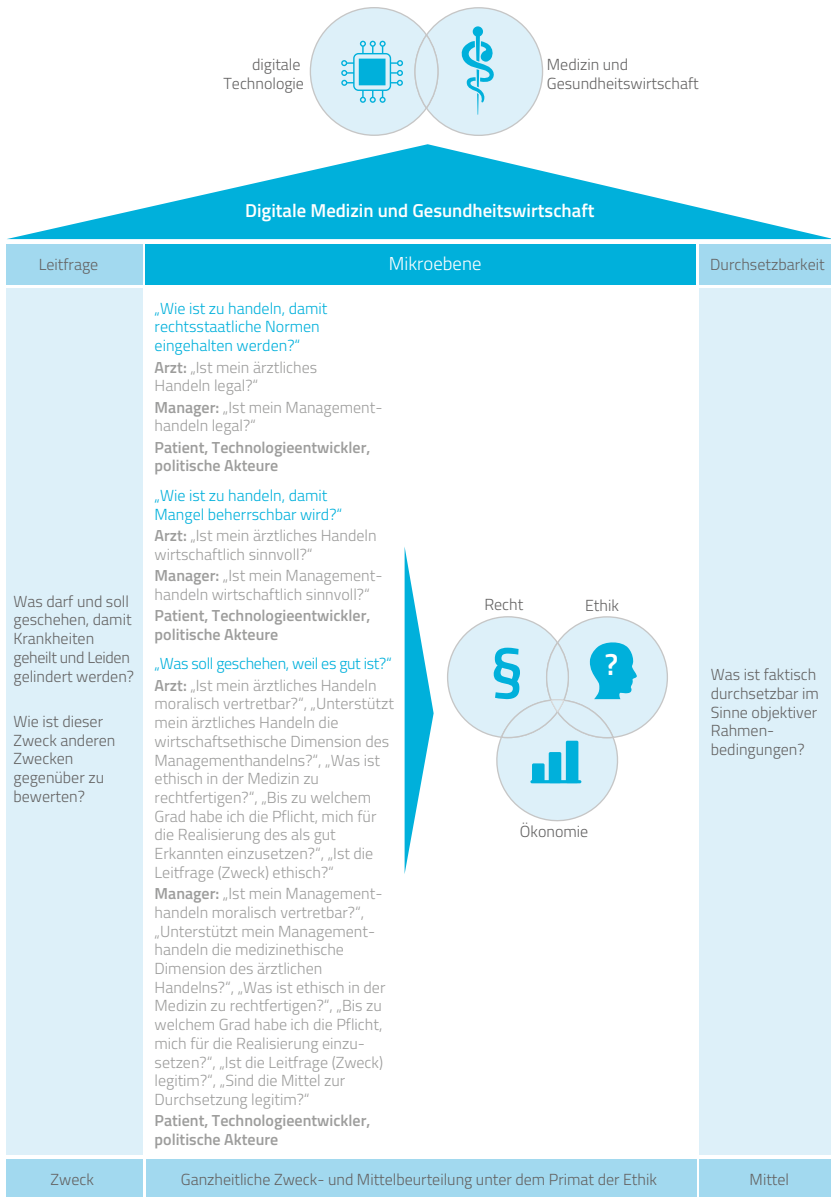
Abbildung 4: Beispielhafte Fragestellungen auf der Mesoebene



Quelle: eigene Darstellung

Schließlich ist die Mikroebene beachtlich und am konkretesten für die meisten Diskurs-teilnehmer – denn es geht um die individuellen Akteure wie Ärzte, Patienten, Angehörige, Pflegende, Manager, Industrievertreter, Technologieentwickler und deren ethisches Handeln.

Abbildung 5: Beispielhafte Fragestellungen auf der Mikroebene



Quelle: eigene Darstellung

Es erhellt nach Auffassung des Autors, dass diese Systematisierung auch für eine „Ethik der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“ im Sinne eines „Ethikatlas“ die entsprechenden Fragestellungen zu evozieren oder zu ordnen vermag. Freilich sind die einzelnen Ebenen je nach Fall mehr oder weniger voneinander abhängig, trotzdem bleibt die Funktionalität erhalten. Neben den empirisch aufgerafften Fragestellungen und entsprechenden Akteuren gibt es durch diese Systematik der Differenzierung in Makro, Meso und Mikro zudem eine sinnvolle Möglichkeit zur Clusterung für die vielen unterschiedlichen Akteure und ihre Position im System. Sie sind alle Teil der Mikroebene, während beispielsweise Gremien als institutionalisierte Formen der Mesoebene zuzurechnen sind und beispielsweise entsprechende digitale Medizin und Gesundheitswirtschaft betreffende Gesetze der Makroebene.

Relevanz für die Praxis

Handeln ist ein Ursprung, der nicht ohne pragmatischen Selbstwiderspruch negiert werden kann – und wo gehandelt, entschieden, diskutiert wird, ist die Reflexion auf die realen Überzeugungen, Werte und Haltung essenziell, wenn es um digitale Medizin und eine moderne Gesundheitswirtschaft geht. Daher ist eine entsprechende Einordnungsunterstützung Diskursanregung, Ideenimpulsgebung oder Kritikquelle an jener vielleicht ein sinnvolles Element mit Praxisrelevanz. Ein Element im stetig wachsenden Diskurs unterschiedlichster Akteure über Größen und Grenzen der modernen Medizin. Auch institutionell wird diese Relevanz – vereinzelt, noch nicht in der Breite – erkannt. Beispielhaft kann auf den Umgang der Universitätsmedizin Essen als einem der großen Supramaximalversorger in Deutschland und die dort inaugurierte Initiative der Ethik-Ellipse Smart Hospital verwiesen werden, die in enger Kooperation mit den bestehenden Gremien (in der Krankenversorgung das KEK Klinische Ethik-Komitee und der Forschung und Lehre das Ethik-Komitee der medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen) Diskurse zu verschiedensten Themen zur „Ethik der digitalen Medizin“ intern und extern führt (Werner und Heinemann 2019; Heinemann 2018a).

