
V. Fallbeispiele aus der klinischen Praxis

Carsten Johannes Krones, Stefan Willis

Fall 1

Auf das Dach eines brennenden Hotelhochhauses haben sich vor den Flammen drei Menschen gerettet, die durch das Aufsteigen des Brandes nun zunehmend gefährdet sind. Sie zeigen die Zeichen einer beginnenden Rauchvergiftung und müssen dringend geborgen werden. In dieser Situation steht nur ein kleiner Rettungshubschrauber zur Verfügung, der jeweils nur einen Patienten aufnehmen und notärztlich betreuen kann. Andere Rettungsmöglichkeiten stehen nicht zur Verfügung. Wegen der Zunahme des Brandes ist davon auszugehen, dass insgesamt maximal zwei, wahrscheinlich aber nur ein Anflug möglich ist. In dieser Situation steht der Notarzt vor der Entscheidung der Triage zwischen den drei Eingeschlossenen. Sie konnten anhand des vorliegenden Gästeverzeichnisses des Hotels identifiziert werden. Demnach handelt es sich bei den drei Personen um einen 22-jährigen ledigen Bundeswehrsoldaten mit zweijähriger Alkoholanamnese, einen 48-jährigen Diplom-Ingenieur, Familienvater mit vier Kindern und um einen 76-jährigen, rüstigen pensionierten Zahnarzt, Witwer, zweifacher Vater und sechsfacher Großvater. Der Notarzt sieht sich außerstande, vor Ort alleine zu entscheiden, welche der drei Personen er zuerst und ggf. als einzige erretten soll. Aus diesem Grunde fordert er vom Einsatzleiter eine Reihung der Personen zur Durchführung der Rettungsmaßnahme.

Frage zur Diskussion: In welcher Reihenfolge sollen die Gäste gerettet werden?

Höfling

Zu Fall 1 möchte ich eine Sachverhaltskonkretisierung vornehmen und drei kurze Anmerkungen machen:

Zunächst: Ich verstehe den Sachverhalt so, dass keiner der drei Eingeschlossenen allein wegen seines körperlichen Zustandes eine geringere Chance hat, eine Rettungsaktion zu überstehen. Wenn diese Prämisse stimmt, kann man *nicht* von einer klassischen Triage im katastrophenmedizinischen Sinne sprechen: Alle drei haben die gleiche Überlebenschance.

Nunmehr drei Anmerkungen:

(1) Tragische Entscheidungssituationen beschäftigen Philosophie, Rechtsphilosophie und Rechtsdogmatik seit mehr als 2000 Jahren. Ein „Urbeispiel“ einer solchen Situation, in der einer Person nur die Wahl zwischen Verhaltensoptionen bleibt, die gleichermaßen gut und schlecht sind, ist das sog. Brett des Carneades, an das sich zwei Schiffbrüchige klammern, das aber nur einen zu tragen vermag. Diese dem griechischen Philosophen Carneades von Kyrene (der 219–129 v. Chr. lebte und die von Platon gegründete Athener Akademie leitete) zugeschriebene Konstruktion ist vielfach variiert und analysiert worden und wird in der Strafrechtsdogmatik bis heute scharfsinnig und kontrovers diskutiert.¹

(2) Das will und kann ich nicht nachzeichnen. Für unseren Fall aber kann man vereinfachend zusammenfassen: Es handelt sich – strafrechtlich betrachtet – um einen Fall der sog. rechtfertigenden Pflichtenkollision² (im engeren Sinne), in der zwei oder mehr koinzidierende Pflichten (hier: Rettungspflichten) in einer konkreten Situation in einem solchen Verhältnis zueinander stehen, dass die Erfüllung einer der Pflichten zugleich die Nichterfüllung einer der anderen Pflichten bedeutet. Da aber die Rechtsordnung ein gänzlich Untätigbleiben des Pflichtenadressaten im

Interesse des Schutzes der betroffenen Rechtsgüter (hier: Leben) nicht hinnehmen kann,³ der „Retter“ also im normativen Sinne handeln *soll*, verlangt sie von ihm lediglich eine Auswahl unter den möglichen Handlungsalternativen. Insoweit wirkt die beliebige Befolgung einer Pflicht als Rechtfertigungsgrund (so die h. M.) für die Nichterfüllung der anderen Pflichten.

(3) Von einer derartigen echten, materiellen Handlungspflichtenkollision kann man aber nur sprechen, wenn die zusammentreffenden Pflichten wirklich gleichrangig sind. Für das Rechtsgut „Leben“ ist dies nicht nur strafrechtlich weitgehend anerkannt, sondern vor allem auch verfassungsrechtlich vorgegeben. Hier treffen sich gleichsam die Würdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG und der allgemeine Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG: Eine Gewährleistungsebene der Menschenwürdenorm ist die elementare Basisgleichheit aller. Und andererseits: Art. 3 Abs. 1 GG garantiert Statusgleichheit im Sinne eines gleichen Anspruchs eines jeden auf existentielle Dazugehörigkeit zur Solidargemeinschaft des Staates.⁴

Daraus folgt: Der Einsatzleiter kann (und sollte aus Praktikabilitäts Erwägungen) dem Notarzt die freie Entscheidung überlassen. Er darf jedenfalls nicht eine bestimmte Person von vornherein selektieren, um so die Konstellation der Pflichtenkollision „aufzuheben“. Erst recht ist es ausgeschlossen, durch generalisierende Regelungen Lösungsmuster zu formulieren.

Anmerkungen

¹ Vgl. dazu etwa *Aichele, Alexander*: Was ist und wozu taugt das Brett des Carneades? In: *Jahrbuch für Recht und Ethik* 11 (2003), S. 241.

² Dazu kritisch *Gropp, Walter*: Die „Pflichtenkollision“: Weder eine Kollision von Pflichten noch Pflichten in Kollision. In: *Festschrift Hirsch* 1999, S. 207f.

³ Das ist allerdings durchaus nicht völlig unstrittig.

⁴ Dazu *Kirchhof, Paul*: Der allgemeine Gleichheitssatz. In: Isensee / Kirchhof (Hrsg.): Handbuch des Staatsrechts. Bd. 5. 1992, § 124 Rn. 199.

Landau

Lösung: Der Notarzt muss im vorliegenden Fall selbst entscheiden, welche Person er rettet. Die Rechtsordnung kennt keine Reihenfolge der zu rettenden Gäste.

Begründung: Strafrechtlich erfüllt das Verhalten des Notarztes den Tatbestand eines Tötungsdelikts durch Unterlassen aufgrund Garantenstellung, wenn infolge der Entscheidung des Arztes zwei Personen sterben müssen. Außerhalb von Notarzt- und Bereitschaftsdienst ist der Straftatbestand der unterlassenen Hilfeleistung nach § 323 c StGB einschlägig.

Der Notarzt verwirklicht zwar den Tatbestand der genannten Delikte, er handelt aber nicht rechtswidrig, wenn er nur eine Person rettet. Hier liegt ein Fall der außergesetzlichen, als Rechtsinstitut unbestrittenen „rechtfertigenden Pflichtenkollision“ vor. Darunter versteht man den Widerstreit zweier (oder mehrerer) Handlungspflichten, von denen nur eine erfüllt werden kann.

Zwar gibt es in der juristischen Literatur Auffassungen, die meinen, bei der Kollision gleichwertiger Handlungspflichten verhalte sich der Pflichtige unabhängig davon rechtswidrig, ob er die eine oder andere Pflicht erfülle. Dies ist aber nicht richtig, da die Einstufung als rechtswidrig immer voraussetzt, dass wenigstens die theoretische Alternative eines rechtmäßigen Verhaltens bestanden hat.

Weil menschliches Leben nicht gegeneinander abgewogen werden kann, wird dem Notarzt weder von der

Rechtsordnung noch von seinem Einsatzleiter eine verbindliche Reihenfolge der zu rettenden Patienten vorgegeben.

Die Würde des Menschen und sein Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit bleibt durch unbeeinflussbare persönliche Merkmale wie Jugend oder Alter, Gesundheit oder Krankheit, gesellschaftliche Stellung und Wertschätzung etc. unberührt. Keinesfalls ist es so, dass der 48-jährige Vater von vier Kindern dem ledigen und alkoholkranken Soldaten vorgezogen werden müsste. Genauso wenig ist jener von Rechts wegen vor dem pensionierten Zahnarzt zu retten.

Die Rechtsordnung verlangt noch nicht einmal, dass die Entscheidung auf „moralisch billigen Motiven“ beruht.

