

# Verteilung und Rationierung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen: Eckpunkte einer gerechten Gesundheitsversorgung

von Monika Bobbert\*

## ABSTRACT

*In der Auseinandersetzung um das Leistungsspektrum der solidarisch finanzierten Gesundheits- bzw. Krankenversorgung sind allgemein nachvollziehbare ethische Argumente und Kriterien anzustreben. Gerechtigkeit, Solidarität und Subsidiarität sind tragende Prinzipien des Sozialstaats und des Gesundheitssystems. Ihr Gehalt und gängige Missverständnisse werden erörtert. Darüber hinaus wird eine ethische Theorie vorgestellt, mit deren Hilfe sich ethische Kriterien für die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen gewinnen lassen. Schließlich werden acht Eckpunkte, die bei der Verteilung begrenzter Mittel unter der Perspektive der Gerechtigkeit beachtet werden sollten, erläutert.*

**Schlüsselworte:** Ethik, Gerechtigkeit, moralische Rechte, Ressourcenverteilung, Solidarität, Subsidiarität

*The discussion about the performance range of health care provisions in the solidary financed german health care system should strive for ethical arguments and criteria that can be generally understood. Justice, solidarity and subsidiarity are guiding principles of the social welfare state and the health care system. Their content and common misunderstandings are discussed. The article discloses an ethical theory that enables to find ethical criteria for the resource distribution in the health care system. Finally, eight topics for an equitable distribution of resources are brought forward.*

**Keywords:** Ethics, justice, moral rights, resource distribution, solidarity, subsidiarity

## ■ Notwendigkeit einer ethischen Reflexion des Gesundheitswesens

Für die Finanzierungsschwierigkeiten des Gesundheitssystems werden seit mehr als einem Jahrzehnt Lösungen gesucht. Allein schon deshalb, weil Gesundheitsleistungen in Konkurrenz zu anderen öffentlich finanzierten Leistungen wie z.B. Bildung, Forschung oder Innere Sicherheit stehen, sind Mittel für das Gesundheitswesen prinzipiell nur begrenzt verfügbar. Nach weithin geteilter Auffassung erhöhen der medizinisch-technische Fortschritt und die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur die Kosten für die Gesundheitsversorgung. Mittlerweile führen zahlreiche Budgetbeschränkungen und Mittelkürzungen im Gesundheitswesen dazu, dass auf den verschiedenen Mikro- und Makroebenen zunehmend mehr Entscheidungen über die Verteilung von Ressourcen wie z.B. Fachpersonal bzw. Arbeitszeit, Räume, technische Geräte oder Medikamente unter starken finanziellen Restriktionen gefällt werden müssen.

Bislang spielen ethische Überlegungen in der Diskussion um eine neue Gesundheitsreform kaum eine Rolle. Mit dem häufig zu hörenden Hinweis, es handle sich um politische Fragen, wird eine zentrale sozialetische Problematik, nämlich die der Gerechtigkeit auf politische Durchsetzungs- und Entscheidungsprozesse reduziert. Gleichzeitig werden in den politischen Diskussionen die „alten“ sozialstaatlichen Ziele Gerechtigkeit, Solidarität und Subsidiarität teilweise mit neuen Inhalten gefüllt. So verändern sich Wertannahmen, die bisher den Umgang mit der Marktwirtschaft bestimmten, auf rhetorischem statt auf argumentativ begründetem Wege. Obwohl politische und rechtliche Entscheidungs- und Klärungsprozesse in ihrer Funktion alternativlos sind, können sie einen ethischen Diskurs über moralisch strittige Fragen nicht ersetzen. Vielmehr sind in der Auseinandersetzung über notwendige und weniger notwendige Leistungen der Gesundheits- bzw. Krankenversorgung auch allgemein nachvollziehbare ethische Argumente und Kriterien anzustreben. Denn Ethik als methodisch reflektier-

\*Dr. Monika Bobbert, Dipl.-Psych.  
Universität Heidelberg, Institut für Geschichte der Medizin

Im Neuenheimer Feld 327, 69120 Heidelberg · Tel.: (06221) 54 54 58  
Fax: (06221) 54 54 57 · E-Mail: [Monika.Bobbert@urz.uni-heidelberg.de](mailto:Monika.Bobbert@urz.uni-heidelberg.de)

te Begründung von Kriterien des Richtigen und Guten bezieht sich nicht nur auf Handlungen einzelner, sondern ebenso auf Institutionen – unter anderem die staatlichen Institutionen der Gesundheitsversorgung. Institutionen müssen sich dem Anspruch moralischer Richtigkeit stellen, da sie die Rahmenbedingungen vorgeben, unter denen Menschen leben und handeln.

In der Debatte zur Gesundheitsreform sind daher aus ethischer Sicht z.B. folgende Fragen zu klären: Welche Institutionen und speziellen Gesundheitsleistungen müssen für alle Mitglieder der Gesellschaft garantiert sein? Auf welche therapeutischen und pflegerischen Leistungen hat jeder Kranke ein Anrecht und mit welcher Begründung? Welche Kriterien sollten aus ethischer Sicht herangezogen werden, um knappe Ressourcen wie z.B. teure Medikamente, OP-Kapazitäten oder Spenderorgane unter Patienten zu verteilen?

