
Rationierung im Gesundheitswesen aus der Sicht der medizinischen Ethik

Dominik Groß

1. Einführende Bemerkungen

Mit dem Titel des vorliegenden Beitrages wird bereits unterstellt, dass die anstehenden Reformen im Gesundheitswesen ethische Implikationen bergen. Doch – so wäre zunächst zu fragen – ist diese Vorannahme überhaupt gerechtfertigt, oder handelt es sich nicht vielmehr um eine voreilige oder gar tendenziöse Setzung? Vieles spricht dafür, die erste Frage zu bejahen, und zwei schlaglichtartige Beispiele mögen an dieser Stelle genügen: Auf dem Sach- und Fachbuchmarkt etwa haben Schriften zur Generationenfrage Hochkonjunktur. Dabei steht die Finanzierung der Gesundheitsleistungen im Mittelpunkt, wobei „Junge“ und „Alte“ kurzerhand zu Kontrahenten erklärt werden. Wie aufgeheizt die Diskussion inzwischen ist, zeigt die Wortwahl: Rekurrierte man früher auf positiv besetzte oder wertneutrale Begriffe wie Generationensolidarität und Generationengerechtigkeit, so dominieren heute negativ konnotierte Schlagworte wie Generationenverrat, Generationenkampf oder gar Generationenkrieg.¹ Auch in den Reihen der Jungpolitiker hat sich in den vergangenen Jahren der Ton merklich verschärft: So sind etwa die Forderungen des Vorsitzenden der Jungen Union, Philipp Mißfelder, die Medizin für alte Bürger einzuschränken, 2003 bundesweit auf massive Kritik gestoßen, die in Rücktrittsforderungen einmündete.² Und erst im Sommer 2005 gelangte der Junglibe-

rale Jan Dietrich mit ähnlichen Kommentaren auf die Titelseite von Deutschlands auflagenstärkster Boulevardzeitung.³ Halten wir an dieser Stelle fest: Bereits bei oberflächlicher Betrachtung lässt sich feststellen, dass der Reformprozess im Gesundheitswesen offensichtlich (sozial)ethisch relevante Probleme birgt. Vor diesem Hintergrund erscheint es naheliegend, einige grundsätzliche medizinethische Überlegungen in die derzeitige Diskussion einzubringen. Im vorliegenden Beitrag möchte ich zunächst ein paar Eckdaten des deutschen Gesundheitswesens skizzieren und dann die Ursachen der Mittelknappheit diskutieren. Danach widme ich mich aus der Perspektive des Medizinethikers der Frage: Wollen wir Gesundheit um jeden Preis? Oder anders ausgedrückt: Wie akzeptabel ist Krankheit? Sodann möchte ich die verschiedenen Strategien zur Begrenzung der Gesundheitsausgaben aus ethischer Sicht kritisch beleuchten. Anschließend stelle ich die Frage: Was ist gerecht, und wie könnten ethisch relevante Eckpunkte einer Gesundheitsreform aussehen?

2. Eckdaten zum deutschen Gesundheitswesen

Der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland, gemessen am Bruttolohn, beläuft sich derzeit auf über 13 %. 1970 lag er dagegen noch bei 8,2 %.⁴ Ursache der Beitragserhöhung sind v. a. rückläufige Einnahmen. Hierfür ursächlich sind wiederum die vergleichsweise hohe Arbeitslosigkeit und der sinkende Anteil der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) betrug 2002 knapp 11 % (2800 Euro pro Einwohner und Jahr) – ein Prozentsatz, der über dem der meisten anderen Länder liegt.⁵ Deutschland steht im internationalen Vergleich an dritter Position. Noch mehr

investieren nur die USA und die Schweiz, während bei unseren Nachbarn Österreich und Belgien der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP nur 7,7 bzw. 9,1 % beträgt.

Wenn wir aber nun die Frage stellen: Wie *zufrieden* sind denn die Deutschen mit ihrem Gesundheitssystem?, so macht sich Ernüchterung breit: Nur 27 % der Deutschen äußern Zufriedenheit; im „sparsameren“ Belgien sind immerhin 70 % der Bevölkerung zufrieden, in Österreich, das weit weniger für Gesundheit ausgibt, immer noch über 60 %. Selbst das umstrittene britische Gesundheitssystem kann noch 30 % der Bürger zufriedenstellen.

