

Medizin und die begrenzten Ressourcen

Ethische Überlegungen zum Problem der Rationierung im Gesundheitswesen

Franz Noichl, Mannheim

Der Tübinger Philosoph Otfried Höffe hat zu Beginn des Jahres 1998 im Deutschen Ärzteblatt einen Aufsatz veröffentlicht¹, der sich mit Fragen einer gerechten Verteilung der knappen Güter im Gesundheitswesen befasst. Der Artikel, der gerade einmal vier Seiten umfasst, hat einige Resonanz gefunden² aber auch Irritationen hervorgerufen. Immerhin haben die Herausgeber der Zeitschrift für Evangelische Ethik ein Jahr später ein ganzes Heft dem Aufsatz Höffes und der zugrunde liegenden Thematik gewidmet³ – mit durchgängig kritischen und ablehnenden Auseinandersetzungen. Warum?

Höffe zufolge bestehen die Gründe für die Knappheit der Ressourcen nicht nur in der durch den medizinischen Fortschritt bedingten Kostensteigerung, der höheren Lebenserwartung usw., sondern auch in einer anthropologischen Konstante, nämlich der Pleonexie, der Habgierigkeit. Dergleichen wird nicht gerne zugegeben, denn damit wird das Problem des Umgangs mit Gütern über institutionelle Verteilungskriterien hinaus auf sittlich relevante Haltungen aller in das Gesundheitswesen Involvierten ausgedehnt. Höffe hat zum anderen eine Schlussfolgerung gezogen, die zwar das Wort ›Rationierung‹, das schreckliche ›R-Wort‹, wie es in einem amerikanischen Beitrag zur Diskussion heisst⁴, nicht explizit verwendet, der Sache nach aber präzise umschreibt: „Das Ergebnis mag bedauernswert sein und ist trotzdem kaum zu ändern: Daß jedem Patienten zu jeder Zeit alles medizinische Wissen und Können zur Verfügung gestellt werden – zugespitzt: ‚Macht, was ihr könnt, bezahlt wird alles‘ –, dieser Grundsatz kann in Zukunft nicht mehr gelten.“⁵

- 1 O. Höffe, *Medizin in Zeiten knapper Ressourcen* oder: Besonnenheit statt Pleonexie, in: Deutsches Ärzteblatt 95 (1998) A-202-205; vgl. auch ders., Besonnenheit und Gerechtigkeit: Zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen, in: W. Schlicht/B. Badura (Hg.), *Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität?*, Schorndorf 1999, 155-184.
- 2 Vgl. dazu die Leserreaktionen im Deutschen Ärzteblatt 95, Heft 21 vom 22.05.98, A-1268.
- 3 ZEE 43 (1999) 1-35.
- 4 Vgl. hierzu Th. Bodenheimer, *The Oregon Health Plan. Lessons for the Nation. First of two parts*, in: *New England Journal of Medicine* 337 (1997) 9.
- 5 O. Höffe, *Medizin in Zeiten knapper Ressourcen* A-205.

Nun ist das Phänomen der Rationierung spätestens seit der im Jahr 1984 veröffentlichten Studie von Henry Aaron und William Schwartz⁶ über die verdeckte Rationierung medizinischer Leistungen in englischen Krankenhäusern bekannt, aber eine entsprechende Diskussion, die auch ethische Gesichtspunkte berücksichtigt, scheint hierzulande erst langsam in Gang zu kommen⁷ – anders übrigens als in der Schweiz⁸ oder in den Staaten Nordamerikas, wo diese Fragen aufgrund der Tatsache, dass sich einerseits eine sehr teure Hochleistungsmedizin etabliert hat und andererseits die sozialpolitischen Bedingungen der Verteilung medizinischer Güter andere sind, schon länger diskutiert werden. Nicht zuletzt dürfte ein Grund für das gegenwärtig etwas lebhaftere Interesse an diesem Problembereich in den Reformen zum Gesundheitswesen, die sich die Regierung der Bundesrepublik Deutschland zur Aufgabe gemacht hat, liegen.⁹

In den vorliegenden Überlegungen zum Problem der Rationierung medizinischer Versorgung sollen in einem ersten Schritt der Begriff der Rationierung, verschiedene Modelle sowie die Frage nach der Notwendigkeit von Rationierung erörtert werden. Im Anschluss daran werden in einem zweiten Teil die ethischen Implikationen und mögliche Lösungsvorschläge zu diskutieren sein.

6 H. J. Aaron/W. B. Schwartz, *The Painful Prescription. Rationing Hospital Care*, Washington 1984.

7 Das wird daran deutlich, dass das 1989 erschienene 'Lexikon Medizin – Ethik – Recht' (A. Eser/M. v. Lutteroti/P. Sporken (Hg.), *Lexikon Medizin – Ethik – Recht*, Freiburg 1989) ein Stichwort 'Rationierung' nicht kennt; sachliche Hinweise finden sich allenfalls unter „Katastrophenmedizin“, näherhin unter der Erörterung von Triagen (T. Graf-Baumann, *Katastrophenmedizin*, in: ebd., 587-593, bes. 589ff). Auch das neue 'Lexikon für Bioethik' von 1998 (W. Korff/P. Mikat/L. Beck (Hg.), *Lexikon für Bioethik*, Gütersloh u.a. 1998) handelt das Thema auf einer halben Spalte recht kurz ab (K. D. Henke/D. Göpfenarth, *Gesundheitswesen: gesundheitspolitisch/gesundheitsökonomisch*, in: ebd., Bd. 2, 141-145, hier 144). Das Sozialwort der Kirchen von 1997 begnügt sich in diesem Zusammenhang mit recht allgemeinen Postulaten nach Reformen, die vor allem den Prinzipien von Gerechtigkeit und Solidarität entsprechen sollen. (Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit. Wort des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland, Hannover-Bonn 1997, 185).

