

Dear reader,

This is an author-produced version of an article published in Michael Fuchs / Dorothea Greiling / Michael Rosenberger (eds.), *Gut versorgt? Ökonomie und Ethik im Gesundheits- und Pflegebereich*. It agrees with the manuscript submitted by the author for publication but does not include the final publisher's layout or pagination.

Original publication:

Michael Rosenberger

(Wie) Kann Rationierung fair sein? Ethische Überlegungen zur Ressourcenbegrenzung im Gesundheitswesen

In: Michael Fuchs / Dorothea Greiling / Michael Rosenberger (eds.), *Gut versorgt? Ökonomie und Ethik im Gesundheits- und Pflegebereich*, 93–108

Baden-Baden: Nomos Verlag 2019

URL: <https://doi.org/10.5771/9783845294872-91>

Access to the published version may require subscription.

Published in accordance with the policy of Nomos: <https://www.nomos.de/urheberrecht/>

Your IxTheo team

Liebe*r Leser*in,

dies ist eine von dem/der Autor*in zur Verfügung gestellte Manuskriptversion eines Aufsatzes, der in Michael Fuchs / Dorothea Greiling / Michael Rosenberger (Hg.), *Gut versorgt? Ökonomie und Ethik im Gesundheits- und Pflegebereich* erschienen ist. Der Text stimmt mit dem Manuskript überein, das die Autorin zur Veröffentlichung eingereicht hat, enthält jedoch *nicht* das Layout des Verlags oder die endgültige Seitenzählung.

Originalpublikation:

Michael Rosenberger

(Wie) Kann Rationierung fair sein? Ethische Überlegungen zur Ressourcenbegrenzung im Gesundheitswesen

In: Michael Fuchs / Dorothea Greiling / Michael Rosenberger (Hg.), *Gut versorgt? Ökonomie und Ethik im Gesundheits- und Pflegebereich*, 93–108

Baden-Baden: Nomos Verlag 2019

URL: <https://doi.org/10.5771/9783845294872-91>

Die Verlagsversion ist möglicherweise nur gegen Bezahlung zugänglich.

Diese Manuskriptversion wird im Einklang mit der Policy des Nomos Verlags publiziert:

<https://www.nomos.de/urheberrecht/>

Ihr IxTheo-Team

(Wie) Kann Rationierung fair sein?

Ethische Überlegungen zur Ressourcenbegrenzung im Gesundheitswesen

Michael Rosenberger

1. Die Tabuisierung der Rationierung in der „Gesundheitsreligion“

„Die heimliche Rationierung muss endlich aufhören!“ Mit diesen Worten stieß der 2011 verstorbene Präsident der deutschen Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, beim 112. Deutschen Ärztetag in Mainz 2009 eine Debatte an, die aus der Sicht vieler ÄrztInnen längst überfällig ist. Bis zu seinem Tod wiederholte er in zahlreichen Interviews diesen Satz, der gleichsam als sein Vermächtnis angesehen werden kann¹. Denn dass rationiert wird, ist eine kaum noch zu bezweifelnde Tatsache – durch lange Wartezeiten, durch das Nichtanbieten besonders teurer Medikamente, durch die Deckelung bestimmter medizinischer Produkte.

Rationierung im Gesundheitswesen ist alltägliche Wirklichkeit – in Österreich genauso wie in Deutschland. Gleichwohl ruft die Behauptung, es gebe Rationierung, noch immer empörte Gegenreaktionen hervor – insbesondere bei PolitikerInnen². Rationierung darf es nicht geben – also gibt es sie nicht! Eine solche Tabuisierung wirft für den Theologen die Frage auf, ob hier nicht etwas vergöttert wird, das in Wirklichkeit sehr irdisch ist: Wird Gesundheit in modernen säkularen Gesellschaften zum Goldenen Kalb, das die Menschen „anbeten“? Leben wir nicht längst im Zeitalter der „Gesundheitsreligion“ (Lütz 2002)? Erwarten wir nicht unterschwellig unser Heil von der Gesundheit?

Der Verdacht wird durch die allgegenwärtige Warnung vor der „Zwei-Klassen-Medizin“ verstärkt. Nüchtern betrachtet lässt sich eine mehrklassige Gesellschaft bestenfalls in einer Diktatur verhindern. Wo es Marktwirtschaft gibt, und sei sie auch sozial geregelt, wird es immer mehrere „Klassen“ geben. Mit Blick auf das österreichische ebenso wie auf das deutsche Gesundheitssystem wird man ehrlicherweise feststellen müssen, dass diese im Vergleich mit anderen Sozialsystemen (Rente, Arbeitslosengeld, Familienleistungen) ziemlich egalitär organisiert sind. Höchstens das Bildungssystem kann als strukturell vergleichbar egalitär bezeichnet werden – bei allen bleibenden Ungleichheiten im faktischen Ergebnis³. Während man aber in anderen Sozialsystemen gewisse Unterschiede akzeptiert, wünscht man sich im Gesundheitssystem eine klassenlose Gesellschaft – ein Paradies auf Erden.

¹ So z.B. in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung vom 17.1.2010 und 23.2.2010 sowie auf RP Online vom 27.05.2011.

² Der Deutsche Ethikrat 2011,8 sieht als wichtigsten Anlass für seine Stellungnahme „die Zurückhaltung der Politik, das Rationierungsthema als zumindest langfristig ernst zu nehmendes Thema anzuerkennen.“ „Diese unbequeme Thematik offen zu diskutieren, ist, so die Auffassung des Rates, allemal besser, als verdeckte und damit intransparente Leistungsbegrenzungen auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems zu akzeptieren.“ (ebd. 9–10)

³ Wohlhabende Menschen sind de facto gesünder und leben länger als ärmere Menschen, und Kinder wohlhabender Menschen machen weit häufiger höhere Bildungsabschlüsse als Kinder ärmerer Menschen. Das Problem wird in einigen Beiträgen dieses Bandes genauer analysiert.