Dabei soll es bleiben!

Literatur: Roxin: Strafrecht – Allgemeiner Teil, Band 1, 2. Auflage, München 1994, § 16 D; Schönke / Schröder-Lenckner: Kommentar zum Strafgesetzbuch, 25. Auflage, Vorbem. § 32f., Rdz. 71f.

Schuster

Die Auffassung, dass Alter qua Alter ein Grund sei, medizinische Leistungen vorzuenthalten, widerspricht in Deutschland ärztlichem Standesethos wie auch ärztlichem Recht. Aufgrund des Alters allein darf niemandem eine medizinische Leistung vorenthalten werden. Dafür gibt es gewichtige ethische Argumente, die in Ethos wie Recht ihren Niederschlag gefunden haben. Das Lebensrecht ist unteilbar.

Aus ethischer Sicht stellt die Frage, ob das Alter ein *medizinisches Kriterium* für die Beschränkung bzw. den Verzicht auf bestimmte medizinische Maßnahmen sein kann,

kein besonderes Problem dar. Denn zunächst muss die Medizin aus ihrer Sicht Gründe benennen, die für eine etwaige Beschränkung der medizinischen Behandlung sprechen.

Zum Fall 1

In einer solchen Situation besteht die erste moralische Pflicht darin, so viele Menschen zu retten, wie möglich, in diesem Falle also maximal zwei. *Ultra posse nemo tenetur*, d. h. niemand ist moralisch verpflichtet, Leistungen zu vollbringen, die über sein Können in einer gegebenen Situation hinausgehen. Der Notarzt kann in der geschilderten Situation nicht nach medizinischen Gesichtspunkten entscheiden, da die drei Personen sich in der gleichen lebensbedrohenden Lage befinden. Mit anderen Worten: Eine Triage im medizinischen Sinne liegt nicht vor. Es kann folglich nur eine Entscheidung getroffen werden, die andere moralisch relevante Gesichtspunkte berücksichtigt. Unter der Rücksicht der Prinzipien der Menschenwürde wie des Lebensrechts gibt es keine Unterschiede zwischen den drei sich in höchster Gefahr befindenden Personen; insofern bieten beide Prinzipien in diesem Fall auch kein hinreichendes Kriterium zur Entscheidung.

Die „Qual der Wahl“ besteht in diesem Fall zwischen dem Bundeswehrsoldaten und dem Zahnarzt. Denn der 48-jährige Diplom-Ingenieur wäre nach Kriterien der Gerechtigkeit als Erster zu retten, da er als Vater von vier Kindern für eine große Familie Verantwortung trägt (vgl. das Beispiel von Maximilian Kolbe, der allerdings freiwillig anstelle eines Familienvaters in den Hungerbunker ging und dort starb). Das ist weder beim Bundeswehrsoldaten noch beim Zahnarzt der Fall, denn dessen Kinder und Enkelkinder scheinen versorgt zu sein. Die Tatsache, dass beim Soldaten eine zweijährige Alkoholanamnese vorliegt, sowie der Hinweis, dass der Zahnarzt mit seinen 76 Jahren noch

rüstig ist, sind in dieser Situation keine moralisch relevanten Sachverhalte, denn es geht weder um eine moralische Bewertung der Person noch um die außermoralische Frage der Bewertung persönlicher Fitness. Ich neige dazu – ich drücke mich bewusst vorsichtig aus –, in diesem Falle dem jungen Soldaten den Vorzug zu geben, da er nach menschlichem Ermessen das Leben noch vor sich hat, während der Zahnarzt bereits 76 Jahre alt ist. Sollte jemand in der gegebenen Situation eine Losentscheidung vorziehen, würde dies m. E. die Delegation der Entscheidung an den Zufall bedeuten.

Erlinger

Die Stellungnahme „Aus der Sicht des Journalisten“ stellt insofern ein Problem dar, als der Journalist ja möglichst umfassend und neutral informieren und bewerten sollte und deshalb eigentlich alle anderen Aspekte mit aufnehmen müsste. Um hier einen eigenständigen, sich unterscheidenden Diskussionsbeitrag zu leisten, will ich deshalb versuchen, die spezielle Position der Massenmedien sowie deren mögliche Reaktionen und Einordnungen zu skizzieren.

Zum Fall zunächst eine andere Geschichte. In diesem Sommer ereignete sich in einem Autobahntunnel in München ein folgenschwerer Unfall, bei dem zwei Menschen ums Leben kamen und vier zum Teil schwerst verletzt wurden. Im Lokalteil der Süddeutschen Zeitung erschien zu diesem Unfall ein größerer Bericht mit einer Computergrafik und einem Experteninterview zum richtigen Verhalten bei einem Unfall im Tunnel. Überschriften war der Artikel mit: „Schwangere stirbt bei Unfall im Allacher Tunnel“. Erst die Unterüberschrift verrät das wahre Ausmaß: „Lastwagen fährt auf das Ende eines Staus auf – zwei

Tote und vier Schwerverletzte in der Nacht zum Freitag“. Und im Text dann, dass das eine Opfer ein 21-Jähriger war, der den Unfall wahrscheinlich verursacht hat, das andere die 23-jährige Schwangere.

Was kann man also aus dieser Überschriftengestaltung erkennen? Nun ist die Süddeutsche nicht als reißerisches Boulevardblatt bekannt, eine bewusste Manipulation des Inhalts in Richtung größtmöglichen Publikumserfolgs sollte man daher ausschließen können. Es sollte wohl das größte Unglück genannt werden. Die Zahl (Tod von Mutter und Kind) kann es nicht gewesen sein, denn ein Toter wurde stattdessen unterschlagen. Auch nicht das Alter, denn der 21-Jährige war jünger. Ich glaube, dahinter steckt die zerstörte Hoffnung. Die Schwangere ist der Inbegriff von Erwartung und Hoffnung (so auch die alten Bezeichnungen für Schwangere). Diese wurden zerstört. Andererseits ist die Wahl der Überschrift schon auch auf das Publikumsinteresse gerichtet. Vielleicht könnte man dann daraus sogar eine Art gesellschaftlichen Konsens in dieser Richtung ableiten. Insofern wäre es falsch, diesen Auswahlgesichtspunkt nur kritisch zu sehen.

Versucht man nun, diese Erkenntnisse oder Vermutungen auf den Fall anzuwenden, so wird wohl das mediale Entsetzen beim Familienvater das größte sein. Die Überschrift würde lauten: „Familienvater verbrannt“ oder gar „Vierfacher Vater verbrannt“. Von weiteren Schlagzeilen, wie etwa „Sie machte das Feuer zu Waisen“ und dazu ein Foto mit vier Kindern, einmal ganz abgesehen. Bei dem 48-Jährigen ist das Schicksal einer ganzen Familie betroffen, bei dem Soldaten nur er selbst. Bei dem 76-Jährigen wird zwar auch eine Familie betroffen, aber nicht in existentieller Hinsicht. Aus medialer Sicht wäre der Tod des 48-jährigen Familienvaters das größte Unglück.

Krones

Zur ärztlichen Beurteilung von Fall I sollte man zunächst verschiedene Begriffsdefinitionen vorausschicken. Gefragt ist im konkreten Fall eine medizinische Triage. Folgt man der Definition des Dudens, so handelt es sich hierbei im eigentlichen Sinne um ein „Auslesen“.¹ Folgt man der etwas genaueren Beschreibung des Standardwerks der klinischen Wörterbücher, dem Pschyrembel², dann handelt es sich bei der medizinischen Triage um eine Zuordnung zu Gruppen bzw. ein Einteilen z. B. von Verletzten unter z. B. Kriegs- oder Katastrophenbedingungen bei nicht hinreichend gewährleisteter medizinischer Versorgung nach zunehmender Verletzungsschwere. Ziel ist dabei, verfügbare Behandlungskapazitäten den Patienten bevorzugt zukommen zu lassen, deren Überlebenschancen durch die Behandlung am wahrscheinlichsten verbessert werden kann. Unter diesen sehr nüchternen Vorbedingungen lässt sich die Frage der Reihung der Person relativ eindeutig beantworten. Auch mit seiner Alkoholanamnese wird der 22-jährige, ledige Bundeswehrsoldat im Vergleich zum 48-jährigen Familienvater und dem 76-jährigen rüstigen Witwer aufgrund seiner biologischen Ressourcen sowie seiner Jugend mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die größten Überlebenschancen besitzen. Beurteilt man den Fall allein nach diesen Kriterien, so sollte medizinisch der Bundeswehrsoldat als erster gerettet werden. Tatsächlich ist aus verschiedenen Gründen aber eine einfache medizinische Triage in einem solchen Fall in der Praxis kaum durchführbar. Stellt man sich den tatsächlichen Ablauf vor – Hubschrauberanflug, Landung auf engem Raum unter großem Stress, Rauchentwicklung, dauerhafter Lärm durch die Rotorblätter, Löschversuche am Hotel –, so ist durchaus vorstellbar, dass der Eingeschlossene, welcher am ehesten den Hubschrauber erreicht, diesen auch dann

betritt und wohl kaum zum Wiederverlassen aufgefordert werden kann. Gleiches gilt wohl für den Fall, dass der Hubschrauber eine Leiter zum Hochhaus herunter lässt. Gerettet wird in praxi wahrscheinlich dann wieder der, der vorne steht. Dies entlastet den Arzt zumindest insofern, als dass er persönlich nicht in die Reihung eingreift, bleibt jedoch vom Rettungsaspekt eine unverändert unbefriedigende Lösung.