8 Eine Internetsuche (Januar 2000) zu den Stichworten „Medizin“ und „Rationierung“ erschließt überwiegend schweizerische Beiträge zur Diskussion.

9 Vgl. hierzu den Überblick bei J. Reiter, *In der Rationierungsfall*. Medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende, in: *HerKorr* 53 (1999) 553-557.

I

Rationierung ist ein Verteilungsgeschehen. Mit Dieter Birnbacher lassen sich vier Bedingungen nennen, damit man eine Distribution als eine Rationierung bezeichnen kann:¹⁰ Erstens muss es sich bei den zu verteilenden Gütern um anerkannt wichtige, d.h. notwendige Güter handeln. Luxusgüter unterliegen nie der Rationierung, Grundnahrungsmittel möglicherweise schon. Die inhaltliche Bestimmung dessen, was notwendig ist, kann natürlich schwierig sein und infolgedessen auch die Bestimmung des möglichen Bereichs der Rationierung. Als formales Kriterium ist jedoch festzuhalten, dass nur notwendige Güter einer Rationierung unterliegen können. Die Verteilung der Güter erfolgt in der Rationierung – zweitens – durch eine zentrale Stelle und nicht über den Markt. Eine Rationierung von Gütern setzt den Marktmechanismus, innerhalb dessen sich die Mitglieder einer Gesellschaft üblicherweise Güter verschaffen, ausser Kraft, damit möglichst viele Mitglieder unabhängig von ihrer Kaufkraft die notwendigen Güter erhalten können. Leistungsbegrenzungen, die sich aus dem Marktgeschehen ergeben, können nicht als Rationierung bezeichnet werden. Drittens geschieht die Allokation von Gütern im Rahmen einer Rationierungsmaßnahme nicht willkürlich, sondern nach bestimmten legitimationsbedürftigen Kriterien. Viertens schließlich liegt jeder Rationierung eine Situation zugrunde, in der ein Bedarf nicht oder nur unzureichend gedeckt werden kann. „Diese Bedingung ist entscheidend, denn sie gibt der Rationierung ihre ‘dramatische’ Qualität und ihren überwiegend negativen Beigeschmack.“¹¹

Rationierung, so lässt sich zusammenfassen, ist die Verteilung notwendiger, aber nicht dem Bedarf entsprechender ausreichender Güter durch eine zentrale Institution nach bestimmten festen Kriterien. Wendet man diesen Begriff auf den Bereich des Gesundheitswesens an, dann sind zwei Abgrenzungen zu nennen: Rationierung ist auf der einen Seite abzugrenzen von *Triage-Entscheidungen* und auf der anderen Seite von der *Rationalisierung* im Gesundheitswesen. Unter Triagen¹² versteht man jene tragischen Entscheidungssituationen, in denen aufgrund fehlender Behandlungsmöglichkeiten *ad hoc* eine Auswahl der zu behandelnden Patienten getroffen werden muss. Solche Entscheidungen müssen unmittelbar nach den Regeln der Güterabwägung, also nach Kriterien wie Erfolgsaussicht, Dringlichkeit, Effizienz usw. getroffen werden und lassen sich

10 D. Birnbacher, *Ethische Probleme* der Rationierung im Gesundheitswesen, in: G. Brudermüller (Hg.), *Angewandte Ethik und Medizin*, Würzburg 1999, 49-64, hier 50f.

11 D. Birnbacher, *Ethische Probleme* 50.

12 Vgl. hierzu: B. Schöne-Seifert, *Was sind ‘gerechte’ Verteilungskriterien?*, in: J. Mohr, Ch. Schubert (Hg.), *Ethik der Gesundheitsökonomie*, Berlin-Heidelberg-New York 1992, 34-44, hier 36f.

kaum planen. Zu denken wäre hier an Katastrophen- oder Kriegssituationen oder an die begrenzte Anzahl von Behandlungsplätzen auf Intensivstationen. Die Abgrenzung solcher Triage-Fälle von der Rationierung ist nicht einfach und tatsächlich sind die Übergänge fließend. In beiden Fällen wird eine notwendige Therapie vorenthalten. Während jedoch der Triage ein situationaler Engpass zugrundeliegt, der im Prinzip strukturell vermeidbar wäre, ist Rationierung ein – unter den gegebenen Bedingungen – gewolltes, oder zumindest akzeptiertes und geplantes Projekt, das von einer zentralen Institution gesteuert wird.¹³