Eine „Ethik der digitalen Medizin und Gesundheitswirtschaft“ ist wichtig; ohne moralische Fragen, offene Diskurse und ein Dranbleiben an den neuesten technologischen Entwicklungen lassen sich gesellschaftliche Folgen, ethische Herausforderungen und

ein gelingendes Zukunftsmodell schwerlich entwickeln. Auch wenn noch keine ausgearbeitete Ethik vorliegt, ist doch die heuristische Befassung mit Fragehorizonten gewinnbringend in einem schwer zu strukturierenden komplexen Feld aus Technik, Medizin, Ethik, Recht und Ökonomie auf Marko-, Meso- und Mikrolevel mit verschiedenen Akteuren in verschiedenen Konstellationen.

Literatur

- Beauchamp, T. L. und Childress, J. F. (2001): Principles of biomedical ethics. New York.
- Brukamp, K., Laryionava, K. und Schweikardt, C. (Hrsg.) (2011): Technisierte Medizin - Dehumanisierte Medizin? Ethische, rechtliche und soziale Aspekte neuer Medizintechnologien. Kassel.
- Enderle, G. (1987): Ethik als unternehmerische Herausforderung. In: SZfbF, 6 (41). S. 433–450.
- Friele, M., Schmitz-Luhn, B. und Woopen, C. (2018): Medizin 4.0 – Ethik im digitalen Gesundheitswesen – Ethik Med (2018) 30: 87. doi: 10.1007/s00481-018-0480-1.
- Goodman, K. W. (2015): Ethics, Medicine, and Information Technology – Intelligent Machines and the Transformation of Health Care. Cambridge.
- Groß, D. und Schmidt, M. (2018): E-Health und Gesundheitsapps aus medizinethischer Sicht. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 61 (3). S. 349–357. doi: 10.1007/s00103-018-2697-z.
- Heckmann, D. (2019): Datenverwertung und Datenethik. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) – Datenökonomie 69. Jahrgang, 24–26/2019, 11. Juni 2019. S. 22–27.
- Heinemann, S. und Miggelbrink, R. (2011): Medizinethik für Ärzte und Manager. In: Thielscher, C. (Hrsg.): Medizinökonomie. Berlin. S. 107–143.
- Heinemann, S. (2013): Godmode? Überlegungen zu Grundfragen und Perspektiven einer Videogamesethik. In: Compagna, D. und Derpmann, S. (Hrsg.): Soziologische Perspektiven auf Digitale Spiele. Wiesbaden. S. 67–94.
- Heinemann, S. (2018a): Smart hospital ethics – Starting the dialogue. In: Health-Management.org. Volume 18, Issue 3. S. 174–177.
- Heinemann, S. (2018b): Data Power to the Patients! Patient-driven Data Business, not data-driven Patient-Business. Stefan Heinemann CEJ 2018, Volume 4, Number 2. S. 51–61.
- Heinemann, S. (2019a): Ethik der digitalen Medizin. In: Digital Health Lexikon, online unter: <https://www.hcm-magazin.de/ethik-der-digitalen-medizin/150/31919/389270> (Download am 4. September 2019).

- Heinemann, S. (2019b): Nur noch KI kann uns heilen!(?) – Künstliche Intelligenz in der Medizin als Deus ex machina, Grands recits nouveaux oder Supertool? In: Der Urologe 2019 Volume 58, Issue 9. S.1007–1015.
- Heinemann, S. und Matusiewicz, D. (Hrsg.) (2019): Digitalisierung und Ethik in Medizin und Gesundheitswesen. Berlin (im Erscheinen).
- Hösle, V. (1987): Begründungsfragen des objektiven Idealismus. In: Forum für Philosophie Bad Homburg (Hrsg.): Philosophie und Begründung. Frankfurt a. M. S.212–267.
- Hösle, V. (1992): Praktische Philosophie in der modernen Welt. München.
- Hösle, V. (1993): Die Krise der Gegenwart und die Verantwortung der Philosophie. München.
- Hösle, V. (1997): Moral und Politik. Grundlagen einer Politischen Ethik für das 21. Jahrhundert. München.
- Kehl, C. (2018): Wege zu verantwortungsvoller Forschung und Entwicklung im Bereich der Pflegerobotik: Die ambivalente Rolle der Ethik. In: Bendel, O. (Hrsg.): Pflege-roboter. Wiesbaden.
- Lütge, C. (2007): Was hält eine Gesellschaft zusammen?: Ethik im Zeitalter der Globalisierung. Tübingen.
- Marckmann G. (2016): Ethische Aspekte von eHealth. In: Fischer, F. und Krämer, A. (Hrsg.): eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen. Berlin. S. 83–99.
- Thomas, H. (2003): Ethische Aspekte. In: Berger, A. und Hierner, R. (Hrsg.): Plastische Chirurgie. Berlin.
- Werner, J. A. und Heinemann, S. (2019): Zur Menschlichkeit als Kern des Smart Hospital (im Erscheinen). In: Heinemann, S. und Matusiewicz, D. (Hrsg.) (2019c): Digitalisierung und Ethik in Medizin und Gesundheitswesen. Berlin.
- Wiegerling, K. und Heil, R. (2019): Gesellschaftliche und ethische Folgen der digitalen Transformation des Gesundheitswesens. In: Haring, R. (Hrsg.): Gesundheit digital. Perspektiven zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. Berlin. S. 213–227, doi: 10.1007/978-3-662-57611-3_12.