Anmerkungen

¹ Vgl. dazu Das große Fremdwörterbuch. Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter. Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich: Dudenverlag, 2003.

² Vgl. dazu Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 259. Auflage. Berlin/New York: de Gruyter, 2002.

Fall 2

Ein 89-jähriger pensionierter Amtsarzt hat sich zeitlebens durch Nahrungsbeschränkung und Sport fit gehalten. Er hat trotz koronarer Herzerkrankung vor zehn Jahren noch das goldene Sportabzeichen gemacht und spielt jetzt noch jede Woche zweimal 9–18 Löcher Golf. Dies wird zunehmend schwierig, da er beidseitig einen schweren Hüftgelenksverschleiß entwickelt hat, der das Gehen außerordentlich schmerzhaft gestaltet. In dieser Situation bittet er einen befreundeten Kollegen um seinen Rat, ob er sich operieren lassen soll. Der Kollege klärt ihn darüber auf, dass die Operation aufgrund des Stents in den Koronararterien, der blutgerinnungshemmenden Medikation mit Marcumar und der chronisch obstruktiven Emphysebronchitis riskant ist. Das Risiko der Mortalität und Morbidität sei auf mindestens das Dreifache gesteigert, weshalb er ihm eher von der Operation abräte. Er empfiehlt stattdessen, einen Elektro-Golfwagen zu benutzen. Für das tägliche Leben sei die Gehfähigkeit ausreichend. Zwei konsultierte Ärzte unterschiedlicher endoprothetischer Kliniken raten dagegen zur Operation, um die Lebensqualität zu erhalten oder gar zu verbessern. Das Risiko der Operation müsse er eben tragen – „wer nicht wagt, der nicht gewinnt“ – 89 sei doch kein Alter, man habe auch schon 100-Jährige operiert. Schließlich habe jeder nur ein Leben, aus dem man das Maximale herausholen müsse. Ob er denn im Lehnstuhl enden wolle? Die darüber hinaus befragte Krankenkasse signalisiert dem Amtsarzt, dass sie bereit sei, alle Kosten zu tragen, und ihm keine Empfehlung geben könne. In dieser Situation weiß er nicht, wie er sich entscheiden soll.

Fragen zur Diskussion: Inwieweit darf der Amtsarzt der Allgemeinheit gehörende Ressourcen für die Optimierung

seines persönlichen Wohlbefindens und seiner Sportfähigkeit am Ende des Lebens in Anspruch nehmen? Ist eine Kosten-Nutzen-Abwägung in diesem Fall ethisch gerechtfertigt?

Höfling

Auf die Problemkonstellation des zweiten Falles will ich aus zwei unterschiedlichen Perspektiven eingehen:

(1) Zunächst: Nach geltendem Recht sehe ich keinen durchgreifenden Einwand, die Ressourcen für die gewünschte Operation zu verweigern. Das sieht ja auch die Krankenkasse so. Zwar scheint mir der Sachverhalt nicht eindeutig, wenn einerseits „nur“ von Lebensqualität die Rede ist, andererseits aber schon das „Gehen außerordentlich schmerzhaft“ ist. Dies wird man aber im Ergebnis als Indikation für die Operation ansehen müssen. Im Übrigen lassen die verschiedenen „Aufklärungsgespräche“, die geschildert werden, gewisse Zweifel an der Seriosität der ärztlichen Information („das Maximale herausholen“) und damit wohl auch an einer wirklich reflektierten Entscheidungsbasis aufkommen.

(2) Die uns gestellten „Fragen zur Diskussion“ zielen aber über den individuellen Fall hinaus auf eine prinzipielle Problemebene: Darf oder soll man medizinische Leistungen unter Rückgriff auf das Alterskriterium rationieren? Spätestens seit D. Callahans fulminanter Studie *Setting Limits* ist dies ja eine medizinethisch viel diskutierte, politisch aber eher verschwiegene Frage. Hierauf kann ich selbstverständlich in diesem Rahmen keine erschöpfende Antwort geben. Gleichwohl will ich einige Aspekte nennen:

(a) Altersgrenzziehungen sind nicht per se unzulässige Altersdiskriminierungen. Das Kriterium des Alters ist nur

eingeschränkt vergleichbar mit persönlichen Eigenschaften wie Geschlecht, Religion, Volksgruppenzugehörigkeit. Das wird deutlich, wenn man sich die bevorzugte Zuteilung von medizinischen Leistungen an Jüngere in einer temporalen Perspektive betrachtet. Zu einem bestimmten Zeitpunkt werden dann zwar Personen ungleich behandelt (z. B. der 55-Jährige bekommt noch eine Prothese, der 70-Jährige nicht mehr). Aber diese synchrone Ungleichbehandlung hebt sich über die Zeit hin auf; auch der 70-Jährige war einmal 55 und hatte die gleiche Chance. Junge werden einmal alt, Alte waren einmal jung. Insofern spricht man von einer diachronen Gleichbehandlung.

(b) Dennoch reicht ein solches intertemporales und intrapersonales Nutzen-Kalkül nicht. Der grundrechtsgeprägte Sozialstaat des Grundgesetzes verlangt mehr: Solidarität, individuellen Würde- und Integritätsschutz, interpersonelle Gleichbehandlung. Im Übrigen würde eine bloß intertemporale Betrachtung den medizinischen Fortschritt nicht hinreichend berücksichtigen und zu einer Benachteiligung von Frauen gegenüber Männern führen.

(c) Aus meiner Sicht ist deshalb das Alter ein grundsätzlich „verdächtiges“ Kriterium. Ungleichbehandlungen nach seiner Maßgabe unterliegen einem besonders hohen Rechtfertigungsdruck, auch wenn sie unter Berücksichtigung der elementaren Statusgleichheit nicht ausgeschlossen sind.

(d) Auch die Organisationsform und Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems wäre in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen. In einem System von Pflichtmitgliedschaft und Zwangsbeitrag kann man jedenfalls nicht abrupt jemandem, der 40 Jahre eingezahlt hat, gerade in einem Lebensabschnitt Hilfe und finanzielle Unterstützung verweigern, in dem er ihrer quantitativ und qualitativ besonders bedarf.

Landau

Lösung: Auch der 89-jährige Amtsarzt hat einen Rechtsanspruch auf die medizinisch notwendigen Leistungen. Bei jeder krankenversicherungsrechtlichen Leistung ist eine Kosten-Nutzen-Analyse durchzuführen. Diese ist von medizinischen Gesichtspunkten bestimmt.

Begründung: Vorab ist zu bemerken, dass kein Arzt außer in Notfällen und abgesehen von willkürlichen Entscheidungen zu einer Krankenbehandlung gezwungen werden kann. Dies gilt natürlich insbesondere dann, wenn er bedeutende gesundheitliche Risiken bei Durchführung der Krankenbehandlung erkennt und davon abrät. Auch für den Arzt gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit. Andererseits kann der Arzt auch bei einem erhöhten Operationsrisiko die vom Patienten gewünschte Behandlung durchführen, wenn er den Patienten ordnungsgemäß aufklärt und dieser in Kenntnis der Risiken auf der Behandlung besteht.

Dies vorausgeschickt, darf der Amtsarzt in Fall 2 die von der Krankenkasse zugesagte Hüftgelenksoperation ohne weiteres in Anspruch nehmen, wenn er die dargestellten Risiken nicht scheut.

Soweit der Amtsarzt gesetzlich versichert ist, hat er nach § 27 Abs. 1 SGB V einen Rechtsanspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Es handelt sich also nicht im Sinne der Fragestellung um eine unberechtigte Inanspruchnahme von „der Allgemeinheit gehörenden Ressourcen“.