Auf der anderen Seite ist eine Abgrenzung der Rationierung von der Rationalisierung, in der es genauso um ein gesteuertes Vorenthalten an sich wünschenswerter Leistungen unter dem Druck begrenzter Ressourcen geht, darin zu sehen, dass in der Rationalisierung nur auf solche Leistungen verzichtet werden soll, die sich unter einer bestimmten Kriteriologie als *nicht notwendig* erweisen, wodurch dann Mittel frei werden, die für *notwendige* Güter eingesetzt werden können. Rationalisierung soll so helfen, eine Rationierung zu vermeiden, wobei die Möglichkeit bestehen bleibt, dass ein Patient sich durch Eigeninitiative die gewünschten Güter verschafft. Dies ist bei der Rationierung ausgeschlossen. Es kommt dann darauf an, auf welcher Grundlage die Kriterien gebildet werden, die eine Rationalisierung, d.h. die Konzentration der zur Verfügung stehenden Ressourcen auf das Notwendige, begründen und charakterisieren. Erst dann lässt sich die Grenze zwischen Rationierung und Rationalisierung angeben. Es liegt auf der Hand, dass – sofern möglich – unter Knappheitsbedingungen der Rationalisierung der Vorzug vor einer Rationierung einzuräumen ist. Dabei ist jedoch der Begriff des Notwendigen umstritten. Ein Krebspatient und seine Angehörigen werden die Notwendigkeit einer Therapie, die man zu der sogenannten „low-chance medicine“ zählt, anders einschätzen als jene, die aufgrund statistischer Ergebnisse eine solche Therapie aufgrund ihrer unwahrscheinlichen oder nicht nachgewiesenen Effizienz aus dem notwendig zur Verfügung stehenden therapeutischen Repertoire ausschließen.¹⁴

Wenn konkrete Modelle einer Rationierung betrachtet werden, dann lassen sich zwei Richtungen oder Tendenzen unterscheiden, die sich entweder an der Triage- oder der Rationalisierungsgrenze orientieren. Scharfe Abgrenzungen sind schwierig. Die eine Richtung ließe sich als *indirekte* oder *verdeckte* Rationierung bezeichnen; sie orientiert sich an der Rationalisierungsgrenze und versucht das Problem knapper Ressourcen vor allem über die Effizienzkriterien der Marktmechanismen zu regeln. Diese Kriterien sollen nicht-notwendige medizinische Leistungen dadurch identifizierbar machen, dass – in bestimmten Grenzen – die Marktmechanismen bestimmen, was notwendig ist. Frei werdende Mittel

13 Vgl. ebd. 37.

14 Vgl. D. Birnbacher, Ethische Probleme 51-54.

können dann für das Notwendige eingesetzt werden. Die sozialpolitische Problematik einer solchen verdeckten Rationierung ist offensichtlich: Diejenigen, die aufgrund schwacher Kaufkraft den Markt nur in geringem Maße beeinflussen können, laufen Gefahr, nicht oder nur sehr begrenzt über das Notwendige mitreden zu können. Sie werden womöglich zum Objekt einer von den Starken am Markt definierten, notwendigen medizinischen Versorgung, die unter Umständen ihren Bedürfnissen gerade nicht mehr gerecht wird. Dies ließe sich nur durch einen Kanon von Notwendigkeiten unterlaufen, der nicht vom Markt und seinen Gesetzen formuliert wird. Die Erstellung eines solchen Kanons müsste nach bestimmten Kriterien festlegen, was als notwendige medizinische Versorgung zu verstehen ist und was nicht. Unter dem Druck begrenzter Ressourcen ist ein solcher Kanon aber dann der Gefährdung durch eine nun als *direkt* oder *offen* gegebene Rationierung ausgesetzt, die sich an den Entscheidungskategorien für Triagen orientiert. Direkte Rationierung in der Medizin ist demnach zu verstehen als die in einer Situation begrenzt zur Verfügung stehender Ressourcen vorgenommene Zuteilung notwendiger Güter nach bestimmten Kriterien. Eine Möglichkeit solcher Kriteriologien stellen die sogenannten Priorisierungslisten dar. Dafür gibt es bereits Modelle und praktische Erfahrungen.

Das bekannteste Modell ist der sogenannte Oregon-Plan.¹⁵ Der Hintergrund zur Entwicklung dieses Modells war folgender: 1987 erregte im amerikanischen Bundesstaat Oregon der Tod eines siebenjährigen, nicht krankenversicherten Jungen Aufsehen, dem eine notwendige Knochenmarkstransplantation vorenthalten worden war. Die Politiker sahen sich gezwungen zu reagieren. Der Präsident des Senats von Oregon und spätere Gouverneur brachte einen Plan auf den Weg, der solche Missstände ausschließen sollte. Es ging darum, für untere Einkommensschichten eine sehr billige Krankenversicherungsmöglichkeit zu schaffen – der Höchstsatz betrug zunächst monatlich 28 US-Dollar –, die eine Basis- oder Notfallversorgung garantiert. Die Definition dieser notwendigen Versorgung geschah in der Ausarbeitung einer Liste von zunächst 700 am meisten vorkommenden Diagnose-Therapiepaaren. Die Liste wurde in 17 Kategorien gefasst und schließlich aufgrund bestimmter Kriterien nach Prioritäten

15 Zum Oregon-Modell vgl. D.C. Hadorn, Setting Health Care Priorities in Oregon. Cost-Effectiveness Meets the Rule of Rescue, in: Journal of the American Medical Association 265 (1991) 2218-2225; H. Aaron/W. Schwartz, Rationing Health Care. The Choice Before Us, in: Science (247) 1990, 418-422; Th. Bodenheimer, *The Oregon Health Plan. Lessons for the Nation*, First of two Parts, in: New England Journal of Medicine 337 (1997) 9; Second of two Parts, in: New England Journal of Medicine 337 (1997) 10. Die Möglichkeit einer Priorisierung im Rahmen der sozialpolitischen Vorgaben der Bundesrepublik Deutschland diskutiert H. H. Raspe, Priorisierung im Gesundheitswesen – Anlässe, Methodik und ethische Positionen, in: Spektrum der Wissenschaft 1998/2, 57-61.