Dabei stehen wirkliche Reformmaßnahmen nach wie vor aus: Würden wir keine Gegenmaßnahmen ergreifen, so müssten wir im Jahr 2040 mit einem Beitragssatz von 23 % rechnen – eine in ökonomischer Hinsicht völlig utopische Kalkulation. Ursächlich ist eine Vielzahl von Kostenfaktoren, die im Folgenden näher in den Blick zu nehmen sind.

3. Ursachen der Mittelknappheit

Als Hauptursache der Mittelknappheit ist die steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu nennen. Das hat zunächst damit zu tun, dass der medizinische Fortschritt tatsächlich erhebliche (Entwicklungs-)Kosten verursacht. Zum Zweiten spielt die demografische Entwicklung eine Rolle: Der Anteil der Jungen in der Bevölkerung schrumpft, der Anteil der Senioren wächst, auch aufgrund der steigenden Lebenserwartung. Folglich vollzieht sich drittens zugleich eine Veränderung des Krankheitsspektrums: Mit zunehmender Lebenserwartung steigt der Anteil chronisch Kranker und damit der Anteil der Patienten, die über längere Zeiträume behandlungsbedürftig sind – auch dies ist ein offensichtlicher Kostenfaktor. Zum Vier-

ten wachsen unsere Erwartungen an das Gesundheitswesen: Weit mehr als in früheren Zeiten reklamieren die Bürger für sich ein Recht auf Gesundheit. Daneben finden sich Leistungsausweitungen durch angebotsinduzierte Nachfrage, und schließlich hat auch die Änderung der Familienstruktur Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen: Nie zuvor war der Anteil der Single-Haushalte so hoch wie in der Gegenwart – eben auch, was die alleinstehenden Senioren betrifft. So lebten laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2003 über 56,3 % der Frauen und 20,0 % der Männer über 70 Jahren allein.⁶ Zugleich wissen wir durch zahlreiche Studien, dass Alleinstehende signifikant mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als Personen, die im Familienverbund leben. Während der Anteil der Senioren, d. h. der Bürger, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, 1980 noch bei rund 15 % und 2000 bei ca. 23 % lag, wird er im Jahr 2030 wohl auf über 35 % angewachsen sein. Auch viele europäische Nachbarländer zeigen diesen Trend, allerdings fällt er dort teilweise weniger dramatisch aus.⁷ Die skizzierte Entwicklung zeigt eindeutige Rückwirkungen auf die Gesundheitskosten: Die über 65-Jährigen benötigen jetzt schon knapp 60 % der gewährten Leistungen. Im Durchschnitt verbraucht der Bundesbürger dabei gut die Hälfte der Behandlungskosten im letzten Vierteljahr vor seinem Tode.

Die zweite wesentliche Ursache für die gegenwärtige Mittelknappheit ist die Begrenztheit der finanziellen Ressourcen. Es ist de facto nicht möglich, die Gesundheitsausgaben weiter zu erhöhen, denn das Gesundheitswesen konkurriert mit Sektoren wie Bildung, Bekämpfung von Armut bzw. Arbeitslosigkeit, innere Sicherheit, Infrastruktur u. a., d. h. eine weitere Erhöhung der Gesundheitsausgaben müsste mit Einschränkungen bei anderen staatlichen Aufgaben erkaufte werden. Eben dies können wir nicht ernsthaft wollen, denn der soziale Status, der Bil-

dungsgrad, die Arbeitsbedingungen, die Umweltqualität und die Wohnverhältnisse haben ihrerseits ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf die Lebenserwartung und die Morbidität, also auf das Auftreten von Krankheit. Wir sehen uns also mit einem grundsätzlichen Finanzierungsproblem konfrontiert. Lösen können wir das Problem indessen erst, wenn wir geklärt haben, welchen Preis wir für Gesundheit bezahlen wollen. Damit ist eine Frage aufgeworfen, die auch innerhalb der Medizinethik durchaus kontrovers diskutiert wird.

4. Gesundheit um jeden Preis? Die ethische Perspektive

Es spricht vieles dafür, Gesundheit als konditionales Gut anzusehen. Konditionale Güter sind Güter, die wir als zentrale Voraussetzung für die Realisierung von Lebensplänen ansehen. In diesen Kontext gehört auch der ebenso pointierte wie plakative Ausspruch: Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts. Der Medizinethiker Norman Daniels steht beispielsweise diesem Standpunkt sehr nahe:⁸ Daniels sieht in der Verwirklichung von Gesundheit eine Grundbedingung für die Chancengleichheit in der Gesellschaft. Konsequenz zu Ende gedacht, hieße dies aber, dass wir auf diesem Sektor keine wesentlichen Einschränkungen hinnehmen sollten. Das Ergebnis wäre: Gesundheit um jeden Preis. Der Medizinethiker Daniel Callahan vertritt nahezu die Gegenposition: Er sieht die Ausrottung von Krankheit als verfehltes Ziel an, als „Fortschrittsfalle“. Krankheit und Tod, so die Argumentation von Callahan, können niemals besiegt werden. Die moderne Medizin sollte demzufolge einen Weg finden, sich dauerhaft mit den „Übeln“ zu arrangieren. Ihre primäre Aufgabe ist nach Callahan somit die Erleichterung des Lebens unter den Bedingungen von Krankheit und Tod.⁹

