

⇒ Hans-Ulrich Dallmann

Vom Umgang mit Knappheit: ethische Perspektiven auf die Priorisierung im Gesundheitswesen

⇒ 1 Einleitung

Nicht allein in der gesundheitsökonomischen Literatur, sondern auch in den politischen Debatten und ethischen Kommentaren werden Werte beschworen, gefordert oder als fehlend bemängelt. Offenbar wird von Werten viel erwartet. Aber können Werte überhaupt leisten, was ihnen als Aufgabe zugeschrieben wird: klare Prioritäten benennen, in Entscheidungssituationen Präferenzen begründen, insgesamt die fehlende Orientierung ermöglichen? Die Frage ist rhetorisch; selbstverständlich können Werte dies nicht. Das kann in diesem Zusammenhang nur kurz begründet werden (vgl. dazu ausführlicher: Dallmann 2009).

Es ist dem Wertbegriff anzusehen, dass er aus der ökonomischen Sphäre stammt: alles, was einen Wert besitzt, kann gegen andere Werte berechnet und getauscht werden. Deswegen kann man sagen, dass etwas erst einen Wert beigemessen bekommt und nicht schon einen Wert hat. Der Wert ist Produkt menschlicher Wertschätzung. Der Sache nach argumentiert schon Immanuel Kant in seiner Unterscheidung, dass Sachen nur ein relativer, Personen jedoch ein absoluter Wert zugesprochen werden müsse (Kant 1785/1786, BA 65), gegen den Wertbegriff. Der Begriff absoluter Wert ist eigentlich ein Widerspruch in sich, weil ihm nichts entsprechen kann, er ist nicht gegen etwas anderes aufzurechnen. Entsprechend kommt dieser ab-

absolute Wert, als Zweck in sich selbst, Kant zufolge nur Personen zu. Alle relativen Werte können dann nicht mehr Grundlage der Ethik sein.

Eine fundamentalere Kritik am Wertbegriff stammt aus der Systemtheorie. Dirk Baecker versteht die Eigenart des Werts in seiner inneren Widersprüchlichkeit:

Dallmann, Hans-Ulrich, Prof. Dr., Professor für Ethik, Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen der FH Ludwigshafen am Rhein, dort Vizepräsident für Qualitätssicherung, Studium und Lehre.

Der Wert macht die Dinge vergleichbar, und er hält die Möglichkeit in der Reserve, das Wertvolle als das Unvergleichbare zu bezeichnen und zu vergleichen. Der Wert des Wertes steckt darin, dem Vergleich Tür und Tor zu öffnen und der Reichweite des Vergleiches ... nur noch mit eigenen Mitteln Grenzen zu setzen (Baecker 2004, 19).

In anderen Worten: Der Wert des Wertes besteht darin, »etwas dem Vergleich aussetzen *und* gleichzeitig dem Vergleich entziehen zu können« (ebd.) In diesem Sinne versteht Baecker Wert als typisches Beispiel eines Begriffes »zweiter Ordnung«, der über keinen Gegenbegriff verfügt und nur sich selbst begrenzt, indem er suggeriert, dass er auf eine externe Qualität referiere, wobei jedoch nichts anderes zu Grunde liege als die Kompensation der Relativierung, die durch den Gebrauch des Wertbegriffes automatisch entsteht. Werte, so ließe sich paraphrasieren, werden gebraucht, um die Kontingenz der Praxis des Bewertens zu kaschieren und diese Praxis gleichzeitig zu ermöglichen. Wären Werte in diesem Sinne eindeutig und in eine allen bekannte Hierarchie eingefügt, käme die Praxis des Vergleichens zum Ende, wie am Ende einer Fußballbundesligasaison die Tabelle feststeht und ein Blick genügt, um den Platz eines Vereins in der Rangordnung zu bestimmen. Eine feste Skala der Werte wäre das Ende des Bewertens, weil es nichts mehr zu bewerten gäbe und jede Auseinandersetzung um den Wert eines Gegenstandes, einer sozialen Praxis, einer Person, selbst eines Werts sinnlos wäre, weil es genügte, einfach auf die »Abschlusstabelle« zu schauen. Oder anders gesagt, Bewertungen sind im Prinzip nie endgültig abschließbar, weil Werte als Grundlage von Bewertungen – anders als bei Messungen – keine unveränderlichen, verlässlichen und allseits anerkannten Kriterien an die Hand geben. Noch einmal anders gesagt: Der Praxis des Bewertens wird durch Werte selbst kein Ende gesetzt. Werte sind nicht die Lösung, sondern ein Teil des Problems.

Eine letzte Vorbemerkung: Wenn wir über Priorisierung im Gesundheitssystem sprechen, ist es notwendig zu klären, auf welcher Ebene wir diskutieren. Bekanntlich kann hinsichtlich der Allokation von Gütern zwischen einer Makro-, einer Meso- und einer Mikroebene unterschieden werden. Auf der ersten Ebene geht es um den Anteil von Gütern und Leistungen auf der gesellschaftlichen Ebene, also um die Frage, welcher Anteil der gesellschaftlich zu verteilenden Mittel in das Gesundheitssystem fließt (üblicherweise ermittelt anhand des Anteils am Bruttoinlandsprodukt). Hier gibt es keine gleichsam »natürliche« Quote, diese ist vielmehr das Ergebnis von Aushandlungsprozessen und Verteilungskonflikten. Daher kann es im Folgenden wesentlich

nur um die Mesoebene (Verteilung der Mittel innerhalb des Gesundheitssystems) und um die Mikroebene (Verteilung der Mittel an einzelne Patienten oder Patientengruppen) gehen.

⇒ 2 Zur Notwendigkeit der Priorisierung

Auch wenn es oft genug verschämt verschwiegen wird: Priorisierung bedeutet immer auch Posteriorisierung. Wenn bestimmte Leistungen vorrangig erbracht werden, kommen andere nur nachrangig in Betracht. Dabei ist zunächst offen, nach welchen Kriterien priorisiert wird. Da jeder Entscheidung Priorisierungen implizit oder explizit zugrunde liegen, ist die Frage weniger die, ob priorisiert werden kann oder soll, als vielmehr die Frage, welche Kriterien eine Rolle spielen sollen. Prinzipiell bedeutet Priorisierung nicht automatisch eine Einschränkung von Leistungen. Dies gilt nur beim Einsatz der Priorisierung zur Kostenreduktion.

Wenn Priorisierung mit der primären Motivation erfolgt, bei knapper Ressourcenlage Leistungsbegrenzungen zu begründen, werden Priorisierung und Rationierung fast zu Synonymen, als die sie in der englischsprachigen Literatur tatsächlich oft erscheinen (Deutscher Ethikrat 2011, 14).

Unter dem Vorzeichen der Leistungsbegrenzung ist die Priorisierungsdebatte der erste Schritt hin zur Rationierung.

Grundsätzlich werden in der Fachdiskussion zwei Formen der Priorisierung unterschieden, die vertikale und die horizontale. Bei der vertikalen wird eine Rangfolge von Maßnahmen bei einer bestimmten Indikation festgelegt. In der ärztlichen Praxis ist dies ein alltägliches Vorgehen, wenn überlegt werden muss, welche Maßnahme den größten Nutzen für den Patienten erwarten lässt. Horizontale Priorisierung dagegen bedeutet eine Entscheidung zwischen verschiedenen Gruppen von Erkrankungen oder verschiedenen Gruppen von Patienten. Der Schwerpunkt der Priorisierungsdebatte liegt auf der letzten Form, wenn etwa diskutiert wird, inwieweit bei der Kosten-Nutzen-Bewertung von Medikamenten oder Therapien QALYs (quality adjusted life years) als indikationsübergreifendes Nutzenmaß Verwendung finden sollen oder nicht. Ich werde auf die Debatte um die QALYs weiter unten ausführlicher eingehen.

Ethisch umstritten ist bei beiden Formen der Priorisierung die Frage, ob ökonomische Kriterien im Sinne einer Kosten-Nutzen-Abschätzung herangezogen werden dürfen. Bevor wir uns dieser Frage zuwenden, muss zunächst diskutiert werden, ob und inwieweit Alternativen zur Verfügung stehen. Als solche werden die Erhöhung der Einnahmen

und die Rationalisierung gesehen. Die Option der Erhöhung der Einnahmen im Gesundheitssystem – sei es durch eine Erhöhung der Beiträge oder durch Steuerfinanzierung – verweist auf die Grundfrage der Priorisierungsdebatte: Sind die Mittel tatsächlich knapp? Die Knappheit von Gütern ist das Ausgangsproblem der Ökonomie. Wo alle Güter im Überfluss – also jede potenzielle Nachfrage übersteigend – vorhanden sind, besteht weder das Problem der Produktion noch der Distribution. Knappheit ist außerhalb des Schlaraffenlandes immer relativ. Diese Knappheit resultiert im Gesundheitssektor aus zwei Ursachenbündeln. Zum einen ist gesundheitssystemimmanent einerseits zu erwarten, dass in der Folge des medizinischen Fortschritts auch weiterhin neue – und zumeist kostspielige – Diagnose- und Therapieverfahren entwickelt werden, die eine entsprechende Nachfrage nach sich ziehen werden, und dass andererseits aufgrund der demographischen Entwicklung ein höherer Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung entstehen wird. Innovationen im Gesundheitswesen haben meist die Form von Produkt- und nicht von Prozessinnovationen; zudem handelt es sich ebenso in der Regel nicht um Ersatz-, sondern um Zusatztechnologien. Zudem weisen Kritiker immer wieder auf den abnehmenden Grenznutzen medizinischer Versorgung hin: »Der (oft geringe) Nutzengewinn durch neue Behandlungsverfahren erfordert häufig überproportional hohe Ausgaben« (Marckmann 2006, 187). Hinsichtlich der demographischen Entwicklung gehen Blinkert und Klie davon aus, dass sich bis zum Jahr 2050 die Zahl der pflegebedürftigen Personen gegenüber dem aktuellen Stand verdoppeln wird. (Blinkert/Klie 2008, 25) Zudem führt der demographische Wandel dazu, dass – bei gleichbleibendem Finanzierungsmodus – die Quote der beitragsfreien oder -reduzierten Versicherten steigen wird. Hochrechnungen zufolge müsste, um die Krankenversorgung auf dem jetzigen Niveau zu halten, im Jahr 2050 der Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherungen auf 43% erhöht werden (Deutscher Ethikrat 2011, 9, zu deutlich niedrigeren Zahlen kommt allerdings Erbsland 2008). Zum anderen steht das Gesundheitswesen in Konkurrenz zur Finanzierung anderer öffentlicher Güter wie Bildung, Verkehr oder anderer Sozialleistungen. Mittel, die dem Gesundheitssystem zufließen, fehlen in anderen Bereichen. Eine Kürzung der Bildungsausgaben würde wahrscheinlich, gleichsam als Kollateralschaden, mittel- bis langfristig dazu führen, dass die Gesundheitsausgaben steigen, weil der Gesundheitszustand – und damit die Nachfrage an Gesundheitsleistungen – mit dem Bildungsstand korreliert. Alles in allem beinhaltet das Finanzierungsproblem gesellschaftliche Konfliktpotenziale, die einer

Erhöhung der Mittel im Gesundheitssystem deutliche Grenzen setzen. Rationalisierung bedeutet in unserem Zusammenhang, Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen. Es geht darum, Prozesse zweckrational zu optimieren, das heißt, entweder mit gleichbleibenden Mitteln das Ergebnis zu verbessern oder ein definiertes Ergebnis mit dem Einsatz geringerer Mittel zu erreichen. Rationalisierungspotenziale gibt es z.B. hinsichtlich der Schnittstellenproblematik, hierzu gehört die Optimierung von Behandlungs- und Versorgungspfaden (vgl. Wallner 2004, 226ff) und die Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen (vgl. Sachverständigenrat 2007). Rationalisierungspotenziale bestehen ebenso im Arzneimittelsektor, wo der Zusatznutzen neuer Medikamente oft fraglich ist. Allerdings zeigt die öffentliche und wissenschaftliche Debatte um die Nutzen- und Kostenbewertung von Medikamenten durch das IQWiG, wie konfliktträchtig und interessengeleitet dieses Thema ist (vgl. Deutscher Ethikrat 2011, 19ff und das Sondervotum 61ff). Grundsätzlich ist im Arzneimittelbereich von Einsparpotenzialen in erheblichem Umfang auszugehen: Präparate in Deutschland sind fünfzig bis hundert Prozent teurer als in Nachbarländern (das gilt auch für Generika), die Möglichkeit der Preisfestsetzung bei patentgeschützten Mitteln führt dazu, dass 2,2% der Verordnungsmenge 26,2% der Kosten gegenüberstehen (vgl. Glaeske/Schicketanz 2010).