sortiert. Die Kriterien für die Erstellung der Priorisierung waren u.a. Dringlichkeit, Lebenserwartung, Lebensqualität, Wirtschaftlichkeit der Behandlung und die Anzahl, denen eine Behandlung zugute kommen kann. In der gegebenen Situation mit begrenzten Ressourcen sollte mit dieser Liste so verfahren werden, dass je nach der ökonomischen Situation bei einer bestimmten Nummer der Liste ein Linie gezogen werde: was darüber ist, wird behandelt, was darunter ist, nicht mehr.¹⁶

Der Plan wurde 1993 von der Bundesregierung in Washington D.C. genehmigt und trat im Bundesstaat Oregon ein Jahr später in Kraft. Zunächst konnte tatsächlich eine Erhöhung der Anzahl der Versicherungsnehmer erreicht werden. Allerdings wurde die zugrunde liegende Idee auch unterlaufen – etwa dadurch, dass Arbeitgeber versuchten, über den Kreis der unteren Einkommens-

16 Die Liste der 17 Kategorien beinhaltet die folgende Reihung (Weltwoche Nr. 3/99, 21.1.1999):

1. Verhinderung des Todes, falls der frühere Gesundheitszustand wiederhergestellt werden kann (z.B. geplatzter Blinddarm).
2. Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen (z.B. Kaiserschnitt).
3. Verhinderung des Todes, ohne den früheren Gesundheitszustand wiederherstellen zu können (z.B. akute bakterielle Meningitis).
4. Prävention bei Kindern (z.B. Impfungen oder Augen- und Hörtests).
5. Behandlung lebensbedrohender chronischer Krankheiten (z.B. Asthma).
6. Empfängnisverhütung (z.B. Vasektomie oder Unterbindung, aber auch Abtreibung einer ungewollten Schwangerschaft).
7. Pflege, falls die Lebenserwartung nur noch maximal ein Jahr beträgt (z.B. Alterspflegeheim).
8. Prävention von Zahnerkrankungen (z.B. Dentalhygienik und Fluorbehandlung).
9. Vorrangige Prävention bei Erwachsenen (z.B. Mammographie, Blutdruckscreening).
10. Behandlung akuter, nicht lebensbedrohender Krankheiten, falls der frühere Gesundheitszustand wiederhergestellt werden kann (z.B. Scheidenentzündung).
11. Behandlung akuter, nicht lebensbedrohender Krankheiten, falls die Lebensqualität des Patienten verbessert und der frühere Gesundheitszustand wiederhergestellt werden kann (z.B. Hüftoperation).
12. Behandlung akuter, nicht lebensbedrohender Krankheiten, falls die Lebensqualität zwar verbessert, der frühere Gesundheitszustand aber nicht wiederhergestellt werden kann (z.B. ausgerenkter Ellbogen).
13. Behandlung akuter, nicht lebensbedrohender Krankheiten, falls die Lebensqualität für eine kurze Zeit verbessert werden kann (z.B. chronische Nebenhöhlenentzündung).
14. Behandlung akuter, nicht lebensbedrohender Krankheiten, falls die Rückkehr zum früheren Gesundheitszustand beschleunigt werden kann (z.B. Bindehautentzündung).
15. Infertilitätsbehandlung (z.B. Eileiterverstopfung).
16. Nachrangige Prävention bei Erwachsenen (z.B. Darmspiegelung für Menschen unter vierzig).
17. Behandlung, mit der nur eine minimale Lebensverlängerung oder eine minimale Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden kann (z.B. Warzentfernung).

schichten hinaus ihre Angestellten im Oregon-Programm unterzubringen oder dadurch, dass Behandlungen, die sich ›unter der Linie‹ fanden, durch höherstehende Diagnosen dennoch ausgeführt und auch entsprechend bezahlt wurden. Um zu einer abschließenden Beurteilung dieses Modells zu kommen, liegen wohl noch zu wenig Erfahrungswerte vor. Das Programm hat zweifellos einige erhebliche sozialpolitische Implikationen – volle Versorgung für die Begüterten, rationierte für die Armen – und ist verständlicherweise höchst umstritten.¹⁷ Das Hauptargument, mit dem die Vertreter des Oregon-Plans sich gegen den Vorwurf der Zweiklassenversorgung verteidigen, ist die allerdings unbestreitbare Tatsache, dass mehr Menschen medizinisch versorgt werden können. Anders gesagt: rationierte Versorgung ist besser als gar keine.¹⁸ Dabei bleibt die faktische Rationierung, um die es sich hier offensichtlich handelt, fragwürdig. Das betrifft vor allem den Rahmen der Verteilungsgerechtigkeit, nicht dagegen m.E. das einer als notwendig empfundenen Rationierung zugrunde gelegte Prinzip der Priorisierung medizinischer Leistungen. Über die zugrundeliegende Krioteriologie der Reihung muss natürlich diskutiert werden. Jedoch stellt eine medizinisch qualifizierte Priorisierung gegenwärtig wohl das einzig vertretbare Modell einer Rationierung dar, weil sie – wenigstens vom Ansatz her – rational nachvollziehbar die begrenzten Güter unter Absehung von der jeweiligen Person verteilt.