In der gesellschaftlichen Realität bewegen wir uns zwischen diesen beiden Extremen. Zumindest können wir seit einiger Zeit einen Meinungsumschwung beobachten: In der Vergangenheit lautete die zentrale, im Kontext der Gesundheitsreform gestellte Frage zumeist: Was können wir tun, um uns weiterhin alles leisten zu können? Und derzeit findet sich immer häufiger die Frage: Welches Gesundheitssystem können und wollen wir uns noch leisten, und zu welchem Preis? Demnach findet aktuell ein gesellschaftliches Umdenken statt. Beide Fragen führen natürlich zu durchaus unterschiedlichen Problemlösungsstrategien. Wenn wir nämlich fragen: „*Was können wir tun, um uns weiterhin alles leisten zu können?*“, richten wir unseren Blick vornehmlich auf Rationalisierungsmaßnahmen. Wenn wir aber fragen: „*Welches Gesundheitssystem können und wollen wir uns zu welchem Preis leisten?*“, machen wir gedanklich den Weg frei für weitergehende Maßnahmen wie Rationierungen und Priorisierungen.

5. Strategien der Begrenzung von Gesundheitsausgaben

Was sind nun die Unterschiede zwischen den drei genannten Problemlösungsstrategien? *Rationalisierung* bedeutet Effizienzsteigerung durch das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven und den wirksamen Einsatz von Mitteln. *Rationierung* setzt demgegenüber bereits das Eingeständnis voraus, dass nicht jeder alles haben kann. Der Begriff Rationierung beschreibt nämlich die Zuteilung von knappen Gesundheitsgütern unter der Bedingung, dass die Nachfrage das Angebot übersteigt. *Priorisierung* bezeichnet schließlich die Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Ausgangspunkt ist hierbei die Frage: Welche Gesundheitsziele sind uns am wichtigsten, welche sind

weniger wichtig, welche entbehrlich. Die Priorisierung folgt, zumindest in der Theorie, einer einfachen Logik: Wenn sich die Mittel verknappen, müssen eben Prioritäten gesetzt werden.

Aus ethischer Sicht sind diese Strategien durchaus unterschiedlich zu bewerten: Nehmen wir zuerst die Rationalisierung näher in den Blick. Hierunter fallen Verbesserungen an den Schnittstellen zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung und Verbesserungen der Versorgungsqualität (aber auch z. B. verstärkter Einsatz von Generika, Änderung der Verschreibep Praxis, Outsourcing = Auslagerung von Laboren etc.). Dagegen kann und wird der Ethiker wenig einwenden. Das eigentliche Problem besteht indessen darin, dass derartige Maßnahmen bei Weitem nicht ausreichen, um unser Gesundheitssystem zu sanieren bzw. zukunftsfähig zu machen.

Rationierungen sind aus ethischer Sicht weitaus differenzierter zu betrachten: Zu unterscheiden sind implizite (verborgene) von expliziten (also öffentlich bekannten) Rationierungen, welche von harten Rationierungen sowie direkte von indirekten Rationierungen. Verborgene Rationierungen, wie z. B. Budgetierungen, sind grundsätzlich kritischer zu sehen als öffentliche Rationierungen. So weiß der gesetzlich versicherte Patient z. B. in der Regel nicht, dass er eine bestimmte Leistung aufgrund einer Budgetierung *nicht* erhält. Kritische oder misstrauische Patienten mögen dies vielleicht mutmaßen, aber in der Regel wird es vielfach nicht offen ausgesprochen. Anders verhält es sich mit öffentlichen Rationierungen: So kann etwa seit einiger Zeit nur einmal im Jahr eine Zahnsteinentfernung als Kassenleistung abgerechnet werden; diese Festlegung ist womöglich aus zahnmedizinischer Sicht unangemessen, aber die Maßgabe ist öffentlich und transparent und damit aus ethischer Sicht weniger problematisch. Kennzeichnend für eine harte Rationierung ist der Umstand,