Auf die Motive des Patienten (Optimierung des persönlichen Wohlbefindens und der Sportfähigkeit) kommt es sozialversicherungsrechtlich nicht an.

Zur zweiten Frage zu Fall 2 stelle ich fest, dass eine Kosten-Nutzen-Abwägung nicht nur ethisch gerechtfertigt, sondern in § 12 Abs. 1 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) sogar sozialversicherungsrechtlich vorgeschrieben ist.

Nach § 12 Abs. 1 SGB VI müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist von der *Rationierung* – etwa durch Altersgrenzen etc. – zu unterscheiden.

Aus rechtsstaatlicher Sicht sind mehr oder weniger willkürliche Rationierungsentscheidungen durch die Leistungserbringer ohne Rechtsgrundlage unzulässig. Gesetzliche Leistungsausgrenzungen aufgrund des Alters verletzen dagegen die Betroffenen in ihrer Menschenwürde, verstoßen gegen den Gleichheitssatz, entzweien aufgrund ihrer entsolidarisierenden Effekte die Gesellschaft und sind ethisch nicht vertretbar.

Literatur: Hauck / Haines, Sozialgesetzbuch SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Band 1 (§ 12 „Wirtschaftlichkeitsgebot“).

Schuster

Dem Amtsarzt sollte geraten werden, von einer Operation abzusehen, denn er geht aufgrund seiner gesundheitlichen Situation ein Risiko ein, das nicht in einer angemessenen Relation zur eingeschränkten Gehfähigkeit steht, die es ihm offensichtlich noch erlaubt, den alltäglichen Dingen nachzugehen. Außerdem gibt es die Möglichkeit, mit Hilfe eines Golfwagens dem geliebten Hobby zu frönen. Bei diesem 89-Jährigen dürfte es also genügend gewichtige medizinische Gründe geben, die eine Operation als problematisch erscheinen lassen. Unter dieser Rücksicht ist auch eine Kosten-Nutzen-Abwägung erlaubt, weil nicht das Al-

ter qua Alter der einzige Grund ist, von einer Operation abzuraten.

Erlinger

Die Kosten-Nutzen-Abwägung in der Medizin ist ein heißes Eisen in den Medien. Als der JU-Vorsitzende Philipp Missfelder im Sommer 2003 in einem Interview sagte, er halte nichts davon „wenn 85-Jährige noch künstliche Hüftgelenke auf Kosten der Solidargemeinschaft bekommen“, war die Entrüstung bei nahezu allen Politikern und eben auch in den Medien groß. „Die Forderung des Jungpolitikers Philipp Missfelder (CDU) nach einer altersabhängigen Rationierung medizinischer Leistungen kam den Medien gerade recht, um das Sommerloch zu füllen.“ So beurteilt wörtlich die Bundesärztekammer in ihrer Publikation BÄK-Intern die Tätigkeit der Medien auf diesem Gebiet. Auch wenn es einzelne Stimmen gab, die die Äußerung als Diskussionsbeitrag begrüßten, war die Ablehnung in den Medien fast einhellig.

Daneben löst das Thema Alter und Rationierung im Gesundheitswesen in den Medien – und übrigens auch bei allen Gesprächen mit Medizinern – nachgerade den unbedingten Reflex aus, auf Altersgrenzen für Dialysen in Großbritannien zu verweisen. Interessanterweise wird dieser Aspekt weder verifiziert (ob es überhaupt noch zutrifft), noch hinterfragt, noch in Diskussionen bewertet. Er dient je nach Situation als abschreckendes Beispiel, Horrorvision für die Zukunft, Alternative oder schlicht als *Advocatus diaboli*-Position.

Davon unabhängig ist aber die konkrete Frage, inwiefern eine medizinische Maßnahme, die nicht für die allgemeine Lebensfähigkeit, sondern für besondere Wünsche notwendig ist, „solidarpflichtig“ ist. Wäre hier nicht eine Parallele

zur Reisemedizin zu ziehen, die relativ unumstritten zur privaten Lebensgestaltung gerechnet und regelhaft als „IGELleistung“ abgerechnet wird? Wenn die medizinisch notwendige Thromboseprophylaxe bei einem Risikopatienten vor einer Fernreise privat zu bezahlen ist, warum dann nicht der Hüftgelenkersatz vor einer Golfrunde?

Krones

Die medizinische Beurteilung des Falls Nr. 2 erscheint vordergründig leicht. Die Therapie oder Nicht-Therapie des pensionierten Amtsarztes, d. h. der endoprothetische Ersatz der Hüfte oder der Umstieg auf den Elektrogolfwagen, entspricht in seiner endgültigen Beurteilung einer individuellen Absprache zwischen dem Patienten und seinem Operateur. Dabei ist es primär nicht die Aufgabe des Arztes gesellschaftspolitisch oder ökonomisch zu urteilen. Abgewogen werden stattdessen medizinischer Aufwand und medizinischer Nutzen, d. h. das Risiko des Eingriffs gegen den Benefit des Patienten. Setzt man einen Erfolg der Operation voraus, so ist ein medizinischer Nutzen des Eingriffs sicher unstrittig. Die in Kauf zu nehmenden Risiken hängen damit einerseits von den Vorerkrankungen des Patienten und andererseits von den Befähigungen sowie dem Selbstverständnis des Therapeuten ab. So dabei nicht gegen medizinische Standards verstoßen wird, steht dem Eingriff von ärztlicher Seite nichts entgegen. Die Operation ist in diesem hohen Alter dann in freier Anlehnung z. B. an Tumortherapien als individueller Heilversuch im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit zu sehen. Dabei handelt es sich grundsätzlich um eine Einzelfallbehandlung, welche durchaus von Standardtherapien abweichen darf. Wenn auch die juristische Sachlage in solchen Fällen kompliziert erscheint – es konkurrieren das Selbstbestimmungsrecht

des Patienten, die ärztliche Therapiefreiheit, das Sozialrecht, das ärztliche Standardrecht und das Arzthaftungsrecht –, so bewegt sich der Operateur nicht im „medizin-freien“ Raum, denn Indikation und Erfolgschance sind gegeben. Wesentlich sollte dabei aber auch die Aufklärung des Patienten sein, der über die Rahmenbedingungen des Heilversuchs bzw. der Operation detailliert informiert und damit einverstanden sein muss.

Fall 3

Ein rüstiger, gesunder ehemaliger Architekt, dreifacher Vater und sechsfacher Großvater, ehemaliger Marathonläufer und Extrembergsteiger, wünscht sich zu seinem 90. Geburtstag einen Bungee-Sprung. Das anbietende Sprungunternehmen ist bereit, ihn unter Vorlage eines ärztlichen Attests springen zu lassen. Sein Hausarzt und seine Kinder lehnen den Sprung wegen des altersbedingt deutlich erhöhten Verletzungs- und Schlaganfallrisikos aufgrund der extremen Beschleunigung ab. Nach längerem Suchen findet er einen Sportmediziner, der ihm prinzipiell die Sprungfähigkeit attestiert.

Fragen zur Diskussion: Darf der rüstige Architekt die Gesellschaft und sein Umfeld mit den Risiken und eventuellen Folgen seines Extremsports belasten (Kosten, evtl. Pflegebedürftigkeit)? Kann man Freizeitaktivitäten im Alter verbieten?

Höflich

Ich will beginnen mit einem persönlichen Bekenntnis: Ich spiele Fußball; als ich nun vor vier Monaten, kurz vor meinem 50. Geburtstag bei einem Sturz das Schlüsselbein brach, war der familiäre wie außerfamiliäre Kommentar nahezu einhellig: Hör auf, spiel Golf.

Auch unser rüstiger Architekt bekommt ungebetene Ratschläge: Wir beide – er wegen seines hohen Alters, ich wegen meines relativen Alters in Kombination mit der Gefährlichkeit des Fußballsports – müssen uns fragen lassen, ob das noch ein verantwortungsvolles – soll heißen: ressourcenreflexives – Verhalten sei.