## ■ Die Prinzipien Gerechtigkeit, Solidarität und Subsidiarität

Zunächst nun einige Bemerkungen zu den Prinzipien Gerechtigkeit, Solidarität und Subsidiarität, die unser Gesundheitssystem prägen. Seit langer Zeit beruht das Gesundheitswesen in Deutschland wesentlich auf einem Verständnis von sozialer Gerechtigkeit (Mieth 1992), gemäß dem Mittel und Leistungen nach Gleichheit, Bedürftigkeit und Dringlichkeit verteilt werden. Gerechtigkeit als Gleichheit beinhaltet die Achtung der Würde jedes einzelnen Menschen und dementsprechend ein Diskriminierungsverbot. Alle sollen gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, niemand darf aufgrund äußerer Merkmale, wie etwa Geschlecht, Vermögenslage, Arbeitsfähigkeit oder Wert für die Gesellschaft bevorzugt oder zurückgestellt werden. Formal wird Gerechtigkeit weiterhin als Gleichheit in dem Sinne verstanden, dass gleich gelagerte Fälle bzw. Patienten in einer vergleichbaren Situation auch gleiche Hilfeleistungen erhalten. Gerechtigkeit im Sinne des Grundsatzes der Bedürftigkeit und Dringlichkeit beinhaltet, dass die gesundheitlich am stärksten Beeinträchtigten oder lebensbedrohlich Kranken aufgrund ihrer Schwäche und Hilflosigkeit Vorrang in der Versorgung haben.

Neuerdings scheinen nun weitere, bislang anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens vorbehaltene Verständnisse von Gerechtigkeit in das Gesundheitssystem Eingang zu finden: Gerechtigkeit als Tausch- und als Leistungsgerechtigkeit. Im Sinne einer marktwirtschaftlichen Vorstellung von Gerechtigkeit sollen Kranke entsprechend ihren individuell erbrachten Vorleistungen oder einzeln ausgehandelten Tauschkonditionen Hilfe erhalten. Für solche Transaktionen bedarf es selbstbestimmter, informierter und kompetenter Verhandlungspartner, die beide jeweils eine attraktive Ware oder Leistung anzubieten haben. Die Annahme eines fachkundigen und mündigen Geschäftspartners, der eine Dienstleistung auswählt und einkauft, trifft jedoch bei der Gesundheitsversorgung nur in wenigen

Fällen zu. Denn die Situation des Krankseins ist in der Regel durch körperliche und psychische Schwäche, häufig durch existentielle Bedrohung und immer durch ein angesichts hoher Fachlichkeit, Spezialisierung und Arbeitsteilung der Medizin sehr eingeschränktes Laienwissen gekennzeichnet. Zwar mögen auch wirtschaftliche Transaktionen durchaus unter der Bedingung mangelnder Sachkenntnis stattfinden, doch im Unterschied zur medizinischen und pflegerischen Versorgung betreffen etwaige negative Folgen nicht unmittelbar Leib und Leben des Vertragspartners, zudem ist dieser in der Regel in einer gesundheitlich stabilen Verfassung und hat die Möglichkeit, vom Geschäftsabschluss zurückzutreten. Im Unterschied dazu betreffen Dienstleistungen der Krankenversorgung die Handlungsfähigkeit und die Lebensführung eines kranken Menschen in umfassender Weise, seine Wahlfreiheit ist eingeschränkt, weil er auf Hilfe angewiesen ist und oft überraschend und unter Zeitdruck entscheiden muss.

Neben dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit kommt in der Krankenversorgung dem Prinzip der „Solidarität“ eine entscheidende Funktion zu. Das Solidaritätsprinzip nimmt den Einzelnen in seiner Würde ernst, indem dieser sich des Schutzes durch die Solidargemeinschaft – unter anderem im Fall von Krankheit – sicher sein kann (Hübenthal 2000). Neuerdings erfährt auch dieses durch Aufklärung, Arbeiterbewegung und katholische Soziallehre in unserem Sozialstaat verankerte Prinzip eine Umdeutung, indem es mit der Forderung nach „mehr Eigenverantwortung“ direkt verknüpft wird. Die enge Verknüpfung von Solidarität mit der individuellen Verantwortung für das eigene Wohlergehen entspricht jedoch nicht dem genuinen Gehalt des Solidaritätsprinzips. Denn diejenige Verantwortung, welche mit der Solidarität gefordert ist, bezieht sich als Fremdverantwortung (Lenk 1997, 58ff) ursprünglich auf das gemeinsame Tragen der (finanziellen) Belastung durch Krankheit. Die Eigenverantwortung hingegen kommt als gesonderter Schritt zur Solidarität hinzu. Denn der Einzelne kann nicht mit allen solidarisch sein, sondern er kann nur so leben, dass er die Solidarität der anderen nicht über Gebühr beansprucht – indem er beispielsweise bei der Gesundheitsversorgung keine „Versicherungsmentalität“ entwickelt, d.h. als Einzahler Leistungen erhalten möchte, selbst wenn keine oder nur sehr geringfügige gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Davon abgesehen ist hinsichtlich der Ziele „Solidarität“ und „Verantwortung“ im Gesundheitswesen zu prüfen, welche gesellschaftlichen Gruppen vielleicht stärker in ihrer Fremdverantwortung angefragt werden müssten – z.B. Beamte, Selbständige, einkommensstarke Versicherte. Will man darüber hinaus auch mehr Eigenverantwortung einfordern, ist zu klären, wer hier der Adressat sein soll, welche Fördermaßnahmen es für die Übernahme von mehr Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit überhaupt gibt, und wem dies abverlangt werden kann. Aus sozialetischer Sicht wäre es naheliegender, den Schutz der Gesundheit zur Aufgabe gesellschaftlicher Institutionen oder Interessensverbände, etwa der Nahrungsmittelindu-

strie, ökologisch belastender Industriezweige, Werbeagenturen oder Institutionen des öffentlichen Bildungswesens zu machen.

In der Diskussion um das deutsche Gesundheitssystem fällt weiter auf, dass auch das Subsidiaritätsprinzip oft missverstanden wird. Das Subsidiaritätsprinzip als soziales Prinzip zielt eben so wenig wie das Solidaritätsprinzip in erster Linie auf den Einzelnen ab oder geht gar in der Verantwortung des Einzelnen auf, sondern es will einen schonenden Ausgleich zwischen sozialen Einheiten schaffen (Anzenbacher 1997, 210ff). Die Auffassung, das Subsidiaritätsprinzip plädiere einfach für Deregulierung, Sozialabbau, Privatisierung, Dezentralisierung und dafür, die Kranken oder sozial Schwachen an ihre Eigenverantwortung zu erinnern, stellt eine – weit verbreitete – Fehlinterpretation dar. Die klassische Formulierung des Subsidiaritätsprinzips, auf das sich sozialpolitische und europarechtliche Interpreten beziehen, findet sich in der Enzyklika Quadragesimo anno von 1931. Das Prinzip besagt, dass das, was der einzelne Mensch aus eigener Initiative und mit eigenen Kräften nicht leisten kann, nicht zwingend von einer gesellschaftlichen Zentralgewalt übernommen werden muss, sondern dass die Staatsgewalt viele Hilfestellungen kleineren Gemeinwesen überlassen sollte. Das Prinzip der Subsidiarität erklärt sich aus der Stufenordnung einer Gesellschaft und weist darauf hin, dass es nicht förderlich ist, den Staat zu sehr vereinheitlichen zu wollen. Subsidiarität als Organisationsprinzip soll verhindern, dass das je größere und übergeordnete Sozialgebilde dem kleineren und untergeordneten Kompetenzen entzieht. Wohl verpflichtet das Subsidiaritätsprinzip den Einzelnen, seine Subjektstellung soweit wie möglich wahrzunehmen. Damit will es den Einzelnen auffordern, zugleich aber auch vor bevormundenden Zugriffen anderer schützen. In erster Linie aber verpflichtet dieses Prinzip die Gesellschaft, für ihre Mitglieder in solidarischer Subsidiarität jene Bedingungen zu schaffen, die erforderlich sind, um in Freiheit ein menschenwürdiges Leben führen zu können. Insofern besteht die beste Gemeinschaftshilfe in der Hilfe zur Selbsthilfe. Wo immer diese möglich ist, sollte daher Selbsthilfe unterstützt und Fremdhilfe nur dann geleistet werden, wenn gesellschaftliche Hilfe zur Selbsthilfe nicht möglich ist oder nicht ausreichen würde. Diese Denkweise, bei der durchaus Hilfestellungen seitens anderer erforderlich sind, unterscheidet sich vom bloßen Verweis auf die Eigenverantwortung.

### ■ Grundlagen einer Ethik des Gesundheitswesens

Ethische Kriterien, nach denen die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen erfolgen soll, müssen sich auf vernünftigen Weg moralisch-normativ ausweisen lassen. Dazu ist eine moralphilosophische Theorie erforderlich, die in der Lage ist, ethische Kriterien zu begründen und zudem richtungweisende inhaltliche Bestimmungen für die Anwendung allgemeiner Normen auf konkrete Pro-

bleme zu liefern. Der amerikanische Ethiker Alan Gewirth, der in kantischer Tradition steht, begründet bestimmte moralische Individualrechte, die jedem Menschen unbedingt zukommen und die andere dazu verpflichten, Beeinträchtigungen zu unterlassen und bestimmte Hilfestellungen zu gewährleisten (Gewirth 1978; Steigleder 1999). Da die physische und psychische Gesundheit eine grundlegende Voraussetzung für die Fähigkeit, überhaupt zu handeln und selbst gesetzte Ziele zu verfolgen, darstellt, hat jeder Mensch das Recht auf solche Gesundheitsleistungen, die die allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit erhalten, schützen oder wieder herstellen. Zu den unbedingt notwendigen Vorbedingungen für jegliches Handeln zählen folgende „Güter“: Das Gut Freiheit und die so genannten Elementargüter, unter anderem Leben, physische Integrität, Bewegungsvermögen oder geistiges Gleichgewicht. Weiterhin sind zum Handeln Voraussetzungen erforderlich, die zur Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit dienen. Zu diesen so genannten Nicht-Verminderungsgütern zählt beispielsweise, für die Zukunft planen zu können oder Wissen über Fakten zu haben, die für ein geplantes Handeln relevant sind. Schließlich braucht jeder Handlungsfähige notwendig bestimmte Voraussetzungen zur Erweiterung der Handlungsfähigkeit: Zu diesen so genannten Zuwachsgütern zählen z.B. Wertschätzung oder die Möglichkeit, Bildung und Vermögen zu erwerben. Gewirth kann mit seiner Argumentation nicht nur zeigen, dass jeder Mensch die aufgeführten allgemeinen „Güter“ notwendig braucht, um selbst gesetzte Ziele verfolgen zu können, sondern er vermag auch auszuweisen, dass jeder Handlungsfähige ein moralisches Recht auf diese „Güter“ hat. Sofern dem Einzelnen diese notwendigen „Güter“ nicht zur Verfügung stehen, und er selbst nicht in der Lage ist, sie zu erreichen, wieder herzustellen oder zu sichern, hat jeder Mensch ein Recht auf Hilfe durch andere Handlungssubjekte oder durch gesellschaftliche Institutionen.

Mit Hilfe des Ansatzes von Gewirth lassen sich folglich gesellschaftlich finanzierte Leistungen zur Gesundheitsversorgung begründet fordern, denn Erkrankungen, Unfälle oder Behinderungen können die notwendigen allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit beeinträchtigen (Bobbert 2000). Die oben kurz dargestellte Güterlehre beinhaltet eine Hierarchie der Notwendigkeit in Bezug auf die handlungsrelevanten allgemeinen Voraussetzungen. So wird eine Erkrankung, die bestimmte Elementargüter beeinträchtigt, die Handlungsfähigkeit stärker einschränken als eine Erkrankung, die lediglich ein Zusatzgut oder möglicherweise keines der notwendigen allgemeinen „Güter“ beeinträchtigt. Weiterhin kann das Ausmaß der Beeinträchtigung eines handlungsrelevanten „Guts“ variieren – etwa, was Dauer oder Zahl der betroffenen „Güter“ angeht. So wird eine Grippe kurzfristig das Elementargut Bewegungsvermögen einschränken, jedoch in der Regel nicht das Gut Leben oder geistiges Gleichgewicht. Demgegenüber wird bei Minderwuchs oder Potenzschwierigkeiten in höherem Alter eher strittig

sein, inwiefern überhaupt eine notwendige allgemeine Voraussetzung der Handlungsfähigkeit beeinträchtigt ist. Wiederum anders sind bei einer Krebserkrankung oder bei einer chronisch-degenerativen Erkrankung wie Multipler Sklerose zahlreiche der oben angeführten Elementar-, Nicht-Verminderungs- und Zuwachsgüter bedroht oder vermindert. Entsprechend den verschiedenen Einschränkungen der für die Handlungsfähigkeit notwendigen allgemeinen „Güter“ bestehen nun, wie sich mit Gewirth zeigen lässt, unterschiedlich umfassende Hilfspflichten anderer, etwa mittels medizinischer, pflegerischer oder psychischer Maßnahmen zur Heilung oder Linderung.

Die Reichweite der Argumentation mit den allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit hängt davon ab, ob und inwieweit sich allgemeine physiologische und psychische Bedingungen der Handlungsfähigkeit aufweisen lassen, die durch die Bereitstellung medizinischer Präventions-, Diagnose-, und Behandlungsmöglichkeiten gewährleistet werden können. Allerdings beinhalten viele der derzeit faktisch als behandlungsbedürftig anerkannten Körper- und Geisteszustände, wenn überhaupt, lediglich eine partielle Beeinträchtigung der Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit. Insofern kann über den Ansatz von Gewirth, der unhintergehbare moralische Rechte jedes einzelnen Menschen begründet, lediglich ein Kernbereich solidarisch finanzierter Leistungen eingefordert werden. Gleichwohl ergeben sich aus diesem Ansatz individueller moralischer Abwehr- und Anspruchsrechte einige Eckpunkte für Fragen der Gesundheitsversorgung, auf die weiter unten noch eingegangen wird. Darüber hinaus sollte die Bestimmung der Randbereiche der Gesundheitsversorgung durch faire und konsensorientierte Verfahren geregelt werden, in denen über das Leistungsspektrum entschieden wird. Denn für „Krankheiten“ oder „Gesundheitszustände“, die sich nicht auf moralische Individualrechte in streng normativem Sinn beziehen lassen, sondern bei denen sich Fragen der individuellen Präferenzen und Lebensführung stellen, ist eine gesellschaftliche Konsensregelung sinnvoll (Werner 2002, 134ff). Die große Zahl der potentiell oder faktisch Betroffenen, deren stark unterschiedliche Bedürfnislagen, die ungleiche Verteilung politischer Einflusschancen und die Komplexität der medizinischen, rechtlichen und moralischen Fragen spricht dafür, einen repräsentativen Stellvertreterdiskurs zu implementieren. Es sollte sich also um ein transparentes Verfahren handeln, das auf einen argumentativ nachvollziehbaren Konsens abzielt, und in dem vor allem auch diejenigen berücksichtigt werden, die ihre Interessen und Bedürfnisse nicht selbst vertreten können.

## ■ Eckpunkte einer gerechten Verteilung begrenzter Ressourcen

Die Bestimmung des Leistungsspektrums der solidarisch finanzierten Krankenversorgung ist eine sehr komplexe und umstritte-

ne Aufgabe. Gleichwohl lassen sich vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen einige normative Eckpunkte einer gerechten Verteilung von Leistungen nennen. Zwar sind die nachfolgenden Eckpunkte weder erschöpfend noch lassen sich mit ihrer Hilfe alle Fragen lösen, doch sollten sie bei Reformvorschlägen Berücksichtigung finden.

**Erstens:** Der Ausweis bestimmter individueller Rechte, die jedem Menschen zukommen, zeigt, dass im Fall von Krankheit berechnete Hilfsansprüche entstehen. Grad und Umfang der Verpflichtung lassen sich mit Blick auf die notwendigen allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit bestimmen und eine diese allgemeinen Voraussetzungen sichernde, wieder herstellende oder fördernde Versorgung sollte jeder Mensch im Krankheitsfall erhalten. Auch wenn sich die Randbereiche einer Gesundheitsversorgung nur über gesamtgesellschaftliche Verständigungsprozesse bestimmen lassen, ist auf Grund der hohen Bedeutung, welche die Gesundheitsverfassung für die Lebensführung hat, eine so genannte Zweiklassenmedizin zu vermeiden. Denn eine generell unterschiedliche medizinische und pflegerische Versorgung würde sich in allen persönlichen und gesellschaftlichen Bereichen niederschlagen und über die veränderten gesellschaftlichen Strukturen insgesamt auf die Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit auswirken.

**Zweitens:** Eine Gesellschaft bzw. ein Staat hat die Pflicht, die Erfüllung berechtigter Hilfsansprüche, welche die Möglichkeiten einzelner Helfer übersteigen, durch gesellschaftliche Institutionen zu garantieren (Gewirth 1978, 247ff, 312ff). Da in den meisten Fällen eine angemessene und kontinuierliche medizinische und pflegerische Versorgung nur über einschlägige Institutionen mit entsprechender Ausstattung und Fachpersonal erfolgen kann, besteht eine gesellschaftliche Pflicht zur Unterhaltung eines funktionierenden und flächendeckenden Gesundheitssystems, das für alle gleichermaßen und zudem leicht zugänglich ist.

**Drittens:** Aufgrund der unbedingten Geschuldetheit bestimmter Hilfestellungen darf eine Versorgung im Krankheitsfall nicht von wirtschaftsliberalen Vorstellungen abhängig sein, nach denen zwischen souveränen Partnern individuell Verträge je nach Informiertheit, Risikofreudigkeit, Antizipationsvermögen etc. geschlossen werden. Statt Tausch- oder Leistungsgerechtigkeit ist hier soziale Gerechtigkeit im Sinne einer Sicherung für jedes Mitglied der Gesellschaft gefragt.

**Viertens:** Es besteht ein Diskriminierungsverbot, da jeder Mensch Anspruch auf den gleichen Schutz und die gleiche Unterstützung „ohne Ansehen der Person“ bzw. ungeachtet eines von außen zugebilligten Wertes hat. Es verbietet sich also eine Rationierung von Gesundheitsleistungen nach Kriterien wie z.B. Alter, sozialer Status oder Beruf, Leistungsfähigkeit, Behinderung, chronische

Krankheit oder genetische Ausstattung (Pöltner 2002, 304ff; Gutmann 2002, 202). Dies ist nicht selbstverständlich, da beispielsweise die Frage, ob ältere Menschen von gewissen medizinischen Leistungen ausgeschlossen werden sollten, mittlerweile häufig diskutiert wird. Speziell dagegen ist einzuwenden, dass jeder Mensch generell Anspruch auf Gesundheitsversorgung hat – ohne Rückgriff auf seine Leistungsfähigkeit oder seine Lebensphase. Dass im Einzelfall das Lebensalter bei medizinischen Entscheidungen eine Rolle spielen mag, ist zu unterscheiden von einer generellen Fixierung des Lebensalters als einem Ausschlußkriterium für gewisse medizinische Leistungen.

**Fünftens:** Leistungen der Gesundheits- und Krankenversorgung berühren sehr häufig existentielle Bereiche des Menschen, d.h. die Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit und die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe. Leistungen der Gesundheitsversorgung können bestehende gesundheitsbedingte Nachteile oder soziale Unterschiede verstärken oder ausgleichen. Menschen aus gesellschaftlich benachteiligten oder stigmatisierten Randgruppen bedürfen besonderer Schutz- und Fördermaßnahmen, um die Bedingungen der Handlungsfähigkeit (wieder) herzustellen oder zu schützen, gesellschaftlich-strukturell bedingte Nachteile auszugleichen und Chancengleichheit zu fördern.

Nach Aussagen aktueller Studien wirken sich offensichtlich auch in Deutschland Faktoren wie Einkommensverhältnisse, Arbeitslosigkeit und niedriger Bildungsstand immer noch negativ auf die Gesundheitschancen der Bevölkerung aus (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 200; Richter 2000). So besteht z.B. ein deutlich nachweisbarer Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit oder zwischen Armut, niedrigem Bildungsniveau und Lebenserwartung. Arbeitslose werden häufiger krank und umgekehrt werden z.B. chronische Schizophrenie rasch zu lebenslangen Sozialhilfeempfängern. Diese und weitere strukturelle Zusammenhänge zeigen, wie sehr die Leistungen des Gesundheitssystems gesellschaftliche Unterschiede vermeiden und ausgleichen oder aber schaffen und vertiefen können. Insofern sind im sensiblen Bereich der Gesundheitsversorgung von Arbeitslosigkeit oder Armut Betroffene, Menschen mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung, chronisch Kranke, multimorbide Menschen und Angehörige anderer gesellschaftlicher Randgruppen in besonderer Weise zu berücksichtigen und optimal zu versorgen, was medizinische, pflegerische und rehabilitative Maßnahmen anbetrifft.

**Sechstens:** In jüngerer Zeit sind Maßnahmen zur Gesundheitsprävention gesundheitspolitisch wichtig geworden. Das Ziel der Krankheitsvermeidung oder -früherkennung, etwa bei Krebserkrankungen, darf aber nicht mit beliebigen Mitteln verfolgt werden, soll nicht das Recht auf Freiheit und einen individuellen Lebensstil verletzt werden. Somit ist Präventionsmaßnahmen wie In-

formation, Aufklärung und Beratung der Vorzug zu geben gegenüber Leistungsanreizen, da deren Erfolg, etwa Verhaltensänderungen, ja in irgendeiner Weise erfasst bzw. kontrolliert werden müssen. Allerdings sollte bei den erstgenannten Maßnahmen wissenschaftlich solide informiert und der Eindruck einer ständigen Gesundheitsbedrohung oder einer individuellen Beherrschbarkeit der Risiken – etwa durch minutiöses Befolgen von Gesundheitsratschlägen – vermieden werden.

**Siebtens:** Immer wieder wird die Frage diskutiert, ob die Hilfeleistungen im Krankheitsfall nicht auch von der Frage des Eigenverschuldens abhängig gemacht werden sollten. Zu denken ist an Folgen bei Alkoholismus oder anderen Suchterkrankungen, bei Nicht-Inanspruchnahme kostenloser Vorsorgeuntersuchungen, bei der Ausübung von Risikosportarten oder einer ungesunden Lebensführung mit Bewegungsmangel, schlechter Ernährung oder Tabakkonsum. Hiergegen ist zum einen einzuwenden, dass Risikofaktoren sich meist nur auf statistische Korrelationen und in den wenigsten Fällen auf kausale Zusammenhänge beziehen, somit die wissenschaftliche Grundlage von Ursachenzuschreibungen meist vage bleiben muss. Zum anderen ist insbesondere bei Suchterkrankungen unklar, inwiefern in Bezug auf das selbstschädigende Verhalten Entscheidungsfreiheit unterstellt werden kann. Gegen eine Kontrolle der Lebensführung bzw. entsprechende Sanktionen spricht das individuelle Recht auf Freiheit und das praktische Problem der Überprüfbarkeit bzw. Messbarkeit. Einzig die Ausübung von Extremsportarten mit hoher Verletzungsgefahr ließe sich vielleicht gesondert regeln.

**Achtens:** Zur Klärung der komplexen Frage, wie die Prioritäten bei der Verteilung begrenzter Mittel zu setzen sind, ist es wichtig, die verschiedenen Entscheidungsebenen (Engelhardt 1996, 387ff) und Entscheidungsformen auseinander zu halten und zu erörtern, welche Entscheidung auf welcher Ebene zu treffen ist. Sollen Verteilungsentscheidungen auf der unteren Mikroebene, also zwischen konkreten Patienten erfolgen, oder auf der oberen Mikroebene, indem verschiedenen Patientengruppen Mittel zugewiesen werden? Oder sind sie auf der unteren Makroebene anzusiedeln, indem Mittel zwischen den unterschiedlichen Bereichen der Medizin, Pflege und anderen Heilberufen – z.B. zwischen präventiver, kurativer, rehabilitativer oder palliativer Medizin und Pflege, somatischer und psycho-sozialer Medizin, stationärer und ambulanter Versorgung – verteilt werden? Oder sollten die Entscheidungen auf der oberen Makroebene getroffen werden, wo auch der Anteil des Gesundheitsbudgets am Gesamtbudget festgelegt wird? Neben der Festlegung der Entscheidungsebene gilt es außerdem die Frage zu klären, wer auf der jeweiligen Ebene entscheiden soll: der einzelne Arzt, der Leiter einer Einrichtung des Gesundheitswesens, Gesundheitsbehörden oder durch Wahl legitimierte Vertreter etc.

TABELLE 1

Ebenen der Verteilung

| Ebene      |              | Verteilung   |
|------------|--------------|--|
| Makroebene | Obere Ebene  | Gesundheitsausgaben als Anteil des Gesamtbudgets   |
|            | Untere Ebene | Verteilung auf verschiedene Bereiche der medizinischen Versorgung (Präventiv-, Intensiv-, Palliativmedizin etc.) |
| Mikroebene | Obere Ebene  | Verteilung an verschiedene Patientengruppen (vgl. Standards, Behandlungsleitlinien)                              |
|            | Untere Ebene | Verteilung an einzelne Patienten   |

Quelle: nach Engelhardt, 1996, 387 ff.

Auf der unteren Mikroebene geht es, wie ausgeführt, um die Zuteilung medizinischer Ressourcen an den einzelnen Patienten. In der Regel setzt der behandelnde Arzt fest, ob und welche medizinische Maßnahme durchgeführt wird. Er ist also der primäre Verteiler von Leistungen, die Kosten verursachen und über viele Vermittlungsschritte Auswirkungen auf das Gesundheitsbudget haben. Der Arzt ist jedoch in erster Linie dem Wohl seines Patienten verpflichtet, d.h. ihm die bestmögliche medizinische Behandlung zukommen zu lassen und nicht zu schaden. Dieses Ziel hat Vorrang vor ökonomischen Kosten-Nutzen-Abwägungen, weil die Würde des Menschen, oder mit Gewirth gesagt, die zentralen individuellen Rechte eines Menschen nicht verrechnet werden dürfen. „Adressat ärztlicher Verantwortung ist der hilfsbedürftige Patient, nicht aber das Gesundheitsbudget“ (Pöltner 2002, 298). Weil der Arzt in seiner Verantwortung nicht überfordert werden darf und das Arzt-Patient-Verhältnis zu schützen ist, kann und soll der Arzt nur eine sehr eingegrenzte Verantwortung für übergeordnete Kosten-Nutzen-Rechnungen haben. Gleichwohl tragen Arzt und Patient Mitverantwortung für die Gesundheitsausgaben. Im Sinne der Sparsamkeit ist beispielsweise bei medizinischer Gleichwertigkeit die kostengünstigere Variante der Behandlung zu wählen, Überdiagnostik zu vermeiden oder eine aller Voraussicht nach wirkungslose Behandlung zu unterlassen.

Allerdings verbirgt sich hinter der Aufforderung, unnötige und Kosten treibende Aspekte ärztlichen Handelns zu vermeiden, ein Problem: Um zwischen Rationalisierung und Rationierung überhaupt unterscheiden zu können, bedarf es empirischer Daten hinsichtlich der Behandlungserfolge und Prognosen. An solchen Daten fehlt es häufig, so dass sich oft nicht feststellen lässt, ob das, was als Maßnahme zur reinen Effizienzsteigerung bezeichnet wird, nicht bereits die Qualität der Versorgung einschränkt (Schöne-Seifert 1992, 35). Denn abgesehen von einer vernünftigen

Schrittfolge diagnostischer Abklärungen lassen sich medizinische Maßnahmen lediglich entlang eines Kontinuums zunehmender Vorteilhaftigkeit anordnen. Letztlich ist also die Frage, wo zwischen den beiden Extremen einer eher nutzlosen oder aber sehr erfolgversprechenden medizinischen Maßnahme der Schnitt zu setzen ist. (Aus dem Mangel an empirischen Daten sollte jedoch nicht wie in Großbritannien der Schluss gezogen werden, dann eben nur evidence-based-Maßnahmen zu finanzieren: Dies erweise sich als radikalste und problematischste Sparmaßnahme, da sich die wissenschaftlich gesicherte Effektivität diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nur mit Hilfe unzähliger kontrollierter klinischer Studien ermitteln lässt, und somit viele Maßnahmen über Jahre hinweg blockiert wären.)

Weiterhin müssen das ideale Arzt-Patient-Verhältnis und die Forderung, Rationierungsentscheidungen von der unteren Mikroebene fern zu halten, relativiert werden, da sich Ärzte, durch ihren Arbeitskontext bedingt, häufig nicht gänzlich von den vor Ort geltenden Verteilungsregeln frei machen können. So werden in Krankenhäusern oft „übliche“ Behandlungsschemata angewandt, die ohne Reflexion der zu Grunde liegenden ökonomischen und medizinischen Urteile als „gute“ oder „ausreichende“ medizinische Versorgung rangieren.

■ **Schluss**

Generell sollten Entscheidungen über Rationierungen nicht auf der unteren Mikroebene verhandelt werden, sondern im Bemühen um transparente und vernünftig nachvollziehbare Gründe gesamtgesellschaftlich diskutiert, festgelegt und verantwortet werden. Demgegenüber wäre auf der unteren oder oberen Makroebene eine Abwägung zwischen bestimmten medizinischen Maßnahmen im Hinblick auf die finanziellen Kosten und ihre medizinische Effektivität, was die Überlebensrate anbetrifft, unter