dass nur gewisse Leistungen angeboten werden und ein Mehr an Leistungen grundsätzlich, auch bei Zuzahlungsbereitschaft, ausgeschlossen ist. Bei den weichen Rationierungen finden sich ebenfalls nur gewisse Leistungen im Katalog der gesetzlichen Kassen; allerdings sind hier ein privater Zukauf von Gesundheitsleistungen oder Zugeständnisse der Krankenkasse in begründeten Einzelfällen möglich. Aus ethischer Sicht ist die harte Rationierung abzulehnen; sie verstößt u. a. gegen die Hilfeleistungspflicht der Ärzte. Ähnlich unterschiedlich sind direkte und indirekte Rationierungen zu bewerten. Eine direkte Rationierung wäre z. B. der Ausschluss einer bestimmten Person oder Personengruppe von einer Leistungszuteilung. Ein theoretisches Beispiel wäre der Ausschluss von Alkoholkranken von der Möglichkeit einer Lebertransplantation unter Verweis auf unterdurchschnittliche Erfolgschancen. Eine indirekte Maßnahme wäre dagegen etwa die Rationierung über eine Warteliste oder ein Zuzahlungssystem. Direkte Rationierungen wirken diskriminierend bzw. stigmatisierend, weil sie bestimmte Gruppierungen betreffen, und sind folglich aus ethischer Sicht höchst zweifelhaft.

Besonders ins Gerede gekommen ist die verdeckte, aus einem utilitaristischen Denkansatz resultierende Rationierungspraxis in Großbritannien, das häufig als Negativbeispiel angeführt wird. Richard Smith etwa spricht in diesem Zusammenhang von den „fünf D“: *denial* (Verweigerung), d. h. Patienten, die ein bestimmtes Alter überschritten haben, werden beispielsweise auf Intensivstationen nicht mehr aufgenommen oder nicht mehr dialysiert; *deflection* (Umlenkung), d. h. Patienten werden z. B. in der Langzeitpflege vom staatlichen Gesundheitssystem an den privaten Sektor weitergeleitet; *delay* (Hinhalten), d. h. Patienten müssen z. B. Monate auf einen Termin beim Spezialisten oder Jahre auf einen OP-Termin warten; *dilution* (Ausdünnung), d. h. Krankenschwestern kümmern sich z. B. auf

ihrer Station um 24 statt, wie vorgesehen, lediglich um 16 Patienten, oder aber Patienten erhalten viertägige Behandlungsreihen mit Medikamenten statt fünftägige; schließlich *deterrence* (Abschreckung), d. h. man versucht, etwa durch hohe Verordnungsgebühren, von der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung abzuschrecken.¹⁰

Besonders eindrücklich ist das Beispiel Dialyse: In Deutschland gibt es 300 Dialysefälle pro eine Million Einwohner, in England z. B. sind es dagegen nur 100. Ein wesentlicher Grund für diesen frappanten Unterschied ist darin zu sehen, dass in manchen utilitaristisch geprägten Staaten Senioren aus Rationierungsgründen nicht mehr bzw. nicht regelmäßig dialysiert werden, jedenfalls nicht mit öffentlichen Mitteln. In dem Buch *The painful prescription* von Aaron und Schwartz¹¹ findet sich hierzu ein Zitat eines Arztes, der gefragt wurde, was er denn der Familie einer nierenkranken Seniorin erzähle, die eigentlich eine Dialyse bräuchte. Seine Antwort fiel folgendermaßen aus: „I would say that [...] there is very little that anybody can do about it because of her age und her general physical state, and that it would be my advice that we spare her any further investigation, any other painful procedure and we would just make her as comfortable as we can for what remains of her life.“¹²

Das betreffende Zitat lässt folgende Schlüsse zu:

(1) Es sollte keine direkte Rationierung geben. Eine feste Altersgrenze für bestimmte Maßnahmen ist diskriminierend, denn sie enthält das ethisch problematische Urteil, dass Lebenswert und Lebensrecht mit zunehmendem Alter abnehmen.