Aus der Perspektive des geltenden Rechts ist Fall 3 vergleichsweise schnell und kurz kommentiert. Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung wird geprägt durch das sog. Finalprinzip.¹ Die Leistungsgewährung erfolgt grundsätzlich ohne Rücksicht auf die Frage nach der Krankheitsursache. Die Ausnahmeregelung des § 52 SGB V bestätigt diese Regel: Danach kann die Krankenkasse einen Versicherten, der sich „eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von (ihm) begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen“ hat, diesen an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen bzw. zurückfordern. Hier wird zwar der Aspekt der „Eigenverantwortung“ berücksichtigt, aber doch nur in ganz exzeptionellen Konstellationen: vorsätzliche Selbstschädigung und kriminelles Verhalten. Ersteres setzt nach einhelliger Auffassung voraus, dass der Betroffene gerade die Krankheit herbeiführen will. Das aber ist bei unserem Architekten sicherlich nicht der Fall. Er hofft vielmehr auf einen aufregenden, glücklich verlaufenden 90. Geburtstag. Ein Leistungsausschluss kommt somit nicht in Betracht.

De lege ferenda aber wird schon lange diskutiert, ob nicht Gesundheitsschäden aufgrund einer entsprechenden Lebensführung zu weitergehenden Leistungsbeschränkungen führen sollen. Diskutabel erscheint mir in der Tat eine Erweiterung des Leistungsbeschränkungstatbestandes auf leichtfertiges Freizeit- bzw. Sportverhalten – nicht auf Genussmittelkonsum!² –, wobei allerdings das Alter nur als *ein* denkbare Indiz für die „Unverhältnismäßigkeit“ des Verhaltens herangezogen werden kann. Auch der 38-jährige Bandscheibengeschädigte sollte sich den Bungeesprung gut überlegen. Wer sich vor dem Hintergrund einer entsprechenden Leistungsbeschränkung der gesetzlichen Krankenversicherung dennoch auf „Übermaß-Risiken“

einlassen möchte, könnte sich nach einer privaten Zusatzversicherung umsehen, die dann durch entsprechende Prämiengestaltung durchaus disziplinierend wirken kann.³

Anmerkungen

¹ Vgl. nur *Muckel, Stefan*: Sozialrecht. 2003, S. 117f.

² Hier stellt sich neben den Abgrenzungsproblemen auch die Frage, ob ein entsprechendes Verhalten nicht seinerseits Ausdruck von Krankheit ist.

³ Im Übrigen ist auch zu berücksichtigen, dass ein großer Teil der Freizeitsportler über ihre Sportvereine unfallversichert sind.

Landau

Lösung: Die gesetzliche Krankenversicherung kennt auch bei älteren Versicherten *grundsätzlich* keinen Leistungsausschluss für die Folgen von Extremsport. Sozialpolitisch und aus ethischer Sicht sind Leistungsbeschränkungen oder auch -ausschlüsse – sieht man von den praktischen Schwierigkeiten der Nachweisbarkeit vorzuwerfenden Verhaltens ab – gut vertretbar. Sie sollten durch Gesetzgebung und Rechtsprechung maßvoll erweitert werden.

Begründung:

I. Sportverletzungen

Nach dem geltenden Sozialversicherungsrecht können gesetzlich vorgesehene Leistungen bei Verletzungen durch bestimmte Sportarten nicht verweigert werden. Die zentrale Vorschrift ist de lege lata § 52 SGB V. Danach kann die Krankenkasse die Versicherten an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen, wenn diese sich u. a. eine Krankheit vorsätzlich zugezogen haben. Dafür reicht es, dass der Patient mit der Krankheit als mögliche

Folge seines Verhaltens gerechnet und diese billigend in Kauf genommen oder sich mit ihr abgefunden hat (dolus eventualis). Das kann auch bei Extremsportarten der Fall sein. Dem 90-jährigen Architekten kann man bedingten Vorsatz (dolus eventualis) möglicherweise unterstellen, auch wenn er nach längerem Suchen einen Sportmediziner gefunden hat, der ihm prinzipiell die „Sprungfähigkeit“ attestiert. Die gegenteilige Ansicht des Hausarztes kann zu seiner Vorstellung geführt haben, eine „Krankheit i. w. S.“ könne die Folge sein. Dies würde für die kognitive Seite des dolus eventualis möglicherweise ausreichen. All dies ist aber Tatfrage.

Aus ethischer Sicht lassen sich Leistungsausschlüsse oder Selbstbehalte bei Eigenschädigung auch aufgrund bewusster Fahrlässigkeit (luxuria) ohne weiteres vertreten.

Sozialpolitisch und unter dem Gesichtspunkt der Kostenreduzierung ist dagegen fraglich, ob man die Folgen bestimmter Sportarten von vornherein aus dem Leistungskatalog der GKV ausschließen sollte.

Hierzu nenne ich drei Aspekte:

(1) Es gibt viel riskantere Lebensweisen als Bungeejumping oder Fallschirmfliegen. Rauchen, Trinken, fettes Essen und wenig Bewegung ziehen volkswirtschaftlich höhere Kosten nach sich als Extremsportarten. Bei diesen Zivilisationskrankheiten würde man möglicherweise bewusste Fahrlässigkeit nachweisen können, angesichts des Wissensstandes über die Folgen des Rauchens möglicherweise sogar dolus eventualis.

(2) Die meisten Sportverletzungen aufgrund bewusster Fahrlässigkeit dürften sich im Breitensport ereignen und Solidargemeinschaft und Volkswirtschaft erheblich belasten (Fußball, Skifahren u. a.). Die Folgen der im Extremsport zugezogenen Verletzungen dürften im Vergleich dazu nicht sehr ins Gewicht fallen.

(3) Sport ist generell das wichtigste Präventionsmittel, je-

der diesbezügliche Leistungsausschluss ist immer ein zweischneidiges Schwert. Vor allem ist die Differenzierung zwischen (noch) gesundheitsförderndem und (schon) unverantwortlich gefährdendem Sport schwer möglich, wenn auch leistbar.

II. Freizeitaktivitäten

Die zweite Frage ist klar mit Nein zu beantworten: Freizeitaktivitäten kann man im Alter nicht verbieten. Ein solcher Eingriff in das allgemeine Freiheitsgrundrecht ist nicht zu rechtfertigen, da sich ein Bezug zwischen einem bestimmten Alter und einer bestimmten Sportart nicht generell herstellen lässt.

Literatur: Rompf: Selbstverschulden im Krankenversicherungsrecht, SGB 1997, 105; Hauck / Haines: Sozialgesetzbuch SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Band 1 (§ 52 „Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden“).

Schuster

In der Ethik unterscheidet man zwischen Pflichten gegenüber anderen und Pflichten gegenüber der eigenen Person. In diesem Falle sind gleich beide Klassen von Pflichten relevant: Pflichten gegenüber der Allgemeinheit, insofern ein Bungee-Sprung in diesem hohen Alter ein großes gesundheitliches Risiko darstellt, das ohne Not wegen der möglichen Kosten für die Solidargemeinschaft nicht zu rechtfertigen ist. Aufgrund welcher Kriterien der Sportmediziner dem Amtsarzt Sprungfähigkeit attestieren kann, wird nicht angegeben, dürfte aber aus medizinischer Sicht problematisch sein. Es gibt aber in diesem Fall auch die Pflicht gegenüber sich selbst, sich nämlich nicht unnötig einem solchen Risiko auszusetzen und die eigene Gesundheit aufs Spiel zu

setzen. Wer Risiken dieser Art in hohem Alter dennoch auf sich nehmen möchte, der sollte dafür auch selber voll einstehen. Hier ist die Alltagsweisheit einschlägig: „Wem nicht zu raten ist, dem ist auch nicht zu helfen.“

Erlinger

Eine saubere Analyse des Falles muss mehrere Ebenen oder aufeinander folgende Fragen beantworten. 1.) Kann man einem Menschen mit Hinblick auf eine eigene gesundheitliche Gefährdung eine Tätigkeit verbieten? 2.) Ist das allgemein möglich und darf man bestimmte Personengruppen ausschließen, während man es anderen erlaubt? 3.) Darf das Alter hier ausschlaggebend sein? 4.) Welche Rolle spielt der Arzt, der die Sprungfähigkeit attestiert? Was ist dieses Attest der „Sprungfähigkeit“?

1.) Gesellschaftlich ist eine derartige Einschränkung der Freiheit nicht zu erkennen. Man muss hier nicht nur das Rauchen und Trinken anführen, auch alle Extremsportarten sowie die immer noch praktizierte studentische Mensur seien hier genannt. Motorradfahren ist eine allgemein akzeptierte Fortbewegungsart und Freizeitbeschäftigung. Auflagen zur Gefahrenreduktion sind dagegen üblich (Anschnall-, Helmtragepflicht). In Bezug auf die Verweigerung einer lebensrettenden Operation hat der BGH in einem Grundsatzurteil (BGHSt 11, 111) jedem Menschen das Recht zuerkannt, sich unvernünftig zu verhalten und festgestellt, dass man „menschlich wie sittlich achtenswerte Gründe“ für ein derartig unvernünftiges Verhalten haben kann.