Neben diesem – im Grunde unstrittigen – Verständnis von Rationalisierung wird auch im Blick auf eine effiziente Mittelverwendung diskutiert. Dies bedeutet z.B., finanzielle und andere Mittel dort einzusetzen, wo sie den größten aggregierten Nutzen erzielen. Das würde für bestimmte Patientengruppen, etwa solchen, die an äußerst seltenen Krankheiten leiden, zu einer Verschlechterung ihrer Situation führen, da der Einsatz von Mitteln bei den Krankheiten, von denen viele – und vielleicht noch viele Zahlungskräftige – betroffen sind, »rationaler« wäre. Aus ethischer Sicht ist Rationalisierung, im Sinne einer Steigerung der Effektivität und Effizienz von Maßnahmen, so lange nicht nur unproblematisch, sondern sogar geboten, als die Versorgungsqualität damit nicht beeinträchtigt wird. Maßnahmen, die dazu führen, dass Einzelne oder Patientengruppen schlechter versorgt werden, bedürfen einer besonderen Begründung. Ich werde später darauf zurückkommen. Allerdings – und darin ist man sich in der Fachdebatte über alle Konflikte hinweg einig – wird mit Rationalisierung allein die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht in den Griff zu bekommen sein.

Die sich abzeichnende Mittelknappheit im Gesundheitssystem erfordert eine Debatte über Maßnahmen, die auf Leistungsein-

schränkungen hinauslaufen. Allerdings hat die Forderung nach Rationierung und/oder Priorisierung so lange ein »G'schmäcke«, als Rationalisierungspotentiale nicht ausgeschöpft und exorbitante Gewinne nicht begrenzt werden. Darüber hinaus müssen rationierende und/oder priorisierende Maßnahmen – und darüber besteht weitgehendes Übereinkommen – gerecht sein. Was in diesem Zusammenhang Gerechtigkeit bedeutet und was aus ihr folgt, ist allerdings umstritten. Deshalb ist es sinnvoll, sich der Debatte gerechtigkeits-theoretisch anzunähern.

⇒ 3 Gerechtigkeitstheoretische Defizite

In Deutschland hat die Debatte um Gerechtigkeit im Gesundheitswesen erst in den letzten Jahren theoretisches Gewicht erhalten. Sie ist dabei immer noch geprägt durch den Bezug auf die US-amerikanische Diskussion. Diese ist jedoch, wie die erbittert geführte Debatte um die Gesundheitsreform Barack Obamas im letzten Jahr gezeigt hat, durch andere Prämissen bestimmt als die Diskussion hierzulande. Gleichwohl lohnt der Blick auf die wichtigsten Ansätze, die aktuell diskutiert werden.

⇒ 3.1 Norman Daniels rawlsianischer Ansatz

Gegenwärtig gilt das Buch von John Rawls »Eine Theorie der Gerechtigkeit« (Rawls 1975) als zentraler Bezugspunkt der sozialphilosophischen Gerechtigkeitsdebatte. Rawls schließt an Theorien des Gesellschaftsvertrages an und versucht, Gerechtigkeit als Fairness zu konzeptionalisieren. Um hierfür Maßstäbe zu erhalten, konstruiert er hypothetisch eine Ursprungssituation (original position), in der alle Beteiligten im Sinne einer Klugheitswahl die Verteilung von Gütern und Chancen regeln. Dabei liegt über den Beteiligten ein Schleier des Unwissens (veil of ignorance), d.h. sie kennen weder ihre Stellung in der Gesellschaft noch andere Faktoren, die Ungleichheit bewirken. Im Blick auf die gesellschaftliche Gerechtigkeit gelten zwei Grundsätze: »Jedermann hat gleiches Recht auf das umfangreichste Gesamtsystem gleicher Grundfreiheiten, das für alle möglich ist.« Und:

Soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten müssen folgendermaßen beschaffen sein: (a) sie müssen unter der Einschränkung des gerechten Spargrundsatzes den am wenigsten Begünstigten den größtmöglichen Vorteil bring-

en, und (b) sie müssen mit Ämtern und Positionen verbunden sein, die allen gemäß fairer Chancengleichheit offenstehen (Rawls 1975, 336).

Gegenstand der Verteilung sind gesellschaftliche Grundgüter (primary goods), »Dinge von denen man annehmen kann, dass sie jeder vernünftige Mensch haben will« (Rawls 1975, 83). Als hauptsächlichste nennt Rawls »Rechte, Freiheiten und Chancen sowie Einkommen und Vermögen« (ebd.), später fügt er noch das Gut der »Selbstachtung« hinzu (Rawls 1975, 479ff). Gesundheit nimmt Rawls als Grundgut explizit aus, da es sich bei ihr um ein »natürliches Gut« handele, das nur mittelbar durch die gesellschaftliche Grundstruktur beeinflusst werde (Rawls 1975, 83). Die Grundgüter sind für Rawls relevant für die Realisierung von Lebensplänen (plans of life). Plan meint hier nicht so etwas wie eine Strategie. Ein Lebensplan ist vielmehr der konsistente (das heißt: vernünftige) Zusammenhang von Werturteilen, Zielen und Wünschen, der in einer eher mittel- als langfristigen Perspektive die Vorstellung eines »guten Lebens« umschreibt.

Ist diese Vorstellung von Plänen vernünftig, so ist zu erwarten, dass es das Gute im Leben, grob gesprochen, die Tätigkeiten und Beziehungen sind, die einen wichtigen Platz in vernünftigen Plänen haben. Und die Grundgüter müssten sich als das herausstellen, was im allgemeinen für die erfolgreiche Ausführung solcher Pläne nötig ist, wie auch der Plan und seine Endziele im einzelnen aussehen mögen (Rawls 1975, 449).

Diese knappe Rekonstruktion der zentralen Argumentation Rawls' ist notwendig, um den Ansatz von Norman Daniels (Daniels 1985, eine deutschsprachige Kurzfassung findet sich in: Daniels 2003a) angemessen würdigen zu können, der in der Diskussion um eine gerechte Gesundheitsversorgung eine ähnliche Rolle spielt wie das Werk von Rawls in der Sozialphilosophie. Daniels knüpft an Rawls an und versucht, die Rawlssche Gerechtigkeitstheorie um das Element Gesundheitsversorgung zu erweitern. Daniels argumentiert dabei bedürfnistheoretisch, indem er von »basalen Lebensbedürfnissen« ausgeht, die für eine »arttypische Funktionsfähigkeit« notwendig sind (Daniels 2003a, 22). Diese fungiert als Kriterium für die Konzeptionalisierung von Krankheit und Gesundheit, aus der sich ein grundlegender medizinischer Versorgungsbedarf ableiten lässt:

Medizinischer Versorgungsbedarf ist das, was wir benötigen, um – in den Fällen, in denen es möglich ist – das normale arttypische Funktionieren aufrechtzuerhalten, wiederherzustellen oder funktionale Äquivalente dafür zur Verfügung zu stellen (Daniels 2003a, 27).

Der nächste Argumentationsschritt besteht bei Daniels darin, das Verhältnis von Krankheit und Lebenschancen zu bestimmen. Hierbei greift er auf Rawls' Konzept der Lebenspläne zurück:

Das normale Spektrum an Lebenschancen in einer gegebenen Gesellschaft besteht aus der Gesamtmenge an »Lebensplänen«, die vernünftige Menschen, die in ihr leben, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit für sich selbst erstellen (ebd.).

Bestimmte Krankheiten schränken die Möglichkeit ein, Lebenschancen zu realisieren. Wenn faire Chancengleichheit mit Rawls als zentrales Gerechtigkeitsprinzip angenommen werden kann, dann muss – so Daniels – die Gesundheitsversorgung in die Reihe jener »Hintergrundinstitutionen« aufgenommen werden,

die einen Rahmen von Freiheiten und Möglichkeiten bieten, innerhalb dessen die Individuen ihr fair bemessenes Einkommen verwenden und ihre jeweils eigenen Vorstellungen des Guten verfolgen können (Daniels 2003a, 33).

Dann muss allen Mitgliedern der Gesellschaft der Zugang zu diesen Institutionen ermöglicht werden. Daniels geht es weniger um ein Projekt der Optimierung von Lebenschancen als um ein »Prinzip der normalen Möglichkeiten«:

In Mangelsituationen sollen diejenigen Patienten Vorrang haben, die aufgrund ihrer Krankheit oder Behinderung am meisten in ihrer Möglichkeit eingeschränkt sind, normale, der Gesellschaft entsprechende Lebenspläne zu realisieren (Rauprich 2005, 31).

Kritiker wenden gegen Daniels' Konzept ein, dass die Bedeutung der Gesundheitsversorgung für die Individuen nicht allein in der Gewährung von Chancengleichheit liegt, sondern ebenso die Verhinderung von Leid und Tod, aber auch die Förderung der Fähigkeit, das Leben zu genießen, umfasst (vgl. Buchanan 2003, 109). Gravierender erscheint mir der Einwand, dass Daniels an dieser Stelle zirkulär argumentiert, mit der Folge, dass keine Kriterien formuliert werden können, welches Maß an Gesundheitsversorgung vorzusehen

ist (vgl. wiederum Buchanan 2003, 110). Anders gewendet: Daniels' Ansatz ist nicht gegen Levelling-down-Argumente gefeit.

⇒ 3.2 Orientierungen am »Capability Approach«

In der jüngsten Zeit erfährt der »Capability Approach« (die Begrifflichkeit lässt sich schwer übersetzen, man spricht im Deutschen meist vom Befähigungs- oder Verwirklichungschancen-Ansatz) besonderes Interesse. Er wurde von dem indischen Ökonomen Amartya Sen entwickelt (vgl. jetzt als Standardwerk Sen 2010) und vor allem von Martha Nussbaum, einer ehemaligen Mitarbeiterin Sens, weitergeführt (vgl. aktuell zum Thema Nussbaum 2010). Hintergrund ist die Vorstellung, dass der Wohlstand und der Lebensstandard von Menschen nicht allein durch monetäre Parameter ausgedrückt werden kann. Insbesondere Nussbaum geht davon aus, dass es eine Reihe von Grundbefähigungen gibt, die es Menschen erlauben, selbstbestimmt ein gutes Leben führen zu können. Wem die Verwirklichung von Möglichkeiten, die sich aus diesen Befähigungen ergeben, verwehrt sind, lebt in einem Zustand der Armut und Unterdrückung. Der Staat ist dafür verantwortlich, seinen Bürgerinnen und Bürgern die Chance der Verwirklichung seiner Befähigungen zu ermöglichen. Ob er und sie die Chance jeweils nutzt, ist seine oder ihre Angelegenheit. Niemand kann und darf z.B. dazu gezwungen werden, sich eine seinen oder ihren Fähigkeiten entsprechende schulische Bildung anzueignen. Niemand darf zu seinem Glück gezwungen werden. Allerdings müssen den Menschen die Güter zur Verfügung stehen, die sie zur Verwirklichung ihrer Befähigungen benötigen. Nussbaum formuliert diesbezüglich eine Liste von zehn zentralen menschlichen Fähigkeiten, die vom biologischen Leben bis zur Kontrolle über die soziale Umwelt reichen (Nussbaum 2010, 112ff).

