

WEYMA LÜBBE

## Patientenorientierung und Kostenorientierung. Über (Un-)Vereinbarkeiten von Kostenbewusstsein und ärztlichem Ethos<sup>1</sup>

### Zusammenfassung

In den letzten Jahren hat der Druck, sich als Mediziner nicht nur am Ziel der Gesundung der Patienten, sondern auch am Ziel der Kostenbegrenzung zu orientieren, erheblich zugenommen. In diesem Prozess verschieben sich zuerst die Kommunikations- und dann auch die Machtverhältnisse, es gibt Mahnungen, Vorwürfe und Gegenvorwürfe, Verhandlungen, Neuerungen, Widerstände gegen diese Neuerungen und so fort. Bei diesem Wandel muss der Ärztestand letztlich in Übereinstimmung mit sich selber bleiben, und das heißt vor allem, in Übereinstimmung mit dem jeweils geltenden Berufsethos. Deswegen tradierte Gestalt ist nicht sakrosankt. Wichtig ist jedoch, dass sie sich nicht unter der Hand ändert: Die gesellschaftliche, auch gesellschaftlich akzeptierte Außendarstellung des Arztberufs und die tatsächlichen Verhältnisse dürfen nicht auseinander fallen. Deswegen sind in Zeiten solchen Wandels innerhalb der Profession wie auch über ihre Grenzen hinweg ausführliche Reflexions- und Kommunikationsprozesse erforderlich. Der vorliegende Beitrag stellt begriffliche Unterscheidungen und ethische Gesichtspunkte vor, die relevant sind, wenn man sich fragt, ob Patientenorientierung und Kostenorientierung miteinander kompatible berufsethische Orientierungen sind. Thematisiert werden unter anderem die Institutionalisierung finanzieller Leistungsanreize, die Forderung nach ‚Rationalisierung‘, einschließlich der damit gegebenenfalls zugleich geforderten effizienzorientierten Ressourcenallokation, sowie der Sonderstatus akutmedizinischer im Unterschied zu präventiven Maßnahmen.

### Schlüsselwörter

Allokationsethik – ärztliches Ethos – Rationierung – Priorisierung – Effizienz vs. Gleichheit

### 1. KOSTENORIENTIERUNG UND GEWINNORIENTIERUNG

Die Formeln, mit denen seit alters das Ethos des Arztberufs umschrieben wird, sind bekannt: Er soll Leben und Gesundheit erhalten, dem Patienten nicht schaden, das Wohl des Kranken allem voranstellen und so fort. Dass der Arzt Gewinne machen soll, gehört nicht zu den traditionellen Formeln, im Gegenteil. Das Arztrecht und auch die Standesvertreter

---

<sup>1</sup> Der Beitrag geht auf einen Vortrag zurück, der im November 2003 in einer Ringvorlesung des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Universität Münster gehalten wurde. Die zu Nachweiszwecken nötigen und einige weiterführende Literaturangaben wurden ergänzt.

selbst orientieren sich an dem Berufsbild, das mit dem Begriff des ‚freien Berufes‘ assoziiert ist.<sup>2</sup> Zu dessen Kennzeichen gehört insbesondere die Nichtgewerblichkeit. Diese wiederum, so die berufsrechtliche Literatur, sei unter anderem durch das mangelnde Gewinnstreben charakterisiert. Dem entspricht auch das Verbot der ärztlichen Eigenwerbung: „Das Werbeverbot will eine Verfälschung des Berufsbilds durch den Gebrauch von Werbemethoden, wie ihn die gewerbliche Wirtschaft übt, verhindern. Kranke lassen sich leicht beeinflussen und verunsichern und sollen darum vor Anpreisungen bewahrt bleiben. Das berufsrechtliche Werbeverbot will also das Publikum schützen und das Vertrauen der Patienten darauf erhalten, der Arzt werde nicht aus Gewinnstreben bestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen vornehmen oder gewisse Medikamente eigennützig verordnen.“<sup>3</sup>

Nun ist aber unvermeidlich, dass die ärztlichen Leistungen irgendwie finanziert werden – die Tätigkeit des Arztes selbst, aber auch die sächlichen Ressourcen, die er dabei verbraucht. Eben weil dies unvermeidlich ist, kann es nicht als solches wider das Berufsethos sein, sich darum zu bemühen, dass es geschieht. Das Ausmaß, in dem es neben seinen medizinischen Aufgaben dem Arzt selbst obliegt, sich um die finanzielle Seite der Sache zu kümmern, ist je nach institutionellen Rahmenbedingungen sehr verschieden. Es lässt sich aber rasch einsehen, dass es unter Bedingungen des Kostendrucks nicht zweckmäßig sein kann, die medizinische Aufgabenerfüllung und die Sorge um ihre Finanzierbarkeit personell gänzlich zu trennen. Zahlreiche in der Art und Organisation des Leistungsgeschehens liegende Sparpotentiale können nur von Personen erkannt und verantwortet werden, die mit den medizinischen Abläufen im Detail vertraut sind. Aus diesem Grund kommt der Kostendruck bei den Ärzten, jedenfalls bislang, nur in ganz wenigen Fällen in Form von gezielten Finanzierungsausschlüssen für konkrete Maßnahmen an. Es handelt sich vielmehr um einen pauschalen Spardruck, wie ihn eine Budgetdeckelung oder eine Pauschalisierung von Entgelten erzeugt. Das Bemühen des Arztes um die Gesundheit seiner Patienten kann und muss sich unter solchen Verhältnissen offenbar auch in dem Bemühen äußern,

---

<sup>2</sup> Vgl. (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2004), § 1 Abs. 1, Satz 2 und 3: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ Vgl. zum Hintergrund *Jochen Taupitz*, Die Standesordnungen der freien Berufe. Geschichtliche Entwicklung, Funktionen, Stellung im Rechtssystem, Berlin/New York 1991; Materialien zu jüngeren Entwicklungsprozessen im Ausland bei *Frederic W. Hafferty/John B. McKinlay* (Hg.), *The Changing Medical Profession. An International Perspective*, New York/Oxford 1993 (ohne Länderbericht Deutschland).

<sup>3</sup> *Adolf Laufs/Wilhelm Uhlenbruck*, Handbuch des Arbeitsrechts, 3. Aufl., München 2002, 149 (4. Kap., § 15, Rn. 3).

‚das Versorgungsgeschehen zu optimieren‘, es also so anzulegen, dass ‚mit knappen Mitteln möglichst viel Gesundheit erzeugt‘ wird (auf diese gängigen Formulierungen ist zurückzukommen).