2.) Das Ausschließen bestimmter Personengruppen ist bei uns eigentlich nur im Hinblick auf die Schwangerschaft bekannt. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um die Frage der eigenen Gefährdung, sondern um die des Kindes. Und selbst dies betrifft vor allem die berufliche Tätigkeit, wäh-

rend bei Alkohol und Nikotin lediglich an die Vernunft der Schwangeren appelliert wird.

3.) Altersgrenzen im Hinblick auf vor allem gesundheitliche Selbstgefährdung kennt man nur für Jugendliche. Ein „Alterschutzgesetz“, das alten Menschen bestimmte, sie besonders gefährdende Verhaltensweisen verbietet, existiert nicht und wäre wohl auch schwer durchsetzbar. Dieses Alterschutzgesetz müsste, da der alte Körper von anderen Noxen gefährdet wird als der junge, nicht Alkohol und Nikotin untersagen, sondern eben Sportarten etc. Allerdings ist es schwer vorstellbar, dass etwa Skischuhe im Geschäft nur mehr gegen Ausweisvorlage an unter 80- oder 70-Jährige abgegeben werden dürften.

4.) Was kann der Arzt attestieren? Im Endeffekt doch nur, dass aufgrund des körperlichen Zustandes des Betroffenen nicht mit einer Gefährdung zu rechnen ist. Dabei ist interessant, dass dabei eigentlich höchstens die gegenüber der Durchschnittsbevölkerung erhöhte Gefährdung beurteilt werden kann. Jeder Mensch ist beim Skifahren hinsichtlich Knochenbrüchen oder Gelenkverletzungen gefährdet. Eine Skifähigkeit wäre daher nicht zu attestieren. Ebenso selbstverständlich ist ein 50-jähriger Knochen stärker gefährdet als ein 25-jähriger. Ist der 50-Jährige dann noch medizinisch gesehen skifähig?

Krones

Die medizinische Beurteilung des 90-jährigen Bungee-Springers ist eindeutig. Beim Bungee-Sprung steht weniger ein sportlicher Aspekt als das Erleben einer Extremsituation und die damit verbundene emotionale Aufladung im Vordergrund. In der Beurteilung medizinischer Belastungen und Risiken sind dabei neben der Stresssituation aber auch die beim Sprung auftretenden Beschleunigungen zu be-

rücksichtigen. In Kürze: Verlässt ein Springer die Plattform, befindet er sich zunächst im freien Fall. Die dabei erreichte Geschwindigkeit hängt von Sprunghöhe und Seillänge ab. Im Scheitelpunkt wird durch das Anspannen des Seiles der Fall gebremst und die Beschleunigungswerte erreichen ihr negatives Maximum, bevor der Körper wieder nach oben beschleunigt wird. Physikalisch entspricht diese Bewegungsform einer Oszillation, welche sich nach ca. 6–7 Schwingungen und einer Zeit von 50–60 Sekunden in Ruhelage einstellt. Neben der vertikalen Komponente kommt es zusätzlich zu horizontalen Auslenkungen. Der Maximalwert aller Beschleunigungskomponenten tritt in vertikaler Richtung fußwärts auf, d. h. also beim ersten Abbremsen durch das Seil. Der Mittelwert für dieses Maximum beträgt ca. 3,3 g.¹ Aber auch in der Horizontalebene treten beträchtliche Beschleunigungen auf, die sowohl in der Sagittal- als auch in der Frontalrichtung Werte von 2,1 bis 2,7 g erreichen.

Die Auswirkungen dieser Beschleunigungsformen auf Organismus und Physiologie sind mannigfaltig und lassen den Unfallaspekt in den Hintergrund treten. Im Herz-Kreislauf-System lassen sich durchweg stressbedingte Herzfrequenzerhöhungen ableiten. Diese können beim Unerfahrenen je nach psychischer Anspannung Frequenzen bis 160–180 Schlägen pro Minute erreichen. Blutdruckschwankungen im ähnlichen Ausmaß können unterstellt werden. In Stoffwechselfmessungen fällt vor allem die individuell sehr unterschiedlich starke Ausschüttung der Stresshormone Adrenalin und Neuadrenalin auf.² Beide Hormone erreichen je nach nervlicher Anspannung Werte, die sonst nur in extremen Gefahrenmomenten auftreten. Schließlich sind verschiedene Organschädigungen beschrieben. Durch die extreme Erhöhung des hydrostatischen Drucks während des Anspannen des Seils auf dem Scheitelpunkt der Sprungbewegung kann es zu Einblutungen in den Augapfel kom-

men. Folge sind in der Regel ein Visusverlust bzw. eine Visuseinschränkung. Die Zeit bis zur Rückbildung der Symptome kann dabei Tage bis Monate dauern, aber auch Dauerschäden wurden bereits beschrieben.³ Im Gehirn kann als Folge der massiven Druckerhöhung im Brustkorb ein Rückstau von Kopf- und Halsvenen auftreten. Hier sind neben Einblutungen der Augenschleimhäute und der Gesichtshaut auch kurzzeitige Verwirrheitszustände beschrieben.⁴ Und schließlich können an der Wirbelsäule neben Kompressionsbrüchen Schleudertraumata, Facettenblockierungen, aber auch Bandscheibenschädigungen auftreten. Der Halsbereich ist dabei zusätzlich durch das Umschlingen des Seiles gefährdet.⁵

Gegenüber diesen Risiken des üblichen Sprungverlaufs sind tödliche Unfälle oder ernsthafte Verletzungen sehr viel seltener. Ein amerikanischer Versicherungsbericht aus dem Jahre 1987 gibt bei über 1 Million Sprünge lediglich 5 Todesfälle und nur 80 ernsthafte Verletzungen an.

Zusammenfassend handelt es sich beim Bungee-Springen also um eine spektakuläre, aber unfalltechnisch relativ sichere Belastungsform. Schwere Verletzungen sind nicht auszuschließen, aber eher selten. Dagegen liegen die physiologischen Belastungen durch Beschleunigung und Abbremsen in einem Bereich, der ganz erhebliche Folge- und Dauerschäden hinterlassen kann. Aus diesen Gründen ist der Sprungwunsch des 90-jährigen Geburtstagskindes medizinisch eindeutig abzulehnen.

Anmerkungen

¹ Vgl. *Fromme A. / Linnenbecker S. / Stallkamp F. / et al.*: Beschleunigungswerte und körperliche Belastung beim Bungee-Springen. In: *Dickhut / Küsswetter* (Hrsg.): 35. Deutscher Sportärztekongress, Wehr. Tübingen 1997.

² Vgl. *Zimmermann U. / Löw T. / Wildt L.*: Stress hormones and bungee-jumping. In: *Lancet* 340 (1992), S. 428.

³ Vgl. *Innocenti E. / Bell T. A. G.*: Ocular injury resulting from bungee-cord jumping. In: *Eye* 8 (1994), S. 710.

⁴ Vgl. *Amgwerd, M. G.*: Akute venöse Stase in der Kopfreion durch Bungy-Jumping. In: *Unfallchirurg* 98 (1995), S. 4.

⁵ Vgl. *Hite P. R. / Greene K. A. / Lewe D. I. / et al.*: Injuries resulting from bungee-cord jumping. In: *Ann Emerg Med* 22 (1993), S. 1060.

Nachtrag zur Diskussion: Ein ähnlicher Fall hat sich 1990 in San Francisco tatsächlich zugetragen. Ein 100-jähriger Mann führte gegen den ausdrücklichen Willen seines Umfelds einen Bungee-Sprung durch und überlebte.

Fall 4

Einer 86 Jahre alten ehemaligen Gymnasiallehrerin wird nach der operativen Entfernung eines Dickdarmtumors eine adjuvante Begleittherapie empfohlen. Die Operation verlief unkompliziert, und der Tumor konnte komplett entfernt werden. Die Begleittherapie soll die Chancen einer dauerhaften Heilung verbessern und ein Wiederauftreten des Tumors verhindern. Der Nutzen einer solchen Therapie ist nach gegenwärtigem Stand der Wissenschaft auch bei Patienten in fortgeschrittenem Alter anerkannt. Die behandelnden Krankenhausärzte empfehlen hierfür die Durchführung einer etablierten Standardchemotherapie. Die Patientin wünscht stattdessen nach Konsultation des Internets die Anwendung einer neuen, durch wissenschaftliche Ergebnisse abgesicherten Therapie mit Angiogenesehemmern, die eine statistisch höhere Lebenserwartung von fünf Monaten verspricht. Der Hausarzt der Patientin rät davon ab, unter Verweis auf das hohe Lebensalter und angesichts der fünffach höheren Therapiekosten.