Es ist evident, dass solche Listen nicht abschließend formuliert werden können und im Einzelnen kulturell variieren. Zudem ist zwischen Grundbedürfnissen und -befähigungen auf der einen Seite und Luxusbedürfnissen und verfeinerten Befähigungen auf der anderen zu unterscheiden. Eine präzise Grenzziehung gestaltet sich schwierig. Was für ein Schulkind in Mitteleuropa eine untere Grenze darstellt, könnte z.B. in Burkina Faso schon an der Grenze des Luxus liegen. Gleichwohl entbindet diese Schwierigkeit nicht davon, entsprechende Mindeststandards zu definieren. Das setzt politische Partizipationsmöglichkeiten und einen freien politischen Diskurs voraus. Deshalb gehören Freiheit und politische Beteiligungsmöglichkeiten zu den unverzichtbaren Grundgütern (vgl. Sen 2010, 347ff). Auf jeden Fall ermög-

licht der Capability Approach, soziale Ungleichheit sehr viel differenzierter aufzuzeigen als an monetären Kennzahlen orientierte Ansätze. Im Gerechtigkeitsdiskurs im Gesundheitswesen vertritt insbesondere der Theologe Peter Dabrock eine am Capability Approach orientierte Position. Dabei knüpft er an die dort formulierte These an,

dass in einer Gesellschaft ein *decent minimum* an konditionalen Gütern, u.a. Gesundheit, so zur Verfügung gestellt werden muss, dass die für eine eigenverantwortliche Lebensführung (*functioning*) unabdingbar notwendigen Befähigungen (*capabilities*) auch für die am wenigsten von der sozialen Ordnung Begünstigten erreichbar sind (Dabrock/Ried 2009, 34).

Das Ziel aller (Um-)Verteilungsmaßnahmen im Sinne des Capability Approach muss die Ermöglichung von Inklusion sein. Das »decent minimum« in der Gesundheitsversorgung muss daher mehr umfassen als allein die Erhaltung eines physiologischen Minimalniveaus und sich an der »Befähigung zu einer längerfristig integral-leiblichen, eigenverantwortlichen Lebensführung zum Zwecke der Teilnahmemöglichkeit an sozialer Kommunikation« orientieren (Dabrock 2005, 240). Trotz einer – wie aus den Beiträgen hervorscheint – größeren Nähe zu genetisch-dynamischen Konzepten von Gesundheit und Krankheit (etwa das Konzept der Salutogenese von Antonovsky) setzt Dabrock aus pragmatischen Gründen vorrangig an gängigen biomedizinischen Konzepten an. Krankheit hat für ihn einen objektiven, einen subjektiven und einen sozialen Aspekt, wobei aus dem genannten Grund der objektive im Vordergrund steht. Inhaltlich leitet er daraus als Priorisierungsregel ab:

Als Erstes sind Krankheiten zu behandeln, bei denen alle drei Aspekte vorkommen, zweitens solche Zustände, bei denen zwei Aspekte auftreten, wovon einer der objektive sein muss, drittens (wegen der prioritären Berücksichtigungsmöglichkeit von Früherkennung, die in der Regel auch ohne symptomatische Beschwerden ab einem gewissen Alter geschlechtsspezifisch statistisch sinnvoll ist) wo nur die Betroffenheit vom objektiven Aspekt erwartet wird, viertens wo der subjektive und der soziale Aspekt vorkommen und fünftens schließlich, wo nur der subjektive oder soziale Aspekt berührt ist (ebd.).

Diese Kriterien sollen – Dabrock zufolge – den am Inklusionsbegriff orientierten Kontrollkriterien der Gesundheitsversorgung Rechnung tragen. Hinzu kommen für ihn formale akteursbezogene Kriterien, die

wiederum an den drei Krankheitsdimensionen orientiert sind: die Not, Schwere und Dringlichkeit (objektiv), die Tragbarkeit und Konsumnähe (subjektiv) sowie die medizinische Beeinflussbarkeit und Wirksamkeit (sozial) (Dabrock 2005, 241).

Unklar bleibt bei diesen Kriterien, wie diese hinsichtlich des »decent minimum« operationalisiert werden können. Die Tendenz liegt nahe, bei der Bestimmung des zu garantierenden Minimums restriktiv zu verfahren. Heinrichs, der ebenso wie Dabrock aus der Perspektive des »Capability Approach« argumentiert, kommt zu dem Schluss:

Im Gesundheitswesen gilt es aus allgemeinen Mitteln vornehmlich Grundbefähigungen zu decken, danach gesellschaftlich als wertvoll angesehene Befähigungen, wenn diese in einem unvoreingenommenen demokratischen Prozess als förderungswürdig deklariert wurden. Darüber hinaus gehende Behandlungen sind aus privaten Mitteln zu finanzieren (Heinrichs 2005, 100).

Aber nicht nur die Frage, wie das grundlegend medizinisch Notwendige näher zu bestimmen sei, bleibt in der Schwebe, sondern auch die, welchem Personenkreis besondere Beachtung zukommen soll. Zwar geht Dabrock davon aus, dass dies die »worse-off« sein sollten, aber die Entscheidung, ob dies die »Kränksten« oder die sind, »bei denen mit den aufgewendeten Ressourcen aller Voraussicht nach der geringste Gesamtnutzen erzielt werden kann« (Dabrock/Ried 2009, 34), wird in der Schwebe gehalten. Zwar soll die »Inklusionsbefähigung« besonders berücksichtigt werden, aber was das z.B. für sterbende oder psychisch stark beeinträchtigte Menschen bedeutet, bleibt unklar.

⇒ 3.3 Desiderate aus der Gerechtigkeitsdebatte

Die gerechtigkeitstheoretischen Ansätze, die im Blick auf das Gesundheitswesen prominent diskutiert werden, haben eine Gemeinsamkeit: sie sind verteilungstheoretisch orientiert. Das scheint im Blick auf das Ausgangsproblem zwar nachvollziehbar zu sein, verengt gleichwohl den Blickwinkel. Formen sozialer Ungleichheit und Ungerechtigkeit sind nicht allein ein verteilungstheoretisches Problem. Die amerikanische Philosophin Iris Marion Young beschreibt fünf Formen der Unterdrückung, die ex negativo für die Frage nach Gerechtigkeit von zentraler Bedeutung sind: Ausbeutung, Marginalisierung, Machtlosigkeit, Kulturimperialismus und Gewalt (vgl. in kurzer Übersicht Young 2002). Alle diese Formen der Unterdrückung lassen sich nicht durch eine Umverteilung von Mitteln beheben, sondern betreffen die

Struktur einer Gesellschaft. Anders formuliert geht es um Anerkennungsverhältnisse, die soziale Konflikte strukturieren (vgl. Honneth 1992). Honneth unterscheidet dabei Anerkennungsweisen (emotionale Zuwendung, kognitive Achtung und soziale Wertschätzung), die unterschiedlichen gesellschaftlichen Sphären zuzurechnen sind und eigene Anerkennungsformen (Primärbeziehungen, Rechtsverhältnisse und Wertgemeinschaft/Solidarität) ausbilden (vgl. Honneth 1992, 211). Alle diese Ebenen sind nicht als Verteilungssphären zu verstehen, sondern als Orte der wechselseitigen Anerkennung von Personen. Ungerechtigkeit folgt daher nicht in erster Linie aus der ungleichen Verteilung, sondern aus einer nicht gewährten Anerkennung, die eine ungleiche Verteilung zuallererst legitimiert.

Legt man diese »Grammatik sozialer Konflikte« zugrunde, wird deutlich, warum über Verteilungsfragen im Gesundheitswesen so erbittert gestritten wird. Der Ausschluss von Leistungen bestreitet, dass entsprechende Personen auf diese einen legitimen Anspruch haben. Sofern diese Leistungen aber mit der personalen Integrität in Verbindung stehen, tangiert die Weigerung, Leistungen zu erbringen, die Person als Ganze und wird als Entzug der Anerkennung interpretiert. Insofern ist das Insistieren auf – notfalls einklagbare – Rechtsansprüche nicht als Ausfluss einer »Vollkaskomentalität« zu desavouieren, sondern als Teil der gesellschaftlichen Auseinandersetzung um legitime Anerkennungsansprüche zu interpretieren. Einer Person das medizinisch Notwendige vorzuenthalten, beschädigt dieser Interpretation zufolge nicht allein den Menschen als biologisches Wesen, sondern auch seine Integrität als Person. Diese Dimension des Verteilungsproblems im Gesundheitswesen bleibt unverstanden, solange man dieses Problem ausschließlich als Verteilungsproblem versteht und bearbeitet.

Nun ist mit dieser Einsicht noch kein positiver Beitrag zur Formulierung von Grundsätzen einer gerechten Verteilung von Mitteln im Gesundheitswesen erbracht. Allerdings kann aus dem zuvor Erörterten der Schluss gezogen werden, dass alle Regelungen, die die Anerkennung der Person nicht ausreichend berücksichtigen, als äußerst problematisch einzustufen sind. Einfacher ausgedrückt: Es geht um die Einbeziehung der Einzelfallgerechtigkeit, es geht um die Würdigung der Person als Besonderem, welches nicht einem abstrakten Allgemeinen subordiniert werden darf. Damit verbindet sich die Frage, ob sich in unserem Gesundheitssystem Bereiche identifizieren lassen, wo Menschen aus der Grundversorgung ausgeschlossen sind oder wo systematisch Leistungen unter einem gewissen Durchschnitt erbracht werden.

In einer Hinsicht bleibt die Durchsicht durch die wichtigsten gerechtigkeits-theoretischen Ansätze unbefriedigend. Beide Ansätze gehen das Problem von Ungleichheit und Ungerechtigkeit dahingehend an, dass sie Mindeststandards formulieren (darin kann ein Reflex auf die Situation in den USA (bei Daniels) und in den weniger entwickelten Staaten (bei Sen und Nussbaum) gesehen werden. Nun ist in Deutschland die Grundversorgung weitestgehend gedeckt. Ein größeres Maß von Ungleichheit beim Zugang zu Ressourcen der Gesundheitsversorgung wird durch das weit verbreitete egalitäre Grundverständnis – auch wenn dies, nicht nur im Gesundheitsbereich, zunehmend unter Beschuss gerät – als nicht wünschenswert verstanden. Insofern wären Strategien, die auf eine generelle Absenkung von Leistungen für alle abzielten (z.B. eine schmale Grundversorgung für alle mit der Möglichkeit, weitere Leistungen zukaufen zu können), gegenwärtig hierzulande kaum zu rechtfertigen und durchzusetzen. Daher stellt sich die Frage, ob »feinkörnigere« Vorschläge zur Leistungsbegrenzung und/oder Priorisierung vorliegen.

⇒ 4 Aktuelle Vorschläge zur Priorisierung

Im deutschsprachigen Raum werden zurzeit vor allem zwei Vorschläge diskutiert, die Kriterien für die Priorisierung im Gesundheitswesen formulieren. Dies sind zum einen die Empfehlungen der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) (ZEKO 2007) und zum anderen die von verschiedener Seite vorgetragene Forderung, sich hinsichtlich der Priorisierung an indikationsübergreifenden Nutzenmaßen wie den QALYs zu orientieren.