Die Überlegungen zum Begriff und zur praktischen Umsetzung von Rationalisierung abschließend stellt sich die Frage: Ist Rationierung im Rahmen unseres Gesundheitswesens überhaupt notwendig? Für die gegenwärtige Situation in Deutschland ist das schwer zu sagen, vor allem auch deshalb, weil es sich bei der Rationierung um einen sozialpolitisch brisanten Begriff handelt, der im gesundheitspolitischen Kontext möglichst vermieden wird; eher spricht man von einer notwendigen Rationalisierung.¹⁹ Nun kann die zugrunde liegende

17 Der damalige Vizepräsident Al Gore sprach von einer bedingungslosen Kapitulation des Gesundheitssystems: „Oregon's decision to ration health care to its poorest women and children is a declaration of unconditional surrender just as the first battles are being fought over the future of our health care system.“ (zit. nach: Th. Bodenheimer, The Oregon Health Plan. First of two Parts)

18 Ebd.

19 Der dem Gesetzentwurf der Bundesregierung Deutschlands für die Gesundheitsreform 2000 zur Information der Bürger angefügte kommentierende Fragen-Antworten-Katalog antwortet auf die gestellte Frage: „Kommt es mit dem Globalbudget zur Rationierung?“ mit „Nein!“, Geld, so heißt es, „steht genügend zur Verfügung.“ Vielmehr gehe es um Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit, also nur um eine verträgliche Form jener Variante von Rationierung, die oben eine indirekte Rationierung genannt wurde. Auf den Vorwurf der Rationierung wird polemisch geantwortet: „Es geht (bei der Einführung der globalen Budgetierung, Anm. F. N) nicht um die Einschränkung von Leistungen wegen angeblich nicht vorhandener Geldmittel. Eine Rationierung erforderlicher Leistungen stand bei der Diskussion um die Gesundheitsreform niemals zur Debatte. Wenn

These, eine drohende Rationierung könne vollständig mit Rationalisierungsmaßnahmen aufgefangen werden, nicht einfach von der Hand gewiesen werden. Der Grund hierfür ist, dass empirische Daten zur Effizienz bestimmter therapeutischer Maßnahmen nicht in jedem Fall vorliegen, so dass bei einem Wegfall solcher Maßnahmen auch nicht angegeben werden kann, ob es sich um Rationierung notwendiger Behandlungen oder um bloße Rationalisierung im Sinne des Verzichts auf Überflüssiges geht. Erstaunlicherweise trifft das z. B. für Maßnahmen der Rehabilitation zu. Eine Untersuchung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger fand für den Zeitraum von 1988-1998 nicht mehr als 25 kontrollierte rehabilitationsklinische Studien.²⁰ Das ist zu wenig, um über die Effizienz im Rehabilitationsbereich Auskunft zu geben, so dass Einsparungen hier nicht eindeutig einer Rationierung oder einer Rationalisierung zugeordnet werden können. Es lassen sich jedoch andererseits auch einige Gründe namhaft machen, die die Notwendigkeit einer Rationierung belegen: Erstens eignet dem medizinischen Fortschritt eine Dynamik, die immer neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten entwickelt, welche ihrerseits aber nicht andere, möglicherweise teurere Maßnahmen ersetzen, sondern als sog. „add-on-technologies“ zu dem bestehenden medizinischen Arsenal weitere Therapieformen hinzufügen, also zusätzliche Kosten bedeuten.²¹ Sodann, zweitens, gibt es bei bestimmten medizinischen Behandlungen Knappheitsbedingungen, die sich mit dem medizinischen Fortschritt verschärfen dürften, aber ökonomisch nicht behoben werden können. Das ist etwa in der Transplantationsmedizin der Fall, in der ein Missverhältnis von Organspendern und -empfängern zur Rationierung zwingt. Drittens führt eine immer noch zunehmend höhere Lebenserwartung zu einer steigenden „Krankheitslast“, deren Betreuung die Frage nach dem, was wir uns medizinisch noch leisten können, mit Nachdruck stellen lässt. Und viertens schließlich wird im Zuge der Globalisierung auch der sozialen Standards nicht ohne weiteres damit zu rechnen sein, dass das sehr hohe Niveau medizinischer Versorgung in selbstverständlicher Weise gehalten werden kann. Das

Verbände und sonstige Interessengruppen behaupten, die Reform führe zur Rationierung, tun sie es, um die Bevölkerung zu verunsichern und vor den Karren ihrer eigenen Interessen zu spannen.“ (Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheitsreform 2000. Informationen zum Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000, 2. Aufl. Bonn 23. Juni 1999, 58 f).

- 20 Vgl.: H. H. Raspe, Priorisierung im Gesundheitswesen – Anlässe, Methodik und ethische Positionen, in: Spektrum der Wissenschaft 1998/2, 57-61, hier 61.
- 21 Vgl. B. Schöne-Seifert, Was sind 'gerechte' Verteilungskriterien 36. Aus diesem Grund haben auch die Schweizerischen Krankenversicherer im November 1996 ein „Moratorium“ für die Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens gefordert. Als wichtigste Maßnahme wurde verlangt, dass bis ins Jahr 2000 keine weiteren medizinischen Leistungen mehr zu Pflichtleistungen erklärt werden.

Problem der Rationierung sollte daher als eine in unserem Gesundheitswesen durchaus gegebene Möglichkeit ernst genommen werden. Damit sich der Charakter einer solchen Rationierung aber nicht in Richtung auf mehr oder weniger verdeckte und infolgedessen unkontrollierbare Triagen zubewegt, ist es notwendig, sich über ethisch verantwortbare Kriterien einer Rationierung klar zu werden.