Es mag sein, dass solche Kostenorientierung nicht das ist, was der Arzt gelernt hat oder was er zu tun gewohnt ist. In diesem Sinne mag sie *berufsfremd* sein, aber sie ist nicht *berufswidrig*, und mit Gewinnorientierung hat sie zunächst nichts zu tun. Zunächst. Denn es gehört zu den allgemeinen Weisheiten der Ökonomen (die auch vor dem Ärztestand nicht Halt machen), dass Leistungen besonders zuverlässig und besonders gut erbracht werden, wenn man ihre Erbringung mit dem Eigeninteresse des Erbringers verknüpft. Das kann sehr vermittelt der Fall sein, zum Beispiel qua Abhängigkeit des eigenen Arbeitsplatzes von der Konkurrenzfähigkeit der Klinik, der man angehört. Es kann aber auch ganz unmittelbar der Fall sein, zum Beispiel in Form eines so genannten leistungsabhängigen Entgelts für einen Klinikdirektor. In diesem Fall bekommt das ärztliche Handeln ein recht deutliches Element der Gewinnorientierung. Und es soll dies offenbar auch so sein, denn man möchte ja mit solchen Leistungsanreizen die über die berufsethische Motivation hinausreichende Motivationsquelle nutzen, die im Eigeninteresse liegt. Sollte es nicht in der Tat in erster Linie darauf ankommen, dass die anstehenden Aufgaben möglichst gut erledigt werden? Die Frage, ob sie aus berufsethischen Motiven oder aus Gewinninteresse so gut erledigt werden, könnte dann, wie es scheint, getrost offen bleiben.

Tatsächlich ist aber kein institutionelles Arrangement bekannt, das die Patienteninteressen und die finanziellen Eigeninteressen der Leistungserbringer komplett zur Deckung brächte. Die ‚Leistung‘, an der sich etwa das Entgelt eines Klinikdirektors orientiert, muss ja schon aus verwaltungstechnischen Gründen erstens quantifizierbar und zweitens auch einfach zu erheben sein. Man muss also Indizes verwenden – zum Beispiel als Index für die Qualität der medizinischen Leistung die Häufigkeit, mit der Patienten mit einer bestimmten Diagnose von niedergelassenen Ärzten an diese Klinik überwiesen werden; tatsächlich misst man mit einem solchen Index aber etwa auch die Dichte persönlicher Beziehungsnetzwerke. Als Indizes für die Effizienz der medizinischen Versorgung gelten zum Beispiel die durchschnittliche Verweildauer und die durchschnittlichen Behandlungskosten für einen Patienten mit einer bestimmten Diagnose. Kostenindizes als solche differenzieren freilich nicht zwischen dem Vorenthalten medizinisch überflüssiger und dem Vorenthalten medizinisch sinnvoller Maßnahmen; beides kann die Fallkosten senken. Es gibt natürlich auch Anreize, die in die Richtung wirken, dass

die Kosten nicht durch Verzicht auf sinnvolle Maßnahmen gesenkt werden: das Haftungsrisiko zum Beispiel oder der gute Ruf. Tatsache ist aber, dass Sparanreize als solche unspezifisch sind. Sie können gegen das Patientenwohl gehen, wenn sie nicht gezügelt werden.<sup>4</sup>

Es hat nun aber auch früher nie ein institutionelles Arrangement gegeben, bei dem sämtliche finanziellen Anreize spezifisch im Sinne des Patientenwohls gewirkt hätten. Gäbe es ein solches Arrangement oder wäre die Unterscheidung zwischen medizinisch sinnvollen und medizinisch überflüssigen (oder gar schädlichen) Maßnahmen eine Unterscheidung, die auch medizinische Laien verlässlich fällen könnten, dann bräuchte man etwas so Anspruchsvolles wie ein Berufsethos nicht. Ein Berufsethos, um es nur scheinbar paradox auszudrücken, bildet sich aus, wenn an ihm ein allgemeines Interesse besteht. Die Patienten wissen, dass sie darauf angewiesen sind, dass der Arzt seine in das Leistungsgeschehen stets irgendwie involvierten Eigeninteressen nicht die Oberhand über das Patientenwohl gewinnen lässt. Und die Ärzte wiederum sind darauf angewiesen, dass die Patienten zumindest glauben, das Leistungsgeschehen drehe sich um das Patientenwohl. Die beste und langfristig gesehen die einzige Garantie dafür, dass die Patienten dies im Großen und Ganzen glauben, ist, dass es im Großen und Ganzen so ist. Aus diesem Grunde ist das ärztliche Ethos in seiner Funktion, das Leistungsgeschehen überall dort vom Gewinninteresse abzukoppeln, wo dieses zu Lasten der Patienten zu wirken droht, unüberholt.

Dies festzustellen, ist etwas anderes, als ethische Appelle vorzubringen. Dass im ärztlichen Alltag immer *auch* die moralische Anstrengung des Individuums gefordert ist, ist zwar richtig (sonst hieße die Einstellung, von deren Funktion die Rede war, nicht ‚Ethos‘). Die Stabilität dieser Einstellung setzt aber voraus, dass im Zuge des steigenden Kostendrucks nicht Anreizstrukturen geschaffen werden, die die Orientierung am Patientenwohl systematisch unter Druck setzen. Meine Vermutung ist, dass die meisten Mediziner darunter leiden, wenn die Strukturen der Leistungsanerkennung und das, was sie für die eigentliche Aufgabe ihres Berufsstands halten, auseinander fallen. Vielleicht kostet das das Gesundheitssystem sogar mehr psychische Energien als die Institutionalisierung finanzieller Leistungsanreize freisetzt. In solcher Lage bleibt nur eines: Man muss darüber sprechen, das heißt man muss öffentlich machen, so transparent wie möglich machen, wie kostensenkungsorientierte Anreizsysteme den medizinischen Alltag im Einzelnen verändern und an wel-

---

<sup>4</sup> Ausführlich zu diesem Thema z.B. *Marc A. Rodwin, Medicine, Money, and Morals. Physicians' Conflicts of Interest*, New York 1993, insbes. Kap. 5 und 6.

chen Punkten genau das den Leistungserbringern zu dem, was in der Öffentlichkeit als ärztliche Standesmoral gilt, nicht mehr zu passen scheint. Wenn dieses sichtbar ist, dann mögen sich die Strukturen ändern oder es mag sich die öffentlich akzeptierte Standesmoral ändern; in jedem Falle hat dann die Gesellschaft den Ärztestand, den sie verdient.