Rationierung zu diskutieren bedeutet demnach eine Entzauberung des Gesundheitssystems. Es ist (theologische!) Aufklärung im besten und ursprünglichsten Sinn, den dieser Begriff seit dem 18. Jh. besitzt. Warum soll es im Gesundheitswesen nicht ebenso Leistungsbegrenzungen geben wie in allen anderen Bereichen der Verteilungsgerechtigkeit? Würde das wirklich, wie manche mit Pathos behaupten, gegen das Prinzip der Menschenwürde verstoßen? Wäre es tatsächlich unethisch, Leistungen auch dort zu rationieren, wo es um Leben und Gesundheit, mithin um Grundgüter des Menschen geht, und nicht nur um einen bestimmten Komfort wie das Ein- oder Zweibettzimmer? Zur Beantwortung dieser Frage möchte ich in einem ersten Schritt die Aufmerksamkeit auf jene beiden Wissenschaften lenken, die sich klassischer Weise mit Knappheitsproblemen beschäftigen. Anschließend möchte ich für beide Hinweise geben, unter welchen Bedingungen die „Verwaltung“ der Knappheiten aus ethischer Perspektive gerechtfertigt werden kann.

2. Knappheit als Gegenstand zweier Wissenschaften

2.1 Ökonomie: Effizienzsteigerung (Rationalisierung) als Beitrag zur Lösung des Knappheitsproblems

Per definitionem hat die Ökonomie die Knappheit der Güter zum *Materialobjekt*. Wo Überfülle herrschte, bräuchte es kein „Haushalten“. Und wenn man ein solches versuchen würde, würde es nicht greifen, weil es keinerlei Druckmittel gäbe, um zum sparsamen Umgang mit den Dingen anzuhalten. Ökonomie geht also selbstverständlich davon aus, dass die Bedürfnisse nach den allermeisten Gütern immer größer sein werden als deren tatsächliches Zuhandensein.

Nun hat die Ökonomie ein ganz bestimmtes *Formalobjekt*: Sie betrachtet das Knappheitsproblem unter der Perspektive der Effizienz, d.h. der Minimierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Hier kann sie zwei Wege zur Lösung einschlagen: Entweder sucht sie mit gegebenen Mitteln den erstrebten Nutzen zu maximieren (Maximum-Variante) oder ein gegebenes Ziel mit minimalen Mitteln zu erreichen (Minimum-Variante) (Hardes et al. ⁸2002,2). Beide Wege entsprechen dem Gebot der Effizienz, das optimale Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erreichen. Aus ihnen ergibt sich unmittelbar das Gebot der Rationalisierung. Es gilt Maßnahmen zu ergreifen, die in der Organisation der Arbeitsabläufe und Kommunikationsprozesse zu Effizienzsteigerungen führen.

2.2 Ethik: Freie und faire Selbstbegrenzung (Rationierung) als Beitrag zur Lösung des Knappheitsproblems

Neben der Ökonomie, die schon in ihrer Definition vom Knappheitsproblem spricht, hat auch die Ethik die Knappheit der irdischen Güter als *Materialobjekt*⁴. Denn sie reflektiert die Frage, wie der Mensch angesichts der Begrenztheit seiner selbst wie seiner Umwelt (theologisch gesehen ein zentrales Merkmal der Geschöpflichkeit) ein erfülltes Leben finden kann. Auf diese Weise wird die

⁴ Einer der wenigen, der dies ausdrücklich zum Thema macht, ist John Rawls. Für ihn ist die Knappheit, um die es eine Konkurrenz verschiedener Individuen gibt, das „Anwendungsverhältnis“ der Gerechtigkeit. Vgl. Rawls 1979,148–152.

Güterabwägung zum Ursprung und Standardfall normativer Ethik: Ob intraindividuell („Soll ich heute Abend ins Kino gehen oder meine kranke Mutter besuchen? Beides schaffe ich angesichts der knappen Zeit nicht!“), interindividuell („Soll die eine vorhandene Spenderniere dem Patienten A oder dem Patienten B gegeben werden, die sie beide höchst dringlich brauchen?“) oder interkollektiv („Sollen wir mehr in die Bildung der jungen Generation investieren oder in die Gesundheit der älteren?“) – immer geht es um die Abwägung von Gütern, die selbst bei maximaler Effizienz nicht alle verwirklicht werden können.

Allerdings hat die Ethik ein vollkommen anderes *Formalobjekt* als die Ökonomie: Während diese Zahl und Umfang notwendiger Güterabwägungen durch Effizienzsteigerungen „technisch“ zu minimieren sucht, nimmt die Ethik die Unausweichlichkeit von Güterabwägungen zur Kenntnis und fragt, wie der Mensch nicht nur trotz diesen, sondern in ihnen und durch sie zu Glück, Erfüllung und Selbstverwirklichung gelangen kann. Ethik kreist seit ihren Ursprüngen um die Frage nach dem rechten Umgang mit Begrenzungen. Daher war die Maßhaltung als das In-Einklang-Bringen von Einzelmensch („Seele“), Gesellschaft („Polis“) und Schöpfung („Kosmos“) in der griechischen Antike die Tugend *par excellence*, und die Gerechtigkeit, d.h. die feste und beständige Absicht, jedem das Seine zu geben, ihr nach außen gewandtes Spiegelbild.