(2) Rationierungen sollten nicht im Verborgenen erfolgen, sondern explizit. Patienten verlieren eher das Vertrauen in ihre Ärzte, wenn sie von ihnen getäuscht werden (müssen), als wenn offen und ehrlich gesprochen wird. Außerdem sollten Patienten grundsätzlich an Entscheidungs-

prozessen teilhaben, die ihr Leben beeinflussen bzw. ihre vitalen Interessen berühren.¹³

Aus dem Gesagten ergibt sich die Notwendigkeit einer offenen Rationierungsdebatte. Zudem sollte jeder Rationierung eine Diskussion zur Feststellung von Prioritäten vorausgehen. Die größte Erfahrung mit Prioritätensetzung hat der Bundesstaat Oregon in den USA.¹⁴ Aus Mangel an Geldern hatte Oregon 1987 die meisten Transplantationen aus dem Deckungsumfang des Medicaid-Programms, der staatlichen Gesundheitsversicherung für sozial schwache Bevölkerungsgruppen, vollständig ausgeschlossen, um die Finanzen schwerpunktmäßig für Volkskrankheiten einsetzen zu können – bis noch im gleichen Jahr ein 7-jähriger Junge namens Coby Howard an den Folgen einer Leukämie verstarb. Er hatte aus den gleichen Gründen keine Knochenmarktransplantation erhalten, was zu massiver öffentlicher Kritik führte. Daraufhin stoppte die Bundesregierung das Programm. Man wollte nunmehr eine Prioritätenliste unter Einbeziehung der Bürgermeinung erstellen. Was 1990 am vorläufigen Ende der Bemühungen stand, war unbefriedigend: Einer Zahnkrone wurde eine höhere Priorität eingeräumt als einer Appendektomie, obwohl man bekanntlich an einer akuten Blinddarmentzündung versterben kann, mit einer fehlenden Zahnkrone jedoch ohne Weiteres überlebt. Also wurde die Prioritätenliste fortwährend umgearbeitet. Dabei entfernte man sich indessen immer mehr vom ursprünglichen Ziel der Kostendämpfung. Schließlich war der Leistungsumfang größer als vor der Implementierung des Programms und übertraf sogar kommerzielle Versicherungspläne. Wir lernen hieraus zweierlei: (1) Priorisierung ist ein schwieriges Unterfangen, und (2) ein völliger Ausschluss bestimmter Leistungen lässt sich kaum durchsetzen.

Ethische Kriterien wurden in Oregon bei der Prioritätensetzung nicht explizit berücksichtigt. Doch welche Prinzi-

pien legen andere Länder ihren Priorisierungsversuchen zugrunde? Zur Beantwortung dieser Frage mögen zwei disparate Beispiele genügen: die Niederlande – hier wird bereits seit 1991 an einer Prioritätenliste gearbeitet (Choices in Health Care, 1992) – und Schweden – hier lassen sich entsprechende Initiativen bis ins Jahr 1992 zurückverfolgen (Swedish Health Care Priorities Committee, 1992). In den Niederlanden sind die Notwendigkeit, die Wirksamkeit und die Effizienz der Leistungen zu Grundprinzipien erhoben worden. Schweden dagegen hat die Menschenwürde zum wichtigsten Kriterium erklärt. Betont wird hier die Gleichheit der Bürger, ungeachtet ihrer persönlichen Merkmale und ihrer sozialen Funktionen. Eine Diskriminierung aufgrund von Alter, Lebensgewohnheiten und vermeintlich selbstverschuldeter Krankheit ist demnach nicht zulässig. An zweiter Stelle erst kommt die Notwendigkeit, an dritter das Kosten-Nutzen-Verhältnis der jeweiligen Leistung. Diese verschiedenen Ansätze zeigen, wie wichtig es ist, dass jede Gesellschaft ihre eigenen Werte erarbeitet und so definiert, dass sie von allen Beteiligten akzeptiert und umgesetzt werden können. Jede Solidargemeinschaft muss demnach zunächst eruieren, was sie für gerechte Kriterien hält, und diesbezüglich einen Konsens herstellen.

6. Was ist gerecht? Die ethische Perspektive

Was aber sind nun aus ethischer Sicht gerechte Kriterien? Medizinethiker müssen an dieser Stelle mit einer vorsätzlichen Enttäuschung anfangen: Die Ethik nimmt in einem solchen Entscheidungsprozess keine übergeordnete Position ein. Sie kann lediglich „Orientierungswissen“ bereitstellen, Frage- und Argumentationsweisen aufzeigen und Werteinstellungen kritisieren bzw. legitimieren helfen.