II

Die Überlegungen zum Begriff und zur Eigenart der Rationierung im Bereich der Medizin haben ergeben, dass eine ethische Reflexion über handlungsleitende Regeln für die Verteilung der medizinischen Ressourcen die zugrunde liegende Vorstellung von Gerechtigkeit thematisieren muss: das Problem der Rationierung medizinischer Güter ist eine spezifische Frage der Verteilungsgerechtigkeit.

Der Anspruch auf medizinische Versorgung, den die einzelnen Glieder einer Gemeinschaft an sie stellen, ist nicht willkürlich, sondern ein konstitutives Moment dieser Gemeinschaft als einer Gemeinschaft von Rechtssubjekten. Der Art. 25, Abs. 1 der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* von 1948 versteht entsprechend das Recht jedes Menschen auf „ärztliche Versorgung“ als ein Menschenrecht.²² Unter diesem Recht ist eine Ausfaltung des grundlegenden Rechts auf Leben (Art. 3) zu verstehen, das seinerseits wiederum die Partizipation an der Rechtsgemeinschaft der Menschen überhaupt (Art. 1) sichern soll. Eine Rechtsgemeinschaft muss um ihrer selbst willen notwendigerweise die Partizipation aller ihrer Glieder – soweit es in ihren Möglichkeiten steht – ermöglichen und garantieren. Dazu tragen die medizinischen Möglichkeiten ihren Teil bei.²³ Das Recht auf medizinische Versorgung ist also nicht die Auszeichnung

22 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Art. 25, Abs. 1: „Jedermann hat das Recht auf einen für die Gesundheit und das Wohlergehen von sich und seiner Familie angemessenen Lebensstandard, einschließlich ausreichender Ernährung, Bekleidung, Wohnung, ärztlicher Versorgung und notwendiger sozialer Leistungen, sowie ferner das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter oder von anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“

23 Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland spricht etwas bestimmter vom Recht auf „körperliche Unversehrtheit“ (Art. 2, Abs. 2), das im Sozialgesetzbuch dahingehend spezifiziert wird, dass jeder ein Recht auf „die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit“ habe (§4, Art. 2, Abs. 1 SGB I). Eine solche Versorgung soll aber „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (§70, Abs.1 SGB V) und es wird zugleich betont, dass jeder für die eigene Gesundheit „mitverantwortlich“ und durch „gesund-

eines besonders wohltätigen Staates, sondern als Menschenrecht eine der Möglichkeitsbedingungen einer Gemeinschaft von Menschen, die in einem Rechtsverhältnis zueinander stehen und an ihm teilhaben.

Um die Eigenart dieses Rechts näher zu bestimmen, ist es zunächst sinnvoll, von der aristotelischen Formulierung der distributiven Gerechtigkeit auszugehen, derzufolge eine Verteilung von Gütern dann gerecht ist, wenn gleiche Fälle gleich behandelt werden und ungleiche ungleich, sofern eine moralisch relevante Ungleichheit besteht.²⁴ Letztere wird durch den Begriff der Würdigkeit bestimmt. Die Gleichheit der distributiven Gerechtigkeit ist infolgedessen genau dort gegeben, wo alle gleich nach Würdigkeit behandelt werden, wobei die jeweilige Ungleichheit der Würdigkeit die entsprechende ungleiche Behandlung zur Folge hat. Der Gleichheitsgrundsatz der Gerechtigkeit schließt daher die Ungleichbehandlung Ungleicher ein. Das ist ein formales Kriterium der Gerechtigkeit in Verteilungsprozessen, das durch ein materiales Kriterium zur inhaltlichen Konkretisierung dessen, was Würdigkeit ausmacht, ergänzt werden muss. Nun hatte Aristoteles nicht die Güter einer medizinischen Versorgung im Blick, die nach Würdigkeit verteilt werden sollen. Für ihn liegt die Ungleichheit der Würdigkeit und entsprechend diejenige der Verteilung von Gütern in der jeweiligen Tüchtigkeit begründet, wohingegen etwa Besitz und Abstammung als Kriterien abgelehnt werden.²⁵ Sein Modell der Gerechtigkeit lässt sich jedoch auch auf die Verteilung medizinischer Güter anwenden. Wenn die jeweilige Würdigkeit ein bestimmtes Recht auf die Güter einer Gemeinschaft konstituiert und wenn zudem die Würde des Menschen unter der Voraussetzung der Menschenrechte ein Recht auf medizinische Versorgung als eine Möglichkeitsbedingung der Rechtsgemeinschaft begründet, dann muss die jeweilige Würdigkeit als Bedürftigkeit im Hinblick auf medizinische Leistungen verstanden werden. D.h., die Gerechtigkeit im Hinblick auf die Verteilung medizinischer Ressourcen in einer Gemeinschaft muss alle gleich behandeln im Hinblick auf ihre Bedürftigkeit, deren jeweilig verschiedene Ausprägung die ungleiche Verteilung bedingt. Die durch den jeweiligen Gesundheitszustand charakterisierte Bedürftigkeit und deren gleiche Anerkennung wäre demnach das Kriterium, das formal die gerechte Verteilung medizinischer Versorgung sicherstellen würde.

Das Problem besteht aber nun darin, dass dieses Kriterium genau dort nicht mehr anwendbar ist, wo die zu verteilenden Güter die Bedürftigkeit hinsichtlich medizinischer Versorgung nicht mehr abdecken können. Das ist vor allem dort der Fall, wo die therapeutischen Möglichkeiten Bedürftigkeiten schaffen, die

heitsbewußte Lebensführung“ und „aktive Mitwirkung an der Krankenbehandlung“ an der medizinischen Versorgung beteiligt ist (§1 SGB V).