Der ethische Weg zur Lösung des Knappheitsproblems ist also die maßvolle Selbstbeschränkung – um der eigenen und fremden Selbstverwirklichung sowie um der Gemeinschaft willen. Im sozialen und politischen Bereich, für den nach Aristoteles die Verteilungsgerechtigkeit gilt, heißt das insbesondere die faire Verteilung von Lasten und Entlastungen, Kosten und Gewinnen. Genau dies ist mit dem Begriff der Rationierung angesprochen. Sie bedeutet die Verteilung knapper Güter nach transparenten und gerechten Kriterien und ist aus ethischer Sicht ein absolutes Muss. Zu sagen, es dürfe keine Rationierung geben, weil diese der Menschenwürde widerspreche, ist kurzsichtig. Gegen die Menschenwürde verstößt es vielmehr, wenn Zuteilungsbegrenzungen intransparent, heimlich und unter Ansehen der konkreten Person vollzogen werden, wenn also ein Arzt seinem besten Freund Leistungen des Gesundheitssystems zuteilt, die er anderen PatientInnen aus Kostengründen vorenthält. Aber eine transparente, demokratisch legitimierte Leistungsbegrenzung, die von den betroffenen Personen absieht, ist genau das, worauf Ethik zielt und wozu es ethische Erwägungen braucht.

3. Ethische Implikationen der Rationalisierung

Gesundheit ist ein Basisgut, das uns Menschen (säkular betrachtet) durch „Zufall“ zufällt oder (religiös betrachtet) nach „Gottes unerforschlichem Ratschluss“ geschenkt oder vorenthalten wird. Gesundheit ist mithin ein Gut, das niemand im eigentlichen Sinne „verdient“ hat. Vielmehr gehört sie zu den „schicksalhaften“ Faktoren des menschlichen Lebens. Daher wurde es von jeher als soziale Verpflichtung aller angesehen, einander in Krankheit beizustehen. Medizinische und pflegerische Hilfe sind folglich Ausdruck von Solidarität und ethisch betrachtet weitgehend Gegenstand der Ver-

teilungsgerechtigkeit, nicht der Leistungsgerechtigkeit. Auch wenn die Frage vorerst offen bleibt, bis wohin Solidarität sinnvoller Weise gefordert werden kann und wo sie an ihre Grenzen kommt, ist dies eine wichtige Klärung, um die Frage der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen richtig einzuordnen.

Gleichwohl kann ein ökonomischer Blick auf das Gesundheitssystem sehr heilsam sein. Vermeidbare Ineffizienzen sind auch in diesem System ungerecht, denn es muss sie jemand „bezahlen“, der sie nicht verantwortet hat. Effizienzsteigerungen steigern also im Nebeneffekt die Gerechtigkeit – allerdings nur, wenn drei Bedingungen beachtet werden:

1. Zunächst muss in einem demokratischen Diskurs aller geklärt werden, an welchem *Maßstab* wir den *Nutzen des Gesundheitssystems* messen. Als solchen definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“. Mithin geht es um medizinisch-pflegerisch-gesamt menschlich optimale Lebensqualität. Daran müssen sich Rationalisierungsmaßnahmen messen lassen. Es darf z.B. nicht einfach die Zeit für menschliche Zuwendung und Gespräche gestrichen werden, weil man meint, diese sei nicht unmittelbar medizinisch relevant. Weiterhin muss die Nachhaltigkeit der erzielten Qualität garantiert sein. Es gilt, sie auf lange Sicht zu messen, nicht nur am Entlassungstag aus dem Krankenhaus. Einsparungen zu Lasten der langfristigen Lebensqualität sind zwar betriebswirtschaftlich kosteneffizient, aber weder nutzeffizient noch effizient im Blick auf das volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Verhältnis.
2. Wie alle Güter sind auch *Rationalisierungsgewinne gerecht zu verteilen*: Jeder, der zu ihnen etwas beiträgt, soll auch von ihnen profitieren. Eine Effizienzsteigerung muss all jene Gruppen fordern, die für die vorherige Ineffizienz mitverantwortlich waren, und all jene Gruppen begünstigen, die für die vorherige Ineffizienz nicht verantwortlich waren. Lassen sich die Verantwortlichkeiten für eine Ineffizienz nicht so klar zuzuweisen, gilt es, Effizienzerzeugungskosten wie Effizienzgewinne auf alle beteiligten Gruppen zu verteilen.
3. Jede Rationalisierung eines gesellschaftlichen bzw. ökonomischen Teilsystems hat ihre *Grenzen*. Die Welt ist zu komplex, als dass sich die Teilsysteme menschlichen Zusammenlebens lupenrein voneinander trennen ließen. Insofern wird es in Solidarsystemen immer Räume geben, die nicht durchrationalisiert werden können. Insbesondere denke ich hier an die Tatsache der „Benachteiligung der kleinen Zahl“: In dünn besiedelten Landstrichen wird ein Krankenhaus nie so effizient wirtschaften können wie im Ballungsraum einer Großstadt. Die Erforschung extrem seltener Krankheiten wird nie so kosteneffizient sein können wie die Entwicklung von Medikamenten gegen sog. „Volkskrankheiten“. Und doch empfinden wir es als einen Verstoß gegen die Solidarität, würde die konsequente Rationalisierung des Gesundheitswesens ganze Menschengruppen ausschließen. Insofern werden wir Kliniken

auf dem Land in der einen oder anderen Weise „subventionieren“, und wir werden auch in die Erforschung seltener Krankheiten eine gewisse Geldmenge investieren.

Im Folgenden wird vorausgesetzt, dass Rationierungsmaßnahmen erst dann gesetzt werden dürfen, wenn alle Rationalisierungspotenziale weitgehend ausgeschöpft sind.