⇒ 4.1 Die Empfehlungen der ZEKO

Zunächst zu den Empfehlungen der ZEKO (eine Zusammenfassung findet sich in Fuchs 2010, 26ff). Diese formuliert formale und inhaltliche Kriterien. Die formalen Kriterien sollen gewährleisten, dass die Setzung von Prioritäten durch ein »fares Verfahren« erfolgt, das zu einer »gerechten Schwerpunktsetzung« führt (ZEKO 2007, 21). Die wichtigsten Kriterien sind die Transparenz des Verfahrens, die Bindung an Evidenzbasierung und die Konsistenz der Priorisierungsregeln. Zudem wird gefordert, dass bindende Entscheidungen durch demokratisch legitimierte Institutionen erfolgen, wobei den Bürgerinnen und Bürgern Partizipationsmöglichkeiten bei dem Entscheidungsprozess gewährt werden (ebd.). Die »Legitimation durch Verfahren« und die Bindung an demokratisch legitimierte Institutionen ist

wohl so zu verstehen, dass die Ärzteschaft Priorisierungsentscheidungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ablehnt, der nach § 92 Abs. 1 SGB V den Auftrag hat, »Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten« zu beschließen und die Kompetenz besitzt, die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einzuschränken oder auszuschließen,

wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind.

In der einschlägigen Literatur wird die von der ZEKO geforderte demokratische Legitimation für den G-BA bestritten, der zudem von Partikularinteressen geprägt sei. Statt des G-BA favorisiert die Ärzteschaft die Schaffung einer nationalen »Prioritätenkommission«, die »unter Einbindung von Ärzteschaft, Politik und Patientenvertretern« die

Grundwerte für eine Schwerpunktsetzung in der Gesundheitsversorgung definieren und Empfehlungen für die konkrete Umsetzung auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens erarbeiten (ZEKO 2007, 27)

soll. Wie allerdings die Zusammensetzung dieses Gremiums demokratisch legitimiert werden soll, bleibt offen.

Als inhaltliche Kriterien formuliert die ZEKO die medizinische Bedürftigkeit, den erwarteten individuellen Nutzen und die Kosteneffektivität. Das Kriterium der medizinischen Bedürftigkeit wird in einem Stufenmodell konkretisiert (ZEKO 2007, 23f). Vorrangig ist die Orientierung am »Lebensschutz« und am »Schutz vor schwerem Leid«. Als zweite Stufe wird der »Schutz vor dem Ausfall oder der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen« genannt.

Die Relevanz der Schädigungen und Risiken ergibt sich aus ihrer Bedeutung für den ungestörten Vollzug alltäglicher Aktivitäten und für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (ebd.).

Nachrangig zu beachten sind der »Schutz vor weniger schwerwiegenden oder nur vorübergehenden Beeinträchtigungen des Wohlbefindens« und die »Verbesserung und Stärkung von Körperfunktionen«. Nicht zulässig sind Kriterien, die gemäß Art. 3 Grundgesetz Betroffene diskriminieren. Eine »Differenzierung nach Art und

Umfang der Krankenversicherung oder Zahlungsfähigkeit« ist allerdings nur für die ersten beiden Kriterien ausgeschlossen.

Die genannten Kriterien der medizinischen Bedürftigkeit bedürfen der kritischen Rückfrage. Meines Erachtens sind sie sowohl zu unpräzise als auch nicht realitätsgerecht. Sie sind vorrangig an akuten Krankheitsbildern orientiert. Die Realität in den Versorgungseinrichtungen ist jedoch durch Patienten mit chronischen Erkrankungen und durch Multimorbidität geprägt. Wie lassen sich z.B. Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation in diesem Kriterienkatalog verorten? Muskel- und Alltagstraining entsprechen in dieser Systematik am ehesten der Stufe 4, während eine letztlich aussichtslose – und vielleicht vom Patienten nicht einmal gewünschte – Dauerreanimation in der Intensivstation am ehesten der Stufe 1 entspricht. Unschärf ist die Unterscheidung zwischen der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen und weniger schwerwiegenden oder nur vorübergehenden Beeinträchtigungen. Als Beispiele für das erste nennt die ZEKO den Verlust eines Beines oder des Gehörs und Erblindung. Dagegen ist kaum etwas einzuwenden, aber in der Realität geht es eher um graduelle und schleichende Entwicklungen. Gegen nachlassende Sehkraft gibt es Sehhilfen. Aber wann ist bei einem krankheitsinduzierten Nachlassen der Sehkraft zu intervenieren? Bei den ersten Einschränkungen oder erst wenn die vollständige Erblindung droht? Was sagen diese Kriterien zu orthopädischen Eingriffen, etwa zur Hüft- oder Kniegelenkprothetik? Ab wann sind Schmerzen im Knie eine weniger schwerwiegende und wann eine schwerwiegende Beeinträchtigung? Die Liste der Anfragen lässt sich beliebig verlängern. Sie zeigt auf jeden Fall die Problematik einer Priorisierung entlang der Krankheitsbilder und -folgen.

Mit dem zweiten Kriterium, dem erwarteten individuellen Nutzen, bindet die ZEKO Priorisierungsentscheidungen an die Ergebnisse der evidenzbasierten medizinischen Forschung.

Wichtigste Kriterien für die Konstatierung eines Versorgungsbedarfs sind die generelle und einzelfallbezogene Wirksamkeit und die Nutzen- und Schadenspotenziale der entsprechenden Leistungen (ZEKO 2007, 24).

Die Pointe dieses Kriteriums ist, dass damit indikationenübergreifende Priorisierungen abgelehnt werden. Denn selbst wenn die Forschung nur generelle – und zudem statistische – Aussagen über die Wirksamkeit und Nützlichkeit bestimmter Interventionen treffen kann, ist der Nutzen für den jeweiligen Betroffenen der Fokus. Die gleichen Nutzenkriterien gelten für Maßnahmen der Rehabilitation und der Prävention. Problematisch an diesem zweiten Kriterium ist, dass die ZEKO den

Begriff des »Nutzens« nicht präzisiert. Ist die Steigerung des Wohlbefindens auch ein Indikator für Nutzen? Zudem gibt es in der medizinischen Praxis eine Reihe von Grenzfällen. Wie etwa passt die medikamentöse Therapie gegen Nebenwirkungen – z.B. gegen Übelkeit – einer Chemotherapie in dieses Kriterium? Solange »Nutzen« nicht näher definiert ist, bleibt unklar, welches Nutzenmaß zur Messung dieses Nutzens Verwendung finden soll. Das ist insofern bedauerlich, als Nutzenmaße ethisch nicht neutral sind, sondern bestimmte Patientengruppen bevorzugen und andere benachteiligen.

Dieses Problem wirkt sich auf das dritte Kriterium, Kosteneffektivität, aus, das sich der Sache nach auf QALYs bezieht:

Das Kriterium der Kosteneffektivität soll dazu beitragen, dass mit den begrenzt verfügbaren Ressourcen ein möglichst großer gesundheitlicher Effekt, gemessen am Zugewinn an Lebenszeit und Lebensqualität, erzielt wird. Wenn Maßnahmen mit einem sehr ungünstigen Kosten-Nutzen-Profil unterbleiben, können die freiwerdenden Ressourcen anderen Patienten mit einem größeren zu erwartenden Nutzen zugute kommen. Die Berücksichtigung der Kosteneffektivität medizinischer Maßnahmen kann damit indirekt auch die Verteilungsgerechtigkeit erhöhen. Dies setzt aber voraus, dass nicht nur der Nutzen medizinischer Maßnahmen, sondern auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Rahmen gesundheitsökonomischer Evaluationen systematisch abgeschätzt wurde (ZEKO 2007, 24f).

Mit diesem Kriterium konterkariert die ZEKO die im zweiten Kriterium geforderte einzelfallbezogene Würdigung. Denn nun erlaubt die Orientierung an Kosten-Nutzen-Analysen, kostengünstige Therapien zu lasten kostspieliger zu priorisieren. Mit dem gleichen Argument lässt sich begründen, Patienten die auf die Transplantation zweier Organe (z.B. bei einer Herz- und Lungentransplantation) warten, von der Warteliste zu nehmen, da deren Prognose in der Regel ungünstiger ist und mit den benötigten Organen zwei andere Patienten versorgt werden könnten (vgl. das Sondervotum in Deutscher Ethikrat 2011, 75). Dass diese Interpretation des Kriteriums nicht böswillig ist, verdeutlicht die Passage der Empfehlungen, die die Kosten-Nutzen-Analyse analog dem britischen Verfahren nahe legt:

Die ethische Begründungslast für die Durchführung einer medizinischen Maßnahme steigt mit einem zunehmend ungünstigen Kosteneffektivitäts-Verhältnis. Ethische Argu-

mente für die Durchführung von Interventionen mit schlechtem Kosteneffektivitäts-Verhältnis können zum Beispiel der Schweregrad der Erkrankung oder die Alternativlosigkeit bei einer gleichzeitig guten Evidenzlage für den zu erwartenden gesundheitlichen Effekt sein (ZEKO 2007, 26).

Nur eine gute Evidenzlage legitimiert demzufolge kostspielige, aber alternativlose Interventionen. Wie diese Vorgabe mit einer am Einzelfall orientierten Abschätzung zu verbinden ist, erschließt sich mir nicht.

Insgesamt vermitteln die Empfehlungen der ZEKO ein inkonsistentes Bild. Wie das Verhältnis zwischen medizinischer Bedürftigkeit, erwartetem individuellen Nutzen und Kosteneffektivität realiter bestimmt werden kann, bleibt unklar. Dies wird noch offensichtlicher, wenn man die Kriterien des Nutzens und der Effektivität auf die nachrangigen Stufen der medizinischen Bedürftigkeit bezieht. Insofern ist das ZEKO-Papier eher eine Dokumentation der ethischen und medizinischen Probleme, die mit der Frage nach der Priorisierung verbunden sind, als ein wirklich weiterführender Beitrag zu deren Lösung.

⇒ 4.2 QALYs

Ein zentraler Aspekt der Priorisierung ist das Kriterium des Nutzens. Dieser wiederum bezieht sich auf die Behandlung von Krankheiten und deren Folgen. Allerdings sind Krankheit und deren Komplement Gesundheit nicht eindeutige, sondern mehrdimensionale Begriffe. Einigkeit darüber, was unter Krankheit und Gesundheit zu verstehen ist, herrscht weder bei Medizinern noch bei Gesundheitswissenschaftlern und auch nicht bei Ethikern (vgl. Dallmann 2005). Unstrittig dürfte jedoch sein, dass Gesundheit und Krankheit eine somatische, eine psychische und eine soziale Dimension besitzen. Entsprechend kann der Nutzen medizinischer Maßnahmen nicht allein auf der Ebene der Somatik definiert werden, sondern muss die Art und Weise, wie eine Krankheit und ihre Folgen psychisch verarbeitet und sozial wirksam wird, einbeziehen. In den Gesundheitswissenschaften hat sich als Maß für den rein somatischen Nutzen die gewonnene Zahl an Lebensjahren eingebürgert. Komplexer ist die Lage bei der psychischen und sozialen Dimension. Diese werden in der Regel durch das Konstrukt der Lebensqualität erfasst. Für deren Messung sind in den Gesundheitswissenschaften eine Reihe von Instrumenten entwickelt worden (vgl. Wallner 2004, 180). Ein Instrument, das beide

Dimensionen zusammenfasst, ist das mittlerweile zum Standardmaß der Gesundheitsökonomie gewordene Konzept der QALYs (vgl. Erbsland 2008). Allerdings ist das Instrument der QALYs ethisch nicht neutral. Dies soll im Folgenden kurz skizziert werden (ich schließe mich dabei weitgehend der Argumentation des Ethikrates an: Deutscher Ethikrat 2011, 38ff).

QALYs ermöglichen, nicht nur den Nutzen medizinischer Maßnahmen für einen einzelnen Patienten oder eine bestimmte Indikation zu ermitteln, sondern auch indikationenübergreifende Nutzenvergleiche anzustellen.