24 Vgl. Aristoteles, *EthNic.* 1131a 15 - 1131a 29.

25 Vgl. ebd.

nicht mehr befriedigt werden können. Daher bedarf das Kriterium der Bedürftigkeit in diesem Zusammenhang einer Einschränkung oder einer Modifizierung, die dem Anspruch der Gerechtigkeit standhält.

Die gesuchte Modifikation des Kriteriums der Bedürftigkeit als Grundlage für die Verteilung begrenzter medizinischer Ressourcen muss zwei Bedingungen genügen: Erstens muss dieses Kriterium medizinisch anwendbar sein und – zweitens – muss es den normativen Bedingungen der Verteilungsgerechtigkeit genügen, damit eine Rationierung ethisch gerechtfertigt werden kann. Beide Bedingungen lassen sich durch einen bestimmten normativen Gesundheitsbegriff einlösen. Der Begriff der Weltgesundheitsorganisation von 1947 – „Gesundheit ist der Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Schwäche“ – kann jedoch diese Funktion nicht erfüllen: er stellt einen am Wohlbefinden und der Lebensqualität orientierten normativen Maximalbegriff dar, der als Distributionskriterium untauglich ist und Gerechtigkeit bei der Verteilung von Gütern infolgedessen gerade nicht mehr sicherstellen kann.

Im Rahmen neuerer Bemühungen um einen angemessenen Gesundheitsbegriff hat Jean-François Malherbe²⁶ eine Konzeption entwickelt, die besser dazu geeignet ist, als entsprechende Modifikation des Bedürftigkeitskriteriums zu fungieren. Sein Verständnis von Gesundheit orientiert sich nicht an Inhalten der Lebensqualität, sondern an einem Begriff von Gesundheit, der mehrere anthropologische Dimensionen – die organische, die psychische und die symbolische – berücksichtigt und dabei vor allem auch die sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit thematisieren kann.²⁷ Die Frage nach sinnvollen Therapiezielen ärztlicher Praxis, also die Frage, ab wann ein Patient den Arzt nicht mehr braucht, wird mit einem Verständnis von Gesundheit beantwortet, demzufolge gilt, dass „die Gesundheit die Fähigkeit ist, die Autonomie der anderen zu entwickeln; und daß Krankheit eine Verringerung eben dieser Fähigkeit ist, die ihn gerade als Menschen definiert.“²⁸ Autonomie meint dabei die Fähigkeit des Menschen, von sich aus die Symbiose mit der Umgebung sowohl auf biologischer als auch auf personaler und sozialer Ebene aufrechtzuerhalten. Die Befähigung zur wechselseitigen Zuerkennung von Autonomie stellt sozusagen die Spitze der Fähigkeit, die Symbiose mit der Umwelt aufrecht zu erhalten, dar und ist solchermäßen ein Index für die Gesundheit. Unschwer lässt sich darin die Bedeutung medizinischer Versorgung wiedererkennen, die in Bezug auf ihre Eigenart als Menschenrecht formuliert wurde: nämlich nach ihren Möglichkei-

26 J. F. Malherbe, *Medizinische Ethik*, Würzburg 1990, 126-150.

27 Vgl. hierzu: F. Noichl, Heil durch Medizin? Moralthologische Überlegungen zur Normativität des Gesundheitsbegriffs, in: ZME 47 (2001) 71-81.

28 J. F. Malherbe, *Medizinische Ethik* 149.

ten, die Voraussetzungen der Partizipation an der Rechtsgemeinschaft zu sichern.²⁹ Das heißt nun, die Verteilung von begrenzten Gütern medizinischer Versorgung in einer Gemeinschaft ist dann gerecht, wenn darin allen Beteiligten in gleicher Weise eine Versorgung zuteil wird, die nach den gegebenen Möglichkeiten die Befähigung zur Partizipation an der Rechtsgemeinschaft sichert. Kürzer – aber eben in einem spezifischen Sinn –: Gerecht ist eine Verteilung der medizinischen Versorgung dann, wenn sie die Gesundheit aller gemäß den gegebenen Möglichkeiten wiederherstellt und bewahrt.

Mit diesem Verständnis von Gesundheit kann ein normativer Kern jenes Notwendigen angegeben werden, um den sich die Überlegungen zum Problem der Rationierung drehen. Es kommt dann darauf an, den Begriff von Gesundheit zu operationalisieren, d.h. in bestimmte medizinisch anwendbare Handlungsschemata zu übersetzen, die schließlich einen ethisch vertretbaren Umgang mit knappen Ressourcen im Fall der Notwendigkeit von Rationierung darstellen. Die Konkretisierung dessen, was in der medizinischen Versorgung für die Gesundheit notwendig ist, wird dann die Form von Listen, wie das anhand des genannten Oregonmodells dargestellt wurde, annehmen. Der entscheidende Unterschied zur Oregonliste dürfte jedoch darin zu sehen sein, dass der Anordnung der Liste nicht mehr oder weniger bewusste Vorstellungen von Lebensqualität zugrunde liegen,³⁰ sondern ein normativer Kern – näherhin die Ermöglichung von Autonomie und Partizipation –, der eine Priorisierung zusammen mit medizinischen Kriterien strukturiert.