Frage zur Diskussion: Darf die Patientin diese teure Therapie verlangen?

Höflich

Auch Fall 4 will wohl das Alter als ein denkbares Element einer *Kosten-Nutzen-Abwägung* thematisieren, wirft allerdings noch weitere Fragen auf.

(1) Zunächst: Der Hausarzt hat jedenfalls keine Abwägungskompetenz in dieser Frage.

(2) Sodann: Ganz unabhängig vom Alter der Patienten stellt sich die Frage, ob die von den behandelnden Kranken-

hausärzten empfohlene Standardchemotherapie nicht ausreichend ist und das medizinisch notwendige Maß bezeichnet.

(3) Nehmen wir einmal an, die neue Therapie sei (noch) nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen (insoweit scheint mir der Sachverhalt etwas unklar) und die Patientin hätte sich nicht – was heute aber zunehmend der Fall ist – über das Internet informiert: Müsste der Arzt über diese Alternative aufklären? Gerade die Frage der sog. wirtschaftlichen Aufklärungspflicht im weiteren Sinne wird im Moment kontrovers diskutiert.¹

Anmerkungen

¹ Vgl. dazu *Schelling, Philip*: Die Pflicht des Arztes zur wirtschaftlichen Aufklärung im Lichte zunehmender ökonomischer Zwänge im Gesundheitswesen. In: *MedR* 2004, 422f.

Landau

Lösung: Soweit die Therapie mit Angiogenesehemmern von den zuständigen Gremien im Rahmen der vertrags- bzw. krankenhausärztlichen Versorgung anerkannt ist, kann sie der Patientin nicht im Hinblick auf ihr fortgeschrittenes Alter verwehrt werden.

Begründung: Nach § 2 Abs. 1 SGB V stellen die Krankenkassen den Versicherten die im SGB V genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnis zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Soweit eine Therapieform von den zuständigen Aus-

schüssen anerkannt ist, hat grundsätzlich jeder Versicherte bei medizinischer Indikation Anspruch auf diese Leistung. Dabei wird zwar das auf Art. 2 Abs. 2 GG beruhende Selbstbestimmungsrecht der Versicherten bei der Therapiewahl zulässig durch das Wirtschaftlichkeitsgebot begrenzt.

Durch das Wirtschaftlichkeitsgebot werden aber nur solche Leistungen ausgegrenzt, auf die ohne wesentliche Einbuße für eine bedarfsgerechte Versorgung verzichtet werden kann. Bei der anzustellenden Kosten-Nutzen-Analyse spielt das Lebensalter des Patienten lediglich unter medizinischen Gesichtspunkten eine Rolle. Anerkannte Verfahren und Therapien können alten Menschen jedoch nicht unter Kostengesichtspunkten verweigert werden.

Dagegen haben Patienten – jung oder alt – keinen Anspruch darauf, dass jede Therapie, mag sie auch wissenschaftlich abgesichert und im Einzelfall sogar wirksamer sein, als abrechnungsfähige Leistung von der Krankenversicherung übernommen wird. Das Sozialstaatsprinzip begründet entsprechende Verpflichtungen des Gesetzgebers nur insoweit, als er die Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein zu schaffen hat.

Zusammenfassend gesagt: Die teurere Therapie könnte – für junge und alte Menschen – aus wirtschaftlichen Gründen aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung ausgeschieden werden. Das Alter hingegen ist weder im Einzelfall noch generell ein zulässiges Aussonderungskriterium.

Literatur: Hauck / Haines: Sozialgesetzbuch SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Band 1 (§ 2 „Leistungen“, Rnr. 34f., 69f.).

Schuster

Die Kostenfrage ist in diesem Fall ein moralisch relevanter Gesichtspunkt. Wenn es eine bewährte Begleittherapie nach einem solchen Eingriff gibt, dann sollte sie angewandt werden. Die Solidargemeinschaft mit fünffach höheren Kosten für eine neue Therapie zu belasten, ist angesichts der Kostenexplosion im Gesundheitswesen kaum zu rechtfertigen. Die Prognose einer fünfmonatigen Verlängerung der Lebenserwartung bei Anwendung von Angiogenesehemmern ist eine statistische Größe, die gegenüber der Kostenfrage eine untergeordnete Bedeutung hat. Der Sachverhalt würde sich anders darstellen, wenn die prognostizierte Lebenserwartung um Jahre höher anzusetzen wäre. Die Patientin darf die Therapie mit Angiogenesehemmern dann verlangen, wenn sie bereit ist, die zusätzlichen Kosten zu übernehmen.

Erlinger

Unter Journalisten gibt es die Geschichte, dass eine wissenschaftliche Untersuchung versucht habe, die wirksamste denkbare Schlagzeile zu entwickeln. Sie soll gelaftet haben: „Deutscher Schäferhund leckt Inge Meysel Brustkrebs weg!“

Hintergrund dieser Untersuchung waren die Themen, welche den potentiellen Zeitungskäufer und -leser am stärksten ansprechen und die in der Mega-Überschrift konzentriert wurden: Nationalgefühl („Deutscher“), Tierliebe („Schäferhund“) Celebrities („Inge Meysel“, die „Mutter der Nation“), Krankheit („Brustkrebs“), Positives (die Heilung) und Medizin, vor allem aber neue oder alternative Medizin („leckt weg“).

Für die Medien, zumindest für die absolut auf den Ver-

kauf oder den Publikumsgeschmack ausgerichteten, ist daher die Frage, ob die neue adjuvante Therapie mit Angiogenesehemmern durchgeführt werden soll, wohl relativ einfach zu beantworten: Ja. Die neue Medizin stellt einen Wunsch der Bevölkerung, ablesbar an der Ausrichtung der Schlagzeilen, dar.

Kosten-Nutzen-Abwägungen sind, wie bereits dargestellt, der medialen Diskussion eher suspekt, wenn nicht sogar fremd.

Krones

Medizinische Gründe, die teure, aber wissenschaftlich abgesicherte Therapie mit Angiogenese-Hemmern bei der 86 Jahre alten Dame nicht zu beginnen, lassen sich aus dem vorliegenden Fall nicht ableiten. Die hier wie in allen medizinischen Entscheidungen notwendige Nutzen-Kosten-Abwägung bezieht sich für den Arzt wiederum nicht auf einen pekuniären oder volkswirtschaftlichen Aspekt, sondern beurteilt stattdessen Therapieaufwand und damit die Patientenbelastung und den Therapieerfolg. Unter diesem Aspekt steht der Einnahme des neuen Medikaments nicht nur nichts entgegen, sondern die offensichtlich wissenschaftlich überlegene Therapie scheint die Methode der Wahl zu sein. Fasst man die Bedeutung des Arztes – und hier insbesondere des Hausarztes, welcher die Patientin längerfristig begleitet und betreut – allerdings weiter, nämlich auch gesellschaftspolitisch auf, dann wird auch wie in den vorhergehenden Fällen die Frage durchaus komplexer. Definiert sich der behandelnde Arzt nämlich umfassender als nur als medizinischer Therapeut, spielen Lebensalter und Therapiekosten wieder eine tragende Rolle.

Fall 5

Eine 1912 geborene Patientin wird 1997 wegen Herzschmerzen und zunehmender Unterschenkelödeme stationär aufgenommen. Seit mehreren Jahren ist bei ihr eine hochgradige Aortenklappenstenose, d. h. eine hochgradige Verengung der arteriellen Ausflussbahn des Herzens, bekannt. Diese führt bereits bei geringer Belastung zu erheblicher Luftnot und Schwindelattacken, trotz einer noch guten Pumpfunktion des Herzens. Trotz der schwerwiegenden Erkrankung und der erheblichen Symptomatik ist die Patientin geistig sehr rege und in einem guten Allgemeinzustand.