4. Ethische Leitlinien der Rationierung

4.1 Bedingungen verantwortlicher Rationierung

Rationierung im Gesundheitswesen setzt drei Bedingungen voraus, die ich hier nicht diskutiere, die aber notwendig gegeben sein müssen:

1. Es muss geklärt sein, in welchem *Umfang* die Solidargemeinschaft Geld in ihr Gesundheitssystem investieren kann, ohne andere, ebenso wichtige Solidaraufgaben zu vernachlässigen. In der Regel wird man in Industriegesellschaften von ca. acht bis zehn Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) als Rahmenbudget für solidarische Gesundheitsleistungen ausgehen können und müssen.
2. Es muss geklärt sein, was unter die WHO-Definition von Gesundheit gerechnet werden und damit *Gegenstand von Leistungen* des Solidarsystems sein soll und was guten Gewissens in den Bereich freiwilliger Zusatzversicherungen gerechnet werden darf⁵.
3. Es muss klar sein, dass prinzipiell jedeR an der solidarischen Grundsicherung des Gesundheitssystems teilhat (= das Seine erhält) und zu ihrer Finanzierung angemessen beiträgt (= das Seine leistet). Das ist z.B. dann gewährleistet, wenn der Bereich der Grundsicherung durch eine *allgemeine und reziproke Versicherungspflicht* geregelt wird: Jeder Mensch muss sich versichern und entsprechend seinen finanziellen Möglichkeiten in die Versicherung einzahlen, und jede Pflichtversicherung muss ihn als Kunden akzeptieren und kann ihm nicht auf Grund seiner schlechten Gesundheit eine Versicherung verweigern. – Die Möglichkeit freiwilliger Zusatzversicherungen für weitere Leistungen ist damit nicht bestritten, sondern wird in einem marktwirtschaftlichen Gesellschaftssystem als selbstverständlich vorausgesetzt.

4.2 Priorisierung als Königsweg der Rationierung

Nun tritt Rationierung im Gesundheitswesen per se vorrangig im Gewand der Priorisierung auf. Priorisierung bedeutet die ausdrückliche Festlegung von Vor- und Nachrangigkeiten für die Behandlung bestimmter Krankheiten (Fuchs et al. 2009, B-475; Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2000). Es gilt eine bestimmte Menge Geld zu verteilen. Aber es ist nicht klar, welche Krankheit wie oft auftaucht und welche Kosten im Einzelfall zu ihrer Heilung anfallen. In-

⁵ Zur ethisch richtigen Grenzziehung zwischen allgemein verpflichtender Grundversorgung und optionaler Wahlversorgung siehe: Schramm 1997; Höffe 1999 und 2000; Dabrock 1999; Rosenberger 2006 und 2006a.

sofern bietet es sich an, Ranglisten festzulegen, gemäß denen zunächst einmal die höher gereihten Krankheiten behandelt werden und nur bei guter Kassenlage auch die niedriger gereihten.

Priorisierung und Rationierung sind also nicht dasselbe. Priorisierung ist vielmehr eine Methode, um zu einem dynamischen, jederzeit anpassbaren System der Rationierung zu kommen. Ihre Alternative wäre ein starrer Leistungskatalog. Er hätte zur Folge, dass im Falle sinkender Einnahmen der Krankenkassen oder im Falle unerwartet steigender Ausgaben (etwa auf Grund einer Pandemie) gravierende Defizite aufliefen, im umgekehrten Fall aber riesige Rücklagen gebildet oder Gewinne angehäuft würden. Beides ist nur begrenzt zielführend. Priorisierung ist in diesem Sinne ein sehr geschmeidiger Mechanismus. In der Debatte gilt sie als Königsweg der Rationierung. Wie aber könnte eine Rationierung mittels Priorisierung aussehen?

4.3 Priorisierung nach außermedizinischen Kriterien?

Zwar wenden sich einzelne EthikerInnen generell gegen das Prinzip der Priorisierung (z.B. Günther Pöltner 2002,301 unter Berufung auf Gerhard Luf). Hier würde die Menschenwürde quantitativ nach „Würdigkeiten“ bemessen und damit relativiert. Allerdings war Kant nicht dagegen, den Träger der Würde auch (!) unter Nutzenaspekten zu betrachten. Einzig die ausschließliche Sicht von den „Würdigkeiten“ her lehnte er ab. Insofern gehe ich wie die Mehrheit der EthikerInnen davon aus, dass eine Priorisierung grundsätzlich verantwortbar ist. Entscheidend ist, nach welchen Kriterien sie geschieht. Und hier werden in der Tat die unterschiedlichsten Vorschläge gemacht. In einem ersten Schritt möchte ich die zur Diskussion stehenden nichtmedizinischen Kriterien darlegen, um zu zeigen, dass sie allesamt bestenfalls als nachgeordnete Kriterien in Frage kommen, wenn medizinische Parameter zu keiner klaren Vorzugslage führen.

1. Ein erstes denkbare Kriterium wäre die *gesellschaftliche Funktion der PatientInnen*: Nach diesem Vorschlag sollten von der Solidarversicherung vorzugsweise Therapien von gesellschaftlich wichtigen Personen finanziert werden. Doch der Versuch von Beat Sitter-Liver (2003,456–457), dies zumindest für Mütter kleiner Kinder zu begründen, weil diese als Personen „unersetzlich“ seien, zeigt, dass eine solche Herangehensweise notwendig scheitern muss: Wer ist schon wirklich unersetzlich? Auch eine Mutter kann – Gott sei Dank – ersetzt werden, wenn sie stirbt.
2. In weit größerer Zahl wird der Vorschlag vertreten, das *Alter eines Menschen* zum Kriterium zu erheben. So argumentiert Norman Daniels 1985,111 in Orientierung an John Rawls vertragstheoretisch: Wenn man die Menschen hinter dem „Schleier des Nichtwissens“ einen Solidarvertrag über das Gesundheitswesen schließen ließe, würden sie dafür votieren, ab einem bestimmten Lebensalter nur noch Maßnahmen zu setzen, die der Schmerzlinderung dienen, auf lebensverlängernde Therapien jedoch zu verzichten. Sie hätten zu diesem Zeitpunkt ihr Leben gelebt und wären daher kaum bereit, für eine weitere Lebensverlängerung