## 2. RATIONALISIERUNG UND RATIONIERUNG

Wie sieht nun eine ‚Optimierung des Versorgungsgeschehens‘ aus, wenn das Patientenwohl der Leitwert bleibt, aber Kostenorientierung dennoch nötig ist, weil die Mittel knapp sind? Die relevanten Stichworte zu dieser Frage heißen ‚Rationalisierung‘ und ‚Rationierung‘. Diese Begriffe bedeuten im gesundheitspolitischen Diskurs allerlei Verschiedenes, oft auch nichts Genaueres.<sup>5</sup> Eines ist jedoch deutlich: Rationalisierung gilt als das Anzustrebende, Rationierung als das zu Vermeidende; damit man nicht rationieren muss, sollte man rationalisieren. Wer so spricht, meint mit ‚Rationierung‘ zumeist ‚Ausschluss medizinisch notwendiger Maßnahmen aus dem Leistungskatalog der GKV‘ und mit ‚Rationalisierung‘ das, was oben als ‚Optimierung des Versorgungsgeschehens‘ bezeichnet wurde: die Kunst, mit knappen Mitteln möglichst viel Gesundheit zu erzeugen.<sup>6</sup>

Auch diese letztere Forderung ist jedoch ethisch nicht trivial. Wörtlich genommen, enthält sie ein über Personengrenzen hinweg aggregierendes Maximierungsgebot. Was das bedeutet, zeigt ein einfaches Beispiel: Wenn Transplantationsmediziner nach der Regel ‚mit knappen Mitteln möglichst viel Gesundheit erzeugen‘ verfahren wollten, dann dürften sie ei-

---

<sup>5</sup> Vgl. zu ‚Rationierung‘ *Susanne Hahn*, Rationing: Distribution, Limitation, or Denial? – Against Conceptual Confusion in the Debate about Health Care Systems, in: *Friedrich Breyer/Hartmut Kliemt/Felix Thiele* (Hg.), *Rationing in Medicine. Ethical, Legal and Practical Aspects*, Berlin u. a. 2002, 8–20.

<sup>6</sup> Für ein typisches Beispiel siehe *Herbert Rebscher*, Rationalisierung und Rationierung aus Sicht der Krankenversicherung, in: *Eckhard Nagel/Christoph Fuchs* (Hg.), *Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen*, Stuttgart/New York 1998, 27–41, 27: „Es ist nicht legitim, Leistungen zu rationieren, ohne vorher alle Rationalisierungspotentiale im System zu aktivieren“, sowie 29f.: „Rationalisierung ist ein positiv besetzter Begriff: Wir verbinden ihn mit Aufklärung, mit Vernunft, mit Überlegung, mit klugem Handeln. Rationalisierung bedeutet schließlich ja auch ganz allgemein, ‚Arbeitsabläufe zur Steigerung der Leistung oder Senkung des Aufwands durch Technisierung, Automatisierung, Arbeitsteilung u. a. wirtschaftlicher zu gestalten‘. Übertragen auf das Gesundheitswesen heißt das, dass man mit den verfügbaren Mitteln eine bessere gesundheitliche Versorgung erreicht oder das Niveau der Versorgung mit geringerem Mitteleinsatz sicherstellt. Wer wollte sich dagegen wenden.“

nen Patienten, der zu seinem Überleben ein Herz *und* eine Leber benötigt, von vornherein nicht berücksichtigen. Denn mit den Ressourcen, die man für die Rettung eines solchen Patienten braucht, kann man zwei anderen Patienten helfen. Was in der Transplantationsmedizin der Patient mit dem doppelten Organbedarf ist, ist in der sonstigen Medizin der ‚teure‘ Patient: der, dessen Heilung hohe Opportunitätskosten hat (die Opportunitätskosten sind die entgangenen Gesundheitszugewinne der Nutznießer der effizientesten alternativen Ressourcenverwendung). Die Regel, es sei mit knappen Mitteln möglichst viel Gesundheit zu erzeugen, diskriminiert also, beim Wort genommen, systematisch die Gruppe der ‚teuren‘ Patienten.

Auf diese Klarstellung hin gibt es zwei Reaktionen. Die eine ist am häufigsten bei Ökonomen zu finden: „Sicherlich würde man gerne allen alles medizinisch Sinnvolle zukommen lassen. Aber wenn Knappheit unvermeidlich ist, dann sollte in der Tat bei den teuersten Maßnahmen zuerst gespart werden. Zwei Menschenleben (Lebensjahre, QALYs<sup>7</sup>) sind nun einmal mehr wert als eines.“ Diese Stellungnahme diskutiere ich im dritten Abschnitt. Die andere, vor allem bei Praktikern häufige Reaktion ist diese: „Wenn wir von der ‚Optimierung des Leistungsgeschehens‘ sprechen, dann meinen wir nicht die Vernachlässigung teurer Patienten – das wäre ja gerade Rationierung. Wir meinen wirklich nur Rationalisierung: den Abbau von Verschwendung, von gedankenlosem Materialverbrauch, von überflüssigen Doppel- und Dreifachuntersuchungen; auch die Verbesserung der kommunikativen Abläufe, die dichtere Vernetzung von Versorgungseinheiten einschließlich der damit möglich werdenden Personaleinsparungen, aber auch zum Beispiel die Verbesserung der Patientenmitarbeit (*compliance*), und so weiter.“

Die im letzteren Sinne verstandene Bedeutung der Formel ‚Optimierung des Leistungsgeschehens‘ enthält keine Aufforderung zur Maximierung des Gutes Gesundheit unter Bedingungen der Knappheit. Sie enthält vielmehr die Aufforderung, zum Zweck der Vermeidung von Knappheit dort zu sparen, wo ohne jeden medizinischen Schaden gespart werden kann, nämlich beim medizinisch Überflüssigen. Das klingt beruhigend. Beunruhigend ist dabei nur die Unterstellung, dass das medizinische Leistungsgeschehen so dicht von Überflüssigem durchsetzt sein soll, dass der aus demographischen und medizinisch-technischen Gründen wachsende

---

<sup>7</sup> Mit einem Lebensqualitätsfaktor gewichtete Lebensjahre. QALYs sind das meistdiskutierte Nutzenkonzept der gesundheitsökonomischen Analyse; siehe z.B. *Friedrich Breyer/Peter Zweifel/Mathias Kifmann*, *Gesundheitsökonomik*, 5. Aufl., Berlin 2005, Kap. 2: Zur ökonomischen Bewertung von Leben und Gesundheit, 19–69.