Die zu erwartende Prognose der Patientin ist im Spontanverlauf sehr schlecht, etwa 50 Prozent der Patienten mit symptomatischer Aortenklappenstenose versterben innerhalb von fünf Jahren. Die Therapie der Wahl besteht deshalb im Aortenklappenersatz. Aufgrund gleichzeitig bestehender, altersbedingter Verengungen der Herzkranzgefäße und Rhythmusstörungen sind bei der Patientin zusätzlich eine Bypass-Operation und die Implantation eines Herzschrittmachers erforderlich. Die durchschnittliche Operationsletalität beträgt etwa 5 Prozent. Daten für sehr alte Patienten liegen nicht vor, das Risiko dürfte aber 3–5mal so hoch sein. Die Fünfjahresüberlebensrate nach erfolgreicher Operation beträgt im Durchschnitt etwa 80 Prozent.

Frage zur Diskussion: Soll eine so aufwendige, kostenintensive und risikoreiche Therapie durchgeführt werden, wenn die statistische Lebenserwartung der Patientin allein aufgrund ihres Alters nur noch weniger als fünf Jahre beträgt?

Höfling

Ex post betrachtet war die „aufwendige, kostenintensive und risikoreiche Therapie“ wohl die richtige Wahl – jedenfalls aus Sicht der Patientin (und der Seniorenresidenz).

Doch abgesehen davon: Wie sollte eigentlich in einer solchen Konstellation eine „Kosten-Nutzen-Kalkulation“ aussehen? Gerade die Herzchirurgie der über 80-Jährigen zeigt immer wieder, dass durch gute Reintegration in das häusliche und familiäre Umfeld aufwendige Betreuungsmaßnahmen reduziert werden können bzw. entfallen.¹ In solchen Fällen „lohnt“ sich die Intervention auch für das Gesundheitssystem.

Anmerkung

¹ Zu einer anderen Konstellation vgl. auch Fall und Kommentare in: EthikMed 2004, S. 48f.

Landau

Lösung: Ist der Aortenklappenersatz, die Bypass-Operation und die Implantation des Herzschrittmachers aus medizinischer Sicht trotz des erhöhten Operationsrisikos indiziert, hat die 85-jährige Patientin – wie jeder andere auch – einen Rechtsanspruch auf Durchführung der lebenserhaltenden und -verlängernden Operation.

Begründung: Nach dem geltenden Sozialversicherungsrecht hat die 85-jährige Patientin als in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte einen uneingeschränkten Anspruch auf die medizinisch notwendige Behandlung. Die Abwägung der medizinischen Risiken ist Aufgabe des beratenden Arztes.

Anschließend ist es Sache der ordnungsgemäß auf-

geklärten Patientin, über die Durchführung der Operation zu entscheiden.

Jede Entscheidung der Kostenträger – bei jungen oder alten Menschen – über medizinische Behandlungen steht unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V. Zwischen dem Leistungsaufwand (Kosten) und dem diagnostischen sowie therapeutischen Nutzen (Wirkung) muss (nach Art und Umfang der Leistung) eine sinnvolle Beziehung bestehen.

Das gilt auch bei alten Patienten. Doch darf sich die Abwägung nicht an der statistischen Lebenserwartung orientieren, da die Statistik nichts über den gesundheitlichen Zustand des einzelnen Menschen aussagt. In die Kosten-Nutzen-Analyse muss dagegen einfließen, wie viel zusätzliche Lebenserwartung durch eine Operation erreicht werden kann. In Fall 5 spricht viel dafür, dass die Patientin ohne Operation innerhalb der nächsten fünf Jahre verstirbt.

Dagegen gibt es eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, dass sie bei Durchführung der Operation den Fünfjahreszeitraum überlebt. Bei dieser Konstellation würde auch eine Kosten-Nutzen-Analyse bezüglich der 85-jährigen Patientin eine Operation rechtfertigen.

Es wäre verfassungsrechtlich unzulässig und ethisch unvertretbar, dieses Ergebnis durch Rechtsänderungen in Richtung eines Leistungsausschlusses für ältere Patienten mit geringer statistischer Lebenserwartung zu verändern. Alter und statistische Lebenserwartung sind keine von den Versicherten zu beeinflussende Faktoren.

Sie dürfen deshalb unter Geltung der Menschenwürdegarantie und des Gleichheitssatzes nicht zum Anknüpfungstatbestand für Leistungsausschlüsse in der Solidargemeinschaft gemacht werden.

Literatur: Hauck / Haines: Sozialgesetzbuch SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Band 1 (§ 12 „Wirtschaftlichkeitsgebot“).

Schuster

Die relativ hohe statistische Lebenserwartung von fünf Jahren bei 80 Prozent der Patienten rechtfertigt den Kostenaufwand. Im Unterschied zu Fall 4 wird hier die prognostizierte Lebenserwartung durch die operativen Maßnahmen um ein Mehrfaches erhöht.

Erlinger

Hier scheint es notwendig, zwei Bereiche zu unterscheiden: Die Frage der Nutzen-Risiko-Relation und davon getrennt die Frage der Kosten-Nutzen-Relation.

Die *Nutzen-Risiko-Relation* ist zunächst aus medizinischen Gesichtspunkten zu beurteilen. Wenn dafür Daten fehlen, ist sie natürlich nur schwer zu führen. Zu beachten ist hierbei aber wieder, dass die Frage der Überlebenszeit von der Frage der Lebensqualität in dieser Zeit zu trennen ist. Diese Fragen werden verschiedene Menschen völlig unterschiedlich beurteilen. Während mancher ein hohes Operationsrisiko gerne eingeht, wenn er eine Chance hat, die Lebensqualität dadurch zu steigern, werden andere das scheuen. Die Entscheidung – ob vernünftig oder unvernünftig – muss hier aber wieder jedem Menschen selbst überlassen bleiben.

Die Diskussion um *Kosten-Nutzen-Relationen* zeichnet sich – nicht nur in der Medizin – durch einen weitgehenden Verzicht auf Fakten aus. In der öffentlichen Diskussion wird das Thema ausgeklammert oder in pauschalen Feststellungen abgehandelt. Man hat das Gefühl, es wird als unanständig empfunden, Gesundheit und Kosten im Einzelfall zusammenzubringen. Eine derartige Diskussion wäre aber notwendig und förderlich, weil wir uns im Bereich einer Mangelverwaltung befinden. Es wäre nur ehr-

lich, zuzugeben, dass derartige Überlegungen anzustellen sind, und Konsequenzen auf sachlicher Ebene zu ziehen, die schließlich gerechter wären. Gerechter vor allem auch, weil die Entscheidung dann weniger von der persönlichen Überzeugung und Meinung des jeweils behandelnden Arztes abhängig ist.

Krones

Die schlechte Spontanprognose mit einer Sterberate von ca. 50 Prozent innerhalb der ersten fünf Jahre, die grundsätzlich geringe Operationsletalität von 5 Prozent und die guten Fünfjahresüberlebensraten von ca. 80 Prozent sprechen eindeutig für die Durchführung der Operation. Das für das Alter der Patientin lediglich hoch geschätzte Operationsrisiko bleibt dagegen ein weicher Parameter. Aus anders gelagerten Fällen weiß man, dass Behandlungsrisiken durchaus nicht linear mit dem chronologischen Alter steigen. Anders ausgedrückt ist der Verzicht auf aggressive Therapien nur unter Verweis auf das Alter ein oftmals falsch verstandener Schutz, welcher sich wissenschaftlich häufig nicht belegen lässt, sondern nur Ausdruck eines Datenmangels ist.

Medizinisch ist der Fall damit geklärt. Doch auch hier stellt sich die Frage nach den Ressourcen des Systems, und dann kann die Beurteilung durchaus anders ausfallen. Erneut lässt sich der Spagat zwischen medizinischer Entscheidung und wirtschaftlicher Tragfähigkeit erkennen, den Ärzte im alltäglichen Geschäft häufig durchführen müssen. Dem Mediziner wird hierbei von der Gesellschaft eine Budgetverantwortung aufgelastet, die er rein von seinem medizinischen Hintergrund kaum tragen kann.

Nachtrag zur Diskussion: Nach eingehender Diskussion wurde die Entscheidung zur Operation getroffen. Bereits einen Monat nach der Operation war die Patientin wieder mobil und konnte sich weitgehend unbehindert bewegen. Die folgenden Jahre verbrachte sie in sehr gutem geistigem und körperlichem Zustand. 88-jährig war sie bei einer Plakataktion der Stadt als vitale, gut aussehende Werbeträgerin für eine Seniorenresidenz zu sehen. Im Jahr 2003 kam es unter der erforderlichen medikamentösen Gerinnungshemmung zu gravierenden Blutungen aus dem Darm, die mittels Blutübertragungen überwunden werden konnten. Im März 2004 verstarb die Patientin im Alter von 92 Jahren friedlich in ihrem Heim.