noch viel Geld einzusetzen, das ihnen dann in der Zeit vorher fehlen würde. In Deutschland hat v.a. Joachim Wiemeyer 2002 das Alter als die einzig sinnvolle Begrenzung bezeichnet. Anders als Daniels argumentiert er aber mit dem Prinzip der Leistungsgerechtigkeit: Jeder solle in etwa so viel aus der Krankenversicherung herausbekommen, wie er eingezahlt habe. Wenn also die meisten nicht übermäßig viel einbezahlen wollten, sei es nur gerecht, teure Leistungen jenseits der Schmerztherapie auf ein bestimmtes Alter zu begrenzen: Das bedeute keine Altersdiskriminierung, denn: „Im Alter gelten für alle die gleichen Regeln.“ (Wiemeyer 2002,609) Die scharfe Kritik, die dieser Vorschlag in der Öffentlichkeit erfuhr, könnte ein Indikator dafür sein, dass es mit der behaupteten Gerechtigkeit dieses Kriteriums nicht so weit her ist. Gesundheit ist, anders als Wiemeyer behauptet, kein Gegenstand der Leistungsgerechtigkeit, sondern der Verteilungsgerechtigkeit. Aber auch die Argumentation Daniels‘ ist zu kurz gegriffen. Denn ist es vernünftig, dass ein Sterbender im Alter von 79 Jahren Anspruch auf maximale Therapie hat, während ein insgesamt kerngesunder 81-Jähriger kein neues Hüftgelenk mehr bekommt, obwohl er damit noch lange gut leben könnte? Eine fixe Altersgrenze ist gemessen am gesellschaftlichen Gesamtnutzen sehr ineffizient.

3. Ein drittes vorgeschlagenes Kriterium ist das der *ausgleichenden Gerechtigkeit*: Wer im Laufe seines Lebens schon viele Krankheiten erlitten hat, soll im Zweifel den Vorzug erhalten. Doch Dieter Birnbacher, der diesen Vorschlag vertritt, schränkt ihn selbst ein und will das Kriterium nur als den medizinischen Kriterien nachgeordnet zulassen (Birnbacher 1999,61).
4. Schließlich schlägt der Gesundheitsökonom Jens Hohmeier (2000,305–314) vor, das Behandlungsoptimum bei allen PatientInnen um denselben *Prozentsatz der Kosten* zu kürzen. Bei einer solchen proportionalen Kürzung für alle würde allerdings mancher wohlhabende Patient für viel Geld noch ein paar Tage länger am Leben gehalten, während der weniger Begüterte sofort sterben müsste, weil er die 20 Prozent Eigenbeteiligung selbst für eine relativ billige Operation nicht aufbringen kann, die sein Leben um Jahrzehnte verlängern könnte. Würden das die Menschen im Rawls’schen Urzustand vereinbaren, wie Hohmeier behauptet?

4.4 Priorisierung nach medizinischen Kriterien

Versuche, eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen auf nichtmedizinischen Kriterien zu basieren, müssen daher als gescheitert gelten. Sie erinnern an analoge Überlegungen im Bereich der Zuteilung von Spenderorganen. Dort hat sich (jenseits des politisch bedingten Kriteriums einer national ausgeglichenen Bilanz von gegebenen und empfangenen Organen) als einziges nicht rein medizinisches Kriterium die Wartezeit etabliert, die je nach Organ mit unterschiedlichem Gewicht in die Vorzugsentscheidung einfließt. Sie ähnelt dem Kriterium ausgleichender Gerechtigkeit, das Birnba-

cher vorschlägt. Allerdings ist sie zugleich auch ein medizinischer Indikator: Abgesehen von dringlichen Fällen, die bei der Organzuteilung ohnehin eine Vorzugsbehandlung erfahren, sagt die Wartezeit etwas über den Progressionsgrad einer Erkrankung.

Erst recht folgt die Entscheidung der NotfallärztInnen, wem sie im Fall eines Massenunfalls zuerst eine Behandlung geben, ausschließlich medizinischen Kriterien. Alles andere wäre in der Kürze der Zeit ohnehin völlig unangemessen. Könnte es also sein, dass die Beschränkung auf medizinische Kriterien im Fall der Zuteilung von Gesundheitsleistungen der gerechteste Weg ist – nicht nur pragmatisch, sondern aus systematischen, sachimmanenten Gründen?

In der Praxis basieren bisher alle Versuche der Priorisierung auf rein medizinischen Kriterien, vom weltweit erste Versuch, dem Oregon's Rationing Plan „Prioritization of Health Services“ von 1994 (vgl. Jacobs et al. 1999) über die Rationierungsmethoden im Vereinigten Königreich bis zu den Programmen der WHO. Grob gesprochen verfolgen die meisten die Strategie, die Priorisierung am Kosten-Nutzen-Verhältnis auszurichten, genauerhin an den Kosten für ein durch die Therapie gewonnenes gutes oder vermiedenes schlechtes Lebensjahr. Das beinhaltet folgende Schritte:

1. *Nutzenermittlung*: Zunächst wird die durch eine medizinische Maßnahme erzielte Lebensqualitätssteigerung mit der Zeitdauer multipliziert, für die sie prognostiziert wird. Kann z.B. durch eine Maßnahme die Lebensqualität eines Kranken für die Dauer eines Jahres von der Hälfte des Durchschnittswerts gesunder Menschen auf diesen Durchschnittswert gesteigert werden, so wird dies ebenso gewichtet wie die Lebensverlängerung um ein halbes Jahr mit voller Lebensqualität.
2. *Kostenermittlung*: Im zweiten Schritt schätzt man die Kosten für jede Maßnahme.
3. *Entscheidung über die Finanzierbarkeit*: Im dritten Schritt legt die Gesellschaft eine Obergrenze des Kosten-Nutzen-Verhältnisses fest und streicht jene Maßnahmen aus dem Finanzierungskatalog, die diese übersteigen. Pointiert gesagt wird definiert, wie viel man sich ein Lebensjahr mit guter Lebensqualität kosten lassen kann und will.