Bei der übergeordneten Anwendung der Ergebnisse geht es also nicht um die Erreichung der maximalen Zahl von QALYs für einen bestimmten Patienten, sondern – auf das Kollektiv bezogen – um die Optimierung der QALYs entsprechend einem zur Verfügung stehenden Budget (Deutscher Ethikrat 2011, 38).

Es handelt sich dabei letztlich um das gute alte utilitaristische Prinzip der Nutzenmaximierung im Sinne eines aggregierten Gesamtnutzens. Die Maximierung der QALYs für eine bestimmte Kohorte ist kompatibel mit der Nichtberücksichtigung des Nutzens einzelner Individuen, wenn die Mittel für deren Behandlung anderweitig mit einem größeren Effekt eingesetzt werden können. Dass aus einer utilitaristischen Perspektive weitaus differenzierter geurteilt werden kann, beweist Dieter Birnbacher, der z.B. davon ausgeht, dass der Begriff der Lebensqualität konsequent subjektivistisch definiert werden muss und dass in ihn auch andere als medizinische Kriterien Eingang finden müssen (Birnbacher 2002, 92), und dass das oberste medizinische Ziel in der Leidensminderung liege, was eine Behandlungsbedürftigkeit auch dort begründen könne, »wo eine Symptomatik aus dem Raster der primär biologisch gefassten anerkannten Krankheitsidentitäten herausfällt« (Birnbacher 2002, 106). Grundsätzlich bedarf der Utilitarismus einer differenzierteren Rezeption und Kritik als in den meist sehr polemisch geführten Debatten praktiziert.

Die Orientierung an QALYs präferiert einen bestimmten Verteilungsmodus und nicht individuelle Ansprüche auf medizinische Behandlung. Letztlich steht im Hintergrund der Begriff der effizienten Mittelverwendung. Konsequenterweise angewandt – und darin weist Weyma Lübke in ihrem Sondervotum zur Stellungnahme des Deutschen Ethikrates hin – müssten diesem Prinzip zufolge arbeitende Personen bei der Allokation umso mehr bevorzugt werden, je höher ihr Einkommen ist (Deutscher Ethikrat 2011, 64). Lübke zufolge – und darin stimme ich ihr ausdrücklich zu – dient die medizinische Versorgung

nicht einem wie auch immer definierten gesellschaftlichen Nutzen, sondern den konkreten Betroffenen:

Wenn wir uns fragen, warum wir nicht wollen, dass die gesetzlichen Kassen medizinische Maßnahmen in Abhängigkeit vom Einkommen der Versicherten erstatten, ist die nahe liegende Antwort diese: Wir möchten, dass Patienten versorgt werden, weil es gut für ihre Gesundheit ist, nicht, weil ihre Gesundheit gut für die Gesellschaft ist (Deutscher Ethikrat 2011, 67).

Neben dieser grundsätzlichen Problematik indikationenübergreifender Nutzenmaße bestehen methodische Einwände gegen das QALY-Konzept, weil dies bestimmte Ungleichgewichte nicht ausgleichen könne. Der Deutsche Ethikrat fasst die vier wichtigsten Einwände zusammen. Diese liegen in der Missachtung der Relevanz des Schweregrades der Erkrankung, der Diskriminierung bestimmter Patientengruppen wie älterer Menschen oder Menschen mit Behinderungen, in der Benachteiligung von Patienten mit geringer Therapiefähigkeit, der Unterbewertung extremer, aber sehr kurzer Krankheitszustände und der Vernachlässigung des Aspekts der Dringlichkeit einer Behandlung (Deutscher Ethikrat 2011, 39ff). Konsequenter verlangt daher die Stellungnahme eine Orientierung an Ansprüchen und Rechten. Darüber hinausgehend lehnt Lübke in ihrem Sondergutachten die Einbeziehung des Kriteriums der Kosteneffektivität rigoros ab.

In welche andere Richtung die Prioritätsdiskussion gehen könnte und welche Risiken und Nebenwirkungen damit verbunden sind, wird im Folgenden erörtert.

⇒ 5 Priority of what?

Die meisten Priorisierungsvorschläge, so war bisher zu sehen, orientieren sich an Krankheitsbildern und Behandlungsmöglichkeiten. Dies ist jedoch nicht zwangsläufig so. Zwei Alternativen werden derzeit prominent diskutiert, die einen anderen Fokus legen und für bestimmte Gruppen eine Posteriorisierung oder gar eine Rationierung und in letzter Konsequenz einen Ausschluss aus dem System der solidarischen Gesundheitsfinanzierung fordern: die liberalistische Orientierung an der »Eigenverantwortung« und der Vorschlag, Altersgrenzen festzusetzen.

⇒ 5.1 Eigenverantwortung

»Gesundheit ist die Pflicht eines jeden Bürgers« titelte die Ausgabe von Welt-Online vom 17. Juli 2010.

Wenn eine eigenständig bestimmte Lebensführung erkennbar mit erhöhten Risiken verbunden ist, ist es unter dem Aspekt der Einheit von Handlungs- und Folgenverantwortung geboten, den Betroffenen zur eigenen Risikoversorge und Prävention anzuhalten.

So eine Forderung der deutschen Bischöfe (Deutsche Bischofskonferenz (Hg.) 2003, 22). Im gesellschaftlichen Diskurs hat die Rhetorik der Eigenverantwortung Konjunktur. War dies zunächst vor allem auf das Feld der Sozialpolitik bezogen, ist seit einiger Zeit auch die Gesundheitspolitik von diesem Virus befallen.

Der Bezug auf die Eigenverantwortung zielt darauf, entweder bestimmte Risiken auf die Versicherten abzuwälzen oder ein gesundheitsförderliches Verhalten mit Anreizen zu versehen. Wiederum in den Worten der deutschen Bischöfe:

Wer aktiv Gesundheitsvorsorge betreibt, Risiken meidet, sich für kostengünstige Leistungen und Leistungsarten entscheidet oder eigene Vorsorge für absehbare Leistungsfälle trifft, und auf diese Weise das solidarische System entlastet, soll unterstützt und belohnt werden (Deutsche Bischofskonferenz (Hg.) 2003, 23).

Die Schlussfolgerungen der Bischöfe leiten sich aus dem Subsidiaritätsprinzip der katholischen Soziallehre her, das seinen klassischen Ausdruck in der Enzyklika Quadragesimo Anno aus dem Jahre 1931 gefunden hat:

Wie dasjenige, was der Einzelmensch aus eigener Initiative und mit seinen eigenen Kräften leisten kann, ihm nicht entzogen und der Gesellschaftstätigkeit zugewiesen werden darf, so verstößt es gegen die Gerechtigkeit, das, was die kleineren und untergeordneten Gemeinwesen leisten und zum guten Ende führen können, für die weitere und übergeordnete Gemeinschaft in Anspruch zu nehmen. (QA 79).

Der Sache nach besteht eine gewisse Nähe zu liberalistischen Ansätzen, wenn dies auch von der katholischen Soziallehre bestritten wird.

Im deutschsprachigen Raum wird eine antiegalitaristische und im Kern liberalistische Position prominent von Wolfgang Kersting vertre-

ten (vgl. Kersting 2002). Mit nicht zu überbietender Deutlichkeit propagiert dieser das Gesundheitsverhalten der Individuen als »selektives Verdienstlichkeitskriterium«:

Es ist evident, dass die Rationierungsethik nicht die Selbstindulgenz von Personen belohnen sollte, die die Mittel der Medizin zur Kompensation von Gesundheitsschäden lebensethischer Unverantwortlichkeit benutzen und bequeme Therapien, gelegentliche Korrekturingriffe und fortwährenden Arzneimittelkonsum den Anstrengungen einer Änderung des Lebensstils und des Ernährungsverhaltens vorziehen (Kersting 2002, 71f).

Diese Forderungen sind aus meiner Sicht aus fünf Gründen zurückzuweisen. Zunächst (1) ist diese Forderung mittelalterlich. Es ist die Wiederaufnahme der alten Unterscheidung zwischen »würdigen« und »unwürdigen« Armen, mit der eine selektive Hilfeleistung legitimiert wurde. Als würdige Arme wurden vor allem jene klassifiziert, die unverschuldet in ihre Lage gekommen waren. Klassisch werden in den biblischen Texten Witwen, Waisen und Fremde genannt. Diese Personengruppen haben gemeinsam, dass sie keinen Familien- oder Sippenverbänden zugehören, die für ihre Versorgung verantwortlich sind oder dass sich die Verantwortlichen (z.B. Erben) ihrer Verpflichtung entziehen. Deshalb wird die Sorge für diese Gruppen der Allgemeinheit zugewiesen und durch entsprechende Rechte abgesichert. In späteren Zeiten wurden diese Personengruppen durch kranke und alte Menschen erweitert. Unwürdige Arme hingegen waren solche, die als gesund und arbeitsfähig galten. Ihnen wurde Müßiggang vorgeworfen. Deshalb hatten sie ihren Anspruch auf Hilfe verwirkt. Der Diskurs über würdige und unwürdige Arme reicht unter anderer Begrifflichkeit bis in die Gegenwart. Zentraler Vorwurf ist immer noch die Arbeitsunwilligkeit und Faulheit, die z.B. Langzeitarbeitslosen, Hartz-IV-Empfängern oder Asylsuchenden zugeschrieben wird. Meist werden dabei insbesondere von der Boulevard-Presse spektakuläre Einzelfälle präsentiert, die die ganze Gruppe der Betroffenen diskreditieren. Damit wird, ähnlich wie im Mittelalter und zu späteren Zeiten, der Abbau von Sozialleistungen – und hier Gesundheitsleistungen – legitimiert. Die gesellschaftlichen Ursachen der Lebenslage der Betroffenen werden nicht berücksichtigt, stattdessen wird der Grund allein in der jeweiligen Person gesucht. Zudem (2) besteht ein Abgrenzungsproblem. Was wird vom wem als »selbstverursacht« kategorisiert? Die Rhetorik der Eigenverantwortung führt zu einer höchst fragwürdigen moralischen Aufladung aller Elemente der Lebensführung, denn alles menschliche Verhalten und

Handeln hat einen mehr oder minder großen Einfluss auf die Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Jedes Glas Wein, jedes Stück Torte zuviel, die Bratwurst im Fußballstadion, die durchfeierte Nacht, das Besteigen eines Gletschers oder der Fernsehabend mit Kartoffelchips und Flaschenbier wären dann Anschläge auf die moralische Integrität. Unklar ist darüber hinaus, wie Praktiken einzuordnen sind, deren gesundheitsförderliche Wirkung zumindest zweifelhaft ist (der 45-jährige Manager, der plötzlich Triathlon betreibt). Ist der »gute« Herzinfarkt einer, der aus einer übermäßigen Arbeitsbelastung, und der »böse« jener, der durch Rauchen oder Übergewicht resultiert? Schließlich ist die kausale Zuschreibung nicht unproblematisch: Wie soll bestimmt werden, ob eine Krebserkrankung durch gesundheitsschädliches Verhalten »verursacht« worden ist und nicht etwa durch den Kontakt mit karzinogenen Stoffen am Arbeitsplatz oder einer genetischen Disposition oder einer Kombination dieser Gefährdungen? »Über unfallbedingte Gesundheitsstörungen hinaus dürfte es deshalb nur wenige Fälle geben, in denen sich eine kausale Verursachung *eindeutig* nachweisen lässt« (Marckmann 2006b, 219). Entsprechend problematisch ist die Forderung nach einem gesundheitsförderlichen Lebensstil. So zitieren Claudine Herzlich und Janine Pierret eine Angestellte, die sich mit Hinweisen zu einer gesunden Lebensführung konfrontiert sieht:

Ich weiß, je nervöser ich bin, desto mehr rauche ich; je frustrierter ich mich fühle, desto mehr trinke ich. Man braucht sich nur auszuruhen, schon raucht und trinkt man weniger, weil man nicht so genervt ist. Also ich finde es total verrückt, den Leuten zu sagen: »Rauchen Sie weniger«; man sollte besser sagen: »Arbeiten Sie weniger.« Aber das sagt man nie (Herzlich/Pierret 1991, 278).