Kostendruck sich allein durch solche Sparmaßnahmen absorbieren lassen soll. Wie dem auch sei – von Interesse ist, wie sich der Spardruck in der Praxis auswirkt. Hier sind zwei Zitate aus einschlägigen Interviews; sie stammen aus einer Studie, in deren Rahmen Ärzte und Pflegepersonal zu diesem Thema befragt wurden:

„Dann merkt man nur eines Tages, dass die Pflaster irgendwie billiger geworden sind und nicht mehr kleben. Dann geht man wieder hin und sagt: ‚Diese Pflaster kleben nicht, können wir nicht wieder die anderen haben?‘ Dann heißt es: ‚Nein, die anderen gibt’s nicht mehr, weil zu teuer.‘ Dann hat man nichtklebende Pflaster.“

„Wir haben hier ernsthaft diskutiert – auch mit dem Pflegepersonal: ‚Wir können die Handschuhe auf hohem Niveau nicht halten, als Schutz des Personals. Wir müssen einsparen.‘ Wir forsten genau durch: ‚Wer benutzt die Handschuhe hier großzügig? Wer wechselt die Handschuhe bei der Untersuchung großzügig?‘ So weit sind wir schon! Das ist, meine ich, eine solche Einschränkung der Tätigkeit in einem solchen neuralgischen Bereich, gerade wo es um hohe Infektiosität geht in der Endoskopie – das schlägt in diesem Bereich wirklich besonders durch. Aber ich muss ja immer erstmal sehen, diese Materialien für die Patienten zu sichern, die ja im Vordergrund stehen. Ich habe ja einen Behandlungsauftrag.“<sup>8</sup>

Beschreibt dergleichen die Einsparung von medizinisch Sinnvollem? Diese Frage wird man wohl bejahen müssen. Aber skandalträchtig wirkt im Blick auf solche Beispiele die Feststellung, dass offensichtlich doch nicht nur am Überflüssigen gespart wird, nicht. Das liegt daran, dass schlecht klebende Pflaster und Ähnliches zwar lästig, andererseits aber optimal klebende Pflaster nicht unbedingt das sind, was man als ‚medizinisch notwendig‘ bezeichnet. In der Tat ist es dieser Begriff, der Begriff des medizinisch Notwendigen, der sich zumeist dazwischen schiebt, wenn man vermeiden möchte, dass im Blick auf solche Vorgänge von Rationierung

---

<sup>8</sup> Beide Zitate aus: *Ellen Kublmann*, „Zwischen zwei Mahlsteinen“ – Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings, in: *Günter Feuerstein/Ellen Kublmann* (Hg.), *Rationierung im Gesundheitswesen*, Wiesbaden 1998, 11–80, 18, 19. Die Bereitschaft von Medizinern, auch deutlich drastischere Auswirkungen von Sparmaßnahmen und mithin das Thema Unterversorgung offen anzusprechen, hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen; unter dem Stichwort „Priorisierung“ wird die Erarbeitung von vertretbaren Gesichtspunkten einer aktiven Gestaltung des Verknappungsprozesses inzwischen auch als Aufgabe des Ärztestands selbst anerkannt und reklamiert, vgl. *Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission)*, *Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 97 (2000) A 1017–A 1023.

gesprochen wird. Wenn aber das medizinisch Notwendige weniger ist als das medizinisch Sinnvolle – was ist es dann? Das ist undeutlich. Deutlich ist immerhin dieses: Die Abgrenzung zwischen dem medizinisch Notwendigen und dem medizinisch Sinnvollen ist keine medizinische Abgrenzung. Es geht hier nicht um das Ob von Gesundheitseffekten, sondern um ihren Wert. Es geht um die Frage, welche Gesundheitseffekte so wichtig sind, dass man sie weiterhin solidarisch finanzieren möchte.

Vielleicht liegt im Blick auf das Pflasterbeispiel eine Formulierung wie diese auf der Zunge: ‚An einem schlecht klebenden Pflaster stirbt man nicht.‘ Natürlich möchte niemand das medizinisch Notwendige auf das begrenzen, an dessen Verweigerung man stirbt. Aber die überzogene Formulierung kommt gerade recht, denn es lohnt sich zu fragen: Stimmt das eigentlich? Ist es wirklich so, dass noch niemand an suboptimalem Verbandsmaterial gestorben ist? Das medizinisch Sinnvolle an optimalem Verbandsmaterial und ebenso an anderen hygienischen Maßnahmen (regelmäßige Gebäudereinigung, häufiger Wechsel der Krankenhauswäsche, sorgfältig sterilisierte Geräte und so fort) ist die Vermeidung von Infektionen, und selbstverständlich können Infektionen lebensgefährlich sein. Der Begriff des medizinisch Notwendigen kann also nicht einmal so abgegrenzt werden, dass jedenfalls alles das ‚medizinisch notwendig‘ ist, was Leben rettet.

Der eigentlichen Grund, warum eine optimale Hygiene nicht strikt als medizinisch notwendig gilt, die Operation eines entzündeten Blinddarms dagegen beispielsweise wohl, formuliert man häufig so: Wer an Hygienemaßnahmen spart, gefährdet lediglich ‚statistische Leben‘. Wenn dagegen eine Blinddarmoperation unterbleibt, dann gefährdet man ein ‚individuelles Leben‘. Auf die Frage, welchen ethischen Gehalt diese Unterscheidung hat, komme ich im vierten Abschnitt zurück. Zum Vorangegangenen sei zunächst Folgendes festgehalten: Der Unterschied zwischen Rationalisierung und Rationierung ist weicher, als es die öffentliche Rhetorik glauben machen möchte. Er ist ebenso weich wie der Begriff des medizinisch Notwendigen, den man eben etwas enger definiert, wenn etwas mehr gespart werden muss. Tatsächlich ist es wohl so, dass wenigstens statistisch praktisch immer jemand verliert, wenn der Spardruck sich verschärft. Die Frage, die insoweit zu klären ist, ist diese: Ist es richtig, dass man eher bei den so genannten statistischen Leben spart als bei den so genannten individuellen Leben? Zunächst soll nun aber die oben wiedergegebene Empfehlung diskutiert werden, bei Knappheit solle an den Maßnahmen gespart werden, die pro Kosteneinheit am wenigsten Gesundheit erzeugen.