Als Folgerung daraus ist u.a. dem Versuch, medizinische Versorgung nach dem zu erwartenden Gewinn für die Lebensqualität zu rationieren, zu widersprechen. Solche Überlegungen werden mit medizinischen und ökonomischen Argumenten etwa im Hinblick auf die Versorgung von alten Menschen angestellt.³¹ So hat Norman Daniels vorgeschlagen, mit einer verschieden intensiven Versorgung der jeweiligen Lebensabschnitte – Maximalversorgung am Beginn des Lebens, Minimalversorgung (Schmerztherapie) am Lebensende – die mögli-

29 Die genannte Fassung des Begriffs von Gesundheit dürfte auch derjenigen von Dietrich v. Engelhardt nahekomen: Gesundheit ist die „Fähigkeit mit Behinderungen und Verletzungen leben zu können“. Vgl. dazu: „Gesund ist, wer mit Belastungen und Behinderungen leben kann.“ Ein Gespräch mit dem Medizinhistoriker Dietrich von Engelhardt über Gesundheits- und Fitneßkult, in: *HerKorr* 45 (1991) 368 ff.; ders., Art. „Gesundheit“, in: W. Korff u. a. (Hg.), *Lexikon der Bioethik* 2, Gütersloh 1998, 108-114.

30 Dass diese Vorstellung neben ökonomischen Gesichtspunkten eine wichtige Rolle spielt, wird z. B. dadurch deutlich, dass Empfängnisverhütung und Abtreibung an sechster Stelle der Liste stehen – noch vor der Behandlung chronischer Krankheiten (vgl. oben Anm. 16).

31 Daniel Callahan, *Setting Limits. Medical Goal in an Aging Society*, New York-London 1987; Norman Daniels, *Am I my Parents' Keeper? An Essay on Justice Between the Young and the Old*, New York-Oxford 1988.

chen Krankheiten vor allem auf das Lebensende hin zu komprimieren, dort dann nur mehr für einen schmerzfreien Zustand zu sorgen, und somit die gerade im Alter hohen Kosten der medizinischen Versorgung zu umgehen.³² Auch hier dürfte eine bestimmte Vorstellung von Lebensqualität zugrunde liegen, die unter der Hand zur normativen Grundlage von Rationierung wird. Dagegen wird aus der Sicht einer ethischen Argumentation einzuwenden sein, dass diese Weise der Zuteilung medizinischer Versorgung dem Anspruch der Gerechtigkeit nicht standhält, weil sie dem Prinzip der Gleichheit im Hinblick auf die Partizipation aller an der Rechtsgemeinschaft widerspricht.

Abschließend soll das Ergebnis der Überlegungen auf die Gestalt des Gesundheitswesens einer Gesellschaft angewandt werden. Es wird sich nun ein zweistufiges System der medizinischen Versorgung und der entsprechenden Versicherungsmöglichkeiten empfehlen.³³ Diese besteht – erstens – in einer Grundstufe der medizinischen Versorgung, die das elementare Minimum für jeden in gleicher Weise sichert und die durch eine gesetzliche Krankenversicherung garantiert wird. Eine solche Basisversorgung orientiert sich an den normativen Vorgaben der Sicherung der Partizipation an der Gemeinschaft, der Gesundheit im spezifischen Sinn, und ist für diese Gemeinschaft eine unabdingbare Voraussetzung als Rechtsgemeinschaft, auf die sie um ihrer selbst willen nicht verzichten darf. Eine Priorisierung innerhalb dieses Bereichs des Notwendigen kann einerseits Grundlage für situational bedingte Entscheidungen in vorzunehmenden Triagen sein, andererseits aber auch im Zusammenhang mit dem Gleichheitsgrundsatz den Bereich dessen, was unter den gegebenen medizinischen Ressourcen als notwendige Versorgung verstanden wird, definieren helfen. Weil es sich bei dieser Grundversorgung um ein elementares Gut handelt, wird ihre Sicherstellung im Bereich der Medizin ein hohes Maß an Rationalisierung im Sinne des Verzichts auf alles, was nicht notwendig ist, erfordern.

Eine zweite Stufe, die darauf aufbaut, wird Mehraufwendungen an medizinischer Versorgung, die sich aus einer bestimmten Vorstellung von Lebensqualität ergeben können, abdecken. Auf dieser Ebene sind nicht mehr die Kriterien der distributiven, sondern diejenigen der kommutativen Gerechtigkeit anzuwenden. Damit wäre ein Eigenbeitrag jener Patienten gefordert, die sich auf der durch die erste Stufe gesicherten Grundlage entscheiden können, was ihnen das Wohlbefinden wert ist. Eine über das Notwendige hinausgehende Versorgung würde durch entsprechende, möglicherweise noch einmal gestufte Zusatzversicherungen abgedeckt, wobei die Versicherungen durchaus auch über

32 Vgl. dazu B. Schöne-Seifert, Was sind 'gerechte' Verteilungskriterien 41ff.

33 Vgl. O. Höffe, Medizin in Zeiten knapper Ressourcen A-205; J. Reiter, In der Rationierungsfalle 557.

das Einbeziehen von Erwägungen zur Risikoäquivalenz entscheiden könnten. Der Einwand, damit würde eine Zweiklassenmedizin etabliert oder eine bestehende gerechtfertigt, ist nicht von der Hand zu weisen. Er hat aber umso weniger Gewicht, je mehr deutlich wird, dass unter dem Druck begrenzter Ressourcen eine elementare Absicherung der Gesundheit aller unter Gleichheitsgrundsätzen nur dann geleistet werden kann, wenn die zwar wünschenswerten, aber nicht notwendigen Anteile einer medizinischen Versorgung nur vermittels einer gewissen Eigenbeteiligung der jeweils Betroffenen erreichbar sind.