Doch was könnten gerechte Kriterien sein? Schon bei dieser Frage kommen wir in Schwierigkeiten, denn es gibt verschiedene, teilweise sogar widersprüchliche Maßstäbe einer gerechten Mittelverteilung. Ich möchte dies am Beispiel der Transplantationsmedizin – bewusst überspitzt – explizieren:

Ein gängiges und vielfach erprobtes Kriterium gerechter Verteilung ist das der Chancengleichheit, der Egalität: Danach hätten mit Blick auf die Zuteilung gespendeter Organe alle registrierten potenziellen Empfänger die gleiche Chance, ein Organ zu erhalten. Ein solches Kriterium ließe sich z. B. durch Losentscheid verwirklichen. Der Nachteil dabei wäre, dass die knappen Organe unabhängig vom mutmaßlichen Transplantationserfolg vergeben würden. Auch die unterschiedliche Dringlichkeit einer Transplantation bliebe außer Acht. Folglich lässt uns das Kriterium Chancengleichheit im vorliegenden Fallbeispiel unbefriedigt zurück.

Im angloamerikanischen Raum ist das Prinzip der Nutzenmaximierung sehr verbreitet. Es handelt sich um ein utilitaristisches Prinzip, bei dem Organe nach dem größtmöglichen Nutzen verteilt werden, d. h. eine Chance auf ein Organ haben nur die Empfänger, bei denen eine lange Überlebenszeit prognostiziert wird. Alte und multimorbide Patienten wären weitgehend chancenlos. Dem Kriterium der Nutzenmaximierung geschuldet ist auch das Kriterium der QALYS (Quality adjusted life years), d. h. der Lebensjahre, die prospektiv durch eine Behandlung gewonnen würden.¹⁵ Aus ethischer Sicht tun wir Kontinentaleuropäer uns damit schwer.

Das dritte, fast gegenläufige Kriterium ist das der Schadensvermeidung: Knappe Organe würden demnach so vergeben, dass der schlimmste Schaden vermieden wird; demnach gingen die Organe also gerade an schwer Kranke, denen ohne Transplantation nur noch eine kurze Über-

lebenszeit bliebe. Auch dieses Prinzip ist umstritten, denn gerade bei dieser Personengruppe ist der Transplantationserfolg fraglich, d. h. die Spenderorgane wären nicht „effektiv“ eingesetzt.

Noch umstrittener ist das Prinzip der „sozialen Würdigkeit“. Hiernach wird z. B. argumentiert, dass eine junge Mutter von drei Kindern eher ein Organ erhalten sollte als z. B. ein alter Mensch oder ein älterer Straftäter. Aus ethischer Sicht ist diese v. a. in Boulevardmedien gelegentlich herangezogene Argumentation in keiner Weise diskussionswürdig. Denn wer sollte berufen sein, den sozialen Wert eines Menschen zu beurteilen?

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass wir es mit höchst komplexen Entscheidungen zu tun haben. Das eigentliche ethische Dilemma besteht darin, dass wir mitunter eine Bewertung menschlichen Lebens unter finanziellen Gesichtspunkten vornehmen müssen, obwohl wir andererseits mehrheitlich die grundsätzliche Überzeugung besitzen, dass menschliches Leben *eben nicht* in Geldwert zu bemessen ist.

In den meisten Fällen behilft man sich damit, verschiedene Gerechtigkeitskriterien in unterschiedlicher Gewichtung zu kombinieren, so übrigens auch in der Transplantationsmedizin, wie das Beispiel der Organverteilung bei Eurotransplant zeigt.¹⁶ Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit keine alleinigen Kriterien sein können. Ebenso wenig kann gerechte Verteilung auf eine mathematische Aufgabe reduziert werden.

7. Mögliche *ethisch relevante Eckpunkte einer Gesundheitsreform*

Wie aber könnte man vorgehen? Auch wenn die Medizinethik im anstehenden Reformprozess keine übergeordnete Position beanspruchen will und darf, kann sie Suchrichtungen aufzeigen und Rahmenbedingungen oder Kriterien benennen, die für den Prozess leitend sein sollen.