### 3. EFFIZIENZ UND GLEICHHEIT

In Katastrophenlagen, Kriegsschauplätze eingeschlossen, treten Fragen der Verteilung knapper medizinischer Ressourcen nicht erst seit Neuem auf. Für solche Lagen gibt es auch schon lange eine Antwort – sie heißt ‚Triage‘.<sup>9</sup> Die meisten Menschen kennen dieses Wort nicht. Das belegt vielleicht nicht nur die Außeralltäglichkeit des Vorgangs, um den es geht, sondern auch eine gewisse Scheu der öffentlichen Kommunikation darüber. ‚Triage‘ bezeichnet die Sortierung von Patienten in Dringlichkeitskategorien beim Massenansturm Verwundeter. Als Ziel der Triage gilt es, möglichst viele Betroffene zu retten. Die genaue Zielformulierung in den einschlägigen Lehr- und Handbüchern schwankt etwas: „möglichst viele Verletzte mit Überlebenschance behandeln“,<sup>10</sup> „das Bestmögliche zu tun für die größte Zahl“,<sup>11</sup> „ein ausreichendes Maß medizinischer Versorgung einem möglichst großen Kollektiv zukommen zu lassen“<sup>12</sup> und ähnliches mehr. Gemeinsam ist allen diesen Formulierungen, dass sie Maximierungsregeln sind.

Was es bedeuten würde, wenn man auch bei alltagsmedizinischen Knappheiten maximierend verfahren würde, sahen wir bereits am Beispiel der Transplantationsmedizin: Dort dürfte man dann keine Patienten mit mehrfachem Organbedarf mehr behandeln. De facto verfahren Transplantationsmediziner insoweit nicht maximierend.<sup>13</sup> Was dem entgegensteht, ist offenbar die Hemmung, einem einzelnen Patienten, dessen Zustand medizinisch gesehen durchaus nicht hoffnungslos ist, einfach deshalb jeden Anspruch auf die lebensrettende Ressource zu verweigern, weil alternative Verwendungen ‚mehr Gesundheit erzeugen‘ oder mehr Leben retten. Diese Hemmung ist im medizinischen Ethos tief verankert. Implizit steckt sie auch in der bekannten Formel aus § 1 der ärztlichen Berufsordnung. Dort steht geschrieben, dass Ärztinnen und Ärzte „der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung“ dienen sollen;<sup>14</sup>

<sup>9</sup> Siehe *Volker H. Schmidt*, Veralltäglichen der Triage, in: *Zeitschrift für Soziologie* 25 (1996) 419–437; *Gerald R. Winslow*, Triage and Justice, Berkeley u. a. 1982.

<sup>10</sup> *Heinz Eberle*, Triage, in: *Rolf Lanz/Mario Rossetti* (Hg.), *Katastrophenmedizin*, Stuttgart 1980, 29–33, 30.

<sup>11</sup> *Georg Hossli*, Triage-Ausbildung, in: *Hans Bergmann u. a.* (Hg.), *Die Organisation der Notfall- und Katastrophenmedizin*, Wien 1985, 35–39, 35.

<sup>12</sup> *Rainer Kirchhoff*, Katastrophenarten, in: *Ders.* (Hg.), *Triage im Katastrophenfall. Ärztliche Sofortmaßnahmen im Katastrophengebiet*, Erlangen 1984, 11–17, 15f.

<sup>13</sup> Von Theoretikern wird das gelegentlich kritisiert; vgl. *Paul T. Menzel*, *Rescuing Lives: Can't We Count?*, in: *Hastings Center Report* 24 (1994) 22–23.

<sup>14</sup> (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2004), § 1 Abs. 1 Satz 1.

nicht steht dort geschrieben, dass Ärztinnen und Ärzte der Gesundheit des einzelnen Menschen nur insoweit dienen sollen, als das zur Maximierung der Bevölkerungsgesundheit beiträgt. Wie erläutert, würde man auf diese Weise systematisch die Gruppe der ‚teuren‘ Patienten diskriminieren. Schon das Wort, das sich hier aufdrängt (‚Diskriminierung‘), zeigt, welches fundamentale Prinzip auf dem Spiel steht: Es geht um das Prinzip der gleichen Achtung vor jedem Menschenleben.<sup>15</sup>

Was meint man, wenn man sagt, dass jedes Menschenleben gleich zu achten sei? Meint man, dass jedem Menschenleben ein Wert zukommt und dass dieser Wert wegen des Prinzips der gleichen Achtung bei jedermann gleich hoch anzusetzen sei? Mit dieser Beschreibung wäre die These, dass zwei Menschenleben zusammen doppelt so wertvoll sind wie eines, ohne weiteres vereinbar. Wer so spricht, spricht freilich über Menschen in derselben Weise, in der man etwa über kostbare Holzfiguren sprechen würde:<sup>16</sup> Diese Holzfigur ist sehr kostbar, diese zweite, ihr ganz ähnliche ist ebenso kostbar – und zusammen sind sie das Doppelte wert. Sicherlich würde jeder, der etwa bei einem Wohnungsbrand zwischen der Rettung einer einzelnen Holzfigur und der alternativ möglichen Rettung von zwei Holzfiguren entscheiden müsste (die sich zum Beispiel in einem anderen Zimmer befinden), die zwei Figuren retten. Menschen, im Unterschied zu Holzfiguren, rettet man aber nicht, weil sie wertvoll sind (wertvoll für wen denn?); man rettet sie, weil sie weiterleben wollen. Wer sagt, jedes Menschenleben sei gleich zu achten, meint, dass jedermanns Überlebensinteresse gleich zu achten ist. Wo bliebe aber die gleiche Achtung vor dem Überlebensinteresse des Patienten mit dem doppelten Organbedarf, wenn man ihm eine Transplantation mit dem Argument verweigern wollte, dass hier zwei andere Patienten sind, die davon profitieren würden, wenn man

---

<sup>15</sup> Für eine kurze Darstellung zentraler Argumente aus der grundlagentheoretischen Debatte zum Verhältnis von Effizienz und Gleichheit siehe *Weyma Lübke*, Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit: zwei ethische Gebote? Eine Grundlagenreflexion, in: *Das Gesundheitswesen* 67 (2005) 325–331; speziell zum Gleichheitsprinzip, insbesondere auch zu den moraltheoretischen Konsequenzen des Erfordernisses, den Wert der Chancengleichheit zu rekonstruieren: *Weyma Lübke*, Das Problem der Gleichheit in der „Numbers“-Debatte, in: *Oliver Rauprich/Georg Marckmann/Jochen Vollmann* (Hg.), Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin, Paderborn 2005, 105–125; aus der umfangreichen Literatur *Daniel Wikler/Christopher J. L. Murray* (Hg.), ‚Goodness‘ and ‚Fairness‘: Ethical Issues in Health Resource Allocation, Geneva, in Vorbereitung, insbes. Kap. II: Justice, Equality, and Health.

<sup>16</sup> Das Folgende im Anschluss an *John M. Taurek*, Should the Numbers Count?, in: *Philosophy & Public Affairs* 7 (1978) 293–316, 306f. Bibliographische Nachweise zur innerphilosophischen Debatte im Anschluss an diesen Text bei *Weyma Lübke* (Hg.), Tödliche Entscheidung. Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen, Paderborn 2004, 233f.

ihn sterben ließe? Es ist ja nicht so, dass die beiden anderen Patienten, wenn sie unversorgt bleiben, einen doppelt so großen Verlust erleiden müssten. Niemand erleidet den Verlust von zwei Menschenleben.