Selbstverständlich gibt es statistisch zu erhebende Wahrscheinlichkeiten. Aber bei der proklamierten Eigenverantwortung geht es ja gerade nicht um – wie immer zu konstruierende – Gruppen, sondern um die Zuschreibung auf den Einzelfall.

Dies führt (3) zum Kontrollproblem. Das wiederum ist nicht mittelalterlich, sondern hat seine Wurzeln im (aufgeklärten) Absolutismus und dessen Konzept einer »Gesundheitspolicy« (die Schreibweise schwankte zwischen »Policey« und »Polizey«; zur Begriffsgeschichte vgl. Knemeyer 1978). Drei Aspekte standen dabei im Vordergrund: eine große und wachsende Bevölkerung als Zeichen innerer und äußerer Macht, für die der Staat Fürsorgepflichten übernimmt, die Eingliederung des Gesundheitswesens in die staatliche Verwaltung und die Ausrichtung der Ärzte an dieser Aufgabe (vgl. Labisch 1992,

87). In Deutschland kulminierte die Entwicklung der medizinischen Polizey in Johann Peter Franks »System einer vollständigen medizinischen Polizey«, in dem dieser versuchte, das gesamte öffentliche und private Leben unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zu regeln. Sein Mannheimer Kollege Franz Anton Mai ging noch einen Schritt weiter, indem er einen Gesetzentwurf vorlegte, alle gesundheitlich relevanten Bereiche in rechtlicher Form zu regeln (vgl. Labisch 1992, 88ff). Wo wären die Grenzen zum gesundheitsschädigenden Verhalten zu ziehen und wer soll das kontrollieren? Soll eine Kommission nicht nur Werte für die maximale Konzentration gesundheitsgefährdender Stoffe am Arbeitsplatz, sondern auch in den eigenen vier Wänden bestimmen? Soll vor jedem Swinger-Club ein Gesundheitspolizist stehen und die Versichertenkarte scannen? Soll es entsprechende unangekündigte Screenings hinsichtlich des Alkohols im Blut oder regelmäßige Urinuntersuchungen geben? Eine umfassende Kontrolle, die für eine kausale Zuschreibung und damit eine »evidenzbasierte« Aberkennung des Versichertenstatus notwendig wäre, ist weder durchsetzbar noch denkbar.

Schließlich (4) hat die Proklamation der Eigenverantwortung eine beachtliche soziale Schieflage. Unstrittig ist, dass viele Erkrankungen durch den Lebensstil (mit-)verursacht sind. Allerdings suggeriert die Rede vom Lebensstil, dass dieser das Ergebnis einer autonomen Selbstbestimmung sei. Das jedoch ist nicht der Fall. Lebensstile korrelieren mit der sozialen Schicht oder dem sozialen Milieu, die Anfälligkeit für Suchtkrankheit ist unter Umständen genetisch angelegt. Jedes beliebige Lehrbuch der Sozialmedizin liefert die Belege dafür, dass das Vorliegen »lebensstilbedingter« Belastungen von der sozialen Lage abhängt. Die Forderung nach Eigenverantwortung führt in der Konsequenz nur zu einer weiteren Benachteiligung der ohnehin schon Benachteiligten.

Und letztlich (5) hat das Ganze noch eine ironische Pointe. Ökonomisch ist mit »Eigenverantwortung« wenig zu gewinnen. Bekanntlich sterben irgendwann auch die Menschen, die sich stets gesundheitsadäquat verhalten haben: die Mortalität beträgt letztlich 100%. Nun entfallen aktuell knapp die Hälfte der Gesundheitskosten auf die über 65-Jährigen, während diese Gruppe nur etwa ein Fünftel der Bevölkerung ausmacht (Nöthen/Böhm 2009, 15), für eine Person aus der Altersgruppe der über 85-Jährigen fallen das Zehnfache der Kosten an als für eine Person aus der Gruppe der 30- bis 44-Jährigen (Nöthen/Böhm 2009, 16). Nach der sogenannten Kompressionsthese (vgl. zur Diskussion Beck/Käser-Meier 2003 und Henke/Reimers 2006, 8f) entsteht der weitaus größte Teil der im Lebenslauf an-

fallenden Behandlungskosten – relativ unabhängig davon, in welchem Alter – in den letzten beiden Lebensjahren. Und ob der auf das Rauchen zurückzuführende Herzinfarkt oder das daraus resultierende Lungenkarzinom wirklich teurer sind als die Erkrankungen, die irgendwann mit Sicherheit zum Tode führen, ist umstritten, zumal mit zunehmendem Alter die Kosten für ambulante und stationäre Pflege steigen. Dass früher versterbende Menschen mit ungesunder Lebensweise die Sozialsysteme entlasten, gestehen selbst Verfechter einer weitreichenden Präventionspolitik zu. Erst jüngst hat die OECD berichtet, dass sich die Zahl der Übergewichtigen in der industrialisierten Welt in den letzten dreißig Jahren verdreifacht habe. Diese würden jedoch die Gesundheitssysteme weniger (!) belasten als Normalgewichtige (FAZ Nr. 222 vom 24. 9. 2010, 7). Um aus solchen Befunden keine Schlussfolgerungen ziehen zu müssen, weicht man häufig auf andere Argumente aus, so etwa Veatch, der nun auf einmal die ethischen Fragen betont, welche die Sozialpolitik zu berücksichtigen habe (Veatch 1989, 344). Jedenfalls steht, wer nutzentheoretisch eine Verpflichtung zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise um der Entlastung der sozialen Sicherungssysteme propagiert, vor der empirischen Begründungslast nachzuweisen, dass aufs Ganze gesehen dadurch tatsächlich ein Spareffekt auftritt. Diese Begründung kann nicht dadurch ersetzt werden, dass auf die Kosten von Erkrankungen verwiesen wird. Denn die Frage ist nicht, ob ein Mensch krank wird und einmal sterben wird, sondern die Frage ist, wann im Lebenslauf das sein wird – und welche Kosten dann anfallen.

Von dieser Kritik nicht getroffen sind zunächst die Vorschläge, die stattdessen auf Anreize zum und zur Förderung von gesundheitsförderlichen Verhalten im Sinne einer »Gesundheitsmündigkeit« setzen – wie z.B. die katholischen Bischöfe oder Dabrock (vgl. Dabrock 2009, 37f). Diese Ansätze sind eng verbunden mit Konzepten der Prävention und von Public Health, die wiederum eigene ethische Probleme aufwerfen. Diesen kann an dieser Stelle nicht näher nachgegangen werden (zu ersten Überlegungen einer diesbezüglichen »Kritik der präventiven Vernunft« verweise ich daher auf Dallmann 2005).

⇒ 5.2 Altersgrenzen

Die gegenwärtige Debatte um eine Altersbeschränkung beim Einsatz medizinischer Ressourcen hat ihren Referenzpunkt in der mittlerweile fast fünfundzwanzig Jahre zurückliegenden Publikation »Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society« von Daniel Callahan

(Callahan 1987). Entgegen den oft polemischen Kritiken, die Callahan Altersdiskriminierung vorwarfen, zielt Callahan nicht in erster Linie auf eine »Altersrationierung«, sondern auf eine politische Regelung, die allen Bürgerinnen und Bürgern einen Zugang zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung garantiert, die hilft, einen frühzeitigen Tod zu vermeiden, die ein angemessenes Verhältnis zwischen Pflege und Heilung ermöglicht und lebensverlängernde Maßnahmen im hohen Alter begrenzt (Callahan 2003, 200). Er argumentiert gegen die Auffassung, dass Alter ein zu bekämpfendes Übel, und für die Einsicht, dass das Alter als sinnvoller Lebensabschnitt zu verstehen sei.

Der wertvolle und notwendige Einsatz gegen die Diskriminierung des Alters, der in seinen Prämissen höchst individualistisch ist, läuft Gefahr, das Alter nicht als einen sinnvollen Lebensabschnitt zu begreifen, sondern es mithilfe der Wissenschaft in eine Art reparaturbedürftigen biologischen Unfall zu verwandeln (ebd.).

Dieser Intention Callahans kann ich nur zustimmen. Um die Frage der Grenzziehung für lebensverlängernde Maßnahmen zu beantworten, operiert Callahan mit der Vorstellung einer »natürlichen Lebensspanne« (natural life span). Diese begründet er mit der weit verbreiteten – und wohl kulturell universellen – Ansicht:

Während jeder Tod ein Grund ist zu trauern, stellt ein Tod in hohem Alter nach einem langen und erfüllten Leben angesichts der Unausweichlichkeit des Todes die akzeptabelste Art zu sterben dar (Callahan 2003, 207).

Selbst wer den Tod prinzipiell als Skandal der biologischen Verfassung der Menschheit (Elias Canetti) versteht, dürfte dem zustimmen können. Auch wenn es schwer hinnehmbar ist, das Leben ist begrenzt. In vielerlei Hinsicht lässt sich die moderne Medizin als ein Unternehmen verstehen, diese Grenzen zu erweitern. Tatsächlich ist die Grenzziehung auch abhängig vom Stand der medizinischen Entwicklung. Gleiches gilt für die Versorgung von Frühgeborenen mit geringem Geburtsgewicht. Die Frage, die Callahan meines Erachtens zu Recht stellt, ist, ob nicht irgendwann dem Machbaren eine Grenze gesetzt werden sollte. Nicht eindeutig ist allerdings, wie Callahans Diskussionsbeitrag gelesen werden soll. Geht es eher um menschenwürdiges Sterben oder um Kostenreduktion im Gesundheitswesen? Diese Unklarheit zeigt sich in seiner Diskussion von Patientenverfügungen. Er räumt die Möglichkeit ein, dass Patientenverfügungen zu Einspareffekten wegen unterlassener Behandlungen führen können, konstatiert jedoch: »In den letzten Lebenstagen Geld zu sparen, ist etwas anderes, als es in den letzten Lebensjahren zu tun«

(Callahan 2003, 206). Die Plausibilität der Vorstellung einer »natürlichen Lebensspanne« schwindet aber, wenn mit ihr nicht nur der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen begründet werden soll, sondern der Verzicht auf alle teuren medizinischen Maßnahmen. Was hat eine Hüftgelenkprothetik mit der natürlichen Lebensspanne zu tun? Zudem stellt sich das Problem teurer lebensverlängernder Maßnahmen nicht nur bei alt gewordenen Patienten, sondern bei allen, die im Sterben liegen – und das können auch junge Patienten sein. Die Frage des menschenwürdigen Sterbens hängt nicht vom Alter, sondern von der Gestaltung des Sterbeprozesses ab.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgt Norman Daniels, der mit dem Konzept der »klugen Lebensplanung« (prudential life-span account) argumentiert (Daniels 1996). Ziel dieses Ansatzes ist, die Frage zu beantworten: »how should institutions that distribute important goods over the course of our lives be designed so that individuals in each age group are treated fairly?« (Daniels 1996, 267) Die Antwort, die er darauf gibt, leitet sich aus einem an Rawls angelehnten Argument ab:

Eine politische Regelung ist dann fair gegenüber verschiedenen Altersgruppen, wenn kluge Planer, die nicht wissen, wie alt sie sind, sie wählen würden, um auf diese Weise einen fairen Anteil an der lebenslangen Gesundheitsversorgung auf die verschiedenen Abschnitte des Lebens zu verteilen (Daniels 2003, 152).