Das Modell wird vorwiegend in zwei Varianten vertreten, die mittlerweile in tausenden von Studien zunehmend mehr Akzeptanz finden: Die eine bemisst den medizinischen Nutzen einer Maßnahme durch sog. QALYs („quality adjusted life years“ = „qualitätsbereinigte Lebensjahre“), wobei der Akzent für die Lebensqualität stark auf dem subjektivem Wohlbefinden der Betroffenen liegt. Diese Methode wird seit den 1970er Jahren v.a. in wohlhabenden Industrieländern verwendet, um die Allokation von Gesundheitsleistungen mittelfristig zu planen (Rios-Diaz 2016; Neumann et al. 2018). Die andere Methode misst den medizinischen Nutzen durch sog. DALYs („disability adjusted life years“ = „unfähigkeitsbereinigte Lebensjahre“). Hier liegt der Akzent auf den für das jeweilige Alter eines Menschen normalen Fähigkeiten, sein Leben zu gestalten und Grundvollzüge eigenständig zu realisieren. Diese Methode praktiziert die WHO seit dem World Development Report von 1993

vorwiegend für Länder mit niedrigem bis mittlerem Durchschnittseinkommen und zur langfristigen Planung von Gesundheitsstrategien.

Obwohl DALY und QALY spiegelbildlich angelegt sind, kommt es bei ihrer faktischen Anwendung zu deutlichen Unterschieden des ermittelten Nutzens. Diese resultieren jedoch nicht aus den Konzepten an sich, sondern aus sekundären Faktoren wie z.B. den betrachteten Altersgruppen, der Gewichtung von Wahrscheinlichkeiten, der spezifischen Krankheit und der favorisierten Gesundheitsmaßnahme. Außerdem sind sie abhängig von der Gewichtung der Lebenszeit zur Lebensqualität (Rios-Diaz 2016).

4.5 Operationalisierung einer Kosten-Nutzen-Bewertung

Beide Modelle bedürfen einer *Skala*, die die *Lebensqualität* bzw. deren Beeinträchtigung misst (Schritt 1). Eine solche festzulegen, die dann qualitative Wertentscheidungen in quantitative Messgrößen (ausgedrückt in der Qualitätszahl, die zwischen 0 = keinerlei Lebensqualität und 1 = volle Gesundheit oder umgekehrt liegt) übersetzt, ist Aufgabe eines ethischen Diskurses. Dieser sollte primär von Fachleuten geführt und von im weiteren Sinne politischen Gremien entschieden werden, wobei eine Einbeziehung der Öffentlichkeit höchst wünschenswert ist, um eine allgemeine Akzeptanz der Ergebnisse zu erzielen (Diederich et al. 2009). Vickie Fauteux und Thomas G. Poder nennen fünf direkte und zwei indirekte Methoden, die sich hierfür etabliert haben und als brauchbar gelten können (Fauteux/Poder 2017). Vereinfacht werden bei allen folgende Kriterien berücksichtigt: Mobilität; Sinneswahrnehmungsfähigkeit; Kognition/ geistige Fähigkeiten; Vollzug normaler Tätigkeiten; Schmerzen; psychisches Befinden (Emotionen, Angst, Depression...); Selbstfürsorge. Ethisch geht es darum, diese Gesichtspunkte untereinander entsprechend zu gewichten und innerhalb jedes Gesichtspunkts eine Skala von empirisch beobachtbaren Beeinträchtigungen unterschiedlicher Schwere festzulegen.

Für die *Festlegung der Obergrenze* des solidarisch zu tragenden Kosten-Nutzen-Verhältnisses (Schritt 3) hat die WHO 2001 einen Korridor zwischen dem einfachen und dem dreifachen jährlichen BIP pro Kopf vorgeschlagen. Dass der Wert über dem einfachen Pro-Kopf-BIP liegt, ist ein Gebot der Klugheit. Denn auf alle Menschen gemittelt zahlt es sich aus, so viel in den Gewinn eines QALY oder die Vermeidung eines DALY zu investieren. Wie weit er allerdings nach oben angehoben wird, ist eine Ermessensfrage. Empirische Umfragen in den Industrieländern ergeben stark differierende Werte bis 75000 Euro (Cairns 2016). Faktisch wird aber in den meisten dieser Länder mehr für einen QALY ausgegeben. Das einzige Land, das seine Gesundheitsleistungen konsequent an den Kosten pro QALY bemisst, nämlich das Vereinigte Königreich, hat allerdings eine sehr niedrige Obergrenze von umgerechnet etwa 35000 Euro, was ziemlich genau dem von der WHO vorgeschlagenen Minimalwert des einfachen Pro-Kopf-BIP entspricht.

4.6 Ethische Beurteilung der Kosten-Nutzen-Bewertung

Ebenso wie die Anwendung der QALY/ DALY-Modelle hat sich auch die ethische Debatte über sie in den letzten Jahren deutlich intensiviert. Einige der gewichtigsten Kritiken sollen abschließend diskutiert werden:

Modelle, die wie die QALY und DALY Lebensqualität mit Lebenszeit multiplizieren, beruhen auf einigen *problematischen Annahmen über die Zeit*: Sie gehen davon aus, dass Zeiteinheiten einfach addiert werden können, jede Zeiteinheit also gleiches Gewicht für ein gelingendes Leben hat; dass die einzelnen Zeiteinheiten voneinander unabhängig sind und keinen Einfluss aufeinander haben; dass irrelevant ist, ob jemand in der Jugend gesund ist und später erkrankt oder umgekehrt; dass es keinen Unterschied macht, ob jemand lange mäßig gesund lebt oder kurz kerngesund. Diese Kritik spricht allerdings – wie ihr Vertreter Anders Herlitz (2017,4) selbst sagt – nicht prinzipiell gegen QALY und DALY, sondern nur gegen ihre zu einfache und undifferenzierte Anwendung.

Ähnlich gelagert ist der Einwand, dass die Gleichwertigkeit der Stufen der Lebensqualität (z.B. von 0,1 auf 0,2 und von 0,9 auf 1,0) ebenso fraglich sei wie die Gleichwertigkeit unterschiedlich zusammengesetzter QALYs (z.B. 10 Jahre Lebensverlängerung mit starken Schmerzen oder 1 Jahr völlig ohne Schmerzen) (Tunder/Martschinke 2014,7).