Wie aber könnten diese Kriterien aussehen?¹⁷ Was die Gestaltung des notwendigen Diskurses betrifft, so brauchen wir eine offene Diskussion: Es geht um die Frage, wie die Gesellschaft mit der Mittelknappheit im Gesundheitsbereich umgehen möchte. Transparente und öffentliche Kriterien entsprechen dem ethischen Gebot der Wahrhaftigkeit und sind anderen Verfahrensweisen vorzuziehen. Zu fordern ist weiterhin ein partizipativer Diskussionsstil: Bisher ist Gesundheitspolitik größtenteils paternalistisch geprägt, wobei wenige Akteure über das Wohl vieler bestimmen. Verteilungsentscheidungen bedürfen aber einer gesellschaftlichen Legitimierung. Wir benötigen demnach Teilhabe, angefangen von den Parteispitzen und Parlamentariern über Lobby-Groups bis hin zur Einbindung von Selbsthilfegruppen und Patientenanwälten. Ein weiterer wichtiger Eckpunkt wäre in einer stärkeren Kostentransparenz zu sehen: Die Kosten für Kassenbehandlungen sind grundsätzlich durchsichtig zu machen. Der gesetzlich Versicherte sollte – anders als bisher praktiziert – eine konkrete Vorstellung haben, was an Behandlungskosten entsteht. Nur so können wir überhaupt auf die Eigenverantwortung des Patienten hoffen. Wir benötigen außerdem Interessentransparenz: Verflechtungen zwischen Industrie und Leistungserbringern sind offen zu legen und gegebenenfalls abzustellen – auch wenn das in einigen Fällen nicht realisierbar sein dürfte. Was die Arbeitsqualität betrifft, so sollten die Leistungserbringer nach klaren Quali-

tätsstandards arbeiten, die regelmäßig kontrolliert werden und sich auf die Vergütung auswirken; gerade in diesem Bereich gibt es ja bereits umfassende Bemühungen. Auch die Wirksamkeit der Leistungen ist nachzuweisen, soweit dies möglich ist (Angebotsqualität). Allerdings wissen wir alle auch um die Grenzen der evidenzbasierten Medizin. Was das Thema Wirtschaftlichkeit anbelangt, so sind Rationalisierungspotenziale unter Wahrung der Qualitätsstandards auszuschöpfen. Kosten-Nutzen-Berechnungen sind ein sozialethisches Gebot. Ressourcenaufstockungen sind nur dann legitim, wenn sie *à la longue* für eine Effizienzsteigerung notwendig sind. Was die Einführung von Neuerungen zulasten der Solidargemeinschaft betrifft, so ist Zurückhaltung geboten – gerade dann, wenn sie nicht für alle finanziert werden können, denen sie helfen würden. Neue Diagnose- und Behandlungsmethoden sind daher im Hinblick auf eine faire Anwendung und auf ihre Finanzierung kritisch zu überprüfen. Wichtig ist des Weiteren, dass die Festsetzung von Prioritäten einer Rationierung vorausgeht. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Rationierungsmaßnahmen keine Gesundheitsleistungen (be)treffen, die unsere Gesellschaft als vorrangig ansieht. Ebenso bedeutsam ist außerdem die Einsicht, dass Prioritäten veränderlich sind. Jede einmal festgesetzte Rangfolge trägt bereits ihr Verfallsdatum in sich und muss daher fortlaufend überprüft werden.

Bei Priorisierung und Rationierung sollte von einer streng utilitaristischen Orientierung Abstand genommen werden. Ein utilitaristisches Vorgehen zielt auf den größten Nutzen für die Gemeinschaft; dies würde aber zu einer Diskriminierung von Patienten führen, die an seltenen und/oder chronischen Krankheiten leiden bzw. multimorbid oder betagt oder mit sonstigen „Risiken“ behaftet sind. Auch wäre es wesentlich, auf eine gesellschaftlich breit abgestützte Unterscheidung zwischen Basis- und Zusatzver-

sorgung abzielen. Die notwendige Basisversorgung sollte auf der Grundlage des Egalitätsprinzips gestaltet werden, also gleiche Zugriffsmöglichkeiten auf Gesundheitsleistungen für alle gewährleisten. Nur innerhalb der Zusatzversorgung kann es Ungleichheit geben. Allerdings müssten die Kriterien zuvor in einem gerechten Verfahren festgelegt werden. Außerdem sollte es grundsätzlich möglich sein, sich privat zusätzlich zu versichern.

Jeder Krankheitsfall ist anders, und spezielle „Patientenfälle“ benötigen spezielle Maßnahmen. Deshalb wäre an die Einräumung von Widerspruchsrechten zu denken. Sie sollten es ermöglichen, die Feststellung von Prioritäten im begründeten Einzelfall anzugreifen.