Dies ist nicht so zu verstehen, dass empirische Personen so planen würden oder es überhaupt könnten. Vielmehr handelt es sich um ein Gedankenexperiment, das zeigen soll, dass selbst aus individueller Perspektive die Verteilung von Ressourcen auf frühere Lebensjahre rationaler sei als auf die letzte Lebensspanne. Damit setzt Daniels – implizit egalitaristisch – voraus, dass jedem Individuum nur ein vorab definiertes Quantum an Leistungen legitimerweise zusteht. Jedenfalls zieht er aus den Überlegungen den Schluss, dass aus Klugheits-erwägungen ein Gesundheitssystem gerecht sei, das lebensverlängernde Ressourcen nach Alterskriterien rationieren würde (vgl. Daniels 2003, 156). Allerdings ist – selbst unter der Prämisse des Gedankenexperiments – die Frage berechtigt, ob diese Annahme nicht illusorisch sei. Denn zum einen ist die Vorstellung, einer die Lebensspanne übergreifenden »Planung« wenig plausibel, zumal zum anderen übersieht Daniels, »dass das Leben von einem zeitlichen Punkt aus gelebt werden muss, in dem der Lebende klug zu sein hat« (Leist 2002, 164, Anm. 16).

Kann der Vorschlag Altersgrenzen zu etablieren, mit seinen auf den ersten Blick nachvollziehbaren Prämissen, überzeugen? Kritiker mei-

nen, mit wiederum guten Gründen, dass er dies nicht kann (vgl. Brock 2003 und Leist 2002). Gründe sind neben der Willkürlichkeit von Grenzziehungen (wieso soll – außer aus Praktikabilitätsgründen – das kalendarische statt des biologischen Alters herangezogen werden?) auch Fragen der Generationengerechtigkeit, z.B. die Vorstellung eines »Generationenvertrags« als verschobenem Tausch. Zudem übersehen Ansätze, die von einer gleichsam natürlichen Lebensspanne ausgehen, dass deren Länge sich im Verlauf des Lebens in den letzten Generationen nach hinten verschoben hat. Die Länge hängt nicht zuletzt vom Status der medizinischen Versorgung ab, so dass sich in die Argumentation eine zirkuläre Schleife einschleicht. Schließlich ergäbe sich aus einer Altersrationierung unter gegenwärtigen Bedingungen – der Ausschluss von allein öffentlichen Gesundheitsleistungen – eine weitere soziale Schieflage. Eine Zusatzfinanzierung – sei es durch entsprechende Versicherung oder aus eigenen Mitteln – ist lediglich für Vermögende möglich. »Altersrationierung würde eine Rückkehr zu den Zeiten bedeuten, als sich der soziale und ökonomische Status direkt auf die Lebensdauer abgebildet hat« (Leist 2002, 165).

⇒ 6 Fazit

Gerade die letzten Erörterungen haben deutlich gemacht, dass der medizinische Fortschritt janusköpfig ist. Die unbestreitbaren Erfolge bringen als Kehrseite die Probleme von Therapiebegrenzung, Sterbehilfe oder Hirntodkriterium auf der einen und bioethische Probleme – wie Präimplantationsdiagnostik, verbrauchende Embryonenforschung oder therapeutisches Klonen – auf der anderen Seite mit sich. Viele empfinden den medizinischen Fortschritt als Segen und Fluch zugleich. Der Jenaer Soziologe Hartmut Rosa hat in seinem Buch »Beschleunigung. Die Veränderungen der Zeitstrukturen in der Moderne« (Rosa 2005) plausibel gezeigt, dass Individuen in der Moderne auf den Verlust von Zukunftsperspektiven jenseits der individuellen Lebenszeit mit Strategien reagieren, möglichst viele Optionen im Leben auszuschöpfen. Dem entspricht eine Vorstellung des guten Lebens, die das Leben als »letzte Gelegenheit« begreift und darauf zielt:

die irdische Zeitspanne, die den Subjekten zugemessen ist, so intensiv und umfassend wie möglich zu nutzen, bevor der Tod den endgültigen Schlusspunkt setzt (Rosa 2005, 289).

Um dies zu erreichen, gibt es zwei Möglichkeiten: die Erlebnisdichte der Zeit zu erhöhen (also: »den Jahren mehr Leben geben«) und die

zur Verfügung stehende Lebenszeit zu verlängern (also: »dem Leben mehr Jahre geben«). Diese Strategien sind aber zum Scheitern verurteilt. Denn hinsichtlich der Erlebnisdichte kommt Rosa auf den durch empirische Studien abgestützten Schluss:

Dieselben Erfindungen, Techniken und Methoden nämlich, welche die beschleunigte Realisierung von Weltmöglichkeiten erlauben und damit die Gesamtsumme der in einem Leben *verwirklichten* Optionen ansteigen lassen, vermehren auch die Zahl und Vielfalt der *verwirklichbaren* Optionen, also die *Weltzeit*, und zwar, wie wir schon gesehen haben, auf nicht selten exponentielle Weise (Rosa 2005, 293).

Damit sinkt aber der »Ausschöpfungsgrad« der Optionen ständig, was die Entwicklung weiterer Beschleunigungstechnologien nach sich zieht. Hinsichtlich der zweiten oben genannten Möglichkeit stehen wir vor den Aporien des medizinischen Fortschritts am Lebensende. Keine Form von gesundheitsförderlicher Lebensführung und keine intensivmedizinische Betreuung kann das Sterben verhindern – und ob eine gesundheitsförderliche Lebensführung das Leben tatsächlich verlängert, mag zwar statistisch zutreffen, ist aber für die jeweilige Person kontingent.

Im Blick auf diese Entwicklung bekommt die Medizin den Charakter einer Todesvermeidungsstrategie. Ursula Streckeisen hat in einem Krankenhaus empirisch untersucht, wie Ärztinnen und Ärzte auf der einen und das Pflegepersonal auf der anderen Seite unterschiedlich auf das Sterben im Krankenhaus reagieren (Streckeisen 2008). Sie identifiziert dabei eine Reihe von Problemen, die das Krankenhaus mit dem Sterben hat – und damit die Sterbenden mit dem Krankenhaus haben. Diese liegen z.B. darin begründet, dass die betrieblichen Ziele des Krankenhauses und die beruflichen der Mediziner keinen Bezug zum Sterben aufweisen, dass die »Notstandskultur« des Krankenhauses die Betreuung Sterbender immens erschwert und dass die Orientierung an »Behandlung« und an »Heilung durch Verwundung« am Lebensende zwar an Relevanz verlieren, aber den »instrumentellen Aktivismus« der Krankenbehandlung nicht verhindern, der dazu führt, auch am Lebensende noch »alles zu versuchen« (vgl. Streckeisen 2008, 202f).

Angesichts dieser Situation ist es verständlich, wenn von verschiedenster Seite eine »Kultur der Endlichkeit« angemahnt wird, die dem Streben, das Sterben als Teil des Lebens zu bekämpfen, Grenzen setzt. Die Diskussion um Patientenverfügungen und die Hospizbewegung zeigen, dass immer mehr Menschen hier ein Unbehagen

empfinden. Allerdings sind sowohl das Instrument der Patientenverfügung als auch das Hospiz als Ort des Sterbens ambivalent. Können doch beide so gedeutet werden, dass es bei ihnen darum geht, das eigentlich der eigenen Verfügung Entzogene noch in Kontrolle zu bekommen. Stefan Dreßke konnte in einer Untersuchung zeigen, dass im Hospiz die medizinischen Handlungslogiken fortgesetzt werden, »die darauf basieren, dass Sterben ein unaufhaltsam biologischer Prozess ist, der therapeutisch gesteuert werden muss« (Dreßke 2008, 234). Auch das »gute Sterben« ist etwas, das – medizinisch gesteuert und pflegerisch begleitet – hergestellt wird (vgl. zum Ideal des »guten Sterbens« Steffen-Bürgi 2009). Zugespitzt könnte man konstatieren, dass auch hier die instrumentelle Vernunft im Vordergrund steht. Der Philosoph und Publizist Andreas Kuhlmann spricht von einer ideologischen Nähe zwischen Protagonisten der Hospizbewegung und der Sterbehilfe. Die Vorstellung einer »total care« kann ihm zufolge zu neuen Omnipotenzphantasien auf der einen und einer »Idealisierung, ja Idyllisierung des Sterbens« führen, die für die Betroffenen nicht unbedingt menschenfreundliche Folgen nach sich zieht (Kuhlmann 2001, 26f). Dies spricht natürlich nicht pauschal gegen die Hospizarbeit und gegen Patientenverfügungen, zeigt jedoch, wie verflochten beide mit dem neuzeitlichen Kontrollbedürfnis und dem Produktionsparadigma sind. Dies könnte ein sanfter Hinweis dafür sein, dass die »Kultur der Endlichkeit« nichts ist, was mit einem bisschen guten Willen schon gesellschaftlich durchgesetzt werden könnte.

Ein weiterer Punkt, auf den wir im Verlauf der Argumentation immer wieder gestoßen sind, ist die Frage nach der sozialen Gerechtigkeit. Viele diskutierte Maßnahmen laufen Gefahr, eine ohnehin schon bestehende soziale Schieflage zu verstärken. Was es immer auch sonst ist, das Gesundheitssystem ist ein Teil der sozialen (!) Sicherungssysteme in unserer Gesellschaft. Deswegen kann in ihm Leistungsgerechtigkeit nicht an erster Stelle stehen. Welche Maßnahmen zur Kostenreduktion schließlich eingeführt werden, sie sind in jedem Fall daran zu messen, ob sie sozial ausgewogen sind und damit Mindeststandards der sozialen Gerechtigkeit entsprechen.

Ob die demographische Entwicklung tatsächlich einen immensen zusätzlichen Bedarf an – im engeren Sinne – medizinischer Versorgung mit sich bringen wird, mag dahingestellt bleiben. Sicher ist, dass Bedarfe an pflegerischen Leistungen in großem Umfang entstehen werden. Es ist unklar, wie diese in Zukunft finanziert und von wem sie erbracht werden sollen. In den letzten Jahren sind in den Krankenhäusern massiv Pflegekapazitäten abgebaut worden (vgl. Simon 2009). Die Situation stellt sich derzeit so dar, dass dies schon jetzt

Folgen für die Patientensicherheit nach sich zieht (vgl. Isfort 2011). Modellrechnungen zeigen, dass sich bis zum Jahr 2030 die Zahl der Pflegekräfte nahezu verdoppeln müsste, um den Bedarf adäquat zu befriedigen (vgl. Pohl 2011). Ohne die Situation dramatisieren zu wollen, zeigen sich hier Probleme, deren Bearbeitung gegenwärtig von der Gesundheitspolitik noch vor sich her geschoben wird. Angesichts dieser Entwicklung stellt sich die Frage, ob die Priorisierung von Leistungen nicht in erster Linie sektoral vorgenommen werden müsste. Ist es nicht sinnvoll, den Bereich der Pflege auf Kosten medizinischer Behandlung zu stärken? Könnte dies nicht auch die Bevorzugung palliativer vor kurativer Therapieziele beinhalten? Eine gesundheitspolitische Debatte um diese Fragen steht noch aus, müsste jedoch dringend initiiert werden, um rechtzeitig entsprechende Steuerungsmechanismen implementieren zu können.

Diese knappen Anmerkungen mögen als Ertrag einer ethischen Reflexion eher dürftig erscheinen. Mehr war allerdings nicht zu erwarten. Ethik kann keine politischen Entscheidungen ersetzen. Es spricht angesichts der aufgezeigten Probleme aller Vorschläge einiges dagegen, dass »große Lösungen« alle Schwierigkeiten mit einem Schlag zum Verschwinden bringen. Bei allem Unbehagen, das die Einsicht in die Grenzen der Mach- und Umsetzbarkeit mit sich bringt, werden kleine Schritte zu gehen sein, um behutsam die Fragen – z.B. nach Obergrenzen für Produktpreise, nach Einführung von Nutzenmaßen für bestimmte Interventionen, nach dem Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bei bestimmten Indikationen und nach der Durchforstung von Leistungskatalogen der Gesetzlichen Krankenversicherung – abzuarbeiten. Jede einzelne Maßnahme wird – das ist jetzt schon abzusehen – umstritten und jede dieser Maßnahmen wird nach ihren Risiken und Nebenwirkungen zu analysieren sein. Die Ethik kann dabei unterstützen, diese Auseinandersetzungen rational und ohne gegenseitige Diffamierung zu führen.