Wieso darf aber dann die Katastrophenmedizin maximierend verfahren? Wie steht es mit der Legitimität der Triage?<sup>17</sup> Für das, was beim Massenansturm Verwundeter geschieht, gibt es in den Lehrbüchern leicht unterschiedliche Beschreibungen respektive Empfehlungen. Folgende Aspekte gehören jedenfalls dazu: So genannte ‚hoffnungslose‘ Fälle werden von den anderen Verwundeten abgesondert und erhalten allenfalls schmerzlindernde Behandlung. Die übrigen Verletzten werden in (zumeist drei) Dringlichkeitskategorien eingeteilt, wobei akut lebensgefährdete Personen in die erste Kategorie fallen und als erste versorgt werden. Die weniger schwer verwundeten Patienten werden so lange zurückgestellt, bis alle Patienten der jeweils dringlicheren Kategorie versorgt sind.<sup>18</sup>

Widerspricht ein solches Vorgehen dem Prinzip der gleichen Achtung vor jedem einzelnen Menschenleben? Wenn bei der Patientensortierung der Schwerverletzte dem weniger schwer Verletzten vorgezogen wird, bedeutet das nicht das Aus für den weniger schwer Verletzten. Vielmehr erhöht diese Reihenfolge der Behandlung im Vergleich zur umgekehrten Reihenfolge die Wahrscheinlichkeit, dass beide überleben. Um es mit einer Metapher auszudrücken: Die Triage, so scheint es, ist nicht von derselben Art wie die Zuteilung knapper Plätze im Rettungsboot. Der Effekt scheint vielmehr der zu sein, dass sich durch die Einteilung der Patienten in Dringlichkeitskategorien sozusagen die Anzahl der Plätze im Rettungsboot erhöht.

Sehen wir aber etwas genauer hin, und zwar bei der Kategorie der sogenannten Hoffnungslosen. Meist wird gesagt, es handle sich dabei um Patienten „ohne Überlebenschance“<sup>19</sup>. Gelegentlich wird hinzugefügt, auf die

---

<sup>17</sup> Das Folgende verwendet Material aus *Weyma Lübbe*, Veralltäglichere Triage? Überlegungen zu Ausmaß und Grenzen der Opportunitätskostenorientierung in der Katastrophenmedizin und ihrer Übertragbarkeit auf die Alltagsmedizin, in: *Ethik in der Medizin* 13 (2001) 148–160.

<sup>18</sup> Aktuelle Standardbeschreibung bei *Peter Sefrin/Johann Wilhelm Weidringer/Wolfgang Weiss*, Sichtungskategorien und deren Dokumentation, in: *Deutsches Ärzteblatt* 100 (2003) A 2057f., A 2057. Siehe auch *Peter Sefrin*, Sichtung als ärztliche Aufgabe, in: *Deutsches Ärzteblatt* 102 (2005) A 1424–1428. Zur weitgehenden Ungeklärtheit der rechtlichen Basis *Hans-Heinrich Trute*, Katastrophenschutzrecht – Besichtigung eines verdrängten Rechtsgebiets, in: *Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft* 88 (2005) 342–363, insbes. 357–361.

<sup>19</sup> *Leo Koslowski*, Chirurgische Maßnahmen im Katastrophenfall, in: *Bundesamt für Zivilschutz* (Hg.), *Katastrophenmedizin. Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall*, 4. Aufl., Bonn 1997, 50; *Rolf Lanz*, Richtlinien für den Behandlungszwang auf dem Schadenplatz, in: *Edgar Ungeheuer* (Hg.), *Katastrophenmedizin. Probleme*

Behandlung der so Eingearbeiteten müsse „zunächst“ verzichtet werden<sup>20</sup> oder sie würden „vorerst auf[gegeben]“<sup>21</sup>. Daraus ergibt sich immerhin, dass eine Behandlung nicht schlechthin aussichtslos wäre. Häufig findet sich dazu der Hinweis, die Einordnung in die Kategorie der Hoffnungslosen sei nicht nur von der Verletzung der fraglichen Person abhängig, sondern auch von den Verhältnissen am Unfallort.<sup>22</sup> Damit könnte gemeint sein, dass zur Rettung nötige Ressourcen am Unfallort fehlen. Es könnte aber auch gemeint sein, dass die nötige Ressource am Unfallort knapp ist und bevorzugt anderswo eingesetzt wird. In diesem Falle wäre es nicht korrekt, zu sagen, dass der Hoffnungslose „ohne Überlebenschance“ ist. In welche Kategorie fällt mithin ein Patient, der bei schwersten Verletzungen durchaus gute Überlebenschancen hätte, sofern man einen weit überdurchschnittlichen Anteil einer am Unfallort knappen Ressource auf ihn konzentrieren würde? Ist ein solcher Patient ein ‚Hoffnungsloser‘?

Eine offene Einordnung solcher Patienten in die Kategorie der Hoffnungslosen ist mir in den konsultierten Texten nicht begegnet. Immerhin fand sich in einem viel zitierten Lehrbuch die folgende Passage: „Man wird versuchen, das Beste zu erreichen, ohne durch unvernünftigen Einsatz hochwertiger Mittel bei extremen Situationen andere Menschenleben zu gefährden ... Eine chirurgische Equipe für die Versorgung eines komplizierten Einzelfalles für Stunden zu binden, kann die Erfolgsaussichten der anderen Wartenden beim Massenanfall in Frage stellen.“<sup>23</sup> Den Einsatz von Mitteln für die Rettung eines Menschenlebens, wie es hier geschieht, als „unvernünftig“ zu bezeichnen, hat natürlich etwas Bedenkliches. Im vorstehenden Zitat wird das rhetorisch gemildert durch die Behauptung, durch solchen Mitteleinsatz würden andere Menschenleben gefährdet. Tatsächlich gefährdet man aber ja auch umgekehrt ein

---

des Massenanfalls Kranker und Verletzter, Köln 1986, 17; *Peter Sefrin/Johann Wilhelm Weidringer/Wolfgang Weiss*, Sichtungskategorien (Anm. 18), A 2057.