Wesentlich grundsätzlicher ist die Kritik, das QALY-Konzept widerspreche zwei klassischen und empirisch nachweisbaren allgemeinen (Gerechtigkeits-) Überzeugungen, nämlich erstens dass schwerer Erkrankte mehr Fürsorge verdienen als gering Erkrankte, so dass man im Extremfall Sterbende unter allen Umständen retten muss, und zweitens dass Menschen mit geringerer Lebenserwartung mehr Fürsorge verdienen – sie sollen wenigstens ein Minimum an Lebensverlängerung haben (Soares 2012,22–23). Diese intuitive Vorstellung einer ausgleichenden Gerechtigkeit hatten wir oben bereits diskutiert. De facto wird sie in den paradigmatischen Fällen der Notfallmedizin und der Organverteilung nicht oder höchstens sehr nachrangig angewandt, und auch Dieter Birnbacher fordert sie nur als nachgeordnetes Kriterium.

Die prinzipiellste Kritik an QALY und DALY lautet, sie seien „utilitaristisch“ (Pettitt et al. 2016). Denn sie streben nach dem größtmöglichen Gesamtnutzen, der sich mit einem begrenzten Gesundheitsbudget erzielen lässt. Theoretisch könnte es vorkommen, dass einzelne Menschen „geopfert“ werden und vom Gesundheitsbudget nichts abbekommen, damit andere umso gesünder und besser leben können. Das aber ist für die kontinentaleuropäischen Gesellschaften ein unverzeihlicher Makel. Insofern scheint es fast ein wenig hilflos, wie sich das Manifest der Schweizer Ärztekammer gegen den Ruch des Utilitarismus wehrt und in der Berufung auf John Rawls Zuflucht sucht (Unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen“ 1999). Im Utilitarismusvorwurf werden aber zwei Dinge völlig übersehen, die eine grundlegende Differenz ausmachen: Erstens wird in allen Modellen der DALY und QALY selbstverständlich vorausgesetzt, dass jedes Mitglied der Gesellschaft am Gesundheitssystem teilhat. Die

Frage, ob um der größeren Nutzensumme willen einzelne Personen gänzlich aus der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden sollen, stellt sich überhaupt nicht. Genau genommen werden im Ernstfall knapper Kassen nicht Menschen geopfert, sondern klar begrenzte Möglichkeiten aller (!) Menschen⁶. Nicht mehr und nicht weniger. Zweitens ist es ebenso entscheidend, dass hier allein Therapien im engen Sinn gegeneinander abgewogen werden⁷. Die Abwägung konfligierender Güter betrifft nur Maßnahmen, die Krankheiten heilen. Schönheitsoperationen und Wellnessangebote, so sehr sie auch zur Lebensqualität von Menschen beitragen können, gehören nicht zur solidarischen Pflichtversicherung. Das Opfer, das jemand also ggf. durch den Verzicht auf eine hilfreiche Therapie erbringen muss, wird zugunsten anderer hilfreicher Therapien für andere kranke Menschen vollzogen – nicht um des größeren Spaßes von Gesunden. Insofern hat Wolfgang Kersting (1997,188) mit der Behauptung Recht, Nützlichkeitsabwägungen dürften im Rahmen von Gerechtigkeitsabwägungen sehr wohl eine Rolle spielen, wenn sie nur in den Kontext eines egalitären Verteilungssystems implementiert seien⁸.

Dem gegenüber gilt es, die große Stärken der QALY und DALY zu sehen: Sie erlauben einen unparteiischen Vergleich verschiedener Allokationsoptionen und sind bei Entscheidungen auf Makro-, Meso- und Mikroebene der Allokation gleichermaßen einsetzbar (Tunder/Martschinke 2014,7). Damit bieten sie im schwierigen Feld der Rationierung die derzeit beste und einzig wirksame Lösung, um knappe Mittel fair zu verteilen.

Kann Rationierung fair sein? Die Antwort lautet nein, solange wir an die “Gesundheitsreligion” glauben, in der alle alles bekommen sollen, um wenigstens in einem Bereich das Paradies auf Erden zu erleben. Die Antwort lautet ja, wenn wir um die Zerbrechlichkeit des menschlichen Leibes und die Endlichkeit des Lebens wissen und Rationierung als einen Weg begreifen, endliche Ressourcen zum Wohle aller einzusetzen.

Literaturverzeichnis

Birnbacher, Dieter: Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen, in: Gerd Brudermüller (Hg.), *Angewandte Ethik und Medizin*, Würzburg: Königshausen & Neumann 1999 (=Schriften des Instituts für Angewandte Ethik und Medizin e.V. 1), 49–64.

⁶ Gegen das Urteil des Deutschen Ethikrats 2011: „Eine interindividuelle Bewertung von Leben ist aus dem Blickwinkel einer deontologisch argumentierenden Ethik eine inakzeptable Betrachtung des einzelnen Menschen als einer ‚vertretbaren Größe‘. ... Das Leben von konkreten Patientinnen und Patienten wird einer quantifizierenden ‚Bewertung‘ ausgesetzt“ (68) S. 71–75 wirft das Gutachten die Frage auf, ob man im Falle des Vorhandenseins zweier Spenderorgane – ceteris paribus – einem Patienten helfen soll, der beide Organe braucht, oder zwei Patienten, die je eines davon brauchen. Das Gutachten lehnt eine Entscheidung nach Nutzenmaximierung ab, bietet aber keine alternative Lösung. Ein Offenbarungseid!

⁷ Vgl. Regel 2 des Schweizer Manifests.

⁸ Juristisch räumt auch der Deutsche Ethikrat 2011,87 ein, dass eine Anwendung des Optimierungsgrundsatzes mit dem Gleichheitsgrundsatz der Verfassung in Einklang gebracht werden könne.