Man muss kein Prophet sein, um vorauszusagen, dass die Reform des Gesundheitssystems eine Dauerbaustelle sein wird, die allen Akteuren immer neue Zugeständnisse und Belastungen abverlangt. Der aktuelle Umbau des Gesundheitswesens ist aber auch ein Prüfstein für das Arzt-Patient-Verhältnis, denn der Arzt muss die Rationierungs- und Priorisierungsmaßnahmen seinem Patienten begreiflich machen, er muss sie kommunizieren und nimmt die Rückmeldung des Kranken entgegen. Mit anderen Worten: In den Augen des Patienten trifft immer noch der Arzt die maßgeblichen Entscheidungen über Gesundheit und Krankheit. Auch deshalb brauchen wir in dem anstehenden Reformprozess die Einbindung von Patienten. Der Prozess muss breit abgestützt und gesellschaftlich akzeptiert sein. Denn eines können wir alle nicht wollen: Dass sich der Patient fühlt wie ein orientierungsloser Zwerg unter lauter ärztlichen Riesen (vgl. Abb. 1 u. 2).



Abb. 1: Illustration des Arzt-Patient-Verhältnisses aus der Perspektive des Patienten



Abb. 2: Illustration der ärztlichen Sicht auf die Rolle des Arztes im Gesundheitswesen (im Verlauf der Tagung spontan gezeichnet von Gabriele Schumpelick)

Literatur

- Aaron, Henry J. / Schwartz, William B.: The Painful Prescription: Rationing Hospital Care. Washington, DC 1984.
- Amann, Anton: Die großen Alterslügen. Generationenkrieg, Pflegechaos, Fortschrittsbremse? Köln 2004.
- Callahan, Daniel: False Hopes. Why America's Quest for Perfect Health Is a Recipe for Failure. New York 1998.
- Daniels, Norman: Just Health Care. Cambridge 1985.
- Dunning, Arend Jan: Choices in Health Care. A Report by the Government Committee on Choices in Health Care. Rijswijk 1992.
- Gronemeyer, Reimer: Kampf der Generationen. München 2004.
- Happich, Michael: Die Bewertung von Gesundheit: Prioritäten, QALYs und prospect theory. Frankfurt a. M. 2003.
- Kjellstrand, Carl: All elderly patients should be offered dialysis. Editorial comment. In: Geriatric Nephrology and Urology 6 (1997), 129–136.
- Marckmann, Georg / Siebert, Uwe: Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem „Oregon Health Plan“ lernen? In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 127 (2002), 1601–1604.
- Schirrmacher, Frank: Das Methusalem-Komplott. München 2005.
- Smith, Richard: Plädoyer für eine offene Rationierungsdebatte. In: Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), B1924f.
- Wallner, Jürgen: Ethik im Gesundheitssystem. Eine Einführung. Wien 2004.

Anmerkungen

¹ Vgl. etwa die Titel der folgenden Bände: „Kampf der Generationen“ (Gronemeyer 2004); „Das Methusalem-Komplott“ (Schirrmacher 2005); „Die großen Alterslügen. Generationenkrieg, Pflegechaos, Fortschrittsbremse?“ (Amann 2004).

² <http://www.welt.de/data/2003/08/08/149329.html>. „Die aktive Generation“, ein Verein von Senioren, verlieh ihm prompt öffentlichkeitswirksam den Kaktus im Blechnapf.

³ <http://www.fdp-spenge.de/presse.php?zeile=881>.

<http://www.faz.net/s/Rub28FC768942F34C5B8297CC6E16FFC>

8B4/Doc~E238BC9C62A4449CFBC137A6DFC1B127F~ATpl~Ecommon~Scontent.html.

⁴ <http://www.pkv-netz.com/gkv-entw-f.htm>.

⁵ Quelle: http://www.economiesuisse.ch/d/webexplorer.cfm?ms_sid=355&ddid=95D5E4E0-5D30-458D-A4ED121E8745D331&id=448&lid=1.

⁶ Vgl. http://www.bpb.de/wissen/W1SVGZ,0,SingleHaushalte_nach_Alter_und_Geschlecht.html.

⁷ <http://www.rosalux.de/cms/index.php?id=5110>.

⁸ Vgl. Daniels 1985.

⁹ Callahan 1998.

¹⁰ Smith 1998.

¹¹ Aaron / Schwartz 1984.

¹² Kjellstrand 1997.

¹³ Vgl. hierzu wiederum Smith 1998 (Anm. 10).

¹⁴ Marckmann / Siebert 2002.

¹⁵ Happich 2003.

¹⁶ Bei Nierentransplantationen wären dies z. B. die Kriterien Blutgruppe, Gewebetypisierung, Dringlichkeit, Wartezeit und Staatsangehörigkeit; vgl. http://www.eurotransplant.nl/files/misc/ET_brochure_German.pdf.

¹⁷ Vgl. hierzu insbesondere Wallner 2004.