<sup>20</sup> *Ärztekammer Niedersachsen* (Hg.), *Wegweiser Medizinische Katastrophenhilfe*, Hannover 1982, 35: „Stufe IV: Hoffnungslos Schwerverletzte – Wartefälle, auf deren Behandlung zunächst bewusst verzichtet werden muss.“

<sup>21</sup> *George Zellweger*, Erste Hilfe am Katastrophenort bei Verbrennungen, in: *Edgar Ungeheuer*, *Katastrophenmedizin* (Anm. 19), 114: „Nehmen wir weiter an, dass die zu über 80% Verbrannten sicher sterben werden, und die zu 70% Verbrannten geben wir in dieser Katastrophensituation vorerst auf ...“.

<sup>22</sup> *Mario Rossetti*, Besonderheiten und Schwerpunkte der ärztlichen Tätigkeit, in: *Rolf Lanz/Mario Rossetti*, *Katastrophenmedizin* (Anm. 10), 23–28, 25: „Unter Katastrophenbedingungen ist der Begriff ‚Hoffnungsloser‘ relativ und ebenso sehr von den momentanen Begleitumständen wie von der Art der Verletzung abhängig“; vgl. auch *Heinz Eberle*, *Triage* (Anm. 10), 33; *Georg Hossli*, *Triage-Ausbildung* (Anm. 11), 37; *Ärztekammer Niedersachsen*, *Wegweiser* (Anm. 20), 36.

<sup>23</sup> *Mario Rossetti*, *Besonderheiten und Schwerpunkte* (Anm. 22), 25.

Menschenleben, nämlich den komplizierten Einzelfall, wenn man die von ihm benötigten Ressourcen an die weniger komplizierten Fälle verteilt. Als einzige Basis für die unterstellte Unvernunft der Rettung des komplizierten Falles bleibt offenbar die Tatsache, dass die weniger komplizierten Fälle, die alternativ gerettet werden können, in der Mehrzahl sind.

Es scheint also, dass der Vorgang der Triage tatsächlich nicht, jedenfalls nicht immer, einer bloßen Erhöhung der Plätze im Rettungsboot vergleichbar ist. Genauer: Es handelt sich zwar um eine Erhöhung der Plätze, das heißt die Anzahl der Überlebenden steigt; aber um das zu erreichen, werden nicht nur leichter Verletzte gezielt zurückgestellt. In der Metapher des Rettungsboots gibt es dazu eine Analogie, die nun in der Tat sehr drastisch klingt. Auch in Rettungsbooten kann man nämlich die Zahl der Plätze erhöhen, indem man bestimmten Personen den Zutritt verweigert. Bei einer Tragkraft von beispielsweise 2000 Kilogramm kann man etwa 35 Leichtgewichtige, aber vielleicht nur etwas mehr als 20 Übergewichtige unterbringen. Sollte man also gezielt Übergewichtige zurückstellen, weil dann insgesamt mehr Personen gerettet werden können? Die Antwort auf diese Frage versteht sich, so meine ich, von selbst.

Die Ausgangsfrage war, ob die Triage in irgendeiner Weise, an irgendeinem Punkt, dem Prinzip der gleichen Achtung vor jedem einzelnen Menschenleben widerspricht. Wer Übergewichtigen gezielt den Zutritt zum Rettungsboot verweigert, weil dann mehr Passagiere gerettet werden können, der verstößt, wie mir scheint, gegen dieses Prinzip. Verstößt also ganz ebenso auch der Triagearzt gegen dieses Prinzip, wenn er einen komplizierten Einzelfall zurückstellt, weil dann mehr Patienten gerettet werden können? Die These, die ich zum Abschluss dieses Abschnitts erläutern möchte, lautet: Nein, denn zwischen den beiden Fällen besteht ein Unterschied. Auf diesem Unterschied beruhen zugleich die Legitimität der katastrophenmedizinischen Triage und die Illegitimität der Empfehlung, auch in der Alltagsmedizin bei Ressourcenknappheit umstandslos maximierungsorientiert zu verfahren.

Man stelle sich vor, die Studierenden eines Instituts wollten zusammen eine Schiffsreise unternehmen und hätten, bevor es losgeht, festzulegen, nach welcher Regel die Besteigung der Rettungsboote erfolgen soll, wenn es zu einer Havarie kommt und die Boote nicht ausreichen. Es ist kaum anzunehmen, dass sie sich auf die Regel einigen könnten, die Leichtgewichtigeren sollten zuerst einsteigen. Denn nur die Leichtgewichtigeren unter ihnen können absehen, dass bei einer solchen Regel ihre Chancen steigen, das Unglück zu überleben. Die Schwereren unter ihnen können das Gegenteil absehen. Nun das Triageszenario: Dieselben Studierenden

sollen festlegen, wie die aus der ganzen Stadt herbeieilenden Notfallmediziner vorgehen sollen, falls im voll besetzten Hörsaal des Instituts eine Bombe explodiert. Hier lässt sich offensichtlich nicht (analog) sagen, die Schwerstverletzten unter den Studierenden könnten den Triageregeln nicht zustimmen. Es gibt ja unter ihnen zum Zeitpunkt des Beschlusses keine Schwerstverletzten. Generell gesprochen: Wenn die Zuordnung der einzelnen Personen zu den Kategorien der Patientensortierung vor dem Schadensereignis unbekannt ist, dann, aber auch nur dann, scheint es möglich, sich auf die Maximierungsregel zu einigen (also auf die Regel, es solle so verfahren werden, dass möglichst viele gerettet werden). Mit dieser Regel maximieren unter solchen Umständen alle potentiell Betroffenen ihre eigene Überlebenschance. Aus diesem Grunde machen auch die Lehrbücher der Katastrophenmedizin nichts falsch, wenn sie die Maximierungsregel empfehlen.

Die vorgetragene Begründung für die Legitimität der Triage stützt sich nicht darauf, dass mehr Überlebende wertvoller wären als weniger Überlebende. Sie achtet vielmehr das Überlebensinteresse jedes potentiell Betroffenen, und sie achtet auch jedermanns Überlebensinteresse gleich. Hinsichtlich zahlreicher Gesundheitsprobleme, mit denen es die Alltagsmedizin zu tun hat, verhält sich die Lage jedoch völlig anders. Hier herrscht keineswegs durchweg Chancengleichheit. Vielmehr gibt es zahlreiche Patienten und Patientengruppen, von denen vorweg bekannt ist (bei manchen schon seit ihrer Geburt), dass sie die Opfer eines maximierungsorientierten Rationierungsprogramms wären. Widerstände dagegen, dem Kostendruck nach Kriterien der Kosteneffizienz auszuweichen, sind in solchen Fällen gut begründet.