- Cairns, John: Using Cost-Effectiveness Evidence to Inform Decisions as to which Health Services to Provide, in: *Health Systems & Reform* 2 (2016) 32–38.
- Dabrock, Peter: Tauschgerechtigkeit im Gesundheitssystem? in: *Zeitschrift für evangelische Ethik* 43 (1999) 2–22.
- Daniels, Norman/Sabin, James E.: *Setting Limits Fairly. Can We Learn To Share Medical Resources?* Oxford/ New York: Oxford University Press 2002.
- Daniels, Norman: *Just Health Care*, Cambridge: Cambridge University Press 1985.
- Diederich, Adele et al.: Priorisierung: Öffentlicher Diskurs erforderlich, in: *Deutsches Ärzteblatt* 106 (2009) A-654–656.
- Fauteux, Vickie/Poder, Thomas G., État des lieux sur les méthodes d'élicitation du QALY, in: *International Journal of Health Preference Research* 1 (2017) 2–14.
- Fuchs, Christoph/Nagel, Eckhard/Raspe, Heiner: Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung – was ist gemeint?, in: *Deutsches Ärzteblatt* 106 (2009) A-564–567.
- Ham, Chris/Glenn, Robert (Hg.): *Reasonable Rationing. International Experience of Priority Setting in Health Care*, Maidenhead: Open University Press 2003.
- Hardes, Heinz-Dieter/Schmitz, Frieder/Uhly, Alexandra: *Grundzüge der Volkswirtschaftslehre*, München/ Wien: Oldenbourg Wissenschaftsverlag 2002.
- Herlitz Anders, Against lifetime QALY prioritarianism, in: *Journal of Medical Ethics* 0 (2017) 1–5.
- Höffe, Otfried: Besonnenheit und Gerechtigkeit. Zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen, in: Schlicht, Wolfgang/Dickhuth, Hans Hermann (Hg.): *Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität?* Schorndorf: Hofmann 1999, 155–184.
- Höffe, Otfried: Besonnenheit, Gerechtigkeit und Zivilcourage. Über Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen. Eine Replik, in: *Zeitschrift für evangelische Ethik* 44 (2000) 89–102.
- Hohmeier, Jens: *Gerechtigkeit bei der Verteilung und Rationierung von Gesundheitsleistungen – eine wirtschaftsethische Analyse der gesetzlichen Krankenversicherung*, Herdecke: GCA-Verlag 2000.
- Jacobs, Lawrence/Marmor, Theodore/Oberlander, Jonathan: The Oregon Health Plan and the Political Paradox of Rationing: What Advocates and Critics Have Claimed and What Oregon Did, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 24 (1999) 161–180.
- Kersting, Wolfgang: *Gerechtigkeit und Medizin*, in: Ders., *Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend*, Frankfurt/ Main: Suhrkamp Verlag 1997, 170–212.
- Neumann, Peter J. et al.: Comparing the cost-per-QALYs gained and cost-per-DALYs averted literatures, in: *Gates Open Research* 2:5 (2018) 1–23.

Obermann, Konrad: Rawlssche Gerechtigkeitstheorie und die Rationierung medizinischer Leistungen – kann ein theoretisches Konzept in der Praxis angewandt werden? in: Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie 86 (2000) 412–422.

Pettitt, Daniel et al.: The Limitations of QALY: A Literature Review, in: Journal of Stem Cell Research & Therapy 6:4 (2016) 1–7.

Pöltner, Günter: Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen, in: Ders., Grundkurs Medizin-Ethik, Stuttgart: UTB 2002, 287–312.

Rawls, John: Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt/ Main: Suhrkamp Verlag, 1979.

Rios-Diaz, Arturo J. et al., Global Patterns of QALY and DALY Use in Surgical Cost-Utility Analyses: A Systematic Review, in: PLoS ONE 11:2 (2016) 1–13.

Rosenberger, Michael: Die beste Medizin für alle – um jeden Preis? in: Deutsches Ärzteblatt 103 (2006) A-764–767.

Rosenberger, Michael: Die beste Medizin für alle – um jeden Preis? in: Orientierung 70 (2006), 125–128 und 141–144.

Rosenberger, Michael: Kann Rationierung fair sein? Ethische Überlegungen zur Gerechtigkeit im Gesundheitssystem, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 101 (2007) 356–361.

Rosenberger, Michael: Rationierung und Gerechtigkeit. Überlegungen zur Verteilung begrenzter Ressourcen im Gesundheitssystem, in: Feldbauer-Durstmüller, Birgit/Koller, Edeltraud (Hg.): Wirtschaft und Ethik – ein notwendiger Dialog? Wien: Linde Verlag 2010, 267–283.

Schramm, Michael: Umbau des sozialstaatlichen Gesundheitssystems, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 43 (1997) 233–244.

Sitter-Liver, Beat: Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Freiburger Zeitschrift für Philosophie und Theologie 50 (2003) 438–463.

Soares, Martha O.: Is the QALY blind, deaf and dumb to equity? NICE's considerations over equity, in: British Medical Bulletin 101 (2012) 17-31.

Tunder, Ralph/Martschinke, Belinda: Der QALY- Ansatz: Wo liegen seine Potentiale und wo seine Grenzen? In: Der Urologe 53 (2014) 7–14.

Wiemeyer, Joachim: An Haupt und Gliedern. Eckpunkte für eine umfassende Gesundheitsreform, in: Herder Korrespondenz 56 (2002) 605–610.

Ärztliche und politische Stellungnahmen:

Deutscher Ethikrat, Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, Berlin 2011.

Unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen“, Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen, in: Schweizer Ärztezeitung 45/1999/ Beilage, 1-9.

World Health Organization, Priority Medicines for Europe and the World, Genf 2004.

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung: Müssen und können wir uns entscheiden? Bonn 2000.

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Berlin 2007.