Literaturverzeichnis

Baecker, Dirk (2004): Worin besteht der Wert des Wertes?, in: Becker, Dirk: Wozu Soziologie? Berlin: Kadmos, 17-28.

Beck, Konstantin; Käser-Meier, Urs (2003): Die Krankheitskosten im Todesfall – Eine deskriptiv statistische Analyse, in: Managed Care, Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie 7, Heft 2, 24-26.

Birnbacher, Dieter (2002): Allokation und Rationierung im Gesundheitswesen. Eine utilitaristische Perspektive, in: Gutmann, Thomas; Schmidt, Volker H. (Hg.): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist: Velbrück, 91-109.

Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege, Aus Politik und Zeitgeschichte 12-13, 25-33.

Brock, Dan W. (2003): Ethik und Altersrationierung in der Medizin: ein konsequentialistischer Standpunkt, in: Marckmann, Georg (Hg.): Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang, Stuttgart: Schattauer, 89-115.

Buchanan, Allen (2003): Das Recht auf ein annehmbares Minimum an Gesundheitsversorgung, in: Marckmann, Georg; Liening, Paul; Wiesing, Urban (Hg.): Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen, Stuttgart: Schattauer, 100-122.

Callahan, Daniel (1987): Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society, New York: Simon & Schuster.

Callahan, Daniel (2003): Grenzen setzen: eine Antwort auf meine Kritiker, in: Marckmann, Georg; Liening, Paul; Wiesing, Urban (Hg.): Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen, Stuttgart: Schattauer, 199-212.

Dabrock, Peter (2005): Befähigungsgerechtigkeit als Kriterium zur Beurteilung von Grundversorgungsmodellen im Gesundheitswesen. Anmerkungen und Alternativen zu einem Vorschlag Stefan Husters, in: Rauprich, Oliver; Marckmann, Georg; Vollmann, Jochen (Hg.): Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin, Paderborn: Mentis, 213-245.

Dabrock, Peter; Ried, Jens (2009): Befähigungsgerechtigkeit als theologisch-sozialethisches Leitkriterium für die Priorisierung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen, Zeitschrift für medizinische Ethik 55, 29-44.

Dallmann, Hans-Ulrich (2005): Das Recht auf Krankheit. Ein Beitrag zur Kritik der präventiven Vernunft, in: Nord, Ilona; Volz, Fritz Rüdiger (Hg.): An den Rändern. Theologische Lernprozesse mit Yorick Spiegel, Festschrift zum 70. Geburtstag, Münster: Lit, 231-256.

Dallmann, Hans-Ulrich (2009): Reaktionen der Pflege auf den biomedizinischen Fortschritt. Die Funktion der Rede von Ganzheitlichkeit für die Positionierung der Pflege, in: Dungs, Susanne; Gerber, Uwe; Mührel, Eric (Hg.): Biotechnologie im Kontext der Sozial- und Gesundheitsberufe. Professionelle Praxen – Disziplinäre Nachbarschaften – Gesellschaftliche Leitbilder, Frankfurt a.M.: Lang, 233-252.

Daniels, Norman (1985): Just Health Care, Cambridge: University Press.

Daniels, Norman (1996): The prudential life-span account of justice over generations, in: Daniels, Norman: Justice and Justification. Reflective Equilibrium in Theory and Practice, Cambridge: University Press, 257-283.

Daniels, Norman (2003a): Bedarf an medizinischer Versorgung und Verteilungsgerechtigkeit, in: Marckmann, Georg; Lienen, Paul; Wiesing, Urban (Hg.) (2003): Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen, Stuttgart: Schattauer, 15-47.

Daniels, Norman (2003b): Das Argument der Altersrationierung im Ansatz der klugen Lebensplanung, in: Marckmann, Georg (Hrsg.): Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang, Stuttgart: Schattauer, 151-168.

Deutsche Bischofskonferenz (Hg.) (2003): Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem. Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen, Kommission für caritative Fragen 27, Download unter: http://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/veroeffentlichungen/kommissionen/Ko_27.pdf, Zugriff am 21. Februar 2011.

Deutscher Ethikrat (2011): Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, vom 27. Januar 2011, Download unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-nutzen-und-kosten-im-gesundheitswesen.pdf>, Zugriff am 21. Februar 2011.

Dreßke, Stefan (2008): Die Herstellung des »guten Sterbens«. Arbeit an der Identitätssicherung im Hospiz, in: Saake, Irmhild; Vogd, Werner (Hg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung, Wiesbaden: VS, 215-235.

Erbsland, Manfred (2008): Alternde Bevölkerung und ökonomische Konsequenzen für das Gesundheitswesen, in: Häusler, Eveline (Hg.): Entwicklungslinien im Gesundheitswesen. Demographie und Integrierte Versorgung, Sternenfels, Wissenschaft und Praxis, 13-53.

Fuchs, Christoph (2010): Priorisierung aus Sicht der Medizin – Positionsbestimmung der Ärzteschaft zum Thema, in: Lohmann, Heinz; Preusker, Uwe K. (Hg.): Priorisierung statt Rationierung. Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem, Heidelberg: Economica, 15-32.

Glaeske, Gerd; Schickanz, Christel (2010): BARMER GEK Arzneimittelreport 2010, Download unter: <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/Arzneimittelreport-2010/Arzneimittel-Report-lang,property=Data.pdf>, Zugriff am 21. Februar 2011.

Heinrichs, Jan Hendrik (2005): Grundbefähigungsgleichheit im Gesundheitswesen, Ethik in der Medizin 17, 90-102.

Henke, Klaus Dirk; Reimers, Lutz (2006): Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, ZiG-Print 2006-01, Download unter: <http://www.zig.tu-berlin.de/uploads/media/2006-01.pdf>, Zugriff am 21. Februar 2011.

Herzlich, Claudine; Pierret, Janine (1991): Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden, München: Beck.

Honneth, Axel (1992): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Isfort, Michael; Weidner, Frank; Neuhaus, Andrea; Brüche, Roland; Kraus, Sebastian; Köster, Veit-Henning; Gehlen, Danny (2011): Zur Situation des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern – Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2009, in: Pflege und Gesellschaft 16, 5-19.

Kant, Immanuel (1785/1786): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Werkausgabe von Wilhelm Weischedel, Band VII, Frankfurt a.M. 1968.

Kersting, Wolfgang (2002): Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik. Überlegungen zu den Problemen und Prinzipien einer gerechten Gesundheitsversorgung, in: Gutmann, Thomas; Schmidt, Volker H. (Hg.): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist: Velbrück, 41-89.

Knemeyer, Franz-Ludwig (1978): Art. Polizei, in: Geschichtliche Grundbegriffe. Historisches Lexikon zur politisch-sozialen Sprache in Deutschland, hg. von Brunner, Otto; Conze, Werner; Koselleck, Reinhart, Band 4, Stuttgart: Klett-Cotta, 875-897.

Kuhlmann, Andreas (2001): Politik des Lebens – Politik des Sterbens. Biomedizin in der liberalen Demokratie, Berlin: Fest.

Labisch, Alfons (1992): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt a.M., New York: Campus.

Leist, Anton (2002): Gleichheit in Grenzen statt Altersrationierung, in: Gutmann, Thomas; Schmidt, Volker H. (Hg.): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist: Velbrück, 155-177.

Marckmann, Georg (Hg.) (2003): Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang, Stuttgart: Schattauer.

Marckmann, Georg (2006a): Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung, in: Schulz, Stefan; Steigleder, Klaus; Fangerau, Heiner; Paul, Norbert W. (Hg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung, Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 183-208.

Marckmann, Georg (2006b): Public Health und Ethik, in: Schulz, Stefan; Steigleder, Klaus; Fangerau, Heiner; Paul, Norbert W. (Hg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung, Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 209-223.

Marckmann, Georg (2008): Gesundheit und Gerechtigkeit, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51, 887-894.

Marckmann, Georg; Liening, Paul; Wiesing, Urban (Hg.) (2003): Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen, Stuttgart: Schattauer.

Nöthen, Manuela; Böhm, Karin (2009): Krankheitskosten, Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 48, Robert Koch-Institut, Berlin.

Nussbaum, Martha C. (2010): Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit, Berlin: Suhrkamp.

Pohl, Carsten (2011): Demografischer Wandel und der Arbeitsmarkt für Pflege in Deutschland: Modellrechnungen bis zum Jahr 2030, in: Pflege und Gesellschaft 16/2011, 36-52.

Rauprich, Oliver (2005): Gleichheit und Vorrangigkeit in der Gesundheitsversorgung – Eine Prüfung der neuen Egalitarismuskritik, in: Rauprich, Oliver; Marckmann, Georg; Vollmann, Jochen (Hg.): Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin, Paderborn, Mentis, 13-36.

Rawls, John (1975): Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Rosa, Hartmut (2005): Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Kurzf.), Download unter: <http://www.svrgesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%20007.pdf>, Zugriff am 21. Februar 2011.

Schmidt, Bettina (2008): Eigenverantwortung haben immer die anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen, Bern: Huber.

Sen, Amartya (2010): Die Idee der Gerechtigkeit, München: Beck.

Simon, Michael (2009): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven, Pflege und Gesellschaft 14, 101-123.

Steffen-Bürgi, Barbara (2009): Ein »Gutes Sterben« und ein »Guter Tod«: zum Verständnis des Sterbeideals und seiner Bedeutung für Hospiz und Palliative Care, Pflege 22, 371-378.

Streckeisen, Ursula (2008): Legitime und illegitime Schmerzen. Ärztliche und pflegerische Strategien im Umgang mit invasiven Maßnahmen bei Sterbenden, in: Saake, Irmhild; Vogd, Werner (Hg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung, Wiesbaden: VS, 191-213.

Veatch, Robert M. (1989): Lebensstil, Gesundheitsrisiko und Solidarität, in: Sass, Hans-Martin (Hg.): Medizin und Ethik, Stuttgart: Reclam, 328-347.

Wallner, Jürgen (2004): Ethik im Gesundheitssystem. Eine Einführung, Wien: Facultas.

Young, Iris Marion (2002): Fünf Formen der Unterdrückung, in: Horn, Christoph; Scarano, Nico (Hg.): Philosophie der Gerechtigkeit. Texte von der Antike bis zur Gegenwart, Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 428-445.

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (2007): Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), Download unter: <http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/LangfassungPriorisierung.pdf>, Zugriff am 21. Februar 2011.

Zitationsvorschlag:

Dallman, Hans-Ulrich (2011): Vom Umgang mit Knappheit: ethische Perspektiven auf die Priorisierung im Gesundheitswesen (Ethik und Gesellschaft 1/2011: Risiken und Nebenwirkungen – Ökonomisierungsfolgen im Gesundheits- und Sozialwesen). Download unter: http://www.ethik-und-gesellschaft.de/mm/EuG-1-2011_Dallmann.pdf (Zugriff am [Datum]).

**ethikundgesellschaft****ökumenische zeitschrift für soziaethik**

Risiken und Nebenwirkungen – Ökonomisierungsfolgen im Gesundheits- und Sozialwesen

Karin Kersting

Vom emphatischen Bildungsanspruch und seiner Unterwanderung: Berufliche Hochschulbildung und Professionalisierung der Pflegeberufe vor dem Hintergrund der Kältestudien

Raimund Hassemer

Soziale Arbeit im Würgegriff von Ökonomisierung und Technisierung. Wider eine »Soziale Arbeit als Dienstleistung«

Hans-Ulrich Dallmann

Vom Umgang mit Knappheit: ethische Perspektiven auf die Priorisierung im Gesundheitswesen