#### 4. STATISTISCHE LEBEN UND AKUTMEDIZIN

In der Praxis, so sahen wir, opfert man nicht die ‚teuren Patienten‘, sondern man spart auf weniger unmittelbar lebensbedrohliche Weise – zum Beispiel an der Hygiene, an Vorsorgeuntersuchungen, an der Personaldichte, man verlängert Wartezeiten und so weiter. Das alles kostet ‚statistische Leben‘. Wenn es ans Sterben geht, stirbt freilich immer ein Individuum, mit allen Ängsten, allem Schmerz, allen enttäuschten Hoffnungen, die das für die Betroffenen bedeutet. Wie kommt es also, dass man lieber so genannte ‚statistische Leben‘ opfert als so genannte ‚individuelle‘?<sup>24</sup>

<sup>24</sup> Siehe aus der Literatur z. B. *Paul T. Menzel*, *Medical Costs, Moral Choices. A Philosophy of Health Care Economics in America*, New Haven/London 1983, Kap. 7: Preven-

Eine erste mögliche Erklärung hängt mit dem im letzten Abschnitt entwickelten Gesichtspunkt der Chancengleichheit zusammen: Wer statistische Leben riskiert, benachteiligt nicht konkret bekannte Individuen. Die Personen, die es am Ende trifft, sind ja nicht vorweg bekannt. Unterschiedliche Risikohöhen können freilich immerhin vorweg bekannt sein. So könnte es etwa sein, dass unterschiedliche Teile der Versichertenpopulation durch eine Vergrößerung der Abstände zwischen bestimmten Vorsorgeuntersuchungen unterschiedlich stark gefährdet werden. Die mehr oder weniger große Unparteilichkeit solcher Sparmaßnahmen ist aber auch nicht der entscheidende Punkt. Denn dieselbe Anonymität bestünde beispielsweise auch bei einer Sparentscheidung, die heute beschlösse, dass vom Jahre 2010 an bestimmte teure akutmedizinische Operationen, zum Beispiel Knochenmarktransplantationen, nicht mehr finanziert werden. Zum jetzigen Zeitpunkt ist ja nicht bekannt, wer 2010 ein Patient mit der betreffenden Diagnose sein wird. Ist das dann nicht einwandfrei unparteilich? Warum also nicht an teurer *künftiger* Akutmedizin sparen?

Der verbleibende Unterschied zwischen beidem – dem Sparen an präventiven Maßnahmen und dem Sparen an akutmedizinischen Maßnahmen – ist offenbar dieser: Wenn jemand beispielsweise wegen eingesparter Vorsorgeuntersuchungen an einem spät diagnostizierten Krebsleiden stirbt, kann zum Zeitpunkt des Offensichtlichwerdens der Erkrankung nichts Lebensrettendes mehr für ihn getan werden. Zwar stirbt er, aber man *lässt* ihn nicht sterben. Sein Sterben hängt nun, da es zu spät ist, von niemandes Entscheidung mehr ab. Bei der Verweigerung einer Knochenmarktransplantation ist das anders. Diese Person stirbt, obgleich man sich noch entscheiden könnte, ihr zu helfen. Zwar wäre das die Rücknahme einer früher gefällten Sparentscheidung; aber es bleibt eine gegenwärtige Entscheidung, angesichts eines sterbenden Individuums an der vormals gefällten Sparentscheidung festzuhalten. Solche Konsequenz im Angesicht des Todes trauen wir uns offenbar nicht zu – und zwar weder als potentiell Betroffene noch als Agenten gesellschaftlicher Rationierungsinstanzen. Dass in der Todesnot nicht gespart wird, wird offenbar über den Lebensrettungseffekt hinaus als wichtig wahrgenommen.

Man sollte sich hüten, die in solchen Präferenzen erkennbar werdende Haltung wegen der Effizienzverluste, die sie gegebenenfalls mit sich bringt, als irrational zu bezeichnen. Warum sollte es irrational sein, eine maximale erwartbare Länge des Lebens nicht für das höchste aller Güter zu halten? Man handelt ja auch sonst nicht so, dass man das gute Le-

---

tion or Treatment, 151–183; Walter Krämer, Der statistische Wert eines Menschenlebens, in: Medizin Mensch Gesellschaft 13 (1988) 34–41.

ben dem langen Leben bedingungslos unterordnet. Und offenbar ist es, jedenfalls für viele Menschen, ein Aspekt des guten Lebens, dass im Angesicht des Todes nicht das Sparen und die Effizienz regieren, sondern die Hilfsbereitschaft und das Gleichheitsgebot. Die Art und Weise, wie die öffentliche Meinung in anderen Ländern bislang auf effizienzorientierte Rationierungsprogramme reagiert hat,<sup>25</sup> scheint zu zeigen, dass man für diese Aspekte des guten Lebens einen Preis zu zahlen bereit ist. Es gibt aber keinen Grund, anzunehmen, dass der Preis beliebig hoch werden kann. Wenn eine immer teurer werdende Akutmedizin zur Folge hätte, dass im Bereich der sonstigen Maßnahmen in einem Ausmaß gespart werden müsste, dass man am Ende überhaupt nur noch behandelt wird, wenn man schwerstkrank ist, dann werden sich (wie das im Hinblick auf die so genannte Sterbensverlängerung am Lebensende auch bereits geschieht) die Wertigkeiten verschieben. Und irgendwann werden dann wohl auch die Ärzte, ohne in Konflikt mit ihrem Berufsbild, mit der herrschenden Auslegung des Grundgesetzes und mit dem Haftungsrecht zu kommen, offen sagen dürfen, dass es nicht mehr ihre Aufgabe ist, jedes akut bedrohte Leben anhand des neuesten Stands der medizinischen Kunst und ohne Ansehung der Kosten zu verlängern (genauer, jedes akut bedrohte inländische Leben; denn in anderen Ländern sterben die Menschen ja dahin, weil es am Elementarsten fehlt). Dieser Wandel wird ein zäher, schmerzhafter und hoch umstrittener sein. Erspart bleiben wird er uns nicht.

---

<sup>25</sup> Das meistdiskutierte Beispiel ist der US-amerikanische Bundesstaat Oregon; siehe z. B. *Martin A. Strosberg/Joshua M. Wiener/Robert Blaker, mit I. Alan Fein* (Hg.), *Rationing America's Medical Care: The Oregon Plan and Beyond*, Washington D. C. 1992; *Georg Marckmann/Paul Liening/Urban Wiesing* (Hg.), *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*, Stuttgart/New York 2003, Kap. 3.3: *Prioritäten in der Gesundheitsversorgung*, 277–317. Weiteres Material bei *Andrew Edgar/Sam Salek/Darren Shickle/David Cohen*, *The Ethical QALY. Ethical Issues in Healthcare Resource Allocations*, Haslemere 1998, mit kurzen Länderberichten: 95–102.