Umständen legitim. So könnte man sich beispielsweise dafür entscheiden, nicht alles, was in der Notfall- und Intensivmedizin möglich ist, praktisch umzusetzen, oder man könnte auf die Entwicklung einer bestimmten medizinischen Technik oder Therapie verzichten. Darüber hinaus ist es entsprechend den oben ausgeführten ethischen Erörterungen naheliegend, die Zuteilung von Mitteln für die Behandlung, Vorbeugung und Erforschung an „Krankheiten“ zu binden. Eine Bewertung des Schweregrads und Hilfebedarfs bei verschiedenen Krankheitsbildern mit ihren speziellen Einschränkungen könnte unter Bezugnahme auf die notwendigen allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit erfolgen. Damit würde vermieden, dass nur so genannte Volkskrankheiten bzw. eben sehr weit verbreitete Krankheiten behandelt werden und Menschen mit einer seltenen, aber vielleicht sehr schweren Erkrankung das Nachsehen hätten, was Forschung und Behandlung anbetrifft. Zusätzlich müsste eine nach Krankheiten ausgerichtete Prioritätensetzung jedoch berücksichtigen, dass manche Krankheiten in bestimmten Bevölkerungsgruppen häufi-

ger auftreten und diese Gruppen damit indirekt benachteiligt oder bevorzugt würden. Durch Prioritätensetzungen in Bezug auf Krankheiten und ihren Schweregrad, was die allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit anbetrifft, ist allerdings noch nicht die Frage gelöst, welche Art von Maßnahmen zu forcieren sind: Soll die Medizin vorzugsweise mit präventiven, kurativen oder palliativen Maßnahmen reagieren, sollen die anderen gesundheitsbezogenen Berufe mit ihren z.B. pflegerischen, physiotherapeutischen, psychologischen oder logopädischen Möglichkeiten stärker gefördert werden? Diese und weitere Fragen der komplexen ethischen Problematik einer angemessenen Ressourcenverteilung müssen hier offen bleiben. Es wurde gezeigt, dass die Frage nach gerechten Entscheidungskriterien zumindest durch einige ethische Kriterien, für die es gute Gründe gibt, eingegrenzt werden kann. Darüber hinaus gehende Prioritätensetzungen bei der Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen oder etwaige Rationierungen müssen weiteren ethischen Reflexionen und gesamtgesellschaftlichen Diskursen überantwortet werden. ♦

### Literatur

**Anzenbacher A (1997):** Christliche Sozialethik, Schöningh, Paderborn.

**Bobbert M (2000):** Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Gewirth; in: *Ethica* 8. Jg., 2, 405-440.

**Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2001):** Lebenslagen in Deutschland – Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 25. 4. 2001.

**Engelhardt HT Jr. (1996):** *The Foundation of Bioethics*, Oxford University Press, New York/Oxford, 2. Auflage.

**Enzyklika Quadragesimo Anno (1931)** in: *Katholische Arbeiter-Bewegung Deutschlands – KAB (Hg.), Texte zur katholischen Soziallehre. Die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente*, 1992, 8. erw. Aufl.

**Gewirth A (1978):** *Reason and Morality*, Chicago University Press, Chicago Ill.

**Gutmann T (2002):** Gleichheit vor Rationierung. Rechtsphilosophische Überlegungen; in: Ders./Schmidt VH (Hrsg.), *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*, Velbrück, Weilerswist, 179-210.

**Hübenthal C (2000):** Solidarität. Historische und systematische Anmerkungen zu einem moralischen Begriff; in: Krebs HD/Kühn M (Hrsg.): *Solidarität*, NDV, Düsseldorf, 7-42.

**Lenk H (1997):** Einführung in die angewandte Ethik. Verantwortlichkeit und Gewissen, Kohlhammer, Stuttgart.

**Mieth D (1992):** Ethik der Gerechtigkeit. Ansätze, Prinzipien, Kriterien; in: Mieth D/Magino P (Hrsg.): *Vision Gerechtigkeit*, Patmos, Düsseldorf, 12-32.

**Pöltner G (2002):** Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen; in: Ders.: *Grundkurs Medizin-Ethik*, Facultas, Wien, 287-312.

**Richter E (2000):** Armut macht krank. Bericht zum Kongress "Armut und Gesundheit"; in: *Deutsches Ärzteblatt* 97. Jg., 50, C2540f.

**Schöne-Seifert B (1992):** Was sind ‚gerechte‘ Verteilungskriterien?; in: Mohr J/Schubert C (Hrsg.): *Ethik der Gesundheitsökonomie*, Berlin: Springer, 34-44.

**Steigleder K (1999):** Grundlegung der normativen Ethik. Der Ansatz von Alan Gewirth, Alber, Freiburg/B.

**Werner MW (2002):** Die Eingrenzung des Leistungsspektrums des solidarfinanzierten Gesundheitssystems als Herausforderung liberaler Konzeptionen politischer Ethik; in: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 48. Jg., 2, 125-138.

### DIE AUTORIN



**Dr. Monika Bobbert, Dipl.-Psych. (Jg. 1963)**  
Nach dem Studium der Katholischen Theologie (Schwerpunkt Ethik) und Psychologie dreijährige Tätigkeit in der Erwachsenenbildung. Anschließend DFG-Stipendiatin und wissenschaftliche Koordinatorin des Graduiertenkollegs „Ethik in den Wissenschaften“ am

Interfakultären Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW), Universität Tübingen. Forschungsaufenthalt am Kennedy Institute for Bioethics, Georgetown University, Washington D.C. und am Hastings Center, Garrison N.Y. Seit 2001 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin – Bereich Medizinethik an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg.