

Alexander Dietz

GERECHTE GESUNDHEITSREFORM?

Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive

Kultur der Medizin **campus**

Inhalt

1. Einleitung.....	11
1.1 Problemhinführung.....	11
1.2 Der mögliche Beitrag theologischer Medizinethik	17
1.3 Das deutsche Gesundheitswesen.....	26
2. Ethische Grundlagen der Diskussion um Ressourcenallokation im Gesundheitswesen.....	33
2.1 Im Blick auf den Menschen.....	33
2.1.1 Bestimmung des Menschen.....	33
2.1.1.1 Anthropologie als Grundlage der Ethik.....	33
2.1.1.2 Die Lehre von der Rechtfertigung als Grundlage des christlichen Menschenbildes	37
2.1.1.3 Was ist die Bestimmung des Menschen?	45
2.1.1.4 Relevanz der Frage nach der Bestimmung für die Allokationsdiskussion	50
2.1.2 Menschenwürde	55
2.1.2.1 Verständnisse von Menschenwürde.....	55
2.1.2.2 Begründungen von Menschenwürde.....	63
2.1.2.3 Menschenwürde und Lebensrecht	75
2.1.2.4 Menschenwürde und Selbstbestimmung.....	80
2.1.2.5 Menschenwürde und Menschenrechte	87
2.1.3 Lebensqualität.....	93

2.1.3.1	Die Frage nach Lebensqualität in unterschiedlichen Zusammenhängen – Theologische Aspekte	93
2.1.3.2	Die Diskussion über Definition, Messung und Ziele der Lebensqualität im Bereich der Medizin	103
2.1.3.3	Lebensqualität und Ressourcenallokation.....	111
2.2	Im Blick auf die Medizin.....	125
2.2.1	Aufgabe der Medizin.....	125
2.2.1.1	Medizin als Wissenschaft und Kunst.....	126
2.2.1.2	Ziel eines Beitrags zum Wohl des Einzelnen.....	132
2.2.1.3	Ziel eines Beitrags zum Wohl der Gesellschaft...	134
2.2.1.4	Unangemessene Ziele.....	138
2.2.2	Gesundheit und Krankheit.....	145
2.2.2.1	Ist eine allgemeine Definition von Gesundheit und Krankheit möglich und nötig?.....	145
2.2.2.2	Welche Interessen spielen bei der Definition von Gesundheit und Krankheit eine Rolle?.....	151
2.2.2.3	Geisteswissenschaftlicher und naturwissenschaftlicher Ansatz – Theologische Impulse.....	154
2.2.2.4	Normativistischer und naturalistischer Ansatz ...	164
2.2.2.5	Subjektiver und objektiver Ansatz.....	173
2.2.2.6	Konsequenzen für Verteilungsfragen	176
2.2.3	Medizinische Notwendigkeit.....	179
2.2.3.1	Der graduelle medizinische Begriff der medizinischen Notwendigkeit.....	181
2.2.3.2	Der trennscharfe juristische Begriff der medizinischen Notwendigkeit.....	193
2.3	Im Blick auf die Politik.....	198
2.3.1	Aufgabe der Politik	198

2.3.1.1	Politikbegriff	198
2.3.1.2	Einordnung des Politik-Bereichs in die Gesellschaft	204
2.3.1.3	Aufgabenbestimmung der Politik.....	209
2.3.1.4	Konsequenzen für die Allokationsdiskussion	211
2.3.2	Sozialstaat	213
2.3.2.1	Sozialstaats-Begriff.....	213
2.3.2.2	Sozialstaats-Ziele	220
2.3.2.3	Sozialstaats-Konzepte.....	225
2.3.2.4	Problemwahrnehmungen im Blick auf den Sozialstaat	231
2.3.2.5	Sozialstaat und Ressourcenallokation im Gesundheitswesen.....	236
2.3.3	Gerechtigkeit.....	240
2.3.3.1	Gerechtigkeit aus juristischer Perspektive.....	242
2.3.3.2	Gerechtigkeit aus theologischer Perspektive	249
2.3.3.3	Gerechtigkeit aus individualethischer Perspektive	253
2.3.3.4	Prozedurale Gerechtigkeit	257
2.3.3.5	Tauschgerechtigkeit und Freiheit.....	260
2.3.3.6	Verteilungsgerechtigkeit und Gleichheit.....	266
2.3.3.7	Teilhabegerechtigkeit und Bedarf.....	276
2.4	Im Blick auf die Wirtschaft.....	282
2.4.1	Aufgabe der Wirtschaft.....	282
2.4.1.1	Wirtschaft als wesentlicher Gesellschaftsbereich und als Bestandteil anderer Gesellschaftsbereiche – Ökonomiefeindliche und ökonomistische Ideologien.....	282
2.4.1.2	Gesundheitswesen als Markt oder Marktelemente im Gesundheitswesen? – Gesundheitsgüter als meritorische Güter	291

2.4.2	Rationalisierung.....	305
2.4.2.1	Effektivität und Effizienz des deutschen Gesundheitswesens und der deutschen Gesundheitspolitik.....	305
2.4.2.2	Ausmaß und Ursachen der Finanzierungsschwäche und des Kostendrucks im deutschen Gesundheitswesen.....	312
2.4.2.3	Mögliche Anreize für Krankenkassen, Leistungserbringer, Leistungsempfänger und Gesundheitsgüter-Versorger/Internationale Erfahrungen.....	321
2.4.2.4	Kosten und Nutzen	338
2.4.3	Rationierung.....	349
2.4.3.1	Definitionen und Formen der Rationierung – Abgrenzung zur Rationalisierung und zur Triage.....	349
2.4.3.2	Knappheit – Ist Rationierung tatsächlich notwendig?	358
2.4.3.3	Mögliche Rationierungskriterien und Prioritäten.....	365
3.	Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive – Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse	378
	Abkürzungen.....	385
	Abbildungen.....	387
	Literatur.....	391
	Register.....	464

1. Einleitung

1.1 Problemhinführung

In der Komödie »The Doctor's Dilemma« (deutsch: Der Arzt am Scheideweg), die 1906 in London uraufgeführt wurde, beschreibt George Bernard Shaw die Situation eines Arztes, der nur eine bestimmte Anzahl von Patienten¹ mit einer neuartigen, lebensrettenden Behandlung versorgen kann. Er antwortet einer Frau, die ihn bittet, ihren Ehemann als Patienten anzunehmen: »Sie verlangen von mir, dass ich seinetwegen einen andern töte; denn sobald ich einen neuen Patienten aufnehme, werde ich einen alten wieder der üblichen Behandlung zuführen müssen. Ich schrecke nicht davor zurück. Ich habe das schon einmal tun müssen und will es wieder tun, wenn Sie mich überzeugen können, dass sein Leben wertvoller ist als das wertloseste Leben, das ich jetzt zu retten im Begriff bin.«² Diese Beschreibung entspricht in der Wahrnehmung vieler Menschen der Situation der Gesundheitssysteme in den westlichen Industrienationen heute. Die gängige – im Blick auf ihre Angemessenheit noch zu überprüfende – Formulierung dazu lautet, dass der medizinische Fortschritt und die demographische Entwicklung zu einer verschärften Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen geführt hätten, die eine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen und damit eine »Zwei-Klassen-Medizin« unvermeidlich mache, für die es nun Kriterien zu entwickeln gelte.³

Das Thema Ressourcenallokation im Gesundheitswesen beschäftigt seit Jahrzehnten international unzählige Mediziner, Ökonomen, Juristen und

1 Um einer besseren Lesbarkeit willen wird auf einen so genannten inklusiven Sprachgebrauch verzichtet. Wenn von Mediziner, Patienten, Politikern, Bürgern usw. gesprochen wird, sind selbstverständlich stets sowohl männliche als auch weibliche gemeint.

2 Shaw (1973a), S. 278.

3 In diesem Sinne äußerte sich in jüngster Vergangenheit beispielsweise mehrfach der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe. Vgl. Rabbata/Stüwe (2009), S. A-957.

Ethiker. In Deutschland wird es erst seit einigen Jahren zögerlich bearbeitet, dabei häufig beschränkt auf den Bereich der Transplantationsmedizin. Theologen haben sich bislang erst vereinzelt an diesen Themenkomplex heran gewagt.⁴ Die ausgesprochen hohe Relevanz des Gegenstandes wird heute nirgends mehr bestritten.

Allokation bedeutet Verteilung,⁵ und die Allokationsdiskussion beschäftigt sich mit den Fragen, wie viele Ressourcen ein Staat für das Gesundheitswesen bereitstellen sollte (obere Ebene der Makroallokation), wie diese Ressourcen auf Teilbereiche der medizinischen Versorgung verteilt werden sollten (untere Ebene der Makroallokation) und wie die Ressourcen in den Teilbereichen auf Patientengruppen (obere Ebene der Mikroallokation) und schließlich auf einzelne Patienten (untere Ebene der Mikroallokation) verteilt werden sollten.⁶ Hinter diesen Fragen stehen weitere, zum Beispiel: Wie groß ist das immer wieder beschworene Problem der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen tatsächlich? Handelt es sich eher um ein Finanzierungsproblem oder ein Ausgabenproblem? Welches Verständnis von Knappheit wird zugrunde gelegt? Sollte die Bewältigung dieses Knappheitsproblems dem Markt überlassen werden? Was würde das für den Sozialstaat bedeuten? Welches Verständnis des Sozialstaats wird zugrunde gelegt? Ist Rationierung tatsächlich unumgänglich? Stellt Rationierung eine Menschenrechtsverletzung dar? Welches Verständnis von Rationierung wird zugrunde gelegt? Welche Leistungen sind medizinisch nützlich, welche sind medizinisch notwendig? Welches Verständnis von Gesundheit und Krankheit wird zugrunde gelegt? Welche Verteilung ist gerecht? Welches Verständnis von Gerechtigkeit wird zugrunde gelegt?

Diese beispielhaft angeführten Fragen machen deutlich, dass es sich bei der Allokationsdiskussion um eine »Debatte über die ethischen Grundlagen des Staates«⁷ handelt. Es geht letztlich um die Frage, in was für einer Gesellschaft wir leben möchten bzw. was unsere »Vorstellung des guten Lebens«⁸ ist und dies »setzt die Antwort auf die Frage voraus, wer wir

4 Vgl. Kapitel 1.2.

5 Eine brauchbare genauere Definition liefert Dietmar Mieth: Allokation ist »die Ansiedlung und Verteilung von Maßnahmen, Regeln, Verfahren und Institutionen im Gesundheitswesen, die zugleich unter rechtebasierten Ansprüchen und unter Knappheitsbedingungen stehen«. Mieth (2004), S. 83.

6 Vgl. Engelhardt (2003), S. 72ff.

7 Bobbert (2004), S. 163.

8 Emanuel (2003), S. 128.

(eigentlich) sind.«⁹ Peter Dabrock formuliert pointiert, dass deutlich sei, »worum es in den Debatten über das Gesundheitssystem im eigentlichen geht und was auf dem Spiel steht: die Menschlichkeit des Menschen.«¹⁰ Derzeit wird die Allokationsdiskussion durch die ökonomische Perspektive einseitig dominiert,¹¹ doch Ulrich Körtner bemerkt zurecht, dass »die ganze Diskussion zu kurz greift, solange lediglich unter den Schlagworten der Rationalisierung und Rationierung nach der Effizienz, nicht aber nach dem Sinn des Ganzen gefragt wird.«¹² In der Tat setzt eine ethisch anspruchsvolle Auseinandersetzung mit dem Thema Ressourcenallokation im Gesundheitswesen zunächst eine Klärung der Fragen voraus, welches Verständnis von der Bestimmung des Menschen, der Aufgabe der Medizin, der Aufgabe der Politik und der Aufgabe der Wirtschaft man für angemessen hält, und in welchem Verhältnis diese Aspekte zueinander und zum Gesundheitswesen stehen.

Gesundheitspolitische Fragen sind gegenwärtig in Deutschland von breitem öffentlichen Interesse und werden regelmäßig in Talkshows im Fernsehen diskutiert. Im Folgenden gebe ich Auszüge aus der Diskussion der Sendung »Anne Will – Operation Gesundheitsfonds – höhere Beiträge, weniger Leistungen?«, die am 4. Januar 2009 in der ARD zu sehen war, wieder, um typische Defizite der Allokationsdiskussion zu verdeutlichen:

Anne Will (Moderatorin): »Ist der Gesundheitsfonds eine radikale Operation, wie Frau Schmidt gesagt hat, oder ist es eine missglückte Notoperation? Besonders hart trifft es die Rentner.«

Rentner (Interview): »Wir zahlen zusammen künftig 30 Euro pro Monat mehr an Krankenkassenbeiträgen, das sind 360 im Jahr, und das wird ja noch nicht das Ende [sein], sondern es wurde von unserer Krankenkasse schon angekündigt, dass der Versicherte noch mal ein Prozent seines Einkommens selber dazu zahlen muss. Letztes Jahr hatten wir an Zuzahlungen 250 Euro noch extra. Wie soll das gehen, wir werden doch alle nicht mehr zum Doktor gehen können?«

Ulla Schmidt (Bundesgesundheitsministerin): »Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen sind durch die letzten Reformen noch ausgeweitet worden. Zum Beispiel bauen wir gerade die palliativmedizinische Versor-

⁹ Nethöfel (1999), S. 17. Alle Ethik ist angewandte Anthropologie. Vgl. Trillhaas (1970), S. 19.

¹⁰ Dabrock (2001), S. 211.

¹¹ Vgl. Graumann (2004), S. 49.

¹² Körtner (2002), S. 51f.

gung aus. In diesem Jahr wollen wir die ambulante Versorgung stärken. Wir müssen dafür sorgen, dass die Menschen, die krank sind, eine Behandlung auf der Höhe des medizinischen Fortschritts erhalten, und das Geld muss solidarisch aufgebracht werden.«

Jens Spahn (CDU): »Die Erhöhung des Beitragssatzes hat nichts mit dem Gesundheitsfonds zu tun, sondern mit Leistungsausweitungen. Die Leistungsverbesserungen und auch Honorarverbesserungen bei niedergelassenen Ärzten waren von vielen Verbänden gefordert worden, aber die müssen auch bezahlt werden. In einem Land, in dem wir alle gemeinsam älter werden, werden die Ausgaben steigen. Wer etwas anderes verspricht, lügt.«

Ulrike Mascher (Sozialverband VdK): »Aber die Rentner werden im Gegensatz zu den Arbeitnehmern nicht entlastet. Und warum beziehen wir nicht die Privatversicherten in den Risikostrukturausgleich ein? Dass es einen Unterschied gibt zwischen Privat- und Kassenpatienten, dass ist das, was die Leute in dieser Gesellschaft aufregt und wo sie merken: Das ist ungerecht.«

Jens Spahn (CDU): »Sie lösen das Problem, dass wir alle älter werden, nicht dadurch, dass sie die Private Krankenversicherung abschaffen. Wir müssen uns eher Gedanken über die Frage der Kapitaldeckung machen.«

Anne Will (Moderatorin): »Verschärft denn nun der Gesundheitsfonds den Trend zur Zwei-Klassen-Medizin?«

Arzt (Interview): »Der Fonds wird diese Tendenz verschärfen, weil ein großer Geldmangel im Fonds besteht.«

Ulla Schmidt (Bundesgesundheitsministerin): »In diesem Jahr stehen 11 Milliarden mehr zur Behandlung der gesetzlich Krankenversicherten zur Verfügung. Das System ist nicht unterfinanziert. Es ist ein Problem, dass laufend etwas behauptet wird, und jeder glaubt, Experte für das Gesundheitssystem zu sein. Aber es entspricht oft nicht der Realität. Es gibt Unterschiede, deswegen bin ich für die Bürgerversicherung, weil sie mehr Gerechtigkeit schaffen würde.«

Ingo Kailuweit (Kaufmännische Krankenkasse): »Das Gesundheitssystem wird nicht dadurch besser, dass die Beschäftigten mehr Lohn kriegen. Der Gesundheitsfonds löst keines unserer Probleme. Er tut nichts gegen die Kostenexplosion.«

Anne Will (Moderatorin): »Werden die Menschen sich darauf einstellen müssen, dass bestimmte Leistungen nicht mehr gewährt werden? Setzt die Reform falsche Anreize, weil jetzt nur noch ein chronisch kranker Versicherter ein guter Versicherter ist?«

Ingo Kailweit (Kaufmännische Krankenkasse): »Jetzt ist es beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich so, dass der Arzt, das Krankenhaus und die Krankenkasse mehr Geld bekommen, wenn der Patient kränker wird. Wer soll jetzt darauf achten, dass wir nicht ein Volk von Kranken werden?«

Anne Will (Moderatorin): »Ist nicht jedes Gesetz, auch wenn es gut gedacht ist, immer missbrauchsanfällig, wenn, Frau Schmidt nennt es kriminell, andere nennen es betriebswirtschaftlich gedacht wird?«

Ulrike Mascher (Sozialverband VdK): »Es ist ein System, in dem Patienten, die sich nicht so gut durchsetzen können, notwendige Leistungen nicht erhalten. Zum Beispiel wird die alte Rentnerin abgewimmelt, wenn sie den Arzt überreden will, eine medizinische Begründung für eine Leistung zu schreiben«.¹³

Die Diskutanten sprechen gleichzeitig über verschiedene Themen – zum Beispiel Bewertung der letzten Gesundheitsreform, Situation der Rentner, Zuzahlungen, Beitragssätze, Ärztehonorare, demographische Entwicklung, neue Versorgungsschwerpunkte, Risikostrukturausgleich, Abschaffung der Privaten Krankenversicherung, Kapitaldeckung, Notwendigkeit von Rationierung, Anreize –, verwenden dabei ungeklärte Begriffe (zum Beispiel Gerechtigkeit, Krankheit, Solidarität, »Zwei-Klassen-Medizin«,¹⁴ Bürgerversicherung, Kostenexplosion, notwendige Leistungen) und setzen unterschiedliche Verständnisse grundlegender Gegenstände voraus (zum Beispiel Sozialstaat, Effizienz, Folgen der Ökonomisierung für die Rolle des Arztes und die Arzt-Patienten-Beziehung).

Es wird an dieser Stelle meines Erachtens ein für die gesamte Allokationsdiskussion symptomatischer Bedarf in vierfacher Hinsicht deutlich: erstens ein Bedarf an Informationen über die komplexe Organisation des Gesundheitswesens (insbesondere Finanzierungsfragen, Allokationsmechanismen, rechtliche Grundlagen, Akteure und deren Interessen etc.) sowie über von Diskussionsteilnehmern verwendete Daten und deren verschiedene Deutungsmöglichkeiten (demographische Entwicklung, Rationalisierungspotenzial, internationale Kennzahlen etc.), zweitens ein Bedarf an Differenzierung und Redlichkeit (anstelle von strategischem aneinander Vorbeireden und irreführender Begriffspolitik), drittens ein Bedarf

13 Nach <http://daserste.ndr.de/annewill/videos/index.html> (10.02.2009), Transkript des Verfassers.

14 Dieser Begriff wird aufgrund seiner Ungeklärtheit in dieser Arbeit nur in Anführungsstrichen verwendet.

an Versachlichung, insbesondere durch eine Klärung der Verwendungsweise diskussionsleitender Grundbegriffe und ihrer ethischen Implikationen (Gerechtigkeit, Sozialstaat, Gesundheit und Krankheit, medizinische Notwendigkeit, Rationalisierung und Rationierung, Menschenwürde, Lebensqualität, meist wird – wenn überhaupt – von diesen Begriffen nur der Gerechtigkeitsbegriff näher beleuchtet) und viertens ein Bedarf an einer Verhältnisbestimmung medizinischer, politisch-rechtlicher, ethischer und ökonomischer Gesichtspunkte und Sichtweisen.

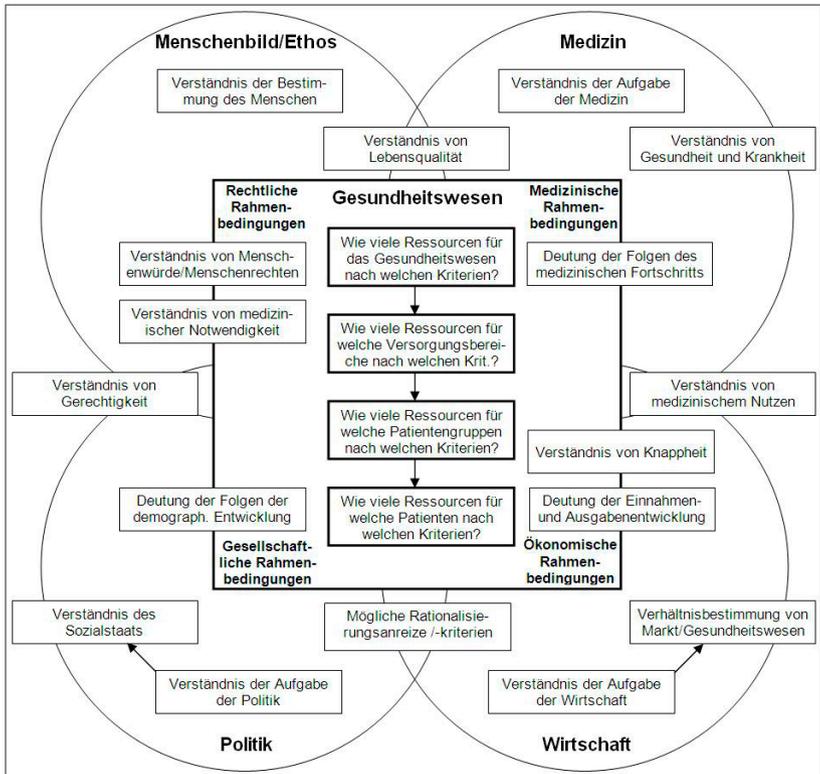


Abb. 1: Übersicht zum Kapitel 1.1 